

Laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsiooni alusanalüüs

Sotsiaalministeerium

13.märts 2015





Tiina Tõemets

Sotsiaalministeerium

Gonsiori 29

15027 Tallinn

Lugupeetud Tiina Tõemets

Käesolev aruanne on koostatud AS PricewaterhouseCoopers Advisors ("PwC") poolt Sotsiaalministeeriumile vastavalt Sotsiaalministeeriumi ja PwC vahel 24.07.2014 sõlmitud lepingule ("Leping"). Aruanne on koostatud Laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsiooni loomiseks vajaliku alusanalüüsi eesmärgil.

Aruandes sisalduv info pärineb mitmest aruandes detailsemalt kirjeldatud allikast ja me ei ole Projekti raames hinnanud nende infoallikate usaldusväärsust ega testinud sealt pärineva info tõepärasust. Meie töö näol pole tegu kindlustandva audiitorteenusega ja selles sisalduvat finants- ega muu info õigsuse osas pole läbi viidud kontrollprotseduure. Seetõttu ei vastuta PwC aruande täpsuse ega täielikkuse osas.

Aruande lõppversioon on koostatud võttes arvesse teie esitatud kommentaare ja kaasnenud diskussiooni meie poolt eelnevalt esitatud aruande projektidele.

Käesolev aruanne on mõeldud kasutamiseks ainult teile aruandes nimetatud eesmärgil. PwC kannab aruandega seoses õiguslikku vastutust Lepingus sätestatud ulatuses üksnes tellija ja mitte ühegi teise osapoole ees, kes võib oma otsustes olla tuginenud selles aruandes sisalduvale teabele või seisukohtadele.

Täname Teid ja Teie töötajaid meeldiva koostöö eest.

Lugupidamisega

Teet Tender

AS PricewaterhouseCoopers Advisors

Oluline teadaanne isikutele, kes ei ole aruande adressaadid

Isikud, kes ei ole käesoleva aruande adressaadid ja seda aruannet loevad, loetakse ta nõustunuks alljärgnevate tingimustega:

1. aruannet lugev isik võtab teadmiseks, et AS PricewaterhouseCoopers Advisors on selle koostanud vastavalt oma kliendilt saadud juhiste ja üksnes kliendi huvisid ja vajadusi silmas pidades.
2. aruannet lugev isik tunnistab asjaolu, et ta pole selle aruande adressaat ning vastamaks tema huvidele ja vajadustele oleks võinud aruande koostamiseks osutada vajalikuks läbi viia teistsuguseid või täiendavaid töid.
3. Lugejal pole vastuväited asjaolule, et AS PricewaterhouseCoopers Advisors, selle juhtorganid, töötajad ega esindajad ei vastuta mingil kujul kahju ega saamata jäänud tulu eest, mis õigusvastaselt aruandega tutvunud isikule sellega seoses kaasneda võivad.

Uuringu autorid

Meeskonna liige	Valdkond roll
Erki Mägi	Uuringu juht
Marili Männik	Uuringu juht
Teet Tender	Uuringu kvaliteedikontroll
Anne Kleinberg	Laste vaimse tervise valdkonna ekspert
Riina Raudne	Laste vaimse tervise valdkonna ekspert
Jaan Aps	Laste vaimse tervise valdkonna ekspert
Moonika Olju	Analüütik
Triin Tars	Analüütik
Kaspar Kolk	Analüütik
Viljar Kähari	Analüütik

Käesoleva töö valmimisse on andnud olulise panuse **Tellijapoolne töörühm** kuhu kuulusid: Tiina Tõemets, Anniki Lai, Ann Rajaver, Elis Haan, Pille Soome, Tiina Linno.

Täname kõiki uurimistöö valmimisse panustajaid, kes andsid meile intervjuusid, osalesid fookusgrupis ning vastasid küsitlusele.

PwC on maailma juhtiv majandusalaseid nõustamisteenuseid pakkuv ettevõte. Tegutseme 158 riigis, ühendades enam kui 169 000 töötajat ning oleme seega maailma suurim audiitor- ja nõustamisteenuseid pakkuv ettevõte. PwC majanduskonsultatsioonide üksus (AS PricewaterhouseCoopers Advisors) on rohkem kui kümme aastat toetanud era- ja avalikku sektorit nõustamisteenustega.

Sisukord

Uuringu autorid	4
Jooniste ja tabelite loend	6
Lühikokkuvõte	8
Executive summary.....	11
Valdkonna lühiülevaade, uuringu ulatus ja eesmärgid	14
Analüüsietapid ja -metoodika.....	22
Laste vaimse tervise teenuste ning teenuste osutamise korralduse hetkeseis	23
Valdkonna korraldus ja juhtimine.....	23
Ennetus ja edendus	50
Teenused ja nende integreeritus.....	63
Info ja uuringud	98
Olemasoleva korraldusega jätkamise mõjud	106
Teiste riikide parimad praktikad	109
Suurbritannia.....	111
Norra	116
Soome.....	121
Laste vaimse tervise integreeritud teenuste süsteemi loomise poliitikasoovitused	129
Valdkonna probleemid	129
Poliitikasoovitused	131
Võimalikud stsenaariumid	140
Poliitikasoovituste võimalikud mõjud.....	151
Poliitikasoovituste tulemusindikaatorid ja mõõtmine	155
Lisad	157
Lisa 1. Metoodika ja kasutatud lühendid	157
Lisa 2. Uurimisküsimused	166
Lisa 3. Fookusgrupiarutelude teemad	167
Lisa 4. Läbiviidud fookusgrupiarutelud	168
Lisa 5. Lapsevanemate fookusgruppides väljatoodud probleemid.....	171
Lisa 6. Ankeetküsitlus	172
Lisa 7. Valdkonda kujundavad osapooled	174
Lisa 8. Esindusliidud ja teenuseosutajad	185
Lisa 9. KOV-i poolt osutatud ja rahastatud teenuste arv	189
Lisa 10. Laste vaimse tervise teenused ja teenuseid osutavad spetsialistid	190
Lisa 11. Rahastatud projektid ning toetuste saajad	195

Lisa 12. Valdkonnas tegutsevad teenuseosutajad ning nende osutatavad teenused	201
Lisa 13. Teenuste integreeritus ja vajadus.....	208
Lisa 14. Sihtgruppide ja riskigruppide statistika	218
Lisa 15. Valdkonnas tegutsevad spetsialistid	225
Lisa 16. Valdkonda reguleerivad õigusaktid	236
Lisa 17. Illustratiivne juhtumiuuring võimalike arengustsenaariumitega	238
Lisa 18. Poliitikasoovituste võimalik positiivne mõju, indikaatorid ja riskikohad	244
Lisa 19. Kasutatud allikad	249

Jooniste ja tabelite loend

Joonised

Joonis 1. Sekkumiste püramiid	8
Figure 2. Intervention pyramid	11
Joonis 3. Laste vaimse tervise teenuste valdkond	14
Joonis 4. Psüühika- ja käitumishäirete esmasdiagnoosid vanuses 0-19 a (19 a kaasa arvatud)	15
Joonis 5. Asenduskoduteenuse kasutajad, lapsed erikoolides ja vanglates	16
Joonis 6. Sekkumiste püramiid	18
Joonis 7. Teenused läbi kõigi püramiidi tasemetega.....	19
Joonis 8. Kuni 19-aastaste (19 a kaasa arvatud) Eesti elanike arv aastate lõikes	20
Joonis 9. Võtmetähtsusega osapooled ning süsteemi ümberkorralduse kontekstis tähelepanu ja fookust vajavad spetsiifilised tasandid	21
Joonis 10. Analüüsietapid ja peamised uurimisülesanded	22
Joonis 11. Laste vaimse tervise valdkonna korralduse osapooled ja struktuur	25
Joonis 12. Läbilõige teenuseosutajate juriidilisest struktuurist	34
Joonis 13. Teenuseosutajad, kes osutavad suurimat hulka teenuseid.....	34
Joonis 14. Tähelepanu vajavad õigusaktid	35
Joonis 15. Valdkonna rahastamise üldine skeem	37
Joonis 16. Laste vaimse tervise valdkonna rahastamise üldine skeem	38
Joonis 17. Laste psühhiaatriateenuste ravikulu isiku kohta võrdluses kõigi ravikindlustatud isikutega kogu ambulatoorses eriarstias	41
Joonis 18. Haigekassa kulu laste psühhiaatrilise ravi teenustele	41
Joonis 19. Kohaliku omavalitsuse võimekuse indeks 2010-2013	43
Joonis 20. Sotsiaalse kaitse kulud elaniku kohta 2010-2013	43
Joonis 21. KOV võimekuse indeksi ja sotsiaalse kaitse kulutuste võrdlus	44
Joonis 22. KOV-i rahaline panus teenuseosutamisse (n=66).....	45
Joonis 23. Projektirahastus aastate lõikes	46
Joonis 24. Ennetuse ja edenduse mõju kõrgema tasandi vältimatutele sekkumiste arvule	51
Joonis 25. Teenused lapse ja lastega pere vaimse tervise toetamiseks	63
Joonis 26. Pakutavad teenused abivajaja lõikes	67
Joonis 27. Pakutavad teenused tasandite lõikes.....	67
Joonis 28. Pakutavad teenused valdkondade lõikes	67
Joonis 29. Abivajaja rajad hetkeseisus.....	75
Joonis 30. Abivajaja rajad tulevikuvaates	75
Joonis 31. Teenused, mida osutatakse lastele ja lastega perele, kättesaadavuse pingereas (n = 66)	81
Joonis 32. Teenuste geograafiline kättesaadavus	82
Joonis 33. Tõmbekeskuslik ja piirkondlik potentsiaal	84

Joonis 34. Vaimse tervise teenuste valdkonnaga seotud kasutuselolevad või kasutusele võetavad andmekogud	102
Joonis 35. Näited lapse vaimse tervise peamistest riskiteguritest ja nende omavahelistest seostest	107
Joonis 36. Võimalikud laste vaimse tervise kaitse- ja riskitegurid elukaare põhised	108
Joonis 37. Suitsiidide arv 100 tuhande elaniku kohta.....	109
Joonis 38. Lapse elukaare seos vaimse tervise süsteemi üksuste ja tervisekontrollidega	123
Joonis 39. Sotsiaalne heaolu ja tervishoiuringkonnad.....	126
Joonis 40. Õigeaegse suunatud sekkumise võimalik mõju riigile	142
Joonis 41. Laste vaimse tervise süsteem tänase olukorra jätkumisel.....	145
Joonis 42. Laste vaimse tervise süsteem, mis lahendaks kriitilisemad probleemid	147
Joonis 43. Laste vaimse tervise süsteem pikaajalise strateegilise tulevikuvisionina	150
Joonis 44. Dokumentide selekteerimise meetod	159
Joonis 45. Fookusgrupiaruteludes ja ekspertgrupis esindatud piirkonnad.....	161
Joonis 47. Teenuste osutamine ja rahastus KOV-ide poolt (max teenuste arv = 35; n = 66)	189

Tabelid

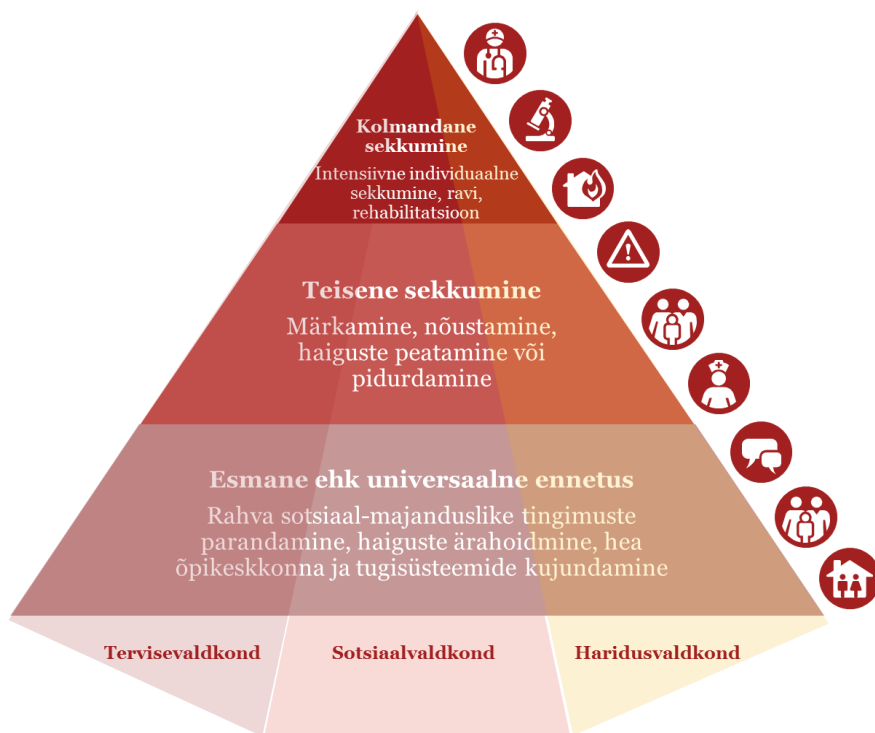
Tabel 1. Rajaleidja keskuste (ja sellele eelnenud õppenõustamiskeskuste) tegevusmahud 2014. aastal.....	31
Tabel 2. Tuvastatud õiguslikud probleemid seadusandluses.....	36
Tabel 3. Teenuste rahastamise ülevaade	39
Tabel 4. Järelevalve korraldus teenuseosutamise üle	48
Tabel 5. Kõrgendatud tähelepanu vajavate riskigruppide statistika	64
Tabel 6. Individuaalset sekkumist vajavate sihtgruppide statistika	66
Tabel 7. Valdtkonnas tegutsevad spetsialistid.....	68
Tabel 8. Vaimse tervise keskuste paiknevus maakondade lõikes	83
Tabel 9. Hinnang lastele osutatavate vaimse tervise teenuste integreeritusele.....	92
Tabel 10. Võrdlusanalüüsi valitud riikide SKP ja rahvaarv 2013.....	109
Tabel 11. Vaimse tervise poliitika ja edendamise prioriteedid.....	109
Tabel 12. Tervishoiukulutused riikide lõikes	110
Tabel 13. Muudatuse juhtimise etapid	151
Tabel 14. Riigi kulud tagajärgedega võitlemisele.....	153
Tabel 15. Riigi hinnangulised kulud poliitikasoovituste rakendamisel	154
Tabel 16. Uuringus kasutatavad lühendid.....	165
Tabel 17. Valdtkondlikud fookusgrupid.....	168
Tabel 18. Kohaliku tasandi fookusgrupid.....	168
Tabel 19. Ekspertide töögrupp	169
Tabel 20. Laste vaimse tervise valdkonna osapooled ja rollid	174
Tabel 21. Valik esindusliitudest ja teenuseosutajatest	185
Tabel 22. Euroopa Liidu Struktuurfondide ning Norra ja EMP rahastatud projektide loetelu	195
Tabel 23. Teenuseosutajad ja nende poolt osutatavad teenused 66 kohaliku omavalitsuse näitel lähtuvalt ankeetküsitluse tulemustest.....	201
Tabel 24. Vaimse tervise teenuste sihtgrupid (lapsed), kelle puhul on sekkumisvajadus diagnoosipõhiselt tuvastatud	218
Tabel 25. Vaimse tervise teenuste riskigrupid	220
Tabel 26. Peamised teenuseosutajad ametikohtade lõikes tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusvaldkonnas	225

Lühikokkuvõte

Vaimne tervis on heaolu seisund, mis võimaldab inimesel maksimaalselt realiseerida oma võimeid, tulla toime pingetega elus, tegutseda tulemuslikult ja anda oma panus ühiskondlikku ellu. Erilist tähelepanu vajab just laste heaolu ja vaimse tervisega seonduv, kuna ligi 50% täiskasvanud inimestel esinevatest probleemidest on alguse saanud enne 14. eluaastat. Varajane märkamine ja õigeaegne sekkumine vähendab edaspidiseid kulutusi ja suurendab inimese elukvaliteeti.

Käesolev aruanne võtab kokku 2014. aasta juulist kuni 2015. aasta märtsini läbi viidud laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsiooni alusanalüüsi tulemused. Uuringu eesmärgiks oli kaardistada laste vaimse tervise valdkonna hetkeseis, tuvastada peamised probleemid ning töötada välja uus, tulemuslik laste vaimse tervise teenuste korraldus. Kuna laste vaimse tervise kontekstis omab last ümbritsev keskkond väga olulist rolli, keskendus käesolev uuring üheaegselt nii lastele kui ka lastega peredele ning vaatles vaimse tervise toetamiseks suunatud teenuseid kolmes põhivaldkonnas (tervishoid, sotsiaal ja haridus).

Analüüs toob esile ühiskonnas levinud kinnistunud arusaama, et vaimne tervis on kitsalt tervishoiu valdkonna teema – sellest tulenevalt on ka erinevate teenuste osutamine täna ebaproportsionaalselt kaldu tervishoiuteenuste suunas. Kuigi viimasel ajal on toimunud mitmeid positiivseid arenguid, leidis hetkel tõestust tugev keskendumine tagajärgede likvideerimisele (ravi ja rehabilitatsioon) mitte probleemide ennetusele (universaalne ennetus, varajane märkamine ning sekkumine) (vt ka Joonis 1, kus on kajastatud sekkumiste püramiidi normaaljaotus). Ka rahastus on valdavalt suunatud kolmandase sekkumise tasandile ning esmasel ja teisesel tasandil pakutakse vaid üksikuid laste vaimseid terviseid toetavaid teenuseid.



Joonis 1. Sekkumiste püramiid

Lisaks on nende finantseerimine valdavalt projektipõhine, mis aga ei taga järjepidevust ning teenust osutavate spetsialiste seas vajalikku kindlust tuleviku osas.

Uuringu tulemusel selgus, et laste vaimse tervise valdkonda ei ole seni keskselt juhitud ega arendatud ning riigil puudub ühtne vaimse tervise poliitika. Sellest tulenevalt pole erinevates valdkondades teostatavad tegevused ning sekkumised strateegiliselt planeeritud ega omavahel koordineeritud ning samuti on erinevate sekkumiste tulemuslikkuse hindamine puudulik.

Valdkonnas tegutseb suur hulk erinevaid teenusepakkujaid ning missioonitundega spetsialiste, mis loob head eeldused laiapõhjaliseks õigeaegseks sekkumiseks. Paraku ei ole riigil täna teenusosutajate tegevusest, selle kvaliteedist ning tulemuslikkusest selget ülevaadet. Teenuseosutajate üle ei teostata süsteemset järelevalvet ning tihti ei eksisteeri ka teenusstandardeid, mis võimaldaks kvaliteeti tagada. Samuti puudub ka mehhanism

tagamaks, et vaimse tervise probleemi lahendamiseks koostatud tegevuskava lapse igapäevases keskkonnas järgitakse (juhtumikorraldus, järelevalve).

Riik tugineb täna liigselt mitteformaalsele märkamisele ning esmatasandil ei ole rakendatud universaalset skriiningut tuvastamaks võimalikke probleeme õigeaegselt. Probleemi süvendab asjaolu, et enamiku ennetustegevuste puhul ei ole paika pandud selgeid sihtrühmi koos tulemusmõõdikutega, mistõttu ei ole ennetustegevuse tulemused jälgitavad ning selle mõju hinnatav. Kuna ajalooliselt on pigem keskendunud kolmandasele sekkumisele, on esmatasandi panus tagasihoidlik – seetõttu alustavadki abivajajad tihti psühhiaatri juurest, kes selekteerib välja abivajaja tegeliku probleemi ning suunab võimaliku lahendajani. Selline süsteem põhjustab intensiivse ravi kättesaadavuse olulise vähenemise selle tegelikele abivajajatele ning on väga ebaefektiivse ressursikasutusega.

Abivajajale pakutakse enamasti kohapeal kättesaadavat teenust, kuid tegelik vajadus võib olla teistsuguse teenuse järele, seega pole tagatud vajaduspõhine sekkumine. Sageli keskendutakse vaid lapse tervislikule seisundile, kuigi abi võib vajada terve perekond – pelgalt lapse aitamine ei sellistel juhtudel tulemuslik. Tihti on mõjususe saavutamiseks tarvis mitmete spetsialistide valdkondade ülest integreeritud koostööd, kuid see põhineb täna peamiselt isiklikul võrgustikul ning süsteemne tugi spetsialistidele koostöö teostamiseks puudub. Samuti selgus, et spetsialistid ei ole piisavalt teadlikud, millist infot ja kellega tohib jagada ning peavad teadmatusest isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid piiranguid info liikumise ja koostöö takistajaks.

Mitmete oluliste muudatuste elluviimiseks on kättesaadav statistika hetkel ebapiisav ning riiklikult ei ole seni kogutud informatsiooni sihtrühmi vajadustest, teenuste mahtudest, olemasolevatest spetsialistidest või riskigruppidest. Kasutatavaid andmekogusid on liiga palju ning need ei ole tihti omavahel liidestatud, mille tulemusel toimub dubleerivat andmete kogumist. Info ei liigu lokaalsetest süsteemidest inimese elukoha vahetusega kaasa, mistõttu võib abivajajale teenuste osutamise jätkusuutlikkus katkeda.

Uuringu tulemusel oleme esitanud soovitusi laste vaimse tervise valdkonna toimemehhanismide parendamiseks ning süsteemsete puudujääkide kõrvaldamiseks neljas peamises kategoorias:

Valdkonna korraldus ja juhtimine

- Luua riiklikul tasandil ühtne vaimse tervise poliitika, määrata nimetatud valdkonna koordineerija ning omistada talle konkreetne vastutus. Laste ja lastega perede vaimse tervise osa peaks olema integreeritud terviklikku vaimse tervise poliitikasse;
- Luua selged rahastuse alused ja eesmärgid ning ministeeriumite ülene ühtne rahaliste vahendite koordineatsioon (nt lastekaitse nõukogu kohustustena);
- Vähendada projektipõhise finantseerimise osakaalu kogu valdkonna rahastamisest ning tagada ennast õigustanud tegevuste stabiilne rahastus;
- Suunata valdav osa esmase ja teise tasandi sekkumiste rahastusest lapse igapäevasesse keskkonda (lasteaed, kool, perearstikeskus) ilma uut kapitalimahukat infrastruktuuri loomata;
- Luua järelevalvesüsteem ja puuduvad teenus-standardid vaimse tervise teenuste osutajatele;
- Luua ühtsed (või vähemalt valdkonnapõhised) tulemusnäitajad teenuste kvaliteedi ning sekkumiste tegeliku toimivuse ja tulemuslikkuse hindamiseks.

Ennetus ja edendus

- Tugevdada panustamist ennetusse, et selle kaudu saavutada pikemas perspektiivis kokkuhoid tagajärgedega tegelemise kuludes;
- Üldise visiooni raames koostada ka universaalse ennetussüsteemi visioon (nn valge raamat) ja määratleda tõendus põhiste programmide osas kõige olulisemad sihtrühmad ja nende kaetuse eesmärgid.

Teenused ja nende integreeritus

- Lähtuda teenuste loomisel ja pakkumisel perekonna vaatest ja vajadustest, mitte olemasolevatest teenustest;
- Viia esmatasandile sisse vaimse tervise laiapõhjaline hindamine (universaalne skriining) rakendades kindlaid lapse elukaarest lähtuvaid arenguaknaid (nt lapse sünd, 0-3 a, lasteaia ja kooliküpsus, toimetulek

koolis). Kaaluda võimalusi ka seadusandlikult esmatasandi skriiningute läbimist perele kohustuslikuks või sisemiselt motiveerivaks teha. Luua mehhanismid abi suunatud osutamiseks riskigruppidele, mis skriiningu tulemusel vajavad kõrgendatud tähelepanu ning abi;

- Kehtestada kutsevalifikatsiooni nõuded olulistele laste vaimse tervise spetsialistidele, kelle osas täna need puuduvad (nt terapeut) või mille väljund praktikas on puudulik (nt psühholoog);
- Suurendada vaimse tervise komponenti kõigi esmatasandi spetsialistide täienduskoolituste programmide seas (lasteaiaõpetajad, õpetajad, pereõed ja –arstid) – seda nii märkamise ja sekkumise tõhustamise, koostöö kui ka lapsevanematele info edastamise viiside osas;
- Vähendada spetsialistide erialast killustatust ja leida variante, kuidas olemasolevate spetsialistide tegevusvälja laiendada kogukonna tasandil;
- Toetada spetsialistide võrgustike moodustamist valdkondadeüleselt ning määrata komplekssemate juhtumite puhul vastutav juhtumikorraldaja, kes koordineerib teiste spetsialistide tööd ja tagab tegevuskava toimivuse.

Info ja uuringud

- Panustada teadlikkuse tõusu ning aidata kaasa vaimse tervise negatiivse kuvandi muutmiseks ühiskonnas. Viia läbi teavituskampaaniad vaimse tervise teenuste teadlikkuse tõstmiseks nii lapsevanemate kui ka spetsialistide seas;
- Koostada spetsialistidele informeerivad juhendid isikuandmete kaitse seaduse ja selle piirangute osas, välistamaks fiktiivseid koostööd ja infovahetust takistavaid põhjuseid. Koostada abimaterjalid kohalikele omavalitsustele, mille alusel nad piiratud ressursse kõige vajalikematesse teenustesse suunata oskaksid;
- Vähendada vaimse tervise valdkonnaga seonduvate infosüsteemide arvu ning liidestada need omavahel. Eesmärgistada ja luua ja süsteem valdkonna statistika kogumiseks, et vajalikud andmed oleksid kättesaadavad (kohalikul ja üleriigilisel tasandil) ning omavahel võrreldavad.

Executive summary

Mental health is a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community. Particular emphasis should be put on the issues concerning the well-being and mental health of children because approximately 50% of the problems faced by adults have started before the age of 14. Early detection and timely intervention reduces future expenditures and increases people's quality of life.

This report summarises the results of the underlying analysis of the integrated services concept for children's mental health that was conducted from July 2014 to March 2015. The objective of the study was to survey the current status of the field of children's mental health, identify the main problems and to develop a new and effective system of organising children's mental health services. As the environment surrounding the child has a very important role in the context of children's mental health, this study simultaneously focused on both children and families with children and looked into mental health support services in three primary fields (health care, social affairs and education).

The analysis highlights the widely established misbelief in society that mental health is strictly a subject within the field of healthcare – as a result, the provision of various services is currently disproportionately inclined towards healthcare services. Although multiple positive developments have occurred recently, there is still strong focus on the mental health problem consequences (treatment and rehabilitation) as opposed to prevention of problems (universal prevention, early detection and intervention) (also see Figure 2, indicating the normal distribution of the intervention pyramid). Funding is also predominantly focused on the tertiary intervention level and therefore, only few support services for children's mental health are provided on the primary and secondary level.

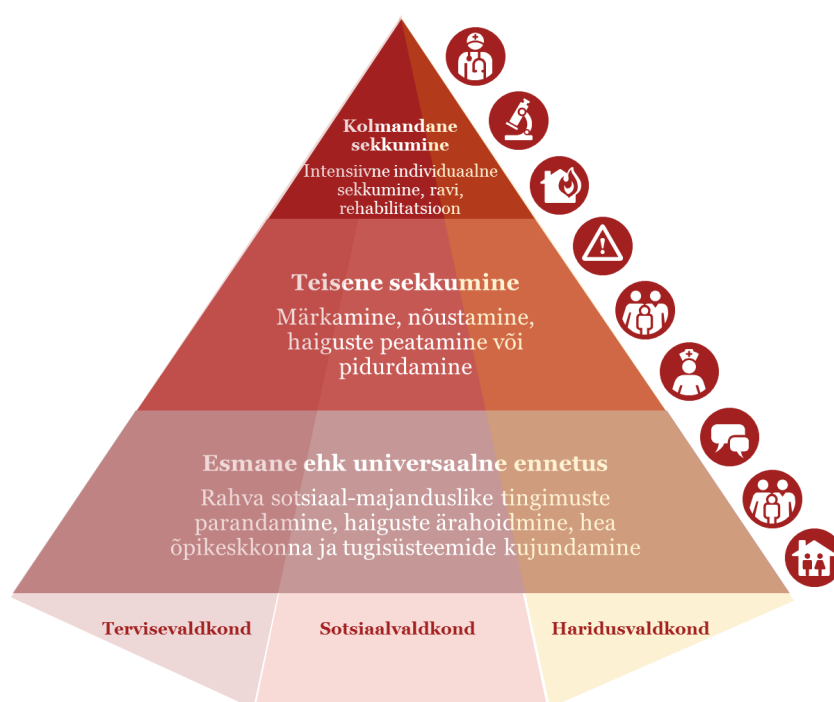


Figure 2. Intervention pyramid

In addition, the financing of such services is predominantly project-based, which does not ensure consistency and confidence regarding the future among the specialists who provide the services.

The study found that the field of children's mental health has not until now been managed or developed on a centralised basis and the state has no common mental health policy. As a result, the actions and interventions performed in various fields are not planned strategically nor coordinated and the evaluation of the effectiveness of various interventions is deficient.

There is a large number of various services providers and passionate specialists operating in the field, which establishes a good basis for broad-based timely intervention. Unfortunately, the state currently has no clear overview of neither the activities of service providers nor the quality or effectiveness of the services. The service providers are not subject to any systematic monitoring and in many cases there are also no service standards that could enable execution of quality control procedures. There is also no mechanism in place to ensure that

the action plan developed for resolving the mental health problem of a particular child is adhered to in the child's daily environment (case management, supervision).

The state is currently overly focused on informal detection and no universal screening has been implemented on the primary level to identify potential problems on a timely basis. The problem is aggravated by the fact that no clear target groups and performance indicators have been established for most preventive measures. Therefore, the results of preventive measures cannot be monitored and the impacts cannot be evaluated. As historically, the focus has been put on tertiary intervention, the contribution of the primary level is modest – as a result, patients often start seeking help from psychiatrist who determines the actual problem of the patient and redirects them to the correct specialist. Such a system causes a substantial reduction in the accessibility of intensive treatment to the people in actual medical need and use of resources is highly inefficient.

Patients are mostly offered services available at their location; however, they may actually need other types of services – needs-based intervention is not provided. Frequently, the focus is only on the health status of the child although the entire family may need help – providing assistance only to the child in that case is ineffective. Often integrated collaboration between multiple specialists across different disciplines is required to ensure effectiveness; however, such cooperation is currently mainly based on personal networks and there is no systematic support for specialists to collaborate. It also became apparent that specialists do not know what kind of child's personal information can be shared and with whom and consequently mistakenly consider restrictions arising from the Personal Data Protection Act to be an inhibiting factor for effective information sharing and collaboration.

Available data is currently inadequate for the implementation of multiple substantial changes and until now, no information has been collected on the national level concerning target group needs, service volumes, existing specialists and risk groups. There are too many databases in use and they are frequently not interfaced with each other, which causes duplicative data collection. When a person moves house, the information often remains in local systems and specialists in new location do not get the necessary information. As a result, continuity of providing services to relocated people may be interrupted.

As a result of the study we have presented our recommendations for the improvement in the field of children's mental health and for the elimination of systemic deficiencies. Our findings are classified into four primary categories:

Organisation and management of the field

- Create common mental health policy on the national level, appoint a coordinator of the field and assign specific areas of responsibility. The sections of mental health of children and families with children should be integrated in the comprehensive mental health policy;
- Establish clear basis and objectives for funding and coordination of funds across various ministries (for example, as a responsibility of the Child Protection Council);
- Reduce the proportion of project-based financing in the funding of the entire field and assure stable funding for activities that have justified their existence;
- Direct the majority of funding for the primary and secondary interventions to the daily environment of the child (kindergarten, school, primary medical care center) without establishing new capital-intensive infrastructure;
- Establish a system of monitoring and develop service standards for the providers of mental health services;
- Establish common (or at least sector-based) performance indicators for evaluating service quality and the actual performance and effectiveness of interventions.

Prevention and promotion

- Strengthen prevention efforts in order to thereby achieve long-term savings on costs of addressing consequences;
- Draft a vision for universal prevention system (white paper) and define the most important target groups and their coverage targets with regard to evidence-based programs.

Services and their integration

- Transfer from service-based to family needs-based service offering;
- Implement broad-based universal mental health screening on the primary level based on the child's lifecycle (for example child's birth, 0-3 years, readiness for kindergarten and school, coping at school). Consider legislative options to make screenings mandatory or provide incentives for families for undergoing primary level screenings. Establish mechanisms for providing targeted assistance to risk groups that on the basis of screening results require heightened attention and assistance;
- Enact professional qualification requirements for important children's mental health specialists in cases where they are currently missing (e.g. therapist) or where their practical usage is deficient (e.g. psychologist);
- Increase the mental health component among all primary level specialists' training programs (kindergarten teachers, school teachers, general practice nurses, general practitioners). The training should enhance the specialists' ability to notice problem indications, ease detection, intervention and collaboration and help specialists to convey delicate information to parents;
- Reduce the fragmentation of specialists and find options for expanding the area of activities of existing specialists on the community level;
- Support the establishment of specialists' networks across disciplines and appoint a case handler in charge of coordinating the work of other specialists and ensuring the implementation of the action plan for more complex cases.

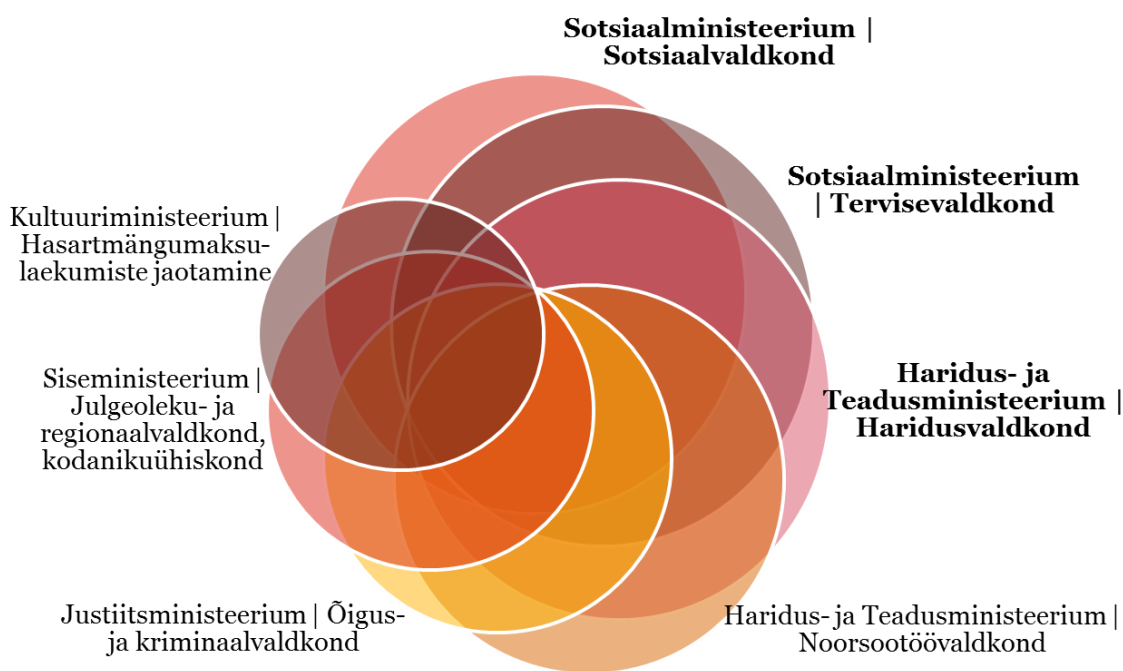
Information and studies

- Raise awareness and contribute to changing the stigmatization of mental health in the society. Carry out campaigns for raising awareness of mental health services both among parents and specialists;
- Draft informative guidelines for specialists concerning the Personal Data Protection Act and its restrictions in order to prevent fictitious reasons inhibiting collaboration and information sharing. Draft support materials for local governments which will allow them to direct limited resources to the most needed services;
- Reduce the number of information systems related to the mental health field and create interfaces to connect them. In order to make data available and comparable (at the regional and country level), set specific objectives for the collection of relevant statistical information and create a functioning system for gathering this data.

Valdkonna lühiülevaade, uuringu ulatus ja eesmärgid

Vaimne tervis ei ole Eestis senini olnud prioriteetne valdkond ning puuduvad selge strateegia ja tegevuskavad nii riiklikul kui kohalikul tasandil. Eestis puudub selge kontseptsioon ja sektoriteülene regulatsioon vaimse tervise teenuste osutamiseks, mis sätestaks lisaks ravi-, rehabilitatsiooni- ja tugiteenustele ka tegevused vaimse tervise edendamiseks ning vaimse tervise häirete ennetamiseks. Alates 2003. aastast ei ole riiklikul tasandil tegeletud vaimse tervise poliitika edendamisega ning 2002. aastal koostatud Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument on ellu viimata.¹

Vaimse tervise teemal on tehtud mitmeid uuringuid ja analüüse, ent puudub erinevaid käsitlusi koondav ja süstematiseeriv, spetsiifiliselt laste vaimse tervise temaatikale pühendatud analüüs, mis pakuks välja ühe, selgelt piiritletud, konkreetse süsteemi laste vaimse tervise alaste eesmärkide saavutamiseks. Valdkond on killustatud ja ühtne lähenemine ministeeriumide üleselt seni puudub. Alloleval joonisel on illustreeritud teema mitmekesisus ning mitmete ministeeriumide haldusalade omavaheline kokkupuude laste vaimse tervise toetamisel. Põhifookuses on antud analüüsi kontekstis sotsiaal-, tervishoiu- ja haridusvaldkond, kuigi piiratud kokkupuude eksisteerib ka teiste valdkondadega.



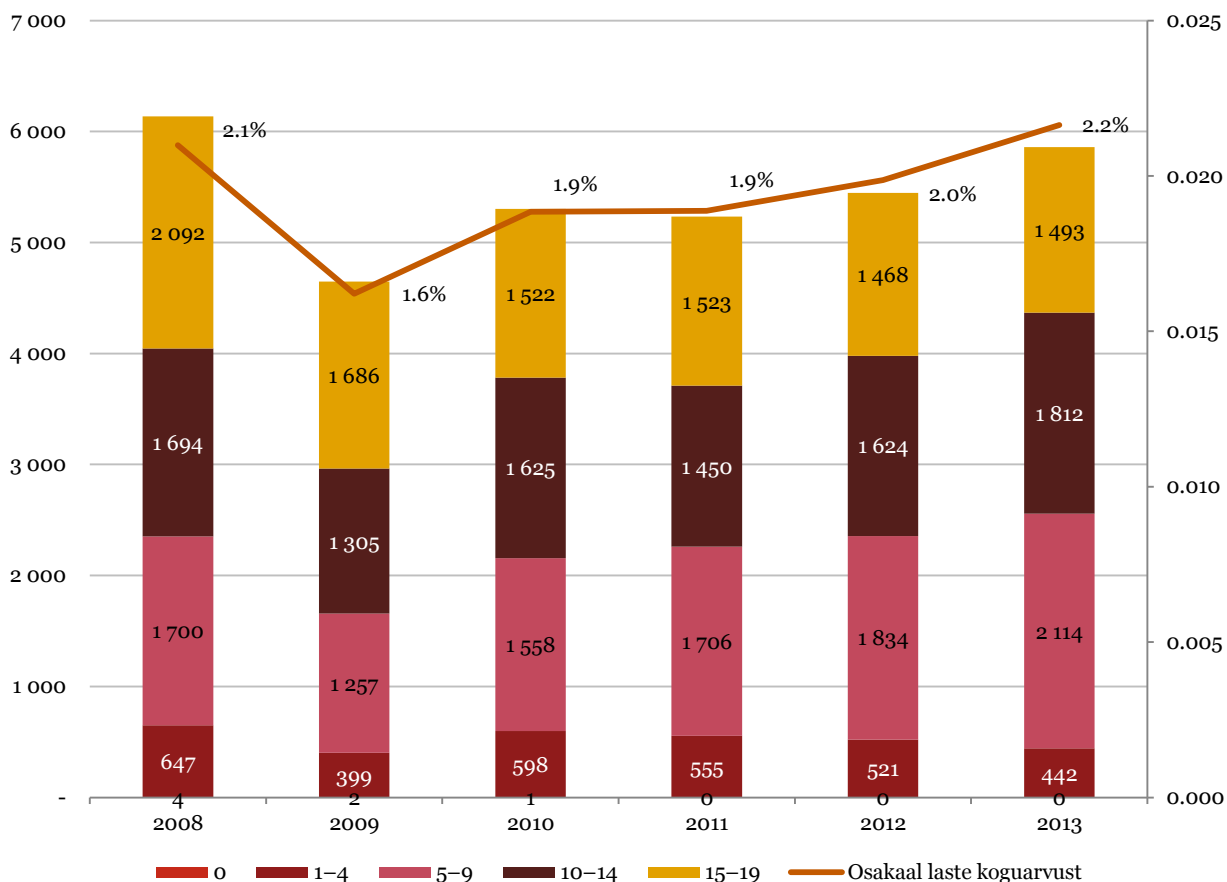
Joonis 3. Laste vaimse tervise teenuste valdkond

Antud uuringu fookuses on lastele ja lastega peredele vaimse tervise toetamiseks suunatud teenused tervishoiu-, sotsiaal- ja haridussüsteemis.

¹ Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>

Käesoleva uuringu läbiviimisel oleme lähtunud WHO **vaimse tervise** käsitlusest, mille kohaselt on vaimne tervis heaolu seisund, mis võimaldab inimesel maksimaalselt realiseerida oma võimeid, tulla toime pingetega elus, tegutseda tulemuslikult ja anda oma panus ühiskondlikku ellu. Vaimne tervis on osa üldisest heaolust, mis peegeldab tasakaalu indiviidi ja keskkonna vahel, eristatakse positiivset ja negatiivset vaimset tervist.

Kuigi Eestis tuleb tervishoiu statistika puhul arvesse võtta sõltuvust arstiabi kättesaadavusest, võib siiski välja tuua, et uute diagnoositud psüühika- ja käitumishäirete arv lastel ja noorukitel on alates 2009. aastast olnud tõusvas trendis.² Samuti, arvestades Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu ja ESPAD-i mitme aasta trende, võib arvata, et narkootiliste ainete kasutamisega seotud psüühikahäirete levimus on Eestis kõrgem, kui Euroopas keskmiselt.³



Joonis 4. Psüühika- ja käitumishäirete esmasdiagnoosid vanuses 0-19 a (19 a kaasa arvatud)⁴

Pelgalt statistika ei pruugi aga anda edasi vaimse tervise probleemide tõsidust ja ulatust, kuna suur osa probleeme jäävad avastamata. WHO andmeil⁵ jääb madala ja keskmise sissetulekuga riikides ilma abita 76-85% vaimse tervise häiretega inimestest, arenenud riikides 35-50%. WHO hinnangul kannatab ligikaudu 20% kogu maailma lastest vaimse tervise probleemide all⁶.

Ametlik statistika peegeldab sageli vaid seda hulka inimestest, kes oskavad abi küsida, mitte aga neid, kes abi tegelikult vajaksid. Ainult statistikat vaadates jääb lahtiseks, kas tegelikult muutus abivajajate hulk või toimus muutus lihtsalt registreeritud juhtumite arvus (näiteks 2009. aasta psüühika- ja käitumishäirete oluline langus ei ole ilmselt tingitud tegelike abivajajate vähenemisest, vaid tervishoiusektori kulude kärpimisest, mille tagajärjel langes diagnoositud juhtumite arv).

² Tervise Arengu Instituudi veebileht <http://www.tai.ee>

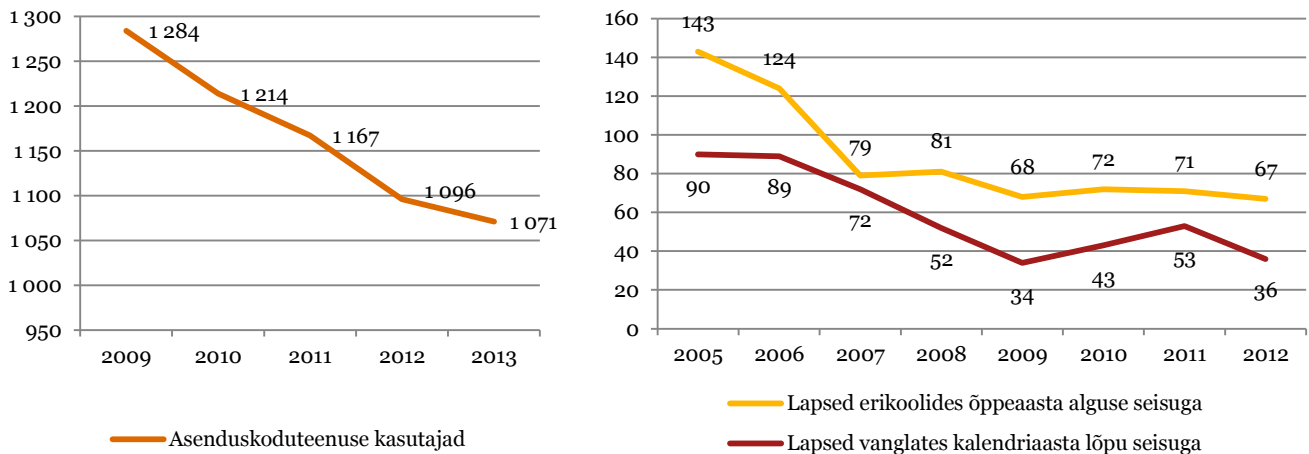
³ Kleinberg, A. (2013) Ülevaade laste vaimse tervise valdkonnast Eestis. http://www.sm.ee/fileadmin/piiratudkaust/RTP/Kleinberg_27.pdf

⁴ Tervise Arengu Instituudi veebileht <http://www.tai.ee>

⁵ WHO. Mental disorders. Fact sheet N°396. October 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>

⁶ WHO. 10 facts on mental health. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/

Laste vaimse tervise probleemid võivad süveneda laste perekonnast eraldamisega. Asenduskoduteenusel viibivate laste arv⁷ on küll olnud vähenemas trendis, kuid erikoolides ja vanglates õppivate laste hulk⁸ on püsinud viimaste aastate lõikes sarnasel tasemel. Kinnistes asutustes (erikoolides) õppivatel lastel on hiljuti Justiitsministeeriumi algatusel läbiviidud uuringu⁹ tulemus näitab, et 62%-l kinnistes asutustes viibivatest lastest on aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) tunnused. Nimetatud tulemused viitavad ka sellele, et tegemist võib olla ka õigeaegselt diagnoosimata lastega, kellel süvenevad käitumisprobleemid (olles tegelikult psüühikahäiretega ja ravi vajav laps), mistõttu satuvad nad alaealiste õigusrikkujate süsteemi, kuid tegelikult tuleks nende probleeme lahendada vaimse tervise süsteemis ning õigeaegse diagnostika ning ravi abil.



Joonis 5. Asenduskoduteenuse kasutajad, lapsed erikoolides ja vanglates

Nii on ka viimased 20 aastat näidanud, et suuresti vaid tagajärgedega tegelemine ei ole jätkusuutlik ja pigem soodustab probleemide kuhjumist ning nõuab seeläbi järjest kasvavaid finantseeringuid. Senine laste- ja perepoliitika on keskendunud eelkõige eri probleemide ilmestavate sümptomite leevendamisele, samas kui põhjustega tegelemine on jäänud suurema tähelepanuta.¹⁰ Tegeletakse pigem ravi kui ennetusega, kuigi ennetusse panustamine aitaks ära hoida sümptomite süvenemist ning vähendada ravivajadust. Korrektsuse huvides oleks siinkohal siiski kohane märkida, et praegune laste- ja perepoliitika on laste ja perede arengukava ning ka uue lastekaitseaduse abil võtnud suuna ennetusele ja viiakse läbi ka vastavaid tegevusi ning arendatakse teenuseid. Tegemist on aga siiski alles uue ja algusfaasis suunaga, kus pole hetkel ka kindlasti piisavalt ennetusse suunatud investeeringuid ja teenuseid ning vajab veel oluliselt arendamist.

Lisaks juba vaimse tervise probleemidega inimese ravimisele on oluline kaitsta ja edendada erinevatesse vanusegruppi kuuluvate kõigi kodanike vaimset heaolu. Erilist tähelepanu vajab just laste vaimse tervise seotud ennetustöö, kuna ligi 50% täiskasvanud inimestel esinevatest terviseprobleemidest on ilmnenud enne 14. eluaastat. Vaimse tervise seotud ennetustöö peab laienema üle kõigi sektorite ja valitsusorganite, kuna vaimse tervise probleemid on alguse saanud erinevatest sotsiaalsetest ja majanduslikest näitajatest.¹¹

Uuringutes, mis käsitlevad kuritegelikku käitumist, vaimse tervise probleeme ja muid kompleksseid sotsiaalseid probleeme nähtub, et lastel ja noorukitel endil on väga väike roll selles, millised riskitegurid neid ohustavad.¹² Paljud individuaalsed, perekondlikud, eakaaslaste, kooli kui ka kogukonnaga seotud tegurid on suuresti väljaspool nooruki mõjuvälja. Laps ei saa valida perekonda, kogukonda, kooli ega seda, millised individuaalsed

⁷ Asenduskoduteenuste kasutajad maakonna järgi, 31. detsember 2013. a (SK03), Statistikaamet. http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/11Sotsiaalne_kaitse/02Sotsiaalabi/07Vanemliku_hoolitsuseta_lapsed/07Vanemliku_hoolitsuseta_lapsed.asp

⁸ Laste heaolu (2013) Eesti Statistika. http://www.stat.ee/publication-download-pdf?publication_id=34248

⁹ Kinnistes asutustes viibivate laste kognitiivsete ja isiksuslike omaduste ning vaimse tervise, sõltuvuskäitumise ja sotsiaalse tausta uuring. (2014) Justiitsministeerium.

¹⁰ Laste ja perede arengukava 2012-2020 (2011), Sotsiaalministeerium.

http://lapsedjapered.sm.ee/fileadmin/Sisu_laadimine/Lapsed_ja_pered/Alusdokumendid/Laste_ja_perede_arengukava_2012_-_2020.pdf

¹¹ Mental Health Action Plan 2013-2020 .WHO (2013) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

¹² Edovald, T. (2005) Ülevaade alaealiste kuritegevuse vähendamise strateegiatest ja programmidest maailmas. <http://www.kuriteoennetus.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=20397/risikifaktorid+ja+sekkumised.pdf>

probleemid tal võivad kujuneda (nt psüühilised häired). Ainuke, mida lapsed saavad teha, on valida suhtluskaaslast ja langetada teatud valikuid, mis võivad viia individuaalsete probleemideni.¹³

Seega ei saa laste probleemide lahendamist käsitleda eraldiseisvalt, vaid tuleb arvesse võtta ka lapsi ümbritsevat keskkonda – nii perekonda kui ühiskonda tervikuna. Lapse vaimse tervise probleemide põhjused võivad peituda perekonna sotsiaalses toimetulekus, lapsevanemate oskustes, lapse erivajaduses, aga ka ühiskonna hoiakutes.

Seda arvestades oleme käesoleva uuringu raames avanud valdkonda nii kvantitatiivselt kui kvalitatiivselt ning sünteesinud sellest kokku teadmise, milline on hetkeolukord ning kuidas kutsuda ellu muutusi.

Analüüsi eesmärgiks on kaardistada laste vaimse tervise valdkonna hetkeseis, tuvastada peamised probleemid ning töötada välja uus, tulemuslik laste vaimse tervise teenuste korraldus.

Kuna valdkonda ei ole varasemalt süstemaatiliselt analüüsitud ning laste vaimse tervise temaatikaga seonduvate andmete kogumine on olnud väga hektiline, seisneb käesoleva analüüsi üks olulisematest lisandväärtustest just **olemasoleva informatsiooni süstemaatilises koondamises ning uue süsteemi aluspõhimõtete väljatöötamiseks vajalike, kuid täna puuduolevate elementide tuvastamine.**

Kuigi riik on pannud avaliku sektori asutustele ülesanded ja funktsioonid, mida asutused täidavad, oleme võtnud antud töö aluseks teenuspõhise lähenemise, kuna riik on võtnud suuna teenuspõhise juhtimise juurutamiseks avalikus sektoris tervikuna.¹⁴ Laste ja lastega perede vaimse tervise toetamine saab toimuda läbi abivajajatele teenuste osutamise, sest vaid teenuspõhine lähenemine annab võimaluse saadavat kasu mõõta.

On oluline, et mõistame, mis on teenus ning kuidas läbi teenuste parema osutamise saavutada avaliku sektori suurem efektiivsus. Teenuste kaardistamisest, selgete standardite loomisest ja kvaliteedinõuete kehtestamisest saab alguse teenuste optimeerimine ja efektiivistamine, võimaldades pakkuda tulevikus senisest paremaid teenuseid, lähtudes seejuures teenuse saaja huvidest.

Kõige laiemas käsitluses on teenus immateriaalne kaup, mille abil rahuldakse inimeste vajadusi. Avalike teenuste korraldamise roheline raamat (ATKRR) toob välja **avaliku teenuse** mõiste, mille kohaselt on see teenus, mida riik /pakub isikule, sh ettevõtjale, isiku algatusel (sh võimalikul algatusel) tema seadusest tulenevate kohustuste täitmiseks või õiguste kasutamise võimaldamiseks.¹⁵ Avalikud teenused jagunevad üldisteks hüvedeks (näiteks riigikaitse, õiguskord) ning transaktsioonilisteks teenusteks (näiteks perearsti visiit).¹⁶

Avaliku teenuse käsitlusse ei sobitu mõtteviisi, et õpetaja osutab õpetamise teenust või et teadlikkuse tõstmine ühiskonnas on teenus sarnaselt arsti visiidiga, kuigi väga üldistatult võiksime kõikidel tasanditel toimuvaid tegevusi ka teenusteks nimetada. Selguse huvides käsitleme antud uuringus laiemalt kõiki sekkumisi – nii traditsioonilisema teenuste mõiste alla kuuluvaid laiapõhjalisemaid tegevusi.

Sekkumistena mõistame kõiki mõtestatud tegevusi, millel on eesmärk. Konkreetselt suunatud, eesmärgistatud, mõõdetavad ja eraldiseisvalt rahastatud sekkumised on käsitletavad **teenustena**. Sekkumisi, mis on suunatud suurte ühiskonnagruppide mõjutamiseks või riskigruppidele, et probleeme või nende süvenemist ära hoida, saame kokkuvõtvalt nimetada **ennetuseks ja edenduseks**.

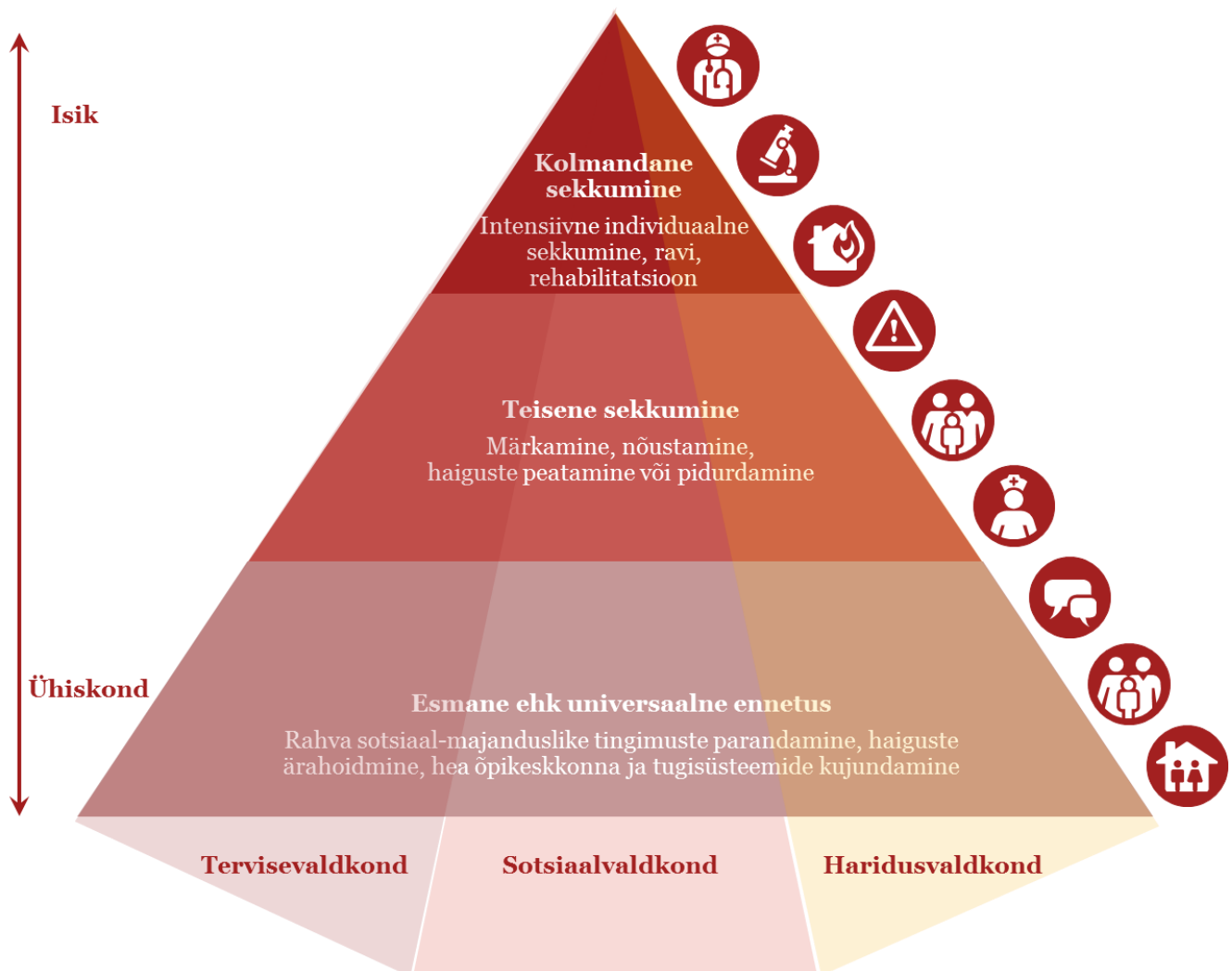
¹³ Edovald, T. (2010) Ennetustööst laste tulemuste parandamiseks.

¹⁴ Dokumendi- ja infolahenduse hetkeolukorra ja rahvusvaheliste kogemuste analüüs (2014), Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, PwC. https://www.mkm.ee/sites/default/files/lopparuanne_-_dokumendi-ja_infolahenduse_hetkeolukorra_ja_rahvusvaheliste_kogemuste_analuus_1_2.0.pdf

¹⁵ Avalike teenuste korraldamise roheline raamat (2013), Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium. https://www.mkm.ee/sites/default/files/avalike_teenuste_korraldamise_roheline_raamat.pdf

¹⁶ Avalike teenuste ühtne portfelli juhtimine (2013), Riigikantselei, PwC. https://www.mkm.ee/sites/default/files/avalike_teenuste_uhtne_portfelli_juhtimine.pdf

Antud käsitlemise illustreerimiseks oleme loonud ennetuspüramiidi põhimõtetest¹⁷ lähtuva sekkumiste püramiidi (vt Joonis 6), milles oleme välja toonud sekkumised läbi sotsiaal-, tervise- ja haridusvaldkonna kõigil tasanditel.



Joonis 6. Sekkumiste püramiid

Esmase sekkumise ehk universaalse ennetuse all mõistame kogu rahvastikku haaravaid ennetustegevusi. Universaalne ennetus on suunatud rahva sotsiaalmajanduslike tingimuste üldisele paranemisele, mille kaudu ka ühiskonna kui terviku vaimse tervise näitajad paranevad. Lisaks kuulvad esmase ennetuse alla ka ühiskondlike väärtuste ja hoiakute kujundamine nii riigiüleselt kui ka kogukonna tasandil, kus oma tegevustega luuakse lapse arenguks ja vaimse tervise toetamiseks sobiva keskkonna, käitumismallide, hoiakute ja väärtushinnangute kogum. Iga laps on oodatud, kaitstud ja arvestatakse tema individuaalseid erisusi.¹⁸

Tervisevaldkonnas mõistetakse esmase ennetusena eelkõige haiguste ärahoidmist, haridusvaldkonnas käsitletakse universaalse ennetusena erinevaid haridusprogramme, aga ka kooli- ja koolieelsete jt lasteasutuste hea õpikeskkonna ja vajalike tugisüsteemide kujundamist (nt pikapäevarühm, huviringid, raamatukogu jm).

Esmase ennetuse alla kuuluvad lisaks üldist keskkonda toetavatele tegevustele ka erinevad universaalsed skriiningud (nt rutiinse tervisekontrolli raames).

¹⁷ Kuritegevuse ennetamine (2010), Sisekaitseakadeemia õppeveeb.

http://stud.sisekaitse.ee/Vanaisak/Kriminaalpreventsioon/kuritegevuse_ennetamine.html

¹⁸ Sotsiaalministeeriumi Laste ja perede osakonna käsitus.

Käesoleva uuringu raames käsitleme **esmatasandina** kõikide vaadeldavate valdkondade (tervishoid, haridus, sotsiaal) esmase sekkumise tegevusi ning **esmatasandi spetsialistide** all mõistame kõigis valdkondades universaalse ennetuse kontekstis lastega igapäevaselt kokkupuutuvaid spetsialiste (lasteaiaõpetajad, õpetajad, perearstid ja –õed jt).

Teisene sekkumine on probleemi ilmingute õigeaegne märkamine ning sellega kaasnev sekkumine, nõustamine ja konsultatiivne abi. Teisese sekkumise eesmärk on probleemide süvenemise ärahoidmine, võimalike vaimse tervise kõrvalekallete peatamine või pidurdamine ning sellest tulenevalt edasise intensiivsema sekkumise vajaduse vähendamine. Rõhutame, et ka teise sekkumise tasandil omavad ühtviisi olulist rolli nii haridus-, sotsiaal- kui ka tervishoiu valdkond.

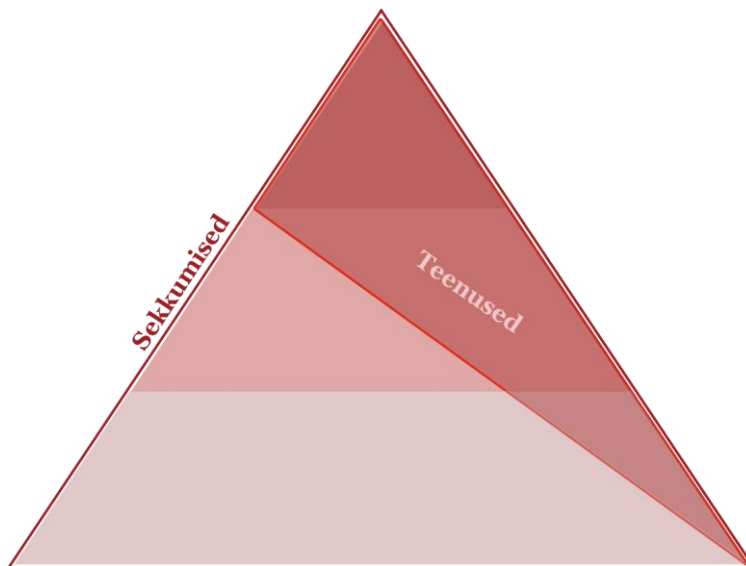
Haridusvaldkonnas on fookuses lapse arengut toetavad sekkumised konkreetse lapse vajadusest lähtuvalt, nt konsultatsioon, õpiabi, nõustamine (tugiõppe õppejuhi, koolipsühholoogi, sotsiaalpedagoogi või eripedagoogi poolt), huviringi suunamine, pikapäevarühma suunamine, õpiklassi suunamine, abiõpetaja rakendamine ainetunnis jms. Sotsiaalvaldkonnas keskendutakse teisese sekkumise tasandil peamiselt erinevate tugiteenuste osutamisele (igapäeaelu toetamine, sotsiaalnõustamine, tugisiku teenused) ning tervishoiuvaldkonnas on teisese tasandi sekkumisteks peamiselt erinevate spetsialistide vastuvõttud (perearst või –õde, vaimse tervise õde jt) ning esmased nõustamised.

Teisene sekkumine on muuhulgas suunatud ka lastele ja peredele, kellel on leitud kõrgeenenud risk, mis ohustab lapse heaolu, vaimset tervist või lapse eakohast arengut (nn riskigrupid). Varajasele märkamisele ja sekkumise vajaduse hindamisele järgneb sobivale sekkumisele suunamine.¹⁹

Kolmandane sekkumine on intensiivse individuaalse lähenemise tasand, kus keskendutakse pikaajalisele või statsionaarsele ravile, tagajärgedega tegelemisele või rehabiliteerimisele. Selle tasandi teenused on suunatud näiteks intensiivset meditsiinilist abi vajavatele isikutele, et väljakujunenud haigust ravida, erivajadustega lastele nende rehabiliteerimiseks tavaõpikeskkonda ning nende iseseisva toimetuleku parandamiseks, aga ka õigusrikkumisi toime pannud isikutele, rehabiliteerides neid või eraldades ühiskonnast.

Kolmandane sekkumine on mõeldud nii psühhiaatrilist ravi vajavatele isikutele kui ka lastele ja peredele, kelle vaimse tervisega seotud probleemidele on leitud lahendus, kuid kes vajavad abi ja tuge rehabiliteerimisel ehk tavaellu naasmisel. Korra hätta sattunud või kõrgeenenud riskiga laps ja perekond peab saama regulaarset tuge ja toetust. Hinnang toimetuleku ja vajalike toetuste määramise või teenuste osutamise osas peab olema tagatud järjepidevas koostöös erinevate institutsioonide vahel.²⁰

Tervishoiuvaldkonnas on kolmandase sekkumise tasandi näideteks psühhiaatrilise haiguse ravi, haridusvaldkonnas erikooli teenused ning sotsiaalvaldkonnas asenduskodud.



Joonis 7. Teenused läbi kõigi püramiidi tasemet

Spetsiifilisemalt **vaimse tervise sekkumiste ning teenuste** all mõistame (sarnaselt WHO käsitlusele) meetmeid vaimset tervist kujundavate sekkumiste vahendamiseks elanikkonnale, alates vaimse tervise/heaolu edendamise ja psüühikahäirete ennetamisest kuni tõsisemate psühhiaatriliste haiguste ravini, et saavutada heaolu seisund, mis võimaldab inimesel maksimaalselt realiseerida oma võimeid, tulla toime pingetega elus, tegutseda tulemuslikult ja anda oma panus ühiskondlikku ellu.

¹⁹ Sotsiaalministeeriumi Laste ja perede osakonna käsitlus.

²⁰ *Ibid.*

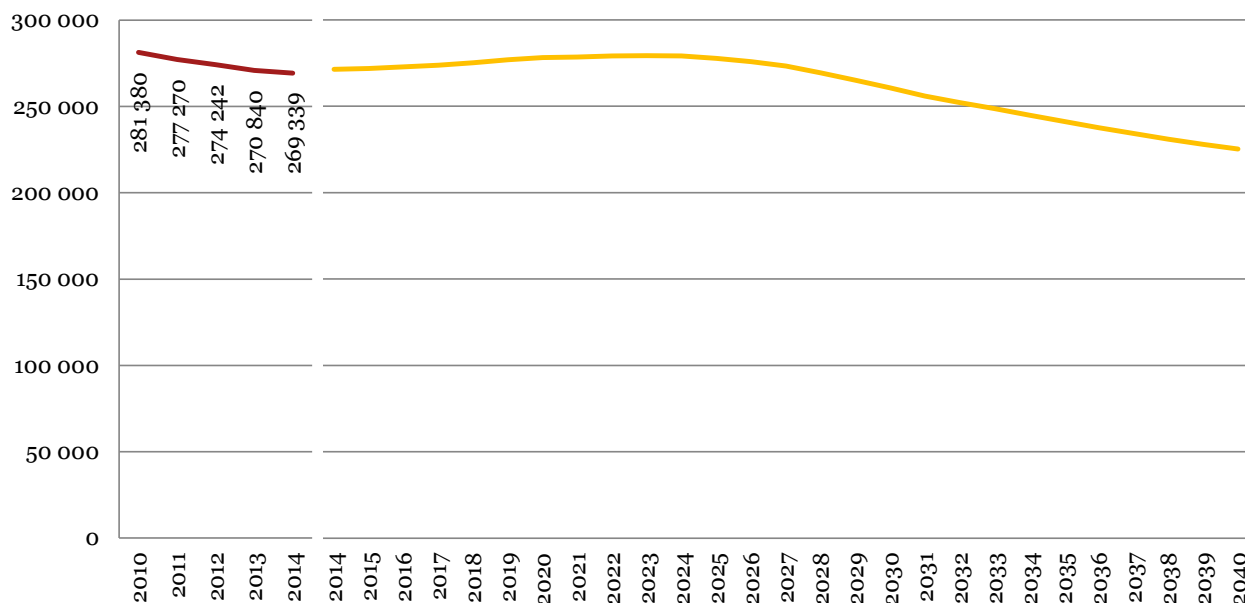
Integreeritud teenustena mõistame kõiki tasemeid läbivaid omavahel seotud teenuseid, mida osutatakse inimestele siis, kui nad seda vajavad – õigeaegselt, abivajajast individuaalselt lähtudes ja positiivse tulemusele orienteeritult. Märkimisväärset rolli teenuste integreerimisel omab ka last ja peret ümbritsev keskkond. Nii on näiteks lasteaiad ja kool lapse vaimset tervist oluliselt mõjutavad keskkonnad ning last toetavaid teenuseid tuleb osutada lähtuvalt selle keskkonna eripäradest ning võimalustest. Samuti on oluline, et laps ja pere oleksid toetatud ka peale abi saamist. Tuleb rõhutada, et tegemist ei ole mitte ainult tervishoiuteenustega, vaid vaimset tervist toetavate teenuste osutamisega mistahes muus valdkonnas.

Esmane teenuste omavahelise integratsiooni olemus on järgmine – last aidates tuleb suunata teenuseid nii lapsele kui teda ümbritsevatele inimestele lähtudes konkreetsest vajadusest. Kompleksse lähenemise eelduseks on erinevate valdkondade vaheline sujuv koostöö.

Teenuste vajajad on kõik Eestis sündivad ja kasvavad lapsed ja lastega pered.

Teenuste vajajatena käsitleme kõiki Eestis sündivaid ja kasvavaid lapsi, mitte vaid vaimse tervise probleemidega või teatud riskide osas ohustatud lapsi, lisaks nende perekondi, ümbritsevat keskkonda ning keskkonna kujundajaid, kellega lapsed ja pered tihedalt kokku puutuvad. Nii on antud töös fookuses ka valdkondade spetsialistid, kes loovad lastele ja peredele osutatavate teenuste võrgustiku ning integreerituse.

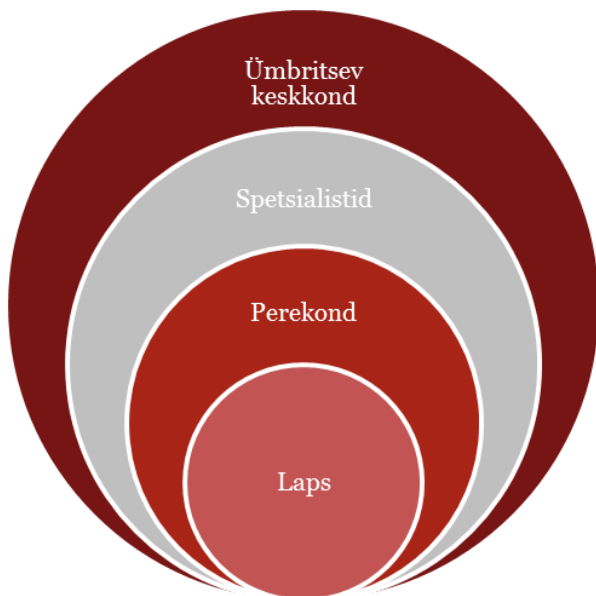
2014. aasta seisuga oli Eestis 269 339 kuni 19-aastast (19 a kaasa arvatud) Eesti elanikku (Joonis 8) ning 2011. aasta seisuga 146 148 lastega perekonda²¹.



Joonis 8. Kuni 19-aastaste (19 a kaasa arvatud) Eesti elanike arv aastate lõikes²²

²¹ Statistikaamet, rahvaloenduse andmetabel RLO743: alla 18-aastaste lastega perekondade arv seisuga 31.12.2011

²² *Ibid.*



Joonis 9. Võtmetähtsusega osapooled ning süsteemi ümberkorralduse kontekstis tähelepanu ja fookust vajavad spetsiifilised tasandid

Kuigi sekkumisi vajavad kõik lapsed ning kaasnevalt ka lastega perekonnad (mitte vaid lapsevanemad, vaid ka teised pereliikmed), peavad sekkumised olema erinevad, sõltuvalt abivajajate tegelikest vajadustest. Seejuures ei saa tähelepanuta jätta ka teenuseosutajaid (nende olemasolu, võimekus ning sekkumiste kvaliteet) ning ümbritsevat keskkonda. Pikaajalised mõjud laste vaimsele heaolule avalduvad ühiskonna hoiakute muutusest.

Mida spetsiifilisemaks muutuvad teenused, seda täpsemalt tuleb hinnata, kellele ja kuidas teenust osutada. Vaid esmase ehk universaalse ennetuse osas ei pruugi me vajada täpsustavat teavet abivajajate kohta, kuna ennetustegevused on suunatud suurele ühiskonnagrupile – kõigile lastele ja nende peredele. Teisesel sekkumisel käsitleme juba riskigruppe ja varajast märkamist ning kolmandase sekkumise tasemel neid lapsi ja peresid, kelle puhul on sekkumisvajadus juba tuvastatud ning pakutakse spetsiifilisi lahendusi.

Reeglina kuuluvad kõrgeimale tasemele need lapsed ja pered, kelle puhul näiteks lapsel või teisel pereliikmel on diagnoositud vaimse tervise häire, rehabilitatsiooni vajavad lapsed ja lapsevanemad, aga ka näiteks lapsed või lapsevanemad, kelle puhul rakendatakse kriminaalhooldust.

Ehkki teenuste vajajatena käsitleme kõiki Eestis sündivaid ja kasvavaid lapsi ning nende perekondi, käsitleme sihtrühmasid fookuseeritumalt kahes kategoorias –riskigrupid ja kriitilised sihtgrupid.

Riskigruppi kuuluva isikuna käsitleme isikuid, kelle puhul on tõenäosus vaimse tervise probleemide avaldumiseks proportsionaalselt suurem kui üldises populatsioonis. Siinkohal peame vajalikuks rõhutada, et riskigruppi kuulumine ei tähenda vaimse tervise probleemi eksisteerimist ning peegeldab vaid keskmisest suuremat tõenäosust võimalike probleemide avaldumiseks.

Kriitilisse sihtgruppi kuuluva isikuna käsitleme isikuid, kelle puhul on avaldunud mõni vaimse tervisega seotud kõrvalekalle ning kelle puhul on juba tuvastatud konkreetne sekkumisvajadus (määratud kas vastav diagnoos või tuvastatud spetsiifiline rehabilitatsioonivajadus).

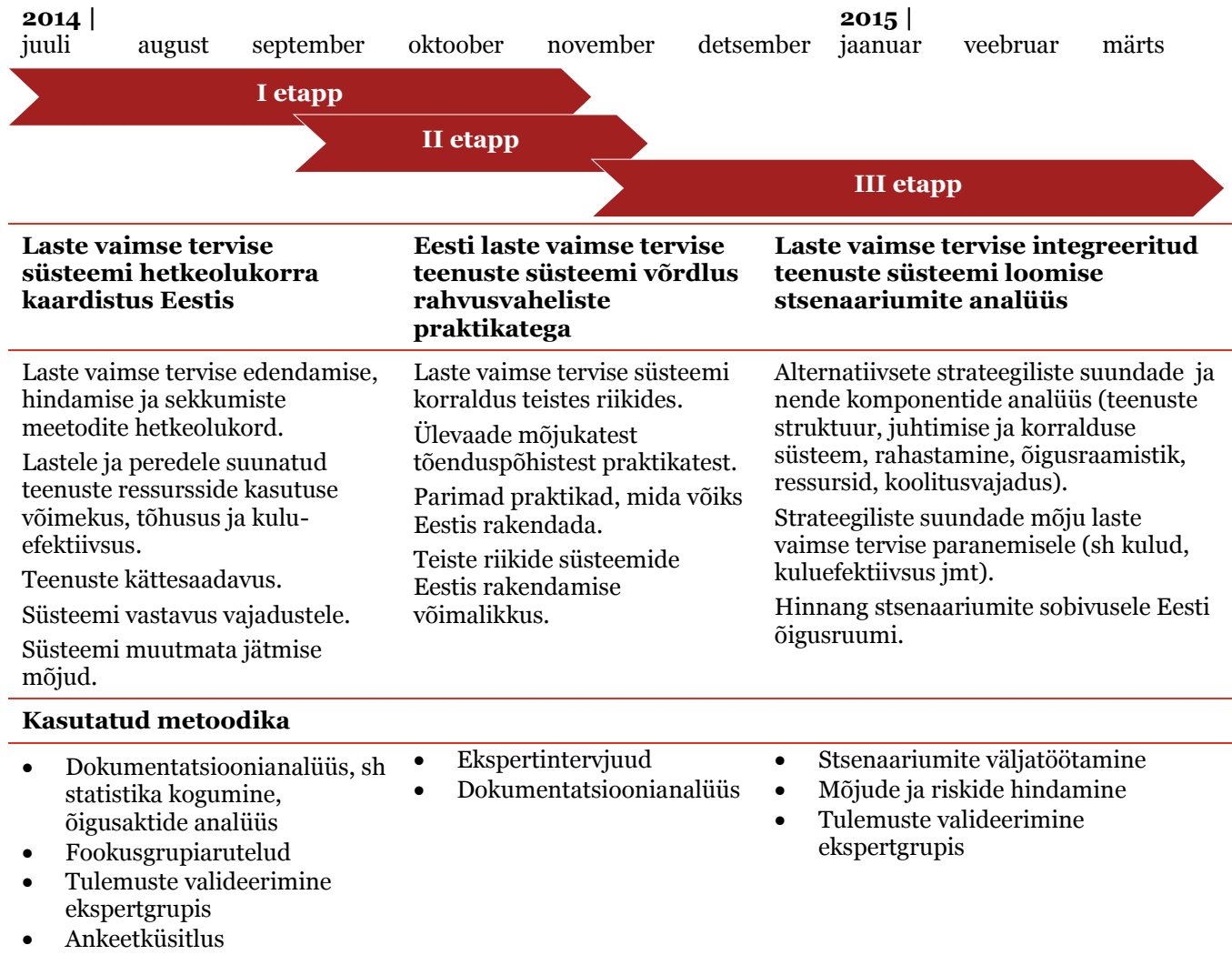
Täpsema ülevaate, millised on tähelepanu vajavad riskigrupid, sihtgrupid ning nende statistilised näitajad, leiame peatükkidest „Ennetus ja edendus“ ning „Teenused ja nende integreeritus“.

Analüüsi etapid ja -metoodika

Selleks, et kujundada tervikülevaade hetkeolukorrast ning kujundada tulevikustsenaariumid, oleme analüüsi jaotanud kolme etappi:

4. Laste vaimse tervise süsteemi hetkeolukorra kaardistus Eestis
5. Eesti laste vaimse tervise teenuste süsteemi võrdlus rahvusvaheliste praktikatega
6. Laste vaimse tervise integreeritud teenuste süsteemi loomise stsenaariumite analüüs

Alloleval joonisel (vt Joonis 10) on toodud analüüsi etapid koos peamiste uurimisülesannete ja ajakavaga:



Joonis 10. Analüüsi etapid ja peamised uurimisülesanded

(Vt ka täpsemat metoodikakirjeldust Lisa 1. Metoodika ja kasutatud lühendid).

Laste vaimse tervise teenuste ning teenuste osutamise korralduse hetkeseis

Käesolevas jaotises anname ülevaate laste vaimse tervisega seotud teenuste osutamisest Eestis läbi tervishoiu-, sotsiaal- ja haridussüsteemi. Hetkeolukorra analüüsi tulemusena toome välja osutatavate teenustega seotud probleemid ning positiivsed küljed, analüüsime teenuste kättesaadavust, mahtusid, integreeritust, seadusandlikku alust, teenuseosutajate tausta ja teenuseosutajate omavahelist koostööd.

Valdkonna korraldusest anname ülevaate lähtuvalt WHO poolt väljatöötatud vaimse tervise valdkonna tegevuskava²³ struktuurile, milles tuuakse välja neli peatükki:

I Valdonna korraldus ja juhtimine

II Ennetus ja edendus

III Teenused ja nende integreeritus

IV Info ja uuringud

Valdkonna korraldus ja juhtimine

Elanikkonna vaimne tervis on oluline iga riigi jaoks ning seetõttu peaks süsteemi juhtimine toimuma tsentraalselt. Paremat organiseeritust soodustab detailne vaimse tervise plaan ja ettekirjutused. Vaimse tervise seadus peaks täpsustama inimeste vaimse tervise peamised põhimõtted, väärtused ja eesmärgid, mis aitaksid edendada tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kättesaadavust ühiskonnas. Otsuste tegemisel ja regulatsioonide koostamisel on oluline kaasata nii antud valdkonna huvigruppide kui ka sihtgruppide esindajaid.²⁴

Hea poliitikakujundamise aluseks on vaja omada ülevaadet valdkonna üldisest korraldusest ja juhtimisest:

- kes on osapooled, kes kujundavad poliitikat, loovad strateegiad ning kirjeldavad valdkonna arengusuunad;*
- kuidas on koordineeritud ja omavahel seotud kesktasandi, regionaalse tasandi ja kohalike omavalitsuste tegevused;*
- kes on valdkonnas tegutsevad teenuseosutajad, kui palju on reguleeritud nende tegevus, kuidas on korraldatud järelevalve teenuseosutajate tegevuse üle;*
- kui palju on valdkonnas raha, millistest allikatest rahalised ressursid pärinevad ning milliste kanalite kaudu jõuab rahastus sihtgrupini, kas ressurside kasutus on mõistlikult korraldatud;*
- kuidas toetab valdkonna juhtimist õiguslik keskkond.*

²³ Mental Health Action Plan 2013–2020 .WHO (2013) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

²⁴ Ibid

Valdkonna struktuur

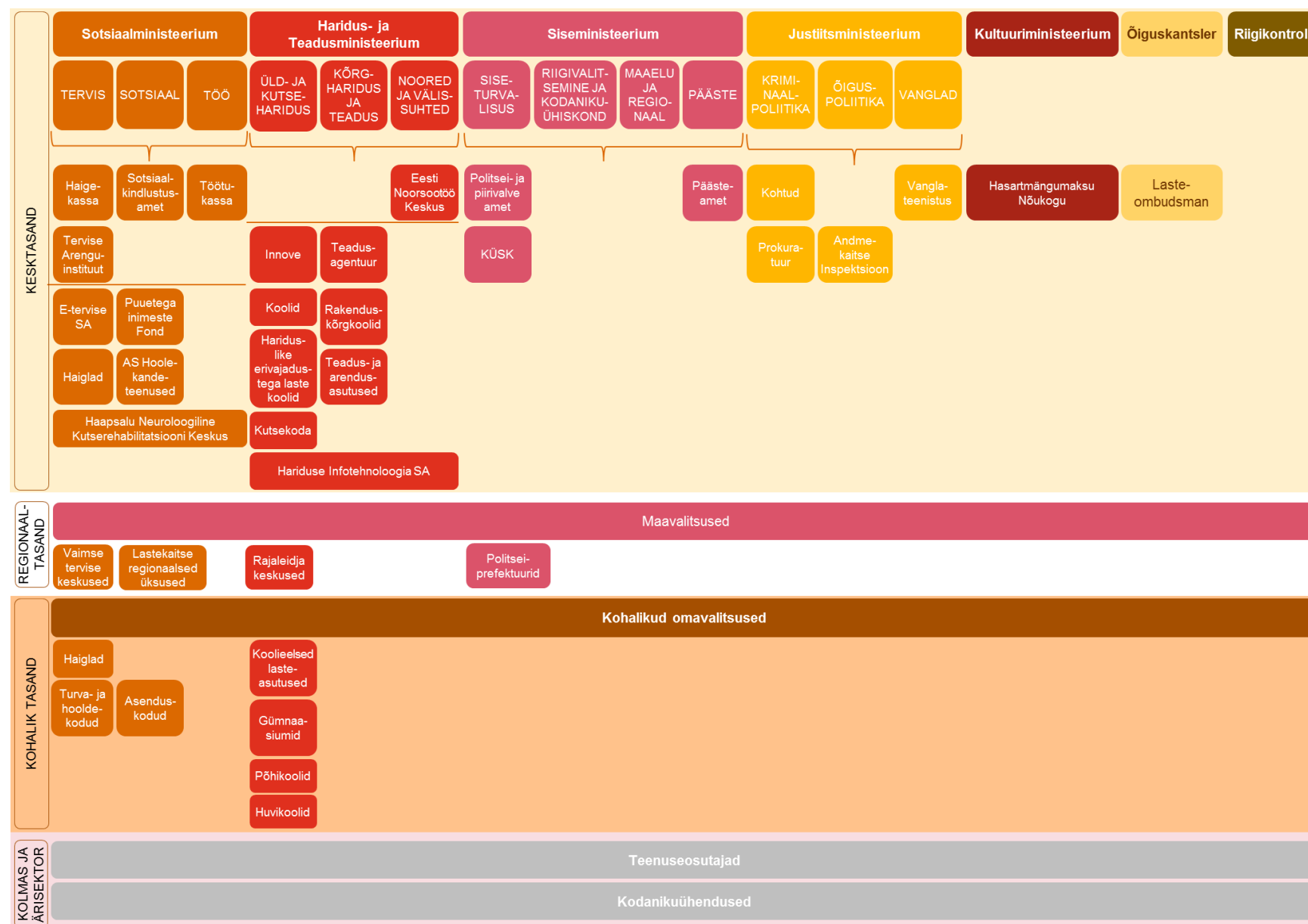
Valdkonnast ülevaate andmisel oli meie lähtepunktiks ühelt poolt eesmärk vaadata valdkonda komplekselt üle sotsiaal-, tervise- ja haridusvaldkonna ning kitsendada analüüs spetsiifiliselt asutustele, mis tegelevad või puutuvad otseselt kokku laste vaimse tervise korralduse või teenuste osutamisega.

Sellest tulenevalt oleme välja toonud ministeeriumid, mis valdkonnaga suuremal või vähemal määral kokku puutuvad (Sotsiaalministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium, aga ka Siseministeerium, Justiitsministeerium ning Kultuuriministeerium) ning nende koordineeritavad rakendusasutused. Samuti oleme korralduse peatükis käsitlenud nii lastega otseselt kui ka kaudselt kokku puutuvaid osapooli, nende rolli ja vastutust valdkonnas.

Korraldust käsitleme nelja tasandina:

- kesktasand (ministeeriumid ja nende haldusala asutused),
- regionaalne tasand (maavalitsused),
- kohalik tasand (kohalikud omavalitsused) ning
- kolmas ja erasektor (laste vaimse tervise valdkonnas tegutsevad ühingud ja organisatsioonid ning ettevõtetest teenuseosutajad).

Alljärgnevalt analüüsime iga osapooli rolli valdkonna korralduses, mida illustreerib allolev joonis (vt Joonis 11). Detailsem ülevaade osapoolte ülesannetest asub lisades (vt Lisa 7).



Joonis 11. Laste vaimse tervise valdkonna korralduse osapooled ja struktuur

Keskterasand

Keskterasandil on otsesteks valdkonna koordineerijateks Sotsiaalministeerium ning Haridus- ja Teadusministeerium, kelle tegevused on suunatud selgelt lastele ja lastega peredele. Kõigil ülejäänud keskterasandil osalejatel on kokkupuutepunktid laste vaimse tervise teenustega kaudsemad. Iga organisatsiooni rollid ja vastutusalad on kirjeldatud alljärgnevalt:

Sotsiaalministeerium

Sotsiaalministeerium (SoM) **vastutab töö-, tervise- ja sotsiaalvaldkonna korralduse eest**, mistõttu nende tegevused mõjutavad kõige ulatuslikumalt laste ja lastega perede heaolu. Kõigil osakondadel on oma eesmärgid ning kõikide puhul on välja toodud, et nad osalevad teiste lähedalt seotud valdkondade tegevuskavade väljatöötamises. Vaimse tervise valdkonna koordineerimist **ei ole otseselt** seatud mitte ühegi osakonna haldusalasse. Vastavalt osakondade tegevuste ulatusele tööme välja osapooled, kelle tegevus mõjutab laste heaolu otseselt ning kelle tegevus kaudselt (vt ka Lisa 7). Valdkonna koordineerimisse panustavad eelkõige **laste ja perede osakond, tervishoiuosakond, rahvatervise osakond ja hoolekande osakond**²⁵:

Sotsiaalministeeriumi haldusalas on **kõige olulisemad** laste vaimse tervise kontekstis alljärgnevad asutused ja allüksused:

1. **Valitsusasutused** (täidesaatva riigivõimu täitjad):
 - **Sotsiaalkindlustusamet** (SKA) – SKA ülesandeks laste vaimse tervise valdkonnas on tagada ja rahastada rehabilitatsiooniteenuse ja erihoolekandeteenuste osutamist ning osutada ohvriabi- ja lepitusteenust. Rehabilitatsiooniteenuse osas koordineerib SKA teenuseosutajate tegevust. Alates 2016. aastast täidab, vastavalt uuele lastekaitseseadusele, SKA ka lastekaitse korralduse funktsiooni.
 - **Terviseamet** – teostab riiklikku tervishoiuteenuste järelevalvet, sh eriarstiabi-teenuste, koolitervishoiuteenuste ja üldarstiabi üle.
2. **Valitsusasutuste hallatavad riigiasutused** (põhiülesanne võib aga ei pea olema täidesaatva riigivõimu teostamine)²⁶:

Avalik-õiguslikud juriidilised isikud²⁷:

- **Töötukassa** – korraldab töötuskindlustust ning viib ellu tööpoliitikat. Laste vaimse tervise valdkonda mõjutab Töötukassa kokku läbi lapsevanematele osutatavate tugiteenuste.
- **Haigekassa** – ravikindlustushüvitiste võimaldamine vastavalt ravikindlustuse seadusele, muudele õigusaktidele ja haigekassa eelarves ettenähtud ravikindlustuse kuludele. Haigekassa rahastab lastele ja peredele suunatud tervishoiuteenuseid.²⁸

Muud riigiasutused:

- **Tervise Arengu Instituut** (TAI) – laste ja noorte tervisliku arengu toetamine läbi tiheda koostöö paikkondlike spetsialistide ja võrgustikega, sh tervist edendavate lasteaedade võrgustiku, koolide võrgustiku ning paikkondliku haridusasutuste koordinaatorite (lasteaiad ja koolid) tegevuse juhtimine ja arendamine. TAI viib läbi ka laste ja noorte tervisega seotud analüüse, töötab välja valdkonnapõhiseid meetodikaid ning juhendmaterjale ja pakub lastega tegelevatele spetsialistidele vaimse tervise ning sellega seotud valdkondade koolitusi.²⁹

²⁵ Laste ja perede osakonna põhimäärus (2014), Sotsiaalministeerium. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/laste_ja_perede_osakond.pdf

²⁶ Riigi- ja kohaliku omavalitsuse asutuste riiklik register. <http://register.fin.ee/register/index.php?tunnus=nimi>

²⁷ Reguleeritud omaenda seadusega

²⁸ Eesti Haigekassa seadus (RT I 2000, 57, 374), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/833252>

²⁹ Laste ja noorte tervise edendamine (2014), Tervise Arengu Instituut. <http://www.tai.ee/et/tegevused/tervise-edendamine/laste-ja-noorte-tervise-edendamine>

Haridus- ja Teadusministeerium

Haridus- ja Teadusministeerium (HTM) vastutab haridus-, teadus- ja noortepoliitika arendamise eest. Ministeeriumi siseselt ei ole laste vaimse tervise poliitikaga tegelemine määratud ühegi osakonna vastutusalaks. Kõige olulisemad aspektid, mida HTM laste vaimse tervise valdkonnas saaks mõjutada, on ametikohtade koosseis koolides/koolieelsetes haridusasutustes ning õppekavade sisu. Liiga mahukate õppekavade tulemuseks võivad olla laste õpiraskused ning kui koolides ei ole piisavalt hästi korraldatud tugiteenuste süsteem, võivad laste probleemid jääda lahendamata ning süveneda. Reaalselt on võimalik HTM-il mõjutada vaid õppekavasid, sest enamuse Eesti koolidest kuulub kohalikele omavalitsustele. Kuigi põhikooli ja gümnaasiumiseaduses on ette nähtud, milliste spetsialistide kättesaadavuse peab kool tagama ning HTM-il on õigus teostada seaduse järgimise üle järelevalvet, puuduvad ministeeriumil reaalselt ressursid järelevalve teostamiseks ja seaduse täitmise nõudmiseks.³⁰³¹

Kõige otsesemalt puutuvad valdkonnaga kokku üldharidusosakond, kutseharidusosakond ja noorteosakond, kelle ülesandeks muuhulgas on **koordineerida õppekavade koostamist**. Kaudselt laste heaolu mõjutavad osakonnad on samuti olulised, kuna kõrghariduse ja õpetajaosakond **mõjutavad õpetajate kvalifikatsiooni ja õpetajakutse arendamist**.

HTM juhib valdkonda läbi haldusala asutuste, millest laste vaimse tervise valdkonnas mängivad võtmerolli Innove ning Eesti Noorsootöö Keskus (ENTK). Haridus- ja Teadusministeerium korraldab kõike, mis puudutab üldharidust läbi SA Innove (riigi osalusega sihtasutus), mida ta juhib läbi nõukogus osalemise ning selle liikmete määramise. Innove vastutab õppe arendustegevuste koordineerimise eest, korraldab kvalifikatsioonide ja õppekavade väljatöötamist, karjääri- ja õppenõustamisteenuste väljatöötamist, ENTK korraldab huviharidust.

- **SA Innove** struktuuriüksusteks on Euroopa Sotsiaalfondist rahastatavad **Rajaleidja keskused**, mille raames pakutakse õpilastele erinevaid tugiteenuseid, sh nii esimese kui ka teise tasandi nõustamist (karjäärinõustamine) (vt ka Regionaalne tasand). Rajaleidja keskse arenduskeskuse põhiülesanded on **karjääriteenuste ja õppenõustamise süsteemi arendamine** ning karjääri- ja õppenõustamise teenuste osutamise koordineerimine piirkondlike keskuste ja pilootkoolide kaudu. Maakondlike Rajaleidja Keskuste põhiülesanded on:
 - II tasandi teenuste osutamine karjääri- ja õppenõustamise valdkonnas (**eripedagoogiline, logopeediline, sotsiaalpedagoogiline ja psühholoogiline nõustamine** Rajaleidja keskuses);
 - I tasandi teenuste osutamine õppenõustamise valdkonnas (**eripedagoogiline ja psühholoogiline** nõustamine alla 350 õpilasega kohalike omavalitsuse koolides);
 - maakonna nõustamiskomisjoni töö korraldamine;
 - üleriigilise nõustamiskomisjoni töös osalemine;
 - teenuseid edendavate maakondlike projektide algatamine või osalemine;
 - teenustega seotud maakondliku koostöö koordineerimine ametiasutuste ja organisatsioonide vahel.
- **Eesti Noorsootöö Keskuse** (ENTK, valitsusasutuste hallatav riigiasutus sh ainuke valdkonnaga kokku puutuv HTM-i poolt asutatud täidesaatsva võimu täitja) eesmärgiks on **noorsootöö arendamine ja korraldamine**. Seega on HTM-il noorsootöö valdkonnas sisuliselt kaks koordinatsiooni tasandit: üldine poliitikakujundamine on ministeeriumi vastutusalas ning selle elluviimise koordineerimine ENTK vastutada. Operatiivtasandi noorsootöö on kohalike omavalitsuste teostada ning rahastada, mistõttu noortele osutatavate teenuste ulatus sõltub KOV-ide võimekusest. Laste vaimse tervise osas on ENTK-l oluline roll erinevate **laste ja noorte riske vähendavate programmide rakendamisel** näiteks Riskilaste programmi kaudu (kestab kuni 2016. a aprillini), mis on seotud laste vaimse tervisega.
- Kutsekoda on riigi osalusega sihtasutus, mille tegevusalaks on kutsesüsteemi kui hariduse ja töömaailma liidese arendamine ning selle toimimise tagamine. Laste vaimse tervise osas seisneb Kutsekoja roll

³⁰ Põhikooli- ja gümnaasiumiseadus (RT I 2010, 41, 240), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/115032014037> ;

³¹ Haridus- ja Teadusministeeriumi põhimäärus (RT I 2005, 11, 45), Riigi Teataja.

<https://www.riigiteataja.ee/akt/109012014018?leiaKehtiv>

erinevate valdkondade **spetsialistide kutsestandardite väljatöötamise koordineerimises, kutsetunnistuste andmises** ning kutseeksamite korraldamises.

HTM-i haldusalasse kuuluvad ka **kutseõppeasutused; rakenduskõrgkoolid; riigigümnaasiumid; erikoolid ning hariduslike erivajadustega laste koolid**. Statsionaarses õppes põhi- ja üldkeskharidust omandavale õpilasele osutatakse koolitervishoiuteenust, mille hulka kuuluvad õe tegevused. Vastavalt põhikooli- ja gümnaasiumiseadusele tagatakse õpilasele vähemalt eripedagoogi, psühholoogi ja sotsiaalpedagoogi (edaspidi tugispetsialistid) teenus. Koolis töötab lisaks õpetajatele lastega ka noorsootöötaja/huvijuht/ringijuht. Koolil võib olla õpilaskodu, kus korraldatakse õppekavavälisist tegevust, millega tagatakse õpilasele tema vajadustele ja huvidele vastavad õppimis-, elamis- ja kasvatustingimused.

HTM haldab ka erikoole kasvatus eritingimusi vajavatele õpilastele, mille eesmärk on toetada sotsiaalselt hooletussejätetud õpilase sotsiaalset arengut rehabilitatsiooni ühiskonda. Selleks on loodud õpilastele vastavad tingimused ja võimalused koolikohustuse jätkamiseks, kasutades õpilastele kohandatud õppekavasid ning muid asjakohaseid vahendeid. Alates 1. septembrist 2014 liideti Kaagvere, Tapa ja Vastseliina erikoolid, moodustades uue erikooli.

Hariduslike erivajadustega laste jaoks peab riik koole nägemis-, kuulmis- ja kõnepuudega, liikumispuudega (kellel lisaks liikumispuudele esineb täiendav hariduslik erivajadus), liitpuudega, intellektipuudega, tundeelu-ja käitumishäiretega, kasvatus eritingimusi vajavatele ning raskete somaatiliste haigustega õpilastele.

Siseministeerium

Siseministeerium (SiM) puutub võrreldes HTM-i ja SoM-iga laste vaimse tervise valdkonnaga tunduvalt vähem kokku ning on seotud eelkõige tagajärgedega, kui vaimse tervise probleemid on jäänud lahendamata. Sellest tulenevalt on kõige olulisem kokkupuutepunkt läbi Politsei- ja Piirivalveamet kus tegutsevad muuhulgas **lastekaitsetalitlused ja noorsoopolitseinikud**. Politsei- ja Piirivalveametil on ka oluline roll laste vaimset tervist mõjutavates ennetustegevustes.

Näiteks on politsei regionaalsetes üksustes (prefektuurides) olemas lastekaitsetalitlused ja noorsoopolitseinikud, kes tegelevad **perevägivalga juhtumitega**. Neil on oluline roll ka **ennetustöös ning abivajavate laste märkamisel**, kuivõrd näiteks perevägivalga juhtumite puhul, kus tegemist on paarisuhte vägivalgaga, ei ole laps küll otseselt osaline, kuid nimetatud kogemus võib jätta jälje kogu ülejäänud elule. Samuti tehakse pidevat koostööd lastekaitsetöötajate, sotsiaaltöötajate, ohvriabitöötajate jt laste vaimse tervise spetsialistidega. 2014. aastal valmis politseil esimene laiaulatuslik uuring riskikäitumistest, mida planeeritakse iga paari aasta järel.

2012. aastast alates tegutseb Siseministri eestvedamisel uimastiennetuse valitsuskomisjon. Aastal 2013 koostas uimastiennetuse valitsuskomisjon „Uimastitarvitamise vähendamise valge raamatu aastani 2017“, mis 2014. aasta alguses valitsuses kinnitati. See dokument on terviklik visioon uimastiprobleemi vähendamiseks ning toob välja ka vajaduse teha süsteemselt universaalset ennetust ning ehitada üles varase märkamise süsteem.

Samuti puutub siseministeerium laste vaimse tervise valdkonnaga kokku läbi Kodanikuühiskonna Sihtkapital (KÜSK) Sihtasutuse, mille asutajaõigusi teostatakse. KÜSK-i eesmärk on aidata kaasa Eesti avalikes huvides tegutsevate mittetulundusühingute ja sihtasutuste suutlikkuse suurendamisele kodanikuühiskonna arendamisel ning kodanikuaktiivsust soodustava keskkonna kujundamisele. KÜSK-ist saavad toetust küsida ka laste vaimse tervise valdkonnas tegutsevad kolmanda sektori organisatsioonid.

Justiitsministeerium

Kaudselt on laste vaimse tervise valdkonnaga seotud paljud Justiitsministeeriumi osakonnad. Kõige selgem seos laste vaimse tervisega on kriminaalpoliitika osakonnal, kus on prioriteetsed teemadena märgitud **alaealiste kuritegevuse ja korduvkuritegevuse ennetamine, perevägivalga ja alaealiste vastu suunatud kuritegude ennetamine ning karistuspoliitika** küsimused. Kaudselt on valdkonnaga seotud samuti näiteks vanglate osakond, mis tegeleb muuhulgas ka alaealiste süüdimõistetutega ning õiguspoliitika osakond, kelle vastutusalasse kuulub muuhulgas ka laste vaimse tervisega seotud seadusandlus.

Otsesemalt on justiitsministeerium laste vaimse tervise valdkonnaga seotud aga siiski pigem läbi oma valitsemisala asutuste:

- **Kohtud** - puutuvad kokku erinevate laste vaimse tervise spetsialistidega, menetleb laste ning peredega seotud juhtumeid nii kriminaal- kui ka tsiviilkohtuvaidlustes ning vaatab halduskorras läbi erinevaid laste vaimse tervise valdkonnaga seotud vaidlusi.
- **Vanglad** – Eestis on 28 alaealist vangi³² ning vanglasse satuvad eelkõige kõrge suitsiidiriskiga alaealised kurjategijad, kellele tuleb osutada täiendavaid teenuseid ning tagada nende heaolu. Vanglateenistuse alla kuuluvad ka kriminaalhooldusteenused. Lastega seondult on kriminaalhooldaja töö sisuks on selgitada välja alaealise kurjategija uue kuriteo toimepanemise riskid ning kavandada koos hooldusalusega abinõud uue kuriteo toimepanemise vältimiseks, tehes koostööd riigi ja omavalitsuse struktuuriüksustega ning mittetulundusühingutega.
- **Prokuratuur** on Justiitsministeeriumi valitsemisalas olev valitsusasutus ning tegeleb muuhulgas ka erinevate perevägivalga, alaealiste õigusrikkujate ning alaealiste vastu toime pandud kuritegude menetlemisega. Paljudel juhtudel on ka prokuröride prokuratuurisisene spetsialiseerumine laste- ning perevägivalgale.
- **Andmekaitse Inspeksioon** on Justiitsministeeriumi valitsemisalas tegutsev valitsusasutus, mille põhiline kokkupuude laste vaimse tervise valdkonnaga tuleneb tema funktsioonist teostada riiklikku järelevalvet inspeksiooni tegevusvaldkonda reguleerivatest õigusaktidest tulenevate nõuete täitmise üle ja vajadusel riikliku sunni rakendamine.

Õiguskantsler

Õiguskantsleri ülesandeks on kontrollida, et laste õigused oleksid kaitstud, laste õigusi puudutavad seadused oleksid põhiseadusega kooskõlas ja lasteasutuste tegevus oleks seaduslik. Õiguskantsler tegeleb ka laste õiguste edendamise ja teavitustööga.

Õiguskantsleri üheks eelisvaldkonnaks aastateks 2013-2014 on lapse õigus vägivallavabale lapsepõlvele. Õiguskantsler aitab kaasa ühiskonna hoiakute lapsesõbralikumaks muutumisele, tutvustades lapse õiguste konventsiooni ja selgitades lapse õigusi erinevatele ühiskonnarühmadele: lastele endile, lapsevanematele, lastega töötavatele spetsialistidele, riigi- ja kohaliku omavalitsuse ametnikele ning teistele ühiskonnaliikmetele.³³

Õiguskantsler on lasteombudsman ja seisab selle eest, et kõik inimesed austaksid lapse õigusi ning lähtuksid lapse parimatest huvidest. Lasteombudsman saab kontrollida avalikke ülesandeid täitvate inimeste või asutuste tegevust. Siinjuures ei ole oluline, kas asutus kuulub riigile, kohalikule omavalitsusele või on eraomanduses.³⁴

Sellised asutused on näiteks lasteaiad, lastehoiuasutused, koolid, haiglad, kinnised psühhiaatriaosakonnad, sõltuvushäiretega laste rehabilitatsioonikeskused, ministeeriumid, maavalitsused, pensioniametid, Haigekassa jt riigiasutused, asenduskodud, turvakodud jt laste hoolekandetasutused, alaealiste kinnipidamiskohad.

Riigikontroll

Riigikontroll on Eesti maksumaksja huvides ja palgal tegutsev sõltumatu asutus, kelle ülesandeks on uurida, kuidas riik ja kohalikud omavalitsused on maksumaksja raha kulutanud ning mida selle eest pakkunud. Riigikontroll toob ministeeriumide haldusalade lõikes välja auditeerimistulemusi, mille alusel viitab probleemkohtadele.³⁵ Riigikontroll on läbi viinud 2014. aastal ministeeriumide ülese kontrolli riigi asutatud sihtasutustele toetuste andmise ja nende sihipärase kasutamise kohta³⁶, Sotsiaalministeeriumi haldusalas

³² Vangide ja kriminaalhooldusaluste arv (2014), Vanglateenistuse veebileht. <http://www.vangla.ee/41291>

³³ Õiguskantsleri eelisvaldkonnad 2013.-2014 (2014), Õiguskantsleri Kantslei. <http://oiguskantsler.ee/et/eelisvaldkonnad-2013-2014>

³⁴ Lasteombudsmani veebileht. <http://lasteombudsman.ee/>

³⁵ Riigikontrolli veebileht. <http://www.riigikontroll.ee>

³⁶ Riigi asutatud sihtasutustele toetuste andmine ja nende sihipärane kasutamine (2014), Riigikontroll. <http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2315/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>

e-tervise rakendamise kohta³⁷, 2013. aastal andmete esitamise kohta riigi andmekogudele valdades ja linnades³⁸ jpm.

Regionaalne tasand

Maavalitsused

Riigi regionaalhaldus hõlmab avaliku halduse funktsioonide täitmist ja avalike teenuste osutamist maakondlikul tasandil või maakonnaüleselt. Maavalitsused teostavad regionaalhaldust maakondades polüfunktsionaalse kohahalduse institutsioonina.³⁹

Maavalitsuse ülesanne on **teostada järelevalvet** maakonnas osutatavate **teenuste ja muu abi kvaliteedi üle** ning riigi eraldatud sihtotstarbelise raha kasutamise üle ning **lapsendamise korraldamine**. Ülesannete täitmiseks on maavalitsustes tööl vastavalt vajadusele lastekaitsetöötajad, noorsootöötajad, sotsiaaltöötajad, sotsiaalhoolekandespetsialistid, alaealiste komisjoni sekretärid, noorsoonõunikud jt. Maavalitsuse ülesanne on korraldada asenduskodude teenust. Reeglina tegutseb maavalitsuste juures ka alaealiste komisjon.

Maavalitsused täidavad funktsioone, mis on sätestatud Siseministeeriumi ning vastava ministeeriumi vahelises koostöölepingus. Oleme allolevalt välja toonud olulisemad sätted, mis kaudselt puudutavad laste vaimse tervise valdkonda. Maavalitsuste ülesandeks on riikliku haridus- ja noortepoliitika kujundamise ja riiklike arengukavade elluviimise koordineerimine maakonnas, sh⁴⁰:

- **Hariduse valdkonnas:**

- Riikliku järelevalve läbiviimine haridus- ja teadusministri ülesandel munitsipaal-, era- ja riigi haridusasutustes;
- Põhjendatud ettepanekute tegemine riigieelarvest täiendavate hariduskulude eraldamiseks kohalikele omavalitsustele.

- **Noorsootöö valdkonnas:**

- Kohalike omavalitsuste, noorte ja noorsootööga seotud struktuuride nõustamine noorsootöö küsimustes;
- Ettepanekute tegemine Haridus- ja Teadusministeeriumile riiklikult noorsootööle eraldatud riigieelarveliste vahendite jaotamiseks ning eksperthinnangu andmine riiklikku finantseeringut taotlevatele projektidele;
- Avatud noortekeskuste tegevuse korraldamine maakonnas;
- Alaealise mõjutusvahendite seaduse rakendamine maakonna tasandil (alaealiste komisjonide töö korraldamine)⁴¹;
- Hariduslike erivajadustega laste ja õpilaste nõustamiskomisjoni moodustamine (lapsevanema ja lapse/õpilase ja kooli nõustamiseks, et otsustada lapsele vajalik koolipikendus, sobilik õppekava või õppeasutus) ja tegevuse korraldamine.

Maavalitsuste ülesanne on ka perekonnaseisutoimingute tegemine, sotsiaal- ja tervishoiutoimingute tegemine (sh lapsendamine, lapsehoiu- või asenduskoduteenuse tegevuslubade väljastamine). Samuti töötavad maavalitsuste juures **tervisedendajad**, kes koordineerivad ennetust ja terviseedenduse tegevusi maakondlikul tasandil. Samas on nende tegevused täpsemalt piiritlemata ning **tegevuste tulemuslikkuse osas info puudub**.

³⁷ Riigi tegevus e-tervise rakendamisel (2014), Riigikontroll. <http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2311/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>

³⁸ Andmete esitamine riigi andmekogudele valdades ja linnades (2013), Riigikontroll. <http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2304/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>

³⁹ Regionaalhaldus – maavalitsused, Siseministeerium. <https://www.siseministeerium.ee/14220/>

⁴⁰ Siseministeeriumi ja Haridus- ja Teadusministeeriumi vaheline koostööleping 15.12.2009, Siseministeerium

⁴¹ Alates 2016.a ühildub lastekaitseüsteemiga ning liigub Sotsiaalministeeriumi vastutusvaldkonda.

Maavalitsuste ülesanded on seotud peamiselt koordineerimisega, järelevalve ning mõningaid korralduslike funktsioonidega. Ülesanded võivad varieeruda, kuid muuhulgas kuulub ülesannete hulka näiteks lapsehoiu- ja asenduskoduteenuse tegevuslubade väljastamine, lapsendamise korraldamine ning teatud perekonnaseisutoimingute läbiviimine. Siiski on kokkuvõttes täna nende panustamine laste vaimse tervise valdkonda on pigem väike.

Rajaleidja keskused

2013. aastal võttis Riigikogu vastu põhikooli- ja gümnaasiumiseaduse muudatused, millest tulenevalt peab Haridus- ja Teadusministeerium või riigi hallatav sihtasutus tagama igas maakonnas nõustamiskomisjoni töö (seni maavalitsuste korraldada) ning looma võimalused koolidele koolisisesel (I tasandi) tugispetsialisti, eelkõige eripedagoogi ja psühholoogi teenuse tellimiseks. Uued funktsioonid lisandusid juba pakutavatele II tasandi õppenõustamise (eripedagoogiline, logopeediline, psühholoogiline, sotsiaalpedagoogiline) teenustele. Reformi eesmärgiks on loomida rohkem I ja II tasandi teenused ning seeläbi tagada kuluefektiivsus ning teenuste kättesaadavus üle Eesti.⁴²

Rajaleidja keskused pakuvad lõimituna järgnevad teenuseid:

- eripedagoogiline, logopeediline, sotsiaalpedagoogiline ja psühholoogiline nõustamine Rajaleidja keskuses (II tasand) ning lisaks eripedagoogiline ja psühholoogiline nõustamine alla 350 õpilasega kohalike omavalitsuse koolides (I tasand);
- karjäärinõustamine ja karjääriinfo vahendamine Rajaleidja keskuses (II tasand).

Lisaks korraldab Rajaleidja keskus nüüdsest ka maakondliku nõustamiskomisjoni tööd.

Nõustamise osas on Rajaleidja keskuste tegevus võimalik jagada individuaalnõustamiseks ning grupinõustamiseks.

Individuaalne nõustamine on protsess, milles osaleb nõustaja ühe nõustatavaga. Kliendi või tema seadusliku esindaja nõusolekul võib nõustamisprotsessi kaasata passiivselt ka teisi spetsialiste (nt haridusametuse töötaja, lastekaitsetöötaja).

Grupinõustamine on protsess, kus osaleb/osalevad nõustaja(d) ja mitu nõustatavat. Tegeletakse konkreetse kliendi või sarnaste vajadustega klientide grupiga või käsitletakse konkreetset teemat. Nõustamisel võivad vajadusel ja kokkuleppel osaleda ka haridusametuse töötajad või lapsevanemad või sarnase töövaldkonnaga seotud spetsialistid (nt lastekaitsetöötajad). Grupinõustamise puhul on nõustatava grupi suurus 2 kuni 30 inimest.

Rajaleidja keskuste loomine omab positiivset efekti nõustamiskomisjonide korraldusele (endine maavalitsuste funktsioon) ning I tasandi teenuste kättesaadavusele üle Eesti. Kuigi tehtud õigetest eesmärkidest, vajab Rajaleidja reform rakendumisjärgset mõjude analüüsi ning vastav probleematika leiab detailsemat kajastamist käesoleva aruande teenuste ülevaate peatükis (vt „Teenused ja nende integreeritus“). Olulisena tuleb ka välja tuua, et sarnaselt oma eelkäijale õppenõustamiskeskustele, on ka Rajaleidja keskused rahastatud EL-i struktuurivahenditest, mis seab kahtluse alla teenuse jätkusuutlikkuse eriti kohaliku tasandi kontekstis, kus spetsialistid teevad omavahel koostööd aastakümneid, võrreldes Rajaleidja ühe programmiperioodiga võrduva kestvusega.

Tabel 1. Rajaleidja keskuste (ja sellele eelnenud õppenõustamiskeskuste) tegevusmahud 2014. aastal⁴³

	0-3	4-7	8-12	13-18	Koolieelse lasteasutuse haridustöötajad
Individuaalsed nõustamised, sh vaatlused	579	2446	2080	2093	97
Grupinõustamised, sh vaatlused	663	1048	1251	5220	534
Kokku	1242	3494	3331	7313	631

⁴² Sihtasutus Innove. Teavituskiri. <http://www.innove.ee/UserFiles/Karj%C3%A4%C3%A4riteenused/Teavituskiri%20keskustele.pdf>

⁴³ Innove andmetel. Sisaldavad ka pooleliolevate, veel lõpetamata juhtumite mahte.

Vaimse tervise keskused

Valdkonna arengut ning teenuste edaspidist integreeritust mõjutab ka hiljutine regionaalsete laste ja noorte vaimse tervise keskuste loomine, mille üheks ülesandeks lisaks ambulatoorsetele ja statsionaarsetele raviteenustele on koolitada ja toetada lastega töötavate spetsialistide (lastekaitsetöötajad, sotsiaaltöötajad, politsei, õpetajad jt) vahelist võrgustikutööd. Vaimse tervise keskused asuvad Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Kohtla-Järvel ning nende piirkondlikud harud on esindatud ka Narvas, Võrus, Valgas ja Põlvas.

Keskuste suutlikkus ning pakutavate teenuste hulk on küll varieeruv, kuid näiteks pakutakse laste ja noorte vaimse tervise alane nõustamist, grupinõustamist (tugirühmad) lapsevanematele, grupiteraapiaid lastele ja noorukitele, loov- ja pereteraapiat, koolituste korraldamist lapsevanematele ning koolituste korraldamist ja supervisiooni lastega töötavatele spetsialistidele. Teenuste saamine sõltub konkreetsest teenusest ning spetsiifilisemate teenuste puhul nagu näiteks loov- ja pereteraapia ning grupiteraapia lastele ja noorukitele, on vaja psühholoogi või psühhiaatri suunamist, kuid näiteks lapsevanemate grupinõustamisele on võimalik pöörduda ka ise.

Siiski on oluline välja tuua, et tegemist on projektiga ning hetkel ei ole selge, kas riigil on võimekust keskusi ka edaspidi samas koosseisus ülal pidada. Sellest tulenevalt võib kogu arendustegevus jääda ühekordseks ning positiivne mõju valdkonnale tervikuna ajutiseks ning tagasihoidlikuks.

Kohaliku omavalitsuse tasand

Eestis lähtutakse funktsioonide korraldamisel subsidiaarsusprintsipist, mille kohaselt tuleb funktsioone täita inimestele kõige lähedasemal tasandil. Funktsioonide delegeerimine subsidiaarsusprintsipi alusel toob pidevalt kaasa kohalike omavalitsuste vastutuse suurenemist ja rolli tähtsustumist avalike teenuste osutamisel.

Kohalikele omavalitsustele funktsioonide andmisel tuleb lähtuda Põhiseadusest, mille kohaselt tohib KOV-ile funktsioone anda vaid lepingu või seadusega, kusjuures funktsioonide andmisel tuleb lähtuda kohaliku omavalitsuse korralduse seadusest.

Vaimse tervise kontekstis on kohalikele omavalitsustele pandud alljärgnevad ülesanded ja kohustused⁴⁴:

- sotsiaalnõustamine - isikule teabe andmine tema sotsiaalsetest õigustest ja abistamine konkreetsete probleemide lahendamisel;
- tugiisik - mõeldud nii lastele kui täiskasvanutele. Ühe või mitme kooselava aitamine igapäevases elus;
- lapsehoid - lapsevanema töötamist, õppimist või toimetulekut toetav teenus;
- sotsiaaleluase - eluaseme võimaldamine neile isikutele ja perekondadele, kes ei ole ise suutelised ega võimelised seda endale tagama;
- eluruumi kohandamine - inimesele, kellel on raskusi eluruumis liikumise või endaga toimetulekuga;
- sotsiaaltransport - liikumis- ja nägemisfunktsiooni kahjustusega ning vaimupuudega isikutele;
- hooldamine - hoolekandeesutuses ehk üldhooldekodus kõrvalabi ja hooldusteenust vajajatele.

KOV võib lisaks sellele oma elanikele osutada ka vabatahtlikult täiendavaid sotsiaalteenuseid.

Kohalike omavalitsuste ebaühtlane võimekus ei taga teenuste üle-eestilist kättesaadavust, ühtseid põhimõtteid ja kvaliteeti. Puudus on nii laste ja peredega töötavatest spetsialistidest, erialateadmistest, valdkondadeüleselt korraldatud hästi toimivast koostööst kui ka riiklikult koordineeritud ja suunatud toest.⁴⁵ Kuigi riiklikult on KOV-idele kohustused pandud, ei veendu riik, kas KOV-id ka kohustuste täitmisega toime tulevad. Täpsem ülevaade KOV-ides kättesaadavatest ja/või nende poolt rahastatud teenustest on esitatud peatükis „Ressursikasutus kohaliku omavalitsuse tasandil“.

⁴⁴ Sotsiaalministeerium. https://www.eesti.ee/est/toetused_ja_sotsiaalabi/sotsiaalteenused/sotsiaalteenused_1#Kohalike_omavalitsuste_teenused

⁴⁵ Laste ja noorte valdkondadeülese tugisüsteemi väljaarendamise lähtealused (2014). Haridus- ja Teadusministeerium, Sotsiaalministeerium, Justiitsministeerium. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/tugisu_steemi_la_htealused_tervikdokument.pdf

KOV-i tasandil koostatakse ka kohaliku arengu dokumentidena terviseprofile, mis kirjeldavad rahvatervise arengukavas toodud kuute valdkonda. Valdkonnad sisaldavad ka laste vaimse tervisega seotud tegevusi ja näitajaid, kuid hetkel on terviseprofiilide täitmine kõikuv, deklaratiivne ja kirjeldav. Profiilides loetletakse üles küll vastavad teenuseosutajad, kuid puudub sisuline analüüs, kas teenust on piisavalt, kas see on kättesaadav, kas on mitmes keeles või kas on tasuline. Siiski on Tervise Arengu Instituudil plaanis terviseprofiilidega seonduv üle vaadata ning tuua rohkem indikaatoreid ja tegeliku olukorra kirjeldust.

Erasektor ja kolmas sektor

Vaimse tervise teenuste osutamise valdkonnas mängivad olulist rolli veel kolmas ja erasektor, kellelt KOV ja riigiasutused teenuseid sisse ostavad. Nende poolt osutatavate teenuste üle järelevalve teostamine on teenuse ostjate ülesanne. Haldussüsteemis peaks kolmas sektor asetsema Siseministeeriumi haldusalas, kuid **reaalselt tegutsevad ühingud n-ö hallil, reguleerimata alal ning täna puudub riigil selle sektori osapooltest ja nende tegevusest igasugune ülevaade.**

Valdkonnas tegutsevate osapoolte kaardistamiseks viisime läbi alljärgnevad tegevused:

- valdkonna erialaliitude, ühingute ja seltside tuvastamine internetiotsingu abil;
- valdkonna projektirahastuse kaudu finantseeritud ühingute tuvastamine;
- reaalse teenuseosutajate tuvastamine KOV-ide seas läbiviidud küsitluse abil.

Esindus- ja erialaliidud, ühingud ja seltsid

Valdkonna koordineerimise keerukust suurendab **erialaliitude, ühingute ja seltside** hulk. Ei ole teada, kas ja millises ulatuses liidud omavahel koostööd teevad. Esindusliitude ebaselge funktsioon tõstatab küsimuse, kas liitudest on ministeeriumidele tugevat partnerit, et ülalt alla koordineeritu reaalsesse tegevustesse rakenduks. Esindus- ja erialaliidud võivad olla sihtasutused, mittetulundusühingud või seltsingud, mistõttu on keeruline vahet teha, kas esindusliit või ühing kannab esindusfunktsiooni või teenuseosutaja funktsiooni. Kokku kaardistasime valdkonnas tegutsevaid esindus- ja erialaliite, ühinguid ja mitmesuguseid seltsi **49**. Seejuures ei anna antud loetelu veendumust, et kõik nimetatud ühingud on tegelikult tegutsevad. Detailse ülevaate leiame käesoleva aruande lisadest (vt Lisa 8. Esindusliidud ja teenuseosutajad).

Projektirahastuse saajad

Selleks, et saada täpsemat ülevaadet, millised on valdkonnas **aktiivselt tegutsevad ühingud** (nii mittetulundus- kui äriühingud, sihtasutused jt), oleme täiendavalt koondanud kokku informatsiooni ühingutest, kes on viimase nelja aasta jooksul saanud oma tegevuse rahastamiseks Euroopa Liidu Struktuurfondidest ning Norra ja Euroopa Majanduspiirkonna erinevatest programmidest rahastust. Nende **ühingute arv on 71**. Projektide loend on koondatud koostöös rakendusüksustega ning kõikidest rahastatud projektidest on välja selekteeritud vaid valdkonnaga seotud toetatud projektid.

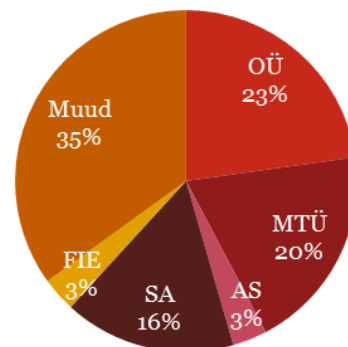
Detailse ülevaate valdkonnas rahastatud projektidest ning toetuste saajatest leiame käesoleva aruande lisadest (vt Lisa 11).

Teenuseosutajad KOV-ides

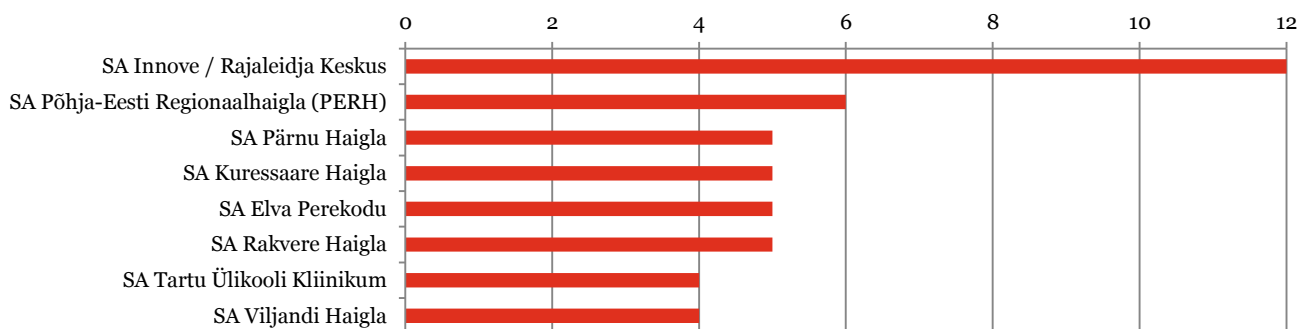
Täiendavalt viisime läbi küsitluse kohalikes omavalitsustes, milles palusime kohalike omavalitsuste esindajatel anda ülevaade, milliseid teenuseid vallas, linnas või linnaosas osutatakse ning kes on teenuseosutajad. Kohalikes omavalitsustes läbiviidud ankeetküsitluse tulemustest oleme koondanud info 123 teenuseosutaja kohta. Ülevaate teenuseosutajaist ja nende osutatavatest teenustest leiame käesoleva aruande lisadest (vt Lisa 12).

Uuringus kokku nimetatud 123 teenuseosutajast 23% on osaühingud, 20% mittetulundusühingud ja 16% sihtasutused, kellest pisut üle poole moodustavad haiglad. Muude ühingute alla on liigitatud ühingud (nt puuetega inimeste ühendused) ja kohalike omavalitsuste allasutused, sh asenduskodud (vt Joonis 12)

Suurimad teenuseosutajad osutatavate teenuste arvu järgi on küsitluse tulemuste kohaselt Rajaleidja keskused ning piirkondlikud haiglad (vt Joonis 13).



Joonis 12. Läbilõige teenuseosutajate juriidilisest struktuurist



Joonis 13. Teenuseosutajad, kes osutavad suurimat hulka teenuseid

Kokku kaardistasime erinevate tegevuste abil unikaalseid ühinguid ja teenuseosutajaid 237, mis annab tunnistust kogu sektori väga suurest killustatusest.

Kokkuvõte:

Riigil puudub ühtne vaimse tervise poliitika ja valdkond ei ole tervikuna prioriteetne. Vaimse tervise valdkond hõlmab ministeeriumite üleselt väga erinevaid osapooli, kuid keskterasandil puudub valdkonna koordineerija. Sellest tulenevalt ei vii valdkonnaga kokkupuutuvad ministeeriumid oma tegevusi ellu kooskõlastatult ning vastutus on hajutatud.

Maavalitsustel puudub selge roll vaimse tervise valdkonnas.

Kuigi vaimse tervise keskused loodi teenuste koordineeritud osutamise põhimõttest lähtuvalt, on vaimse tervise keskused sisuliselt eraldiseisvad üksused. Ei ole ühtlustatud, milliseid teenuseid ja millistel põhimõtetel keskustes osutatakse, samuti ei ole selge, kas keskused täidavad sarnast või erinevat eesmärki.

Paljudel kohalikel omavalitsustel puudub võimekus pakkuda oma elanikele vajalikke teenuseid. KOV-idele on riigi poolt seadusega pandud kohustused osutada mitmeid vaimse tervise valdkonda toetavaid teenuseid, kuid puudub keskne ülevaade teenuste osutamise korralduse, ulatuse, järjepidevuse ning kvaliteedi osas.

Teenuseosutajad on väga erineva juriidilise vormi ning omanikega. Teenuseosutajaid on väga palju ning nende tegevusest, selle kvaliteedist ning tulemuslikkusest puudub ülevaade. Suurimat teenuste valikut pakuvad haiglad ning Rajaleidja keskused, ülejäänud teenusepakkujad keskenduvad peamiselt kohaliku omavalitsuse tasandil üksikute teenuste osutamisele.

Õiguslik keskkond

Tulenevalt asjaolust, et vaimse tervise temaatika hõlmab üheaegselt väga erinevaid valdkondi, ei ole võimalik vastavat regulatsiooni ühe seadusesse koondada. Küll aga tuleb tagada, et erinevad seadiseadlikud aktid toimiksid koosmõjus, kõik olulised valdkonnad oleks piisava detailsusega reguleeritud ning regulatsioonid ei seaks süsteemi efektiivsele toimimisele ebamõistlikke piiranguid. Käesoleval **hetkel puudub riigil terviklik ülevaade, millised õigusaktid reguleerivad erinevaid laste vaimse tervise seonduvaid küsimusi**. Sellest tulenevalt oli meie esmaseks ülesandeks kokku koguda koondpilt laste vaimse tervise valdkonna peamistest regulatsioonidest.

Oleme uuringus keskendunud vaid sotsiaal-, tervishoiu- ja haridusvaldkonda reguleerivatele õigusaktidele. Dokumentatsioonianalüüsi ning valdkondlike ekspertide intervjuude tulemusel kaardistasime meie hinnangul valdkonna peamised regulatsioonid. Detailne nimekiri tuvastatud õigusaktidest on esitatud aruande lisades (vt Lisa 16. Valdkonda reguleerivad õigusaktid).

Alljärgnevalt (Joonis 14) esitame lühendatud ülevaate tähtsamatest laste vaimse tervise valdkonnaga seotud regulatsioonidest. Joonisel on tähistatud punaselt need regulatsioonid, mis vajavad meie hinnangul laste vaimse tervise tagamise seisukohast muutmist või täiendamist⁴⁶. Detailsemad probleemistiku kirjeldused on toodud aruande järgnevates peatükkides.

Kõiki valdkondi läbivad	Haridus-valdkond	Koolieelse lasteasutuse seadus	Koolieelse lasteasutuse personali miinimumkoosseisu kinnitamine
Kutseseadus		Põhikooli- ja gümnaasiumiseadus	Tugispetsialistide teenuse kirjeldus, selle teenuse riigi poolt osutamise ulatus, tingimused ja kord ning teenuste hinnad
Isikuandmete kaitse seadus			
Perekonnaseadus			
Rahvastikuregistri seadus			
Alaerialise mõjutusvahendite seadus	Sotsiaal-valdkond	Lastekaitseadus (jõustub 01.01.2016)	Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavate teenuste loetelu, teenuste hindade ja teenuse maksimaalse maksumuse kehtestamine
		Sotsiaalhoolekandeseadus	
		Psühhiaatrilise abi seadus	
		Ohvriabiseadus	
		Tsiviilkohtumenetluse seadustik	
	Tervise-valdkond	Tervishoiuteenuste korraldamise seadus	Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend
		Eesti Haigekassa seadus	Koolitervishoiuteenust osutava õe tegevused ning nõuded õe tegevuste ajale, mahule, kättesaadavusele ja asukohale
			Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu
			Tervise infosüsteemi põhimäärus

Joonis 14. Tähelepanu vajavad õigusaktid

Lühikokkuvõtte peamistest seadusandlikest puudustest on esitatud alljärgnevas tabelis (vt Tabel 2). Detailsem probleemi kirjeldus on avatud vastavates peatükkides (edendus, teenused, info ja uuringud).

⁴⁶ Analüüsis ei ole analüüsitud Lastekaitseadust, kuna seadusemuudatuste eelnõu on valminud, ent uus seadus veel vastu võtmata.

Tabel 2. Tuvastatud õiguslikud probleemid seadusandluses

Õigusakt	Probleem
Psühhiaatrilise abi seadus	Puudub piisav psüühikahäirete ennetamisega seotud regulatsioon. Täiendavalt ei ole psühhiaatrilise abi seadus ning tsiviilkohtumenetluse seadustik omavahel piisavas kooskõlas ning seaduste koostoimes rakendamisel tahtevastase ravi teostamisel tekivad põhimõttelised probleemid.
Rahvastikuregistri seadus	Kohustusel tagada oma elukoha aadressi õigsus rahvastikuregistris puudub selge ning reaalne järelevalve, mistõttu ei ole tagatud isikute andmete õigsus, mis raskendab oluliselt lastekaitse-, noorsoo-, sotsiaal- jt laste vaimse tervise spetsialistide tööd eriti olukordades, kus pered kolivad või on muudel põhjustel sunnitud elukohta vahetama.
Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu	Puudulikult määratletud vaimse tervise õdede ning lastepsühhiaatrite vastutusala.
Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend	Puudub efektiivne haigla ja perearstikeskuse vaheline teavitussüsteem sünnitanud naiste edaspidiseks monitoorimiseks. Samuti reguleerib määrus küll üldist ennetustegevust, kuid puuduvad selged kohustused vaimse tervisega seonduvate probleemide ennetuse ning raviga tegelemiseks.
Kutseseadus	Puudub riiklikul tasemel selge kutsete haldamise ning jõustamisega seotud regulatsioon, mistõttu on paljud kutsestandardid aegunud ning uued vastu võtmata
Tervise infosüsteemi põhimäärus	Haiglate vaheline infovahetus ei ole tagatud, samuti ei ole sotsiaalsüsteemis osalejatel ligipääsu tervishoiusüsteemis olevale infole.
Tervishoiuteenuste korraldamise seadus	Seadusega sätestatud tervise infosüsteemi edastatavate andmete jõudmine süsteemi ei ole hetkel tagatud, kuna puudub nimetatud andmete edastamise kontrolliprotseduur.
Isikuandmete kaitse seadus	Ebaselgelt määratletud isikuandmete töötlemise lubatavus raskendab õiguslaste eriteadmisteta valdkonna spetsialistide tööd ning info liikumine spetsialistide vahel on pärsitud.
Põhikooli ja gümnaasiumi seadus	Ülereguleeritud väikeklasside mõiste, mille tulemusena on palju väikeklasse, mille teenindamiseks ressursi ei ole.
Ohvriabi seadus	Teenus on mõeldud vaid kuriteohvritele. Kui ohver ei soovi kuriteo menetlust algatada (nt perevägivald), siis tal pole ka õigust teenusele.

Kokkuvõte

Alates lapse sünnist kuni vaimse tervise häire diagnoosi ja edasise ravi ning rehabilitatsioonini puutub laps ja tema perekond kokku paljude erinevate spetsialistidega, kelle tööd reguleerib erinev ning tihti integreerimata seadusandlus ning tihti esineb seadustes omavahelisi vastuolusid.

Erinevate regulatsioonide koosmõju vaimse tervise kontekstis ei ole analüüsitud. Seaduste täiendamine üksikute probleemide lahendamiseks ei ole olnud piisav ega loo terviklikku õiguslikku raamistikku.

Puudub kindlus, et kõik olulised aspektid oleksid regulatsioonides sätestatud ning tihti parandatakse seadustes üksikuid kitsaskohti ilma rakendusaktide korrigeerimiseta. Samas eksisteerib jätkuvalt mitmeid regulatiivseid kitsaskohti, mis valdkonnas tegutsevate spetsialistide sõnul pärsib efektiivset süsteemi toimimist.

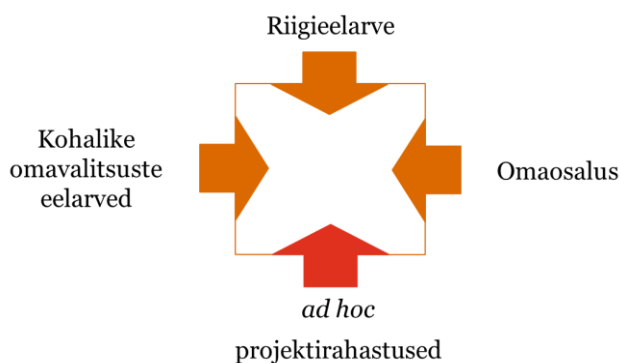
Rahaliste ressursside kasutus

Andmaks poliitikakujundamiseks vajalikku ülevaadet valdkonna ressursside kasutusest oleks tarvis kaardistada üldisel tasemel rahastuse allikad, määrata erinevate allikate ligikaudsed osakaalud kogu rahastusest, kirjeldada kasutada olevate finantsvahendite jaotamise põhimõtteid ning anda ülevaade rahastuse tõhususest ja kulu-efektiivsusest.

Paraku on vaid üksikud laste vaimse tervise valdkonnaga kokkupuutuvad institutsioonid võimelised esitama statistilist informatsiooni valdkonna rahastuse kohta. **Rahaliste ressursside ühendamist tsentraalselt hallatavasse kogumisse ei toimu ning kõik osapooled rahastavad valdkonda eraldiseisvalt.**

Laste vaimse tervise valdkonna teenused on rahastatud alljärgnevatest allikatest (Joonis 15):

- inimeste endapoolne finantseering (tasulised teenused, omaosalus jms);
- kohalike omavalitsuste eelarved;
- riigieelarve (maksutulud);
- erinevad projektirahastused nii läbi riigieelarve kui ka otse teenuse osutajatele (Euroopa Liidu vahendid ning Norra ja Euroopa Majanduspiirkonna finantsmehhanismide vahendid).



Joonis 15. Valdkonna rahastamise üldine skeem

Vaadates vaimse tervise valdkonda laiemalt (mitte vaid laste spetsiifikat silmas pidades), kulutas Eesti riik WHO 2011. aasta andmetel vaimse tervise valdkonnale kogu tervishoiukulutustest 5,8%, samas kui Euroopa keskmine oli 3,7%⁴⁷. Kuna kogu avaliku sektori kulutused tervishoiule moodustasid 2011. aastal ligikaudu 750 miljonit eurot⁴⁸, siis **rahastas riik vaimse tervise valdkonda tervishoiu osas hinnanguliselt 43 miljoni euroga**. Samas tuleb siinkohal rõhutada, et kuna tegu on WHO statistikaga, siis sisaldab see vaid tervishoiusektori kulutusi ning sotsiaal- ja haridusvaldkonna kulusid see ei sisalda.

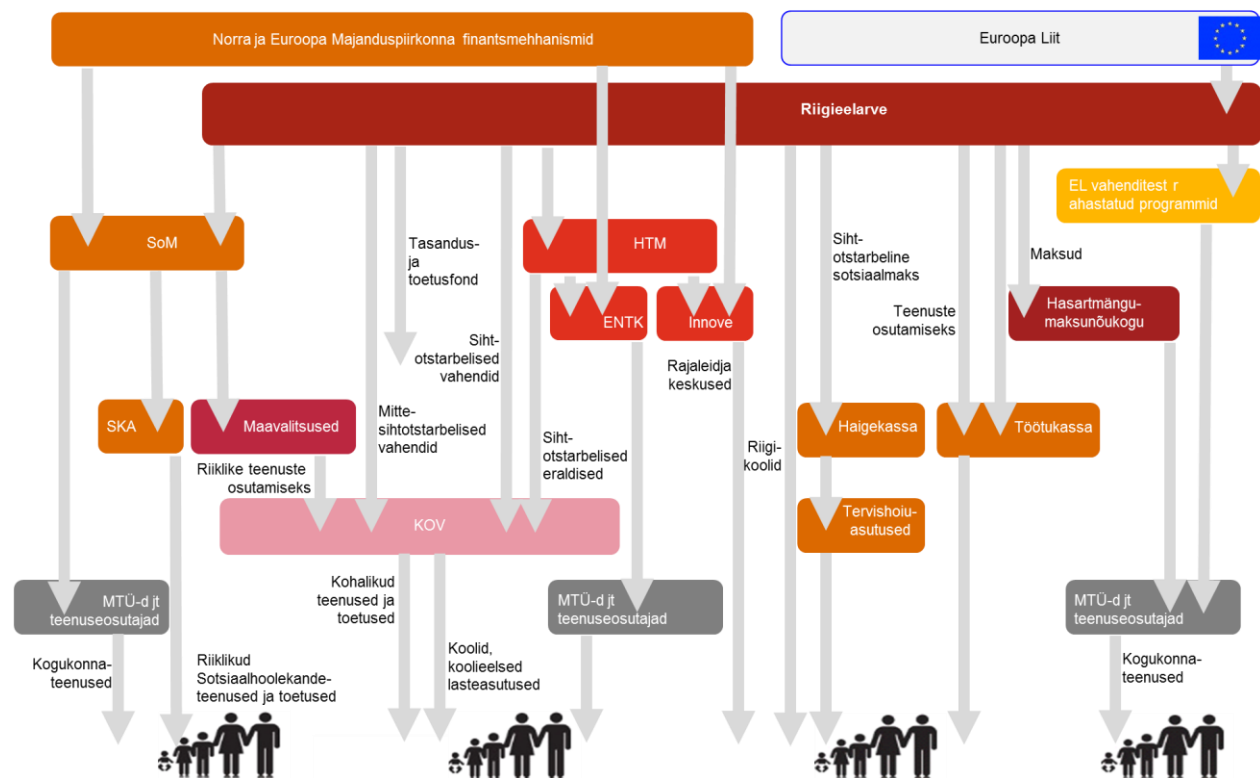
Raha suunatakse teenuste vajajateni peamiselt läbi:

- ministeeriumide allasutuste;
- kohalike omavalitsuste ja nende allasutuste;
- mittetulundusühingute, sihtasutuste ja ettevõtete;
- Haigekassa poolt rahastatud asutuste/teenuste ning Töötukassa poolt rahastatud teenuste (eelkõige läbi perede toetamise).

Alloleval joonisel (vt Joonis 16) oleme kujutanud valdkonna üldist rahastamise skeemi.

⁴⁷ WHO, *Mental health policy and financing. Data by country* <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHPOLFIN?lang=en>

⁴⁸ Tervise Arengu Instituut. *Estonian Health Care Expenditure in 2011*. http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5578/3/Eigo2012_inglisk.pdf



Joonis 16. Laste vaimse tervise valdkonna rahastamise üldine skeem⁴⁹

Vaimse tervise valdkond ei ole üheselt piiritletud – kokku on leppimata, mis kuulub vaimse tervise valdkonda, mis mitte. Ressursside kasutuse osas ja ka teiste statistiliste näitajate puhul on võimalik leida informatsiooni kas laste kohta või vaimse tervise valdkonna kohta, mitte aga kombinatsiooni neist mõlemast.

Olemasolevate statistiliste andmete baasil ei ole võimalik anda informatiivset ülevaadet valdkonna rahastamisest ning selle efektiivsusest. Puudub võimalus hindamaks, kui suure osa valdkonna rahastusest katab riik, KOV või inimene ise oma rahalistest vahenditest. Lisaks oleks vajalik rahastust analüüsida kolme kategooria lõikes sekkumiste püramiidi alusel, et hinnata, milline on rahastuse osakaalud erinevate sekkumistasandite vahel ning kuidas on ennetusse suunatud vahendid mõjutanud järgmisi tasandeid. Hetkel andmestik seda ei võimalda.

Seetõttu piirdume käesolevas uuringus loodud teenuse grupeeringu põhjal (vt ka Lisa 10. Laste vaimse tervise teenused ja teenuseid osutavad spetsialistid) ülevaate andmisele rahastamise raskuskeskmest. Juhime tähelepanu asjaolule, et antud tabel on vaid töövahend, mis illustreerib andmete kogumise vajalikkust ning mis edaspidi võiks olla abistav tööriist valdkonna rahastamise analüüsimisel. Raskuskeskme arvutamiseks kaardistasime teenuste rahastuse allikad ning hindasime rahastusallikate lõikes rahastajate osakaale kõikidest vastava grupi teenustest.

Suur hulk teenuseosutajaid saab rahastuse mitmetest allikastest, sh projektirahastusest, mis muudab laste vaimse tervise teenuste osutamiseks kulutatud ressursi kokkuarvutamise võimatuks. **Puudub selge ülevaade, kes ja kui palju teenuseid osutab ning kas see on ka tulemuslik.** Tulevikus võiks rahastamise tingimuste üks komponentidest olla tulemuslikkus, ent see eeldab teenuste täpset kirjeldamist ja mõõdikute rakendamist kõigil teenuseosutajate tasanditel.

⁴⁹ PwC

Tabel 3. Teenuste rahastamise ülevaade

Teenuse kategooria	Rahastamine
Psühhiaatriline abi	60% lastele suunatud psühhiaatrilise abi teenustest on rahastatud riigi poolt. KOV-i rahastatud on vaid 3% ning välisvahenditest on rahastatud 40% teenustest. Viimase suur osakaal tuleb laste vaimse tervise keskuste rahastamisest Norra finantsmehhanismi vahenditest. Antud proportsioonide puhul on märkimisväärne just KOV-i finantsvõimekuse tagasihoidlik mõju psühhiaatrilise abi teenuste rahalisele kättesaadavusele. ⁵⁰
Esmatasandi tervishoiuteenused	Lastele suunatud esmatasandi teenustest rahastab riik rohkem kui 90% ning teiste rahastusallikate osakaal jääb sellega võrreldes märkimisväärselt tagasihoidlikuks. ⁵¹
Sotsiaal- ja hoolekandeteenused (sh rehabilitatsioon)	Kohaliku omavalitsuse osakaal teenuste rahastamises muutub oluliseks alles sotsiaalteenuste puhul, kus KOV-i rahastada või kaasrahastada on üle 70% teenustest ning riigi rahastamisel/kaasrahastamisel on hinnanguliselt 50% teenustest. Sotsiaalteenuste puhul on oluline välja tuua ka omafinantseeringu osakaal – ca 36% teenustest vajavad kas patsiendi oma- või kaasfinantseeringut.
Psühholoogiteenus väljaspool tervishoiusüsteemi	Teenus on enamasti finantseeritud patsiendi enda poolt (antud juhul siis patsiendi vanemate). Küsitluse tulemustest selgub, et üksikutel juhtudel on KOV-idel võimalik toetada teenuse saamist.
Kooli ja koolieelse lasteasutuse teenused	Kõige suurem roll laste vaimse tervise valdkonna teenuste rahastamisel on KOV-il kooli ja lasteaia teenuste puhul, kus KOV finantseerib/kaasfinantseerib ca 90% teenustest.
Kodanikualgatused teenused	Lastele suunatud teenustest on enamikel juhtudel rahastamise raskus pere kanda.

Valdkondade ja teenuste killustatust süvendab mittejärjepidev ja mitmest allikast kombineeritud rahastamine (projektipõhine rahastamine, KOV-i eelarvest või riigieelarvest rahastamine). Teenuste projektipõhine rahastamine tingib olukorra, kus teenused ei ole tagatud, sh ennetustegevused ei ole pikaajaliselt planeeritud ja eesmärgistatud, teenused ei ole jätkusuutlikud.

Ebastabiilne rahastamine mõjutab fookusgruppides osalenud spetsialistide sõnul oluliselt ka spetsialistide värbamist, sest töösoovijaid lühiajalise töölepinguga on vähe. Tegevusi tehakse, kui rahastus saadakse, ning need lõppevad projektirahastuse lõppemisega. Tulemuseks kaovad teenused, mis on oma vajalikkust tõestanud, ning mille osutamisest ei tohiks loobuda. Teenuste mittejärjepidev osutamine omakorda põhjustab abivajajate seas hoiakuid ja eelarvamusi, et teenuseid ei ole, riik ja omavalitsus ei aita.

Üldiselt ei suudeta paljude mittetulundusühingute või sihtasutuste eestvedamisel ellu viidud vajalike projektide toel tagada jätkusuutlikke teenuseid, kuna nende rahastamine ei ole pärast projekti lõppemist sageli tagatud ning pelgalt vabatahtliku tegevusega ei saavutata vajadustele vastavat teenuste mahtu ja piirkondlikku kaetust.⁵²

Kohalike omavalitsuste võimekus teenuseid osutada sõltub oluliselt KOV-i suurusest, mida toodi teenuste kättesaadavuse kontekstis välja ka fookusgrupiaruteludes. Kui teenuse osutamist sätestav seadus annab KOV-ile tegutsemiseks paindlikkuse, siis võidakse sätteid pöörata teenuse vajaja kahjuks. Kui teenus ei ole KOV-i prioriteet ning seadus otseselt ei kohusta teenust osutama, siis tõenäoliselt teenus ka kättesaadav ei ole. Samuti mõjutab võimekust spetsialistide pädevus ning füüsiliste ressursside olemasolu.

⁵⁰ Analüüsis ei ole arvesse võetud seda, et osad haiglad kuuluvad kohalikele omavalitsustele ning võivad saada neilt tegevustoetust.

⁵¹ Analüüsis ei ole arvesse võetud KOV-ide toetusi perearstikeskustele nt läbi tasuta ruumide rendi.

⁵² Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>

Kokkuvõte:

Projektipõhine rahastamine ei võimalda tagada teenuste jätkusuutlikkust.

KOV-i poolt rahastatavate teenuste osutamine sõltub KOV-i võimekusest ning prioriteetidest.

Mittejärgpidev teenuseosutamine põhjustab eelarvamusi, et teenuseid pole, riik ei aita.

Ressursikasutus kesktasandil

Andmaks ülevaadet valdkonna rahastamisest lähtusime analüüsi tellijaga kokkulepitud metoodikast testida **avalikult kättesaadava info põhjal** uurimisküsimusele vastamise võimalikkust läbi:

1. valdkonnas kesket rolli mängivate ministeeriumide eelarvete;
2. allasutuste eelarvete;
3. teenuste rahastamise.

Ministeeriumide eelarved

Vaatluse alla võtsime Sotsiaalministeeriumi ning Haridus- ja Teadusministeeriumi eelarved ning allikaks riigieelarveseaduse⁵³. Eelarveid analüüsid selgus, et seadus on liialt üldine selleks, et anda informatsiooni vaimse tervise teenuste kohta. Sotsiaalministeeriumi eelarvest on võimalik välja tuua kulutused sotsiaalsele kaitsele ja tervishoiule, Haridus- ja Teadusministeeriumi omast kulud noorsootöö struktuuridele, kuid sellest saadava info väärtus antud analüüsi kontekstis on vähene.

Eelarvetest ei selgu, kui palju raha suunatakse laste ja lastega perede vaimse heaolu tagamiseks.

Allasutuste eelarved

Sotsiaalkindlustusameti⁵⁴ eelarvest ei ole võimalik eristada laste vaimse tervise valdkonnaga seotud kulutusi ning ka täiendava infopäringu tulemusel saame tõdeda, et **laste vaimse tervise tagamiseks suunatud eelarveosa ei ole võimalik riigi raamatupidamise ülesehitusest tulenevalt eraldada**. Projektirahastustest saame välja tuua valdkonnaga seotud projekti Sotsiaalkindlustusameti eeldefineeritud projekt rehabilitatsiooniteenuste arendamiseks psüühilise erivajadusega lastele **1 728 000** euro ulatuses aastatel 2013-2015 (vt ka Lisa 11. Rahastatud projektid ning toetuste saajad).

Eesti Noorsootöö Keskuse⁵⁵ eelarves oleme projektirahastuste põhjal välja toonud valdkonda suunatud rahastuse kogusumma **667 580** eurot, mis jaguneb aastatele 2013-2016 (vt ka Lisa 11. Rahastatud projektid ning toetuste saajad).

Teenuste rahastamine

Lähenemise kasutamise eelduseks on selgelt defineeritud vaimse tervise teenused. Kõige paremini on defineeritud psühhiaatrilise abi teenused. **Haigekassa**⁵⁶ andmetest on võimalik välja tuua lastele vanuses 0-19 a (k.a) osutatud psühhiaatriateenuste arv ja teenuste kogusumma.

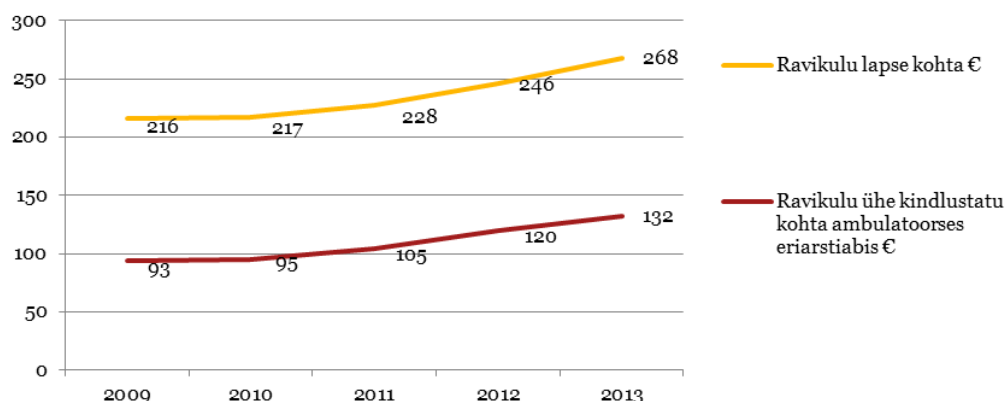
⁵³ 2014. aasta riigieelarve seadus (RT I 28.12.2013, 10), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/128122013010>

⁵⁴ Sotsiaalkindlustusameti 2013. aasta eelarve. Sotsiaalkindlustusamet. <http://sotsiaalkindlustusamet.ee/2013-aasta-eelarve/>

⁵⁵ Eesti Noorsootöö Keskuse veebileht. <http://www.entk.ee/>

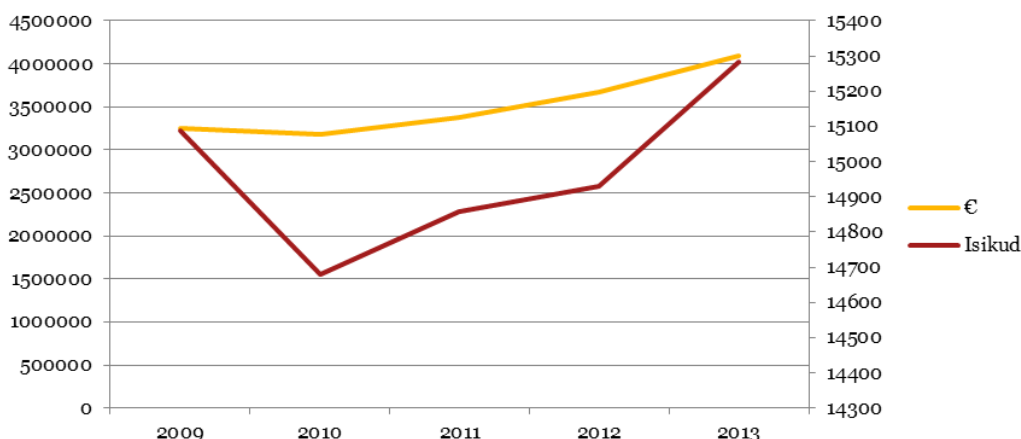
⁵⁶ Tervishoiuteenused. Eesti Haigekassa veebileht. <http://www.haigekassa.ee/haigekassa/statistika/tervishoiuteenused>

Haigekassa ravikulude statistikast nähtub, et ühe lapse kohta kulutatud aastane psühhiaatriliste teenuste ravikulu on 2013. aastal olnud keskmiselt 268 eurot. Keskmise eriarstiabi teenuste maht kõigi ravikindlustatute kohta olnud 132 eurot.



Joonis 17. Laste psühhiaatriateenuste ravikulu isiku kohta võrdluses kõigi ravikindlustatud isikutega kogu ambulatoorses eriarstiabis

Laste psühhiaatriliste teenuste kogumaht on aastate lõikes kasvanud, 2013. aastal oli kulu ~4 miljonit eurot, selle raha eest on teenindatud ~15 tuhat last. Siinkohal rõhutame taaskord, et alltoodud statistika ei pruugi peegeldada tegelikku vajadust teenuse mahtude järele, vaid ainult reaalselt teenindatud isikute arvu ning tehtud kulutusi.



Joonis 18. Haigekassa kulu laste psühhiaatrilise ravi teenustele

WHO andmetel on 2011. aastal Eestis kogukulud psühhotroopsetele ravimitele ca 4,3 miljonit eurot (sh nii Haigekassa kui patsiendi omaosaluse summad).⁵⁷

Tervise Arengu Instituudi andmetest oleks võimalik välja tuua Tervishoiu jooksvad kulud teenuste pakkujate ja finantseerimise allikate lõikes⁵⁸ ning sealt spetsiifilisemalt vaimse tervise seotud raviasutused, kuid taaskord ei ole võimalik eristada lastega seotud kulutusi.

Et anda ülevaade valdkonna rahastamisest kesktasandil, on vajalik üheselt defineerida laste vaimse tervise valdkond ning leppida kokku andmete kogumise põhimõtetes.

⁵⁷ WHO Mental Health Atlas 2011. Estonia fact sheet

http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/est_mh_profile.pdf?ua=1

⁵⁸ Tervishoiu jooksvad kulud teenuste pakkujate ja finantseerimise allikate lõikes 1999-2012 (KK10), Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas.

[http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Dialog/varval.asp?ma=KK10&ti=KK10%3A+Tervishoiu+jooksvad+kulud+teenuste+pakkujate+ja+finantseerimise++allikate+l%F5ikes+\(tuhat+eurot\)+++&path=../Database/THressursid/10THKogukulud/&lang=2](http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Dialog/varval.asp?ma=KK10&ti=KK10%3A+Tervishoiu+jooksvad+kulud+teenuste+pakkujate+ja+finantseerimise++allikate+l%F5ikes+(tuhat+eurot)+++&path=../Database/THressursid/10THKogukulud/&lang=2)

Ressursikasutus regionaalsel tasandil

Maavalitsused

Riigi regionaalhaldust teostavad 15 Siseministeeriumi valitsemisalas asuvat maavalitsust. Ministeeriumide ning Siseministeeriumi koostöölepingutes ja vastavates valdkonnaseadustes sätestatud ülesannete täitmine on finantseeritud Siseministeeriumile maavalitsuste tegevuskuludeks eraldatavate vahendite ja sihtotstarbeliste eraldiste arvelt.

Täpsem info laste vaimse tervise toetamiseks tehtavate kulude kohta ei ole eelarvetes eristatav.⁵⁹

Rajaleidja keskused

Innove eelarvest⁶⁰ on võimalik välja tuua kulutused karjääri- ja nõustamiskeskustele⁶¹, kuid arvestades seda, et need on rahastatud struktuurifondidest ning 2014. aastal toimus ulatuslik muudatus keskuste poolt pakutavates teenustes, ei ole kulutuste trendi näitamine käesolevas analüüsis kohane. Hariduslike erivajadustega laste ja õpilaste nõustamiskomisjoni töö on nüüd toodud Rajaleidja keskustesse, kelle tööd koordineerib Innove.

Vaimse tervise keskused

Vaimse tervise regionaalsed keskused on rahastatud projektipõhiselt. Allolevas tabelis on välja toodud programmi „Rahvatervis“ raames aastatel 2013-2016 rahastatud vaimse tervise keskuste algatused kogusummas 5 440 000 eurot (vt ka Lisa 11. Rahastatud projektid ning toetuste saajad):

Ressursikasutus kohaliku omavalitsuse tasandil

Kohalike omavalitsuste eelarvest on võimalik välja tuua erinevad kuluread (nt tervishoid, huvitegevused, lasteaed, koolid jt)⁶², aga teadmata on, mis on arvatud nende kuluridade sisse ning kus täpsemalt on kajastatud lastele suunatud vaimse tervise teenused - näiteks kui palju kulub koolipsühholoogile. KOV-ide seas läbiviidud küsitluse käigus selgus, et KOV-id ise vastavat statistikat laste vaimse tervise valdkonna kohta ei kogu, mistõttu täpsemat ülevaadet KOV-de kuludest vaimse tervise valdkonnas käesoleva uuringu raames ei ole võimalik.

Selle asemel toome välja KOV-i võimekuse indeksi, mis indikeerib meile, millised KOV-id suudavad/suudaksid rahastada laste vaimse tervise teenuseid.

KOV teenuste osutamise võime esikümnes on Põlva, Tartu, Tallinn, Põltsamaa, Tõrva ja Kiviõli linnad ning Järvakandi vald, Vinni vald ja Vastseliina vald.⁶³ Kõige vähem võimekad on äärealadel asuvad omavalitsused. Täpsem KOV-ide teenuste osutamise võimekus on välja toodud alljärgnevatel joonistel.

⁵⁹ Riigieelarveseadus 2008, 2009, 2010, 2011, 2012

⁶⁰ Sihtasutus Innove 2014. aasta eelarve, kinnitatud 09.12.2013.

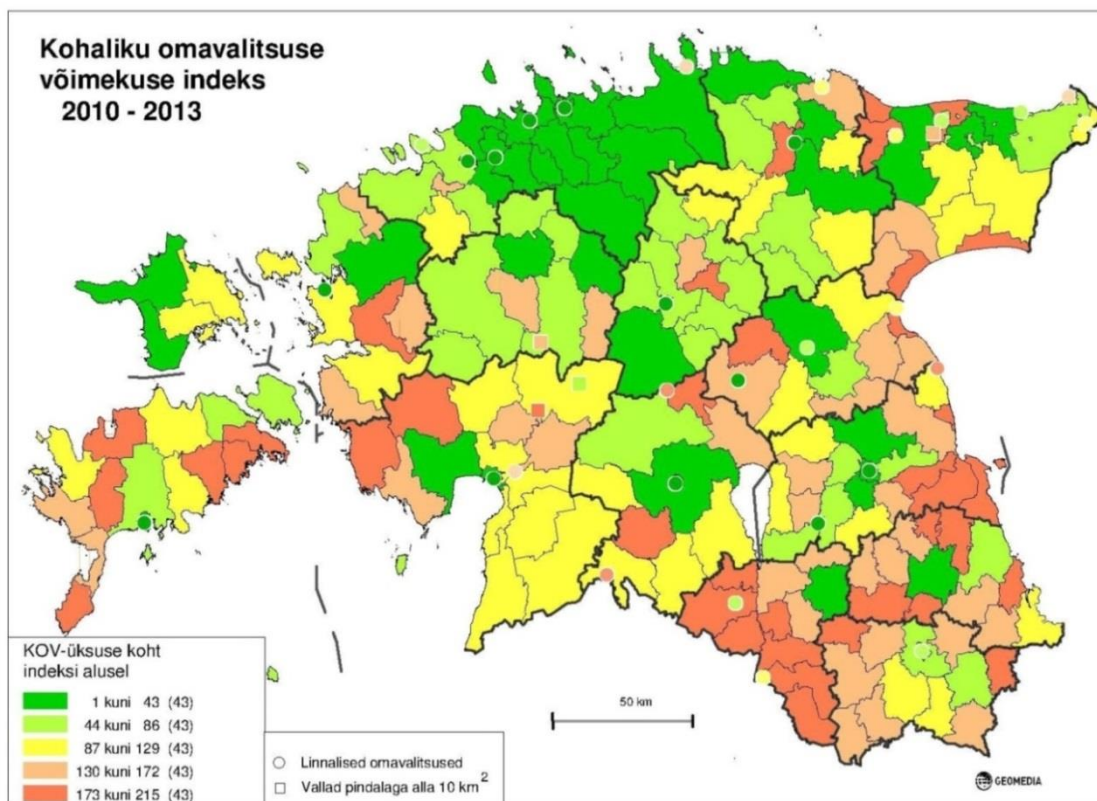
http://www.innove.ee/UserFiles/Organisatsioonist/2014eelarve_kodulehele.pdf

⁶¹ Endised õppenõustamiskeskused, nüüdsed Rajaleidja keskused

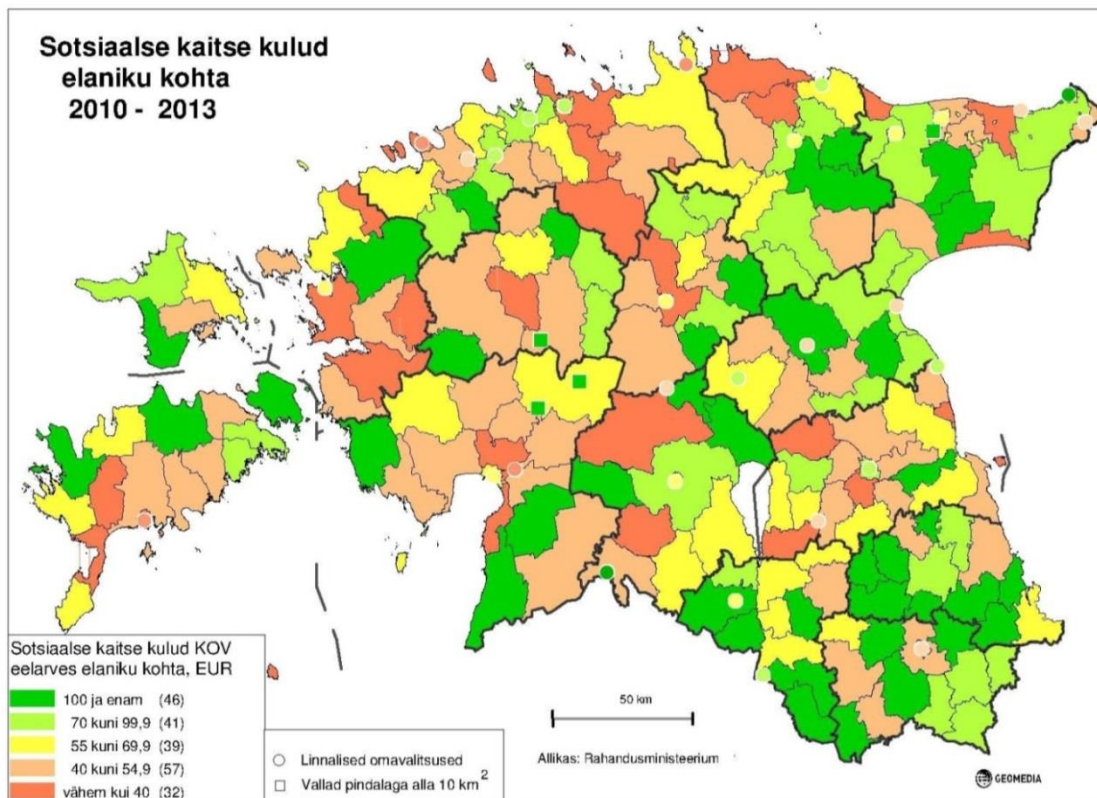
⁶² Kohalike omavalitsuste eelarved ja ülevaated. Rahandusministeerium. <http://www.fin.ee/kov-eelarved-ulevaated>

⁶³ Kohaliku omavalitsuse üksuste võimekuse indeks (2012), Geomedia.

https://www.siseministeerium.ee/public/KOV_indeks_2013_aruanne_final.pdf



Joonis 19. Kohaliku omavalitsuse võimekuse indeks 2010-2013⁶⁴

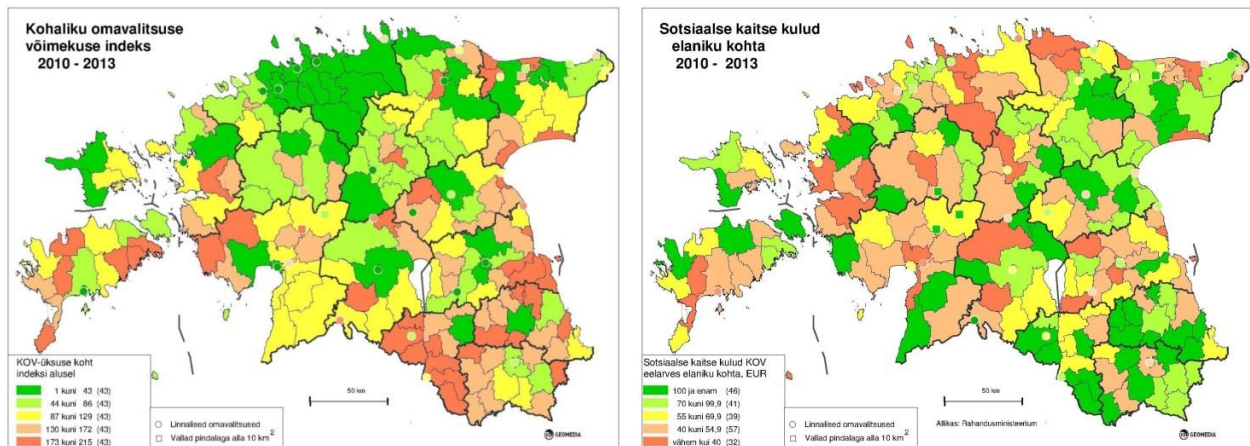


Joonis 20 Sotsiaalse kaitse kulud elaniku kohta 2010-2013⁶⁵

⁶⁴ Kohaliku omavalitsuse üksuste võimekuse indeks (2012), Geomedia.
https://www.siseministeerium.ee/public/KOV_indeks_2013_aruanne_final.pdf

⁶⁵ Ibid.

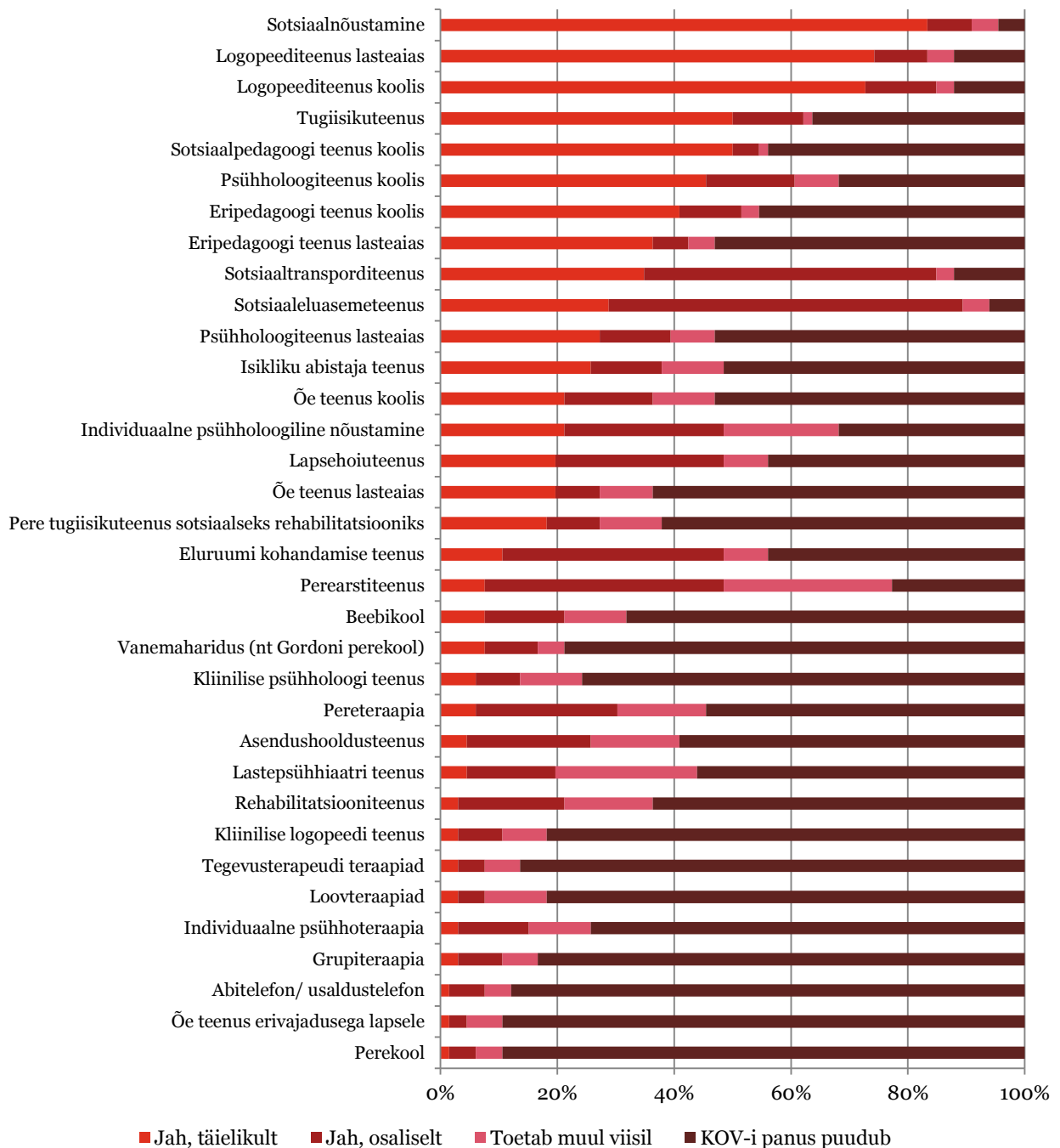
Eeltoodud jooniseid kõrvutades nähtub, et suurema võimekusega KOV-id ei ole sarnases positsioonis ühe elaniku kohta tehtavate sotsiaalse kaitse kulutuste osas. KOV-id, kelle võimekus on indeksi kohaselt madal, teevad sageli suuremaid sotsiaalse kaitse kulutusi kui parema võimekuse tasemega KOV-id.



Joonis 21 KOV võimekuse indeksi ja sotsiaalse kaitse kulutuste võrdlus

Laiema vaate KOV-ide panusest laste vaimse tervise toetamisse kogusime küsitluse kaudu. Küsitluses esitasime 35 tõenäoliselt kohaliku omavalitsuse poolt pakutavat teenust ning palusime nende osas märkida, kas teenus on kättesaadav lastele ja lastega peredele, kas KOV toetab teenuseosutamist ning kes on teenuseosutajad. Küsitlusse panustas 66 kohalikku omavalitsust (30% kogupopulatsioonist).

Enim panustavad KOV-id sotsiaalnõustamisse, logopeediteenuse pakkumisse, milles täielikult või osaliselt panustab üle 80% uuringus osalenud omavalitsustest. Sotsiaalpedagoogi, eripedagoogi ja koolipsühholoogiteenuse pakkumisse panustavad seejuures ligikaudu pooled KOV-idest. Vähima tähelepanu saavad erinevad teraapiateenused, vanemaharidus ja perekoolid, samuti õe teenus erivajadusega lapsele.



Joonis 22. KOV-i rahaline panus teenuseosutamisse (n=66)

KOV-ide panus teenuste osutamise korraldamisel võib olla teatud teenuste puhul madal eelkõige seetõttu, et teenust rahastatakse tsentraalselt ning KOV-idel puudub otsene vajadus teenuseosutamiseks täiendavaid ressursse panustada. Nii on näiteks kliinilise psühholoogi, psühhoteraapia või kliinilise logopeedi teenused KOV-ide rahastamisest enamasti väljas, kuigi leidub ka näiteid, kus KOV panustab osaliselt või täielikult teenuse võimaldamisse. Lisaks eeltoodud teenuste loetelule on täiendavalt nimetatud veel perelepitusteenust ning perenõustamist.

Kui KOV-is soovitud teenust ei osutata, püütakse enamasti siiski abivajajat aidata. Küsitluses toodi välja võimalused teenuseid osutada läbi erinevate projektide, riiklike rehabilitatsiooniteenuste kaudu abivajaja toetamiseks, samuti leitakse vajadusel võimalus toetada teenuse eest tasumisel kui ka transpordiga, kui abivajaja suunatakse teenusele teise KOV-i.

Lisa 9 on kõrvutatud informatsioon, mitut teenust KOV osutab või mille osutamist korraldab ning mitme teenuse osutamist KOV toetab täielikult või osaliselt. Mitmes vallas, kus KOV-i poolt toetatud teenuste arv on suurem kui lastele ja lastega peredele osutatavate teenuste arv. Sellest saame järeldada, et KOV toetab tihti ka selliseid vaimse tervise seotud teenuseid, mis ei ole suunatud lastele ja lastega perede sihtgrupile.

Paraku ei ole võimalik välja tuua, kui palju kohaliku omavalitsuse eelarvest kulutatakse konkreetse teenuse või kõigi vaimse tervise teenuste rahastamiseks, kuna KOV-idel sellekohane detailne info puudub.

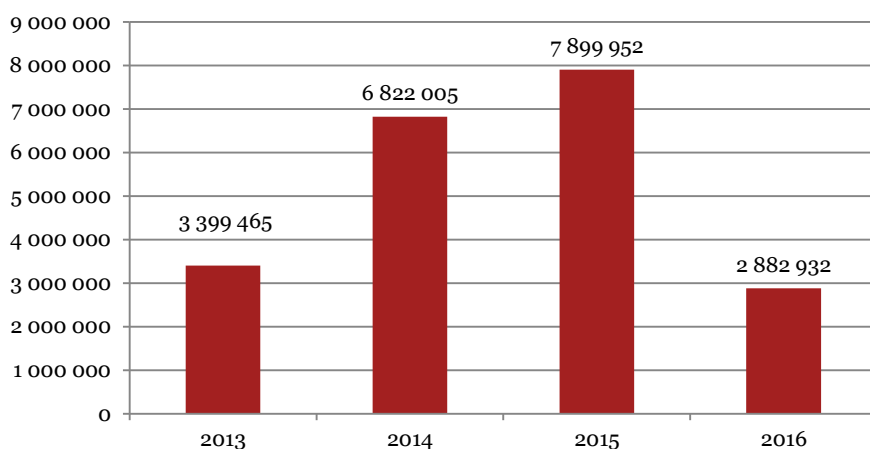
Teenuseosutajateni otse suunatud ressursid

Kolmanda ja äri sektori teenuseosutajateni jõuab lisaks riigi ja kohaliku omavalitsuse rahastusele täiendav finantseerimine ka otse läbi projektirahastuse ning omatulude (teenuste eest tasumine inimeste endi poolt).

Tulenevalt andmete piiratud kättesaadavusest puudub võimalus anda ülevaadet inimeste poolt finantseeritud teenuste mahust. Paraku on see võtmetähtsusega informatsioon hindamaks, kas isikute omafinantseeringu määr on mõistlikus suurusjärgus – vastavat osakaalu saaks võrrelda laiemalt kõigi tervisehoiuteenuste inimeste omaosaluse määraga, mis on veidi alla 20%⁶⁶.

Tulenevalt andmete piiratud kättesaadavusest puudub võimalus anda ülevaadet inimeste poolt finantseeritud teenuste mahust. Paraku on see võtmetähtsusega informatsioon hindamaks, kas isikute omafinantseeringu määr on mõistlikus suurusjärgus – vastavat osakaalu saaks võrrelda laiemalt kõigi tervisehoiuteenuste inimeste omaosaluse määraga, mis on veidi alla 20%⁶⁷.

Samas saame kaudsete meetodite alusel ligikaudselt hinnata ära **otse teenuseosutajateni suunatud projektirahastuse mahud**. Selle tarbeks kaardistasime avalike allikate baasilt laste vaimse tervise valdkonnaga seotud projektid ning tuvastasime nii teenuseosutajad (kes on saanud viimaste aastate jooksul erinevatest programmidest/projektidest toetust oma tegevusele) kui ka programme ellu viivad rakendusüksused. Seejärel kogusime tuvastatud rakendusüksustelt lisainformatsiooni, millised valdkonnaga seotud projektid ning teenuseosutajad on täiendavalt nende kaudu finantseeritud ning koostasime nimekirja laste vaimse tervise seotud projektidest ning nende finantseerimisvahendite. (vt Lisa 11. Rahastatud projektid ning toetuste saajad). Kuigi esitatud nimekiri ei ole täielik ning osad valdkonnaga seotud projektid võisid jääda tuvastamata, annab see piisava ülevaate projektirahastuse suurusest valdkonna rahastuses. Alljärgnevalt jooniselt (Joonis 23) nähtub, et projektidesse suunatud rahalised vahendid on aastate lõikes olnud kasvavas trendis (sh on joonisel esitatud ka juba etteulatuvalt otsustatud projektide rahaline maht tulevikus) ning nende kogumaht moodustab olulise osa valdkonna finantseerimisest.



Joonis 23. Projektirahastus aastate lõikes

⁶⁶ 2011 aasta andmetel oli see 17,6%. TAI. *Estonian Health Care Expenditure in 2011*.

http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5578/3/Eigo2012_inglisk.pdf

⁶⁷ *Ibid.*

Kokkuvõte:

Teenuste rahastamine toimub läbi riigieelarve, ministeeriumide ja nende allasutuste kaudu, läbi kohalike omavalitsuste eelarvete, projektirahastuse abil ning isikute endi finantseerimisel – tsentraalset vahendite koondamist ning jaotamist ei toimu ning praeguste statistiliste andmete baasilt ei ole võimalik koondada ülevaadet valdkonda suunatud ressurssidest.

Eelnevast tulenevalt ei ole võimalik määrata erinevate rahastusallikate osakaale kogufinantseerimisest, sh puudub võimalus hinnata isikute omaosaluse suurust ning seda, kas omaosalus on teenuse lõpptarbijatele mõistlikus suurusjärgus või mitte. Samuti puudub võimalus hinnata kasutatud vahendite tõhusust ning kulu-efektiivsust.

Ainsad uuringu käigus kvantitatiivselt kättesaadavaks saanud rahastuse mahud on Haigekassa tervishoiuteenuste finantseerimine (ca 4 miljonit eurot aastas), psühhotroopsete ravimite kulu (ca 4 miljonit eurot aastas) ning projektfinantseerimine (ca 4-7 miljonit eurot aastas).

Projektirahastamine on täna valdkonnas väga olulise mõjuga finantseerimisallikas, kuid tulenevalt oma olemuslikust mittejärjepidevusest ning ebakindlusest tuleviku finantseerimise osas ei ole selline rahastus süsteemi pikaajalise arendamise jaoks jätkusuutlik.

Järelevalve teenuste osutamise üle

Järelevalve on viis teenuste kvaliteedi tagamiseks. Analüüsi käigus kaardistasime, kuidas on korraldatud laste vaimse tervise teenuste järelevalve (vt Tabel 4).

Tabel 4. Järelevalve korraldus teenuseosutamise üle

Teenusegrupp	Järelevalve korraldus
Psühhiaatriline abi	Seaduse alusel psühhiaatrilise abi osutamise üle teostab riiklikku järelevalvet Terviseamet tervishoiuteenuste korraldamise seaduse sätestatud alustel ja korras. Samuti on pistelisi kliinilisi auditeid ⁶⁸ viinud läbi ka Haigekassa. ⁶⁹
Esmatasandi tervishoiu teenused	Teenuse osutamise üle teostab riiklikku järelevalvet Terviseamet, kes võib järelevalve teostamiseks kohaldada seaduse alusel ja seaduses sätestatud erimeetmeid.
Sotsiaal- ja hoolekandeteenused	Teenuse osutamise üle teostab järelevalvet maavalitsus, allhankena sisseostetud teenuste puhul ka KOV ise.
Lastekaitse	Lastekaitseadusest tulenev riiklik järelevalve, mida teostab Sotsiaalkindlustusamet.
Kooli ja koolieelse lasteasutuse teenused	Teenuse osutamise üle teostab järelevalvet maavalitsus.
Psühholoogiteenus väljaspool tervishoiusüsteemi	Järelevalve sõltub teenuseosutaja litsentsist. Reeglina riiklikku järelevalvet pigem ei toimu.
Kodanikualgatuse teenused	Riiklikku järelevalvet ei teostata

KOV-ide üle riikliku- ja haldusjärelevalve teostamise funktsiooni kannab maavanem, kuid **vaatamata kohustusele ei teosta maavanemad reaalselt järelevalvet teenuste kvaliteedi üle**. See on peamiselt põhjustatud sellest, et järelevalve teostajatel puuduvad nii standardid, mille vastu järelevalvet teostada, kui ka oskused.⁷⁰

Problemaatiline on ka väljaspool tervishoiusüsteemi osutatavate teenuste kvaliteedi üle järelevalve teostamine. **Teenuseosutamine on väga killustatud, võimaldades projektipõhiselt teenuseid pakkuda mittetulundusühingutel, sihtasutustel, aga ka äriühingutel, kelle üle sisulist järelevalvet ei teostata.** Probleemi tuum seisneb omakorda rahastuse mitmetest algallikatest, kuna järelevalve teostamist peaks korraldama rahastaja. Seega, mida enam on rahastamisvõimalusi, seda hajutatam ja ebahühtlasem on teenuseosutajate üle teostatav järelevalve. Rahastajatel on sageli ka erinevad tingimused, mis omakorda loob olukorra, et järelevalve teostamiseks tuleb kulutada oluliselt enam ressursi kui standardsete rahastamisühikute puhul.

Ebakvaliteetse teenuse tulemusena jääb paraku suurimaks kannatajaks abivajaja, kelles võib omakorda süveneda teadmine, et abi ei eksisteeri või pole mõtet abi otsida, kuna teenusest tegelikku abi ei saada. Teisalt kannatab ka riik, kuna raisatakse ressursse, mida võinuks kasutada abivajajate aitamiseks.

⁶⁸ Kliiniline audit on vastavalt National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) kvaliteedi parendamise protsess, mille eesmärk on parendada patsientide ravi ja ravitulemusi, hinnates neid süstemaatiliselt kindlate kriteeriumitega ning rakendades vajalikke muudatusi kas üksikisiku, struktuurüksuse/asutuse või teenuse tasemel

⁶⁹ Näiteks 2011. a on avaldatud kokkuvõtte kliinilisest auditist "Statsionaarse psühhiaatrilise ravi kvaliteet ja põhjendatus". Kontrollitud periood hõlmas ajavahemikku 2009-2010. Kokku hõlmas kontroll 313 haiguslugu seitsmest tervishoiuasutusest. Kättesaadav: http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Kokkuvote%20stats%20psuhhiaatrilise%20ravi%20kvaliteedi%20ja%20pohjendatuse%20audist_16052011.pdf

⁷⁰ Lastekaitse korralduse uuendamise alusanalüüs (2013), Sotsiaalministeerium, PwC. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/lastekaitse_alusanaluus_pwc_2013_27.11_2.pdf

Hetkel puudub riigil ülevaade, kui palju ja milliseid spetsialiste teenuseid osutavad ning milline on osutatud teenuste kvaliteet. Mitteametlikke teenuseid pakutakse üldjuhul kodanikualgatuslikus korras ja nende tegevusulatust ning tegevuse kestust on keeruline määratleda.⁷¹

Seejuures ei piisa pelgalt reeglite kehtestamisest, kui mitu spetsialisti ja millise kvalifikatsiooniga teenuse osutamiseks vaja on, vaid tuleb teostada ka järelevalvet tegeliku teenuse kvaliteedi üle.

Lastele ja peredele mõeldud sotsiaalteenuste kvaliteedistandardid ja juhendid on asjakohase järelevalve osas puudulikud.⁷²

Samuti on puudulik järelevalve, kui isik on teenusele suunatud, kas ta reaalselt teenuse sai või mitte. Isikud, kelle huvi teenuse saamiseks ei ole isiklik, vaid teda on sunnitud/suunatud teenusele, võib jätta teenusele minemata. Selle tulemusel pikenevad kunstlikult ravijärjekorrad.

Ka ei ole riik loonud psüühiliste probleemidega isikutega tegelemiseks sõltumatut ja efektiivset järelevalvesüsteemi, mis tagaks isiku õigeaegse tahtvastasele ravile paigutamise avalduste esitamise. Psühhiaatrilise abi seaduse (PsAS) § 13 lg 1 järgi arstidele isikult vabaduse võtmise avalduse esitamise õiguse andmine ei ole vähemalt üldjuhul õige.⁷³

Kokkuvõte:

Paljusid teenuseid osutatakse kodanikualgatus korras. Riigil puudub ülevaade tegelikest teenuseosutajatest, samuti ei teostata teenuseosutajate üle piisavalt järelevalvet, kuna tihti ei eksisteeri ka teenus-standardit, mis tagaks teenuse kvaliteedi ning võimalused teostada järelevalvet.

⁷¹ Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>

⁷² Laste ja noorte valdkondadele tugisüsteemi väljaarendamise lähtealused (2014), Haridus- ja Teadusministeerium, Sotsiaalministeerium, Justiitsministeerium. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/tugisu_steemi_la_htealused_tervikdokument.pdf

⁷³ Riigikohtu aktuaalne praktika tsiviilasjades 01.01.-30.04.2014 (2014), Riigikohus. http://www.riigikohus.ee/vfs/1706/Riigikohtu_praktika_ylevaade_tsiviilasjad_2014_1.pdf

Ennetus ja edendus

Lisaks juba vaimse tervise probleemi käes kannatava inimese ravimisele on oluline kaitsta ja edendada erinevatesse vanusegruppide kuuluvate kõigi kodanike vaimset heaolu. Erilist tähelepanu vajab just laste vaimne tervisega seotud ennetustöö, kuna ligi 50% täiskasvanutel esinevatest terviseprobleemidest on alguse saanud enne 14. eluaastat. Vaimse tervisega seotud ennetustöö peab laienema üle kõigi sektorite ja valitsusorganite, kuna vaimse tervise probleemid on tihedalt seotud erinevate sotsiaalsete, hariduslike ja majanduslike näitajatega. Üheks peamiseks prioriteediks peaks olema enesetappude ennetamine.⁷⁴

Hea poliitikakujundamise aluseks on ennetuse ja edenduse kontekstis vaja ülevaadet eelkõige inimeste teadlikkusest ja teadlikkuse mõjutamiseks tehtavatest tegevustest:

- läbiviidavatest meediakampaaniatest, nende eesmärkidest, kommunikatsioonistrateegiast;
- läbiviidavatest projektidest/programmidest ning nende tulemuslikkusest;

Lisaks on vaja mõista, kuidas toetab tegevuste läbiviimist õiguslik keskkond.

Ennetuse ja edenduse osas seniste tegevuste, läbiviidud kampaaniate ja nende mõju detailne analüüs ei kuulu antud uuringu fookusesse kuna eesmärk on keskenduda spetsiifilisemalt vaimse tervise teenustele. Sellest tulenevalt kaardistab uuring ennetus- ja edendustegevusi vaid põgusalt ning määrab raamid, mille sees võib täiendavate uuringute teostamine osutuda hilisemas etapis vajalikuks.

Uuringutes, mis käsitlevad kuritegelikku käitumist, vaimse tervise probleeme ja muid kompleksseid sotsiaalseid probleeme nähtub, et lastel ja noorukitel endil on väga väike roll selles, millised riskitegurid neid ohustavad.⁷⁵ Paljud individuaalsed, perekondlikud, eakaaslaste, kooli kui ka kogukonnaga seotud tegurid on suuresti väljaspool nooruki mõjuvälja. Seetõttu on otstarbekas vaadelda laste käitumist ja selle riskitegureid ökosüsteemest perspektiivist, mille kohaselt on eri kontekstidel (perekond, kogukond, kool, eakaaslased, ühiskond) erinev mõju inimese arengule.⁷⁶

Ennetustegevus keskendub eri tasandi ennetusele, hõlmates nii universaalseid populatsioone, teatud riskigruppe populatsioonis kui ka gruppe, kelle puhul huvialused probleemid juba ilmnevad.⁷⁷ Mida tõhusam on töö esmase ennetuse tasandil, seda väiksemaks peaks ideaalis kujunema vajadus iga järgneva taseme ennetuseks. Ühest küljest on see otstarbekas individide heaolu seisukohalt, kuna nii õnnestub ära hoida edasisei tõsisemaid probleeme. Teisest küljest aga tuleb silmas pidada, et esmatasandi ennetus nõuab reeglina vähem ressursse, seda on lihtsam teostada ja selle elluviimiseks vajalikud rahavood on tagasihoidlikumad.

Rakendades edukalt esmatasandi ennetust, on võimalik kõrgemate sekkumistasandite pealt kokku hoitavaid ressursse ennetusse taasinvesteerida. Selleks on aga eelkõige vajalik efektiivsete sekkumiste olemasolu, mis loob pinnase reaalseteks ja pikaajalisteks muutusteks ühiskonnas.⁷⁸

Samadele järeldustele jõuti ka läbiviidud lapsevanemate fookusgrupis, kus toodi välja esmase ennetuse tähtsus ning leiti, et mida varasem sekkumine, seda parem. Eriti rõhutati lasteaia tähtsust ning psühholoogide ja sotsiaaltöötajate hädavajalikkust lasteaias ning nähti võimaliku arengukohana välisvaatlejate toomist lasteaiadesse.

Kontseptsiooni iseloomustab hästi Norra eksperdi A.Holte seisukoht, et vaimse tervise probleemide kõige efektiivsem lahendamine on mitte ravi tõhustamine, vaid terve ühiskonna vaimse kapitali mõjutamine. Sellest tulenevalt on kuluefektiivne keskenduda eelkõige suurele hulga populatsioonist, kes ei kuulu ei

⁷⁴ Mental Health Action Plan 2013-2020 .WHO (2013) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

⁷⁵ Edovald, T. (2005) Ülevaade alaealiste kuritegevuse vähendamise strateegiast ja programmidest maailmas.

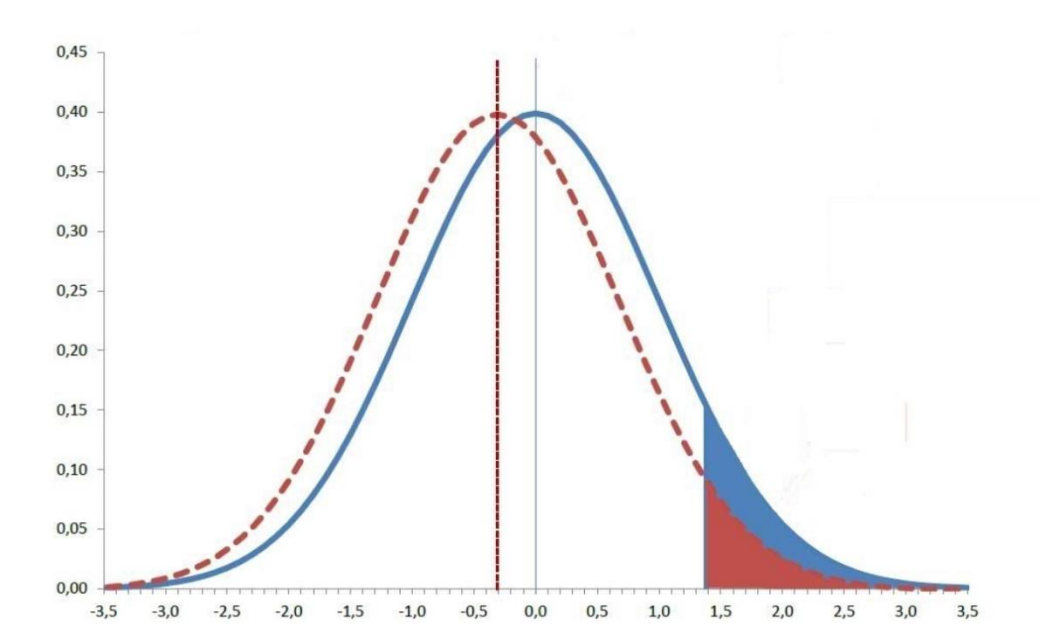
<http://www.kuriteoennetus.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=20397/risikifaktorid+ja+sekkumised.pdf>

⁷⁶ Edovald, T. (2010) Ennetustööst laste tulemuste parandamiseks.

⁷⁷ Edovald, T. (2010) Vanemlusprogrammid kui vahend vanemlike oskuste parendamiseks.

⁷⁸ Edovald, T. (2010) Ennetustööst laste tulemuste parandamiseks.

riskirühmadesse ning kellel ei ole veel tuvastatud tõsisemaid vaimse tervise probleeme. Keskendumine vaid probleemide likvideerimisele on äärmiselt ressursimahukas. Ressursside ümbersuunamine kogu populatsiooni hõlmavasse ennetusse aitab parendada populatsiooni keskmist vaimse tervise taset, mille mõjul on ka spetsiifilist individuaalset sekkumist vajavate isikute maht kokkuvõttes väiksem. See aitab olulisel määral kokku hoida ressursse, mida muidu tuleks suunata tagajärgedega tegelemiseks. Allolev joonis illustreerib ühiskonna kui terviku vaimse kapitali marginaalsest paranemisest tekkivat mõju kriitilist individuaalset sekkumist vajavate äärmuste mahule – enne kogu ühiskonna üldise keskmise taseme mõjutamist vajab kolmandasel sekkumise tasandil teenuste rahastamist oluliselt suurem hulk isikud (sinine ala) kui pärast keskmise taseme paranemist (punane ala).



Joonis 24. Ennetuse ja edenduse mõju kõrgema tasandi vältimatutele sekkumistele arvule⁷⁹

Peamised ennetusalased tegevused on järgmised:

- ühiskondliku arvamuse kujundamine (märkamine, sekkumine);
- üldine teadlikkuse tõus vaimse tervise toetamiseks pakutavatest teenustest;
- lastega tihedas kontaktis olevate spetsialistide (kooli- ja lasteaiaõpetajad, perearstid jt) arendamine õigeaegse sekkumise tagamiseks;
- erinevad programmid ning initsiatiivid, mis panustavad vaimse tervise valdkonda (vanemlusprogrammid, sotsiaalsete oskuste arendamise programmid jt).

Ühiskondliku arvamuse kujundamine

Universaalse ennetuse tasandil on oluline koht meediakampaaniatel, ühiskondliku arvamuse kujundamisel, hoiakute mõjutamisel. Eestis saame välja tuua üldiste hoiakute kujundamiseks korraldatud meediakampaaniaid, näiteks Siseministeeriumi poolt 2014. aastal läbiviidud teavituskampaania „Tark vanem“⁸⁰. Sellele eelnenud viimane tuntuim vanemahariduse laiapõhjalisem kampaania „Ära löö last“ viidi läbi pea 15 aastat tagasi. Samuti on mitmeid teavituskampaaniaid läbi viinud Tervise Arengu Instituut, nt „Vähem on parem“⁸¹, eelnevatel aastatel kampaaniad „Julge rääkida“ jt⁸². 2010. aastal liitus Eesti Euroopa Liidu programmiga Safer Internet („Targalt internetis“), mille eesmärgiks on edendada laste ja noorte turvalist

⁷⁹ A. Holte käsitus

⁸⁰ Siseministeerium. Teavituskampaania „Tark vanem“. <http://tarkvanem.ee>

⁸¹ Tervise Arengu Instituut. Eestis algab alkoholi liigtarvitamise ennetamise teavitus „Vähem on parem“ <http://www.tai.ee/et/instituut/pressile/kampaaniate-arhiiv/2014/3518-vahem-on-parem>

⁸² Tervise Arengu Instituut. Läbiviidud kampaaniad <http://www.tai.ee/et/component/search/?searchword=kampaania&ordering=&searchphrase=all>

ja teadlikku internetikasutust ning suurendada lapsevanemate teadmisi, kuidas oma lapse head internetikasutus toetada.⁸³

Läbiviidud kampaaniate rahastus, tulemuslikkus ning mõjususe hindamine ei ole käesoleva uuringu fookuseks.

Üldine teadlikkus vaimse tervise toetamisest ja pakutavatest teenustest

Kuigi käivitatud on mitmeid programme, millest mõned on ka pikaajalise kestusega, ei ole ennetustegevused asjakohase informatsiooni jõudmiseks sihtgrupini piisavad. Ennetustegevuste ebapiisavusele viitab fookusgruppides nii spetsialistide kui lapsevanemate poolt välja toodud probleem vaimse tervise toetamise teadlikkusest ning võimalikust saadaolevast abist. Teadlikkus on madal eelkõige probleemidest, mida ei osata tunnetada, ning võimalustest, mis jäävad kasutamata. Nii võivad nt huviringid ja vanematele suunatud koolitused eksisteerida, ent gruppide täituvus on madal, kuna neist ei teata või ei saada aru, milline on saadav kasu. **Seejuures ei ole teenusest keeldujale või spetsialistile selge, millised võivad olla mittesekumise tagajärjed.** Lapse probleemide varajane märkamine on ülimalt oluline, kuna probleemid kumuleeruvad kiiresti.

Läbiviidud lapsevanemate fookusgrupis leidsid lapsevanemad endid puudutavates küsimustes, et nende teadlikkus teenustest ja võimalustest on väga puudulik. Leiti, et perearst ei aita ning kuivõrd võimalused teisi spetsialiste külastada on samuti puudulikud, puudubki lapsevanematel reaalne ülevaade, kuidas lapsi aidata. Samuti toodi välja, et info, mis lapsevanemateni jõuab, esitatakse ebasobival viisil, mis võib viia lapsevanemate kapseldumiseni ja probleemi eitamiseni. Eraldi rõhutati alkoholisõltuvusega vanemate madalat vastuvõtlikkust ning võimatust nendeni infot toimetada. Madalast teadlikkusest ja häbimärgistamise hirmust võib olla põhjustatud omakorda anonüümsuse soov. Teravamalt on tunnetatud häbimärgistamist eelkõige maapiirkondades, kus sotsiaaltöötaja või psühholoogi külastus võib **saada vääriti mõistetud ning inimesed ei julge spetsialistilt abi küsida.**⁸⁴ **Ohver võib tunda hirmu häbimärgistamise ees.** Ta võib karta, et teised inimesed, sh spetsialistid ei usu vägivalla toimumist või hakkavad süüdistama.⁸⁵

Näiteks ohvriabiteenus⁸⁶ puhul on teenuse saajal võimalus jääda anonüümseks. See aga ei võimalda seostada üksikjuhtumeid tervikuks. Nt kui üks pereliige palub abi, ent jääb anonüümseks, **ei ole võimalik aidata ülejäänud pereliikmeid, kes võivad sarnaselt kannataja rollis olla.** Isegi, kui sekkumise tulemusel andmeid talletatakse andmekogudesse, ei pruugi info olla tulevikus omavahel seostatav.

Spetsialistide arendamine

Oluline on mainida ühe osana ennetusest ka **kõrgkoolide õppekavasid**, mille alusel valmistatakse ette lastega tegelevaid ja teenuseid osutavaid spetsialiste. Eelkõige fookusgruppidest väljatoodud kriitika riiklike õppekavade arvel tõstatab küsimuse, kas õppekavades õpetatu on kooskõlas tegelike vajadustega? Hetkel puudub ülevaade sellest, kas spetsialistidele õpetatav tagab neile oskused esmaseks, teiseseks ja kolmandaseks sekkumiseks. Nii on fookusgruppides osalenud toonud teravalt välja nt lasteaiaõpetaja kutseõppe puudujääke suhtlemisoskuste ja psühholoogilise tausta, aga ka logopeediliste teadmiste osas või ka perearstide võimekust märgata vaimse tervise probleeme piisavalt detailselt tasemel, kuna see pole nende spetsialiteet (vt ka peatükki „Teenuste kvaliteet“).

Ennetus ja sekkumisprogrammid

Teadusalasest kirjandusest nähtub, et perekondlikud tegurid ja peresuhete kvaliteet omab laste arengule ja tulevikuväljavaadetele olulist mõju. Konfliktid perekonnas ja abielu purunemine suurendavad laste puhul riski erinevate psühhopatoloogiliste probleemide arenguks.⁸⁷ Laste puhul suurendavad märkimisväärselt riski käitumuslike ja emotsionaalsete probleemide kujunemiseks näiteks hooliva ja positiivse suhte puudumine

⁸³ Lastekaitse Liidu Targalt Internetis veebileht. <http://www.targaltinternetis.ee/projektist/aastaraaport/>

⁸⁴ Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>

⁸⁵ Juhendmaterjal perevägivalda vähendamiseks ja ennetamiseks (2011), Justiitsministeerium.

http://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/www.kriminaalpoliitika.ee/files/elfinder/dokumendid/perevagivalda_juhis_kovidele_veebi.pdf

⁸⁶ Ohvriabiteenus on avalik teenus, mille eesmärgiks on hooletuse või halva kohtlemise, füüsilise, vaimse või seksuaalse vägivalda ohvriks langenud isikute toimetulekuvõime säilitamine või parandamine. Ohvriabi seadus (RT I 2004, 2, 3), Riigi Teataja.

<https://www.riigiteataja.ee/akt/115032014024>; Ohvriabi veebileht. <http://www.ohvriabi.ee/>

⁸⁷ Edovald, T. (2010) Vanemlusprogrammid kui vahend vanemlike oskuste parendamiseks.

vanematega, karm, paindumatu või ebajärjekindel distsipliin, ebapiisav järelvalve ja lastega koos tegutsemine, konfliktid paarisuhetes ja abielu purunemine.⁸⁸

Laste vaimse tervise seisukohalt on olulised vanemlusprogrammid, mille keskmeks on sageli emotsionaalsete- ja käitumisprobleemide ennetamine ning vähendamine. Maailmas on välja töötatud mitmeid erinevatele sihtrühmadele mõeldud vanemlusprogramme, kuid terviklikke tõenduspõhiseid ehk eksperimentaaluuringutega tõestatud lähenemisi, mida oleks võimalik rahvatervise mudelist lähtuvalt süsteemselt rakendada, on piiratud hulgal.⁸⁹

Järgnevalt oleme välja toonud ülevaate ennetusest ja edendusest läbi Eestis käivitatud programme.

Käivitatud programmid/projektid

Eelpool toodud väide, et ennetustegevused ei ole kergesti mõõdetavad, vastab tõele eelkõige kontekstis, kus puuduvad tõenduspõhised meetmed ennetustegevuses ja sekkumistes. See ei tähenda, et ennetustegevusi ei tehta, kuid viitab asjaolule, et meil ei ole võimalik hinnata, kas tehtud tegevustest on kasu. Sisuliselt tehakse tegevusi, mis võib-olla toovad kasu, kuid mitte alati ning kokkuvõttes on suure tõenäosusega tegemist ressursside raiskamisega.

Selleks, et suunata fookust täpsemalt ning saada tegevustest oodatud tulemust, on alustatud tõenduspõhiste meetodikate juurutamist Eestis. **Tõenduspõhised programmid** on teaduslikult uuritud ja tõestatud ning mõõdetud tulemustega⁹⁰. Kuna Eestis on kohalikes oludes kogutud tõenduspõhiseid andmeid vaid programmi Kiusamisvastane kool (KiVa) kohta, siis käsitleme käesoleva uuringu raames tõenduspõhiste programmidenäidena ka neid, mille tulemuslikkust on teistes riikides hinnatud ning mille pilootprojektidega on Eestis alustatud.

Loetelu initsiatiividest on toodud alljärgnevalt:

Tõenduspõhised programmid

Kiusamisvastane kool (KiVa)

KiVa teaduspõhine programm sisaldab nii ennetustööd kui kiusamisjuhtumite lahendamise mudelit, tegevustesse kaasatakse kooli personal, õpilased ja lapsevanemad. Programmi tõhusust mõõdetakse kaks korda kooliaastas toimuva uuringuga.

KiVa programm sisaldab nii universaalseid kui juhtumipõhiseid tegevusi kiusamise ennetamiseks ja märgatud juhtumite lahendamiseks. 2014-2015. õppeaastal osaleb tegevustes kokku 31 KiVa kooli.

Universaalsed tegevused on suunatud kõigile koolis õppivatele õpilastele. Need sisaldavad pingutusi, mida tehakse grupinormide mõjutamiseks ning selleks, et kujundada kõigis lastes valmisolek konstruktiivselt käituda, võtta vastutust ohvri toetamise eest selle asemel, et kiusamist julgustada.

Juhtumipõhised tegevused võetakse kasutusele siis, kui kooli personalile on teatavaks saanud, et kedagi kiusatakse. Iga üksikut juhtumit lahendatakse terve seeria individuaalsete ja grupivestlustega, mis toimuvad kooli KiVa-meeskonna ja juhtumiga seotud õpilaste vahel. Lisaks julgustatakse paari heade sotsiaalsete oskustega klassikaaslast kiusamise all kannatavat õpilast toetama.

⁸⁸ Loeber, R., Farrington, D. P. (1998). *Never too early, never too late: Risk factors and successful interventions for serious and violent juvenile offenders. Studies on Crime and Crime Prevention*

⁸⁹ Edovald, T (2010). Vanemlusprogrammid kui vahend vanemlike oskuste parendamiseks .

⁹⁰ Sellest, millised programmid on tõenduspõhised ning millised mitte, on võimalik täiendavat ülevaadet saada järgmistest allikatest: Blueprints for healthy youth development <http://www.blueprintsprograms.com/>, Investing in Children <http://Investinginchildren.eu>

Programmi juhib kolmanda sektori organisatsioon SA Kiusamise Vastu, mida rahastatakse muuhulgas Siseministeeriumi, KÜSK-i ning eraisikud.⁹¹

Kuigi programmi kodulehel on kirjas, et KiVa ei ole üheaastane projekt, ei ole hetkel selge, mis saab juhul, kui SA rahastamine katkeb.

Vanemlusprogramm *Incredible Years*

2014. aasta alguseks koostati analüüs, mis andis ülevaate, milline tõenduspõhine vanemlusprogramm ja programmi kuuluvad alaprogrammid vastavad Eesti laste ja lapsevanemate vajadustele parimal moel ning sobituvad juba olemasolevate võimalustega. Võttes arvesse valikuanalüüsi tulemusi ja valdkonna ekspertide arvamusi, osutus Eesti oludele sobivamaks programm *Incredible Years*. *Incredible Years* seeria on mõeldud lastele vanuses 1 kuu kuni 12 eluaastat ning koosneb viiest lapsevanematele mõeldud programmist, kahest lastele vanuses 3-8 eluaastat mõeldud programmist ja õpetajatele mõeldud programmist, mille keskmeks on lapsed vanuses 3-8. Programmi seeriad on mõeldud laste agressiivse käitumise ja tähelepanu-ja aktiivsushäire raviks, käitumisprobleemide, vägivalda ja uimastikasutamise ennetuseks, laste sotsiaalse kompetentsuse ja emotsionaalse regulatsiooni edendamiseks, vanema-lapse suhete parandamiseks ja muude probleemide vähendamiseks.

Incredible Years programmide teoreetilised alustalad tuginevad teaduslikult tõestatud teooriatele, millest olulisemaks on sotsiaalse õppimise teooria (*Social learning theory*) ning Piaget' kognitiivse arengu teooria. Programmi kaudu on lapsevanemal võimalik omandada efektiivseid käitumispraktikaid, eesmärgiga parandada vanem-laps suhet ning vähendada lapse käitumisprobleeme. *Incredible Years* programmi on nende kodulehe andmetel rakendatud vähemalt 26 riigis üle maailma. Programmi väljatöötamise, arendamise ja mõjususe empiirilise uurimisega on tegeletud üle 30 aasta ja randomiseeritud kontrolluuringutega näidatud spetsiifiliste alaprogrammide positiivset mõju nii vanemate kasvatustegevustele kui lapse probleemse käitumise vähenemisele ning seda ka arenguhäiretega laste korral. Niivõrd pikaajaline ja põhjalik uurimistöö loob eelduse selleks, et programmi rakendamisel saab olla kindel selle mõjus ja kuluefektiivsuses. Samuti on oluline rõhutada, et nimetatud programme on edukalt rakendatud väga mitmetes erineva kultuuritaustaga riikides.^{92;93}

Ajavahemikus 2014-2016 viiakse Euroopa Majanduspiirkonna finantsmehhanismi toetusprogrammi „Riskilapsed ja -noored” raames Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi koostöös läbi programmi pilootprojekt. Tänu programmile on lapsevanematel võimalus edaspidi saada abi ja tuge seoses laste käitumis-, emotsionaalsete probleemide ja arenguküsimustega.

Alkoholiennetusprogramm Efekt

2012/2013. õppeaastast viib Tervise Arengu Instituut 34 kooli viiendates klassides läbi alkoholiennetuse programmi „Efekt”, mis on Rootsis Örebro ülikooli teadlaste poolt välja töötatud ennetusprogramm. Programmi põhieesmärk on edasi lükata esmakordselt alkoholi tarvitamise vanust ja vähendada noorte alkoholitarvitamist. Algselt viiakse programm läbi Eesti tervist edendavate koolide võrgustikus ja heade tulemuste korral laieneb see järgnevatel õppeaastatel üle-eestiliseks. Tegemist on esimese korraga, mil sellist lähenemist noorte alkoholi tarvitamise vähendamiseks Eestis kasutatakse.

Programm annab lapsevanematele nii teadmisi alkoholi toimest ja kahjustest kui tugevdab oskusi lapsega suhtlemisel ja reeglite seadmisel. Programmi raames korraldatakse kolme aasta jooksul lapsevanemate koosolekut kokku kuus 30-minutilist koosolekut, mille jooksul räägivad spetsiaalse väljaõppe saanud koolitajad vanematele noorte alkoholitarvitamisest, selle ennetamisest ning vanemate hoiakutest ja suhtumisest noorte alkoholitarvitamisse. Kaks korda õppeaasta jooksul saadetakse kõikidele vanematele uudiskirjad, mis sisaldavad infot nii sõltuvusainete kui ka teiste lastega seotud teemade kohta.

⁹¹ Programm „Kiusamisvastane kool”. <http://www.kivaprogram.net/estonia>

⁹² Programmi *The Incredible Years* veebileht. <http://incredibleyears.com/about/incredible-years-series/>

⁹³ Sotsiaalministeerium (2013).

http://lapsedjapered.sm.ee/fileadmin/Sisu_laadimine/Lapsed_ja_pered/Uued_dokumendid/Vanemlusprogrammide_vordlev_analues_Loppraport.pdf

Esmakordselt viidi „Efekt” programm läbi Rootsi 7.–9. klassi õpilaste ja nende vanemate seas aastatel 1999–2001. Programmi ajal ja järel tehtud hindamised näitasid, et koolitust saanud lapsevanemate suhtumine noorte alkoholitarvitamisesse oli rangem võrreldes nendega, kes programmis ei osalenud. Lisaks leiti, et koolituses osalenud vanemate lastel olid kogu programmi vältel madalamad purjujoomise näitajad. Programmil oli positiivne mõju ka laste antisotsiaalsele käitumisele.⁹⁴

Käitumisoskuste mäng „Veel parem mina“ (*Good Behaviour Game*) ehk VEPA

2014/2015. õppeaastal viib Tervise Arengu Instituut koostöös sihtasutusega Kiusamise Vastu ellu projekti „Käitumisoskuste mängu (*Good Behavior Game*) piloteerimine Eestis”, mida rahastab Siseministeerium. Käitumisoskuste mängu hakkavad rakendama 20 kooli esimeste klasside õpetajad.

Käitumisoskuste mäng on klassis rakendatav sekkumisprogramm, mis ennetab käitumisprobleemide teket ja süvenemist. Mängu eesmärk on positiivse ja õppimisele suunatud õhkkonna loomine klassis ning õpilaste positiivse käitumise tunnustamine. Mäng edendab prosotsiaalset käitumist (läbi hea käitumise defineerimise ja süstemaatilise tunnustamise; läbi meeskondade moodustamise, kus korda rikkuvad ja mitterikkuvad lapsed peavad tulemuste saavutamiseks omavahel koostööd tegema) ning vähendab korrarikkumisi klassis. Mäng sobib hästi läbiviimiseks esimese klassi laste seas, et ühtlustada koolivalmiduse taset, aidata õpilastel kooliga kohaneda ja õppida reegleid järgima.

Pikaajalised uuringud on leidnud, et käitumisoskuste mängu rakendamine aitab ennetada õppeedukuse langemist, koolist väljalangemist, kuritegelikku käitumist, antisotsiaalse isiksusehäire tekkimist, edasi lükata uimastite proovimist, ennetada uimastite kuritarvitamist või uimastisõltuvuse teket ja teisi riskikäitumisi.

Käitumisoskuste mängu näol on tegu ühe maailma tunnustatuima universaalse ennetusmeetmega paljude erinevate riskide ennetamiseks haridusasutuses (väljalangemine, õpimotivatsiooni langus, käitumuslikud probleemid, uimastiprobleemid). Käitumisoskuste mängu on siiani kasutatud Ameerika Ühendriikides, Kanadas, Brasiilias, Inglismaal, Hollandis ja Belgias. 2014. a sügisel hakatakse mängu kasutama ka Iirimaal, lisaks on koostatud projektitaotlused mängu toomiseks Sloveeniasse, Itaaliasse, Saksamaale ja Hispaaniasse.⁹⁵

PREP ehk Paarisuhte Rahulolu Edendamise Programm

PREP täna ainus paarisuhte koolitusprogramm, mis kuulub USA-s tõenduspõhiste programmide registrisse. Samuti on see programm maailmas kogu maailmas üks enimuuritud, pikema järelmõjuga (kuni 5 a) ja laiema mõjuulatusega programme. Mitmete paaride juures on programmi järelmõju uuritud kuni 12 aastat. Programm baseerub suures osas kognitiivsele paarisuhteteraapiale, kuid on ikkagi koolituse formaadis ja omab seetõttu tugevat preventiivset potentsiaali.

Eestis on täna kasutusel nii PREP-baasprogramm, kui ka sellele ülesehitatud PREP üksikisikutele - *Within My Reach* "Sinu suhe on sinu kätes", mis on seni ainsad eestindatud programmid. Programmi viib läbi SA Väärtustades Elu, kellel on õigus tänase seisuga käima lükata veel mitmeid programme - PREP isadele, PREP kooliõpilastele, PREP kaugsuhtes olevatele peredele jt, kuid nende laiendamine sõltub vastava rahastuse saamisest. On olemas ka väga hea programm lahutajatele "Lapsevanemad ka peale lahkuminekut", mis aitab tagada seda, et lapsele jäävad peale nende lahutust alles mõlemad vanemad ja aitab vanematel tulla paremini toime lahutusest tuleneva pingeväljaga.

Within My Reach on mõeldud vägivaldsetes suhetes olevatele lapsevanematele, aga ka lahkuläinud lapsevanematele, kes soovivad teha oma järgmises suhtes nii iseenda kui ka lapse jaoks turvalisemaid ja püsivamaid/kestvamaid suhtevalikuid.

Käesolevaks aastaks on olemas ka rahastus, et uurida PREP-baasprogrammi tulemuslikkust Eestis. Esialgsete kavade kohaselt tehakse seda koostöös Tartu Ülikooliga. Seni on koolitatud üle 1400 lapsevanema ning Eestis on välja koolitatud 40 PREP-koolitajat.

⁹⁴ Terviseinfo veebileht <http://www.terviseinfo.ee/tervise-edendamine/koolis/tervise-edendamine-koolis/koostooprojektid>

⁹⁵ *Ibid*

Programm tõsiste käitumisprobleemidega noortele – *Multi Dimensional Family Therapy*

Euroopa Majanduspiirkonna (EMP) toetuste programmi „Riskilapsed ja -noored“ raames rakendati 2015. a jaanuaris justiitsministeeriumi eestvedamisel tõenduspõhine sekkumisprogramm tõsiste käitumisprobleemidega lastele ja noortele.

MDFT on perekonnapõhine sekkumise süsteem, mis on mõeldud noorukitele, kes tarvivad psühhoaktiivseid aineid, hälbiva käitumise ja sellega seonduvate käitumuslike ja emotsionaalsete probleemide kohtlemiseks.⁹⁶

Programmi eesmärgiks on:

- Efektiivsete ja tõhusate meetmete rakendamine riskigrupi lastele ja noortele.
- Alaealiste õigusrikkujate õiguste kaitsmiseks ja ühiskonda reintegreerimiseks vajalike sekkumismeetmete väljatöötamine ja rakendamine.

Noorukil aidatakse:

- Arendada iseseisvat toimetulekut ja emotsioonide reguleerimist;
- Parandada probleemilahendamise oskusi;
- Parandada sotsiaalset kompetentsust;
- Leida alternatiive sõltuvusainete tarvitamisele ning hälbivale käitumisele.

Vanemate puhul on fookus:

- Vanemliku meeskonnatöö täiustamisel ja
- Vanemliku praktika parandamisel.

EMP «Riskilapsed ja noored» programmi eesmärk on laste ja kuni 26-aastaste noorte heaolu parandamine, alaealiste kuritegevuse vähendamine ning laste ja noorte probleemse käitumise põhjustega tegelemine. Pikemaajaliseks eesmärgiks on vähendada kinnistesse asutustesse ehk vanglasse ja erikooli sattuvate laste arvu.

Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringu keskus RAKE viis justiitsministeeriumi tellimusel läbi uuringu, mille eesmärgiks oli välja selgitada, milline käitumisprobleemidega lastele mõeldud tõenduspõhine programm vastab Eesti vajadustele kõige paremini. Uuringutulemustele tuginedes valiti Eestis rakendamiseks *Multi Dimensional Family Therapy* programm, kuna selle programmi puhul on hiljem võimalus saada programmi terapeutide koolitusõigus Eestisse, selle rakendamine oli pikemaajaliselt teistest pakutud programmidest soodsam ja see oli ka paindlikum, võimaldades näiteks osalise tööajaga töötamist.⁹⁷

Programmi raames teevad koostööd Sotsiaalministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium ja Justiitsministeerium.⁹⁸

Head algatused

Lisaks ülalkirjeldatud uutele tõenduspõhiste programmidele on kodanikuühiskonna või riigi eestvedamisel ning projektipõhise rahastamise toel toimumas mitmeid muid programme/projekte. Need initsiatiivid on ühelt poolt näideteks arendustegevustest valdkonnas ning teiselt poolt näide sellest, kuidas riik ei suuda tsentraalselt arendustegevusi koordineerida, rahastada ning järelevalvet teostada.

Mitmed alljärgnevatelt kirjeldatud projektidest on pikaajaliselt Eestis rakendatud, kuid puudub igasugune ülevaade nende tulemuslikkusest ning efektiivsusest. Tegu ei ole tõenduspõhiste programmidega – teaduslikult ei ole tõestatud nende mõjususe või positiivne efekt. Kuigi mitmed valdkonnaspetsialistid ning programmides

⁹⁶ Kriminaalpoliitika veebileht, <http://www.kriminaalpoliitika.ee/et/programm-riskilapsed-ja-noored/programm-tosiste-kaitumisprobleemidega-noortele>

⁹⁷ Käitumisprobleemidega lastele valiti sekkumisprogramm, Postimees (15.04.2014). <http://www.postimees.ee/2762574/kaitumisprobleemidega-lastele-valiti-sekkumisprogramm>

⁹⁸ Riskilapsed ja -noored programmi üldtutvustus. Eesti Noorsootöö Keskuse veebileht. <http://www.entk.ee/riskilapsedjanoored/>

osalejad on andnud erinevatele projektidele positiivseid hinnanguid, ei ole neid hinnanguid võimalik objektiivselt valideerida.

Pikaajaliste programmide puhul on võimalik ise programmide mõjusust tõendada, kuid seni Eestis seda tehtud ei ole. **Seetõttu on ebaselge, kas nendesse investeeritud aeg ja rahalised vahendid on kulutatud eesmärgipäraselt.**

TORE kool

Tugiõpilasliikumise idee on Eestisse jõudnud Soomest, kus see on aastakümnete jooksul laienenud enamikusse üldhariduskoolidest, kuid ka kutsekoolidesse. Eestis alus MTÜ Noorteühing TORE 1996. aastal. Soome eeskujul on välja töötatud oma metoodika (koolitusprogramm, õppematerjalid, tugimaterjalid jms) tugiõpilaste ja juhendajate koolitamiseks ning toetamiseks. TORE (Tugiõpilaste Oma Ring Eestis) liikumisest on kujunenud üle-eestiline võrgustik. Noorteühingu TORE missioon on suurendada koolides (ja ühiskonnas) nende inimeste hulka, kes kannavad ja levitavad inimsõbralikku, õppimist ja õpetamist soodustavat, suhtlusjulgust ja -oskust arendavat, vaimset ja füüsilist vägivalda taunivat, üksteist toetavat ja erinevusi sallivat ning koostööle orienteeritud mõtteviisi. Käesolevaks hetkeks on TORE-ga liitunud kokku **40** kooli üle Eesti.

Tugiõpilastegevus TORE arendab koolis kolme suunda:

- tugiõpilaste endi toimetulek;
- sõbraks ja kaaslaseks olemine eakaaslastele;
- õpilaste ja täiskasvanute vaheline koostöö.⁹⁹

Koolirahu

Koolirahu mudeli on loonud Soome õpilased ning Mannerheimi Lastekaitse Liit. Koolirahu hakati juurutama 1990. aastate alguses ning sellest on saanud Soome koolisüsteemis mitteformaalse hariduse tugevdamise nurgakivi. Eestis algatati Koolirahu programm 1999. aastal Eesti Noorsootöö Keskuse eestvedamisel, koostöös MTÜ TORE (Tugiõpilaste Oma Ring Eestis), Eesti 4H ja Eesti Õpilasmavalitsuste Liiduga. Alates 2008. aastast on Koolirahu programmi eestvedajaks Lastekaitse Liit. Käesolevaks ajaks on kasvanud nii koostööpartnerite kui ka liitunud koolide arv.

Koolirahu programmi eesmärgiks on saavutada üheskoos suurte ja väikestega, noorte ja vanadega turvaline ning sõbralik koolikeskkond. Koolirahu programm toetab kooli enese initsiatiivi koolikeskkonnast tulenevate probleemide lahendamisel, propageerides rõõmsameelset ja turvalist koolikeskkonda, kus kõigil on meeldiv olla. Programm on suunatud õpilastele, õpetajatele ja ülejäänud koolipersonalile, samuti lapsevanematele ning erinevatele koolikeskkonnaga seotud huvigruppidele.¹⁰⁰

Kiusamisest vaba lasteaed ja kool

Alates 2007. aastast juhib *Save the Children Denmark* koostöös Taani kroonprintsessi *Mary Fondiga* lasteaedades ja algklassides ennetavat kiusamisvastast programmi „Kiusamisest vabaks“, milles keskendutakse 3-10-aastastele lastele. Eestis veab projekti alates 2010. aastast MTÜ Lastekaitse Liit. Projekt „Kiusamisest vaba lasteaed ja kool“ põhineb Taani metoodikal ning sihtgrupiks on lapsed, lasteaiaõpetajad, õpetajad, lapsevanemad ja teised lapsele olulised inimesed ning keskendub seejuures kogu lasterühmale ja klassile tervikuna.

Alates 2010. aastast on projektiga liitunud kokku **397** lasteaeda ning alates 2013 alustati metoodika rakendamisega **25** pilootkooli üle Eesti, kaasates igast maakonnast ühe ja Tallinna igast linnaosast samuti ühe kooli kahe 1. klassiga¹⁰¹

⁹⁹ Noorteühing TORE veebileht. <http://www.tore.ee/>

¹⁰⁰ Lastekaitse Liidu „Koolirahu“ programmi veebileht. <http://koolirahu.lastekaitseliit.ee/>

¹⁰¹ Lastekaitse Liidu programmi „Kiusamisest vabaks“ veebileht. <http://kiusamisestvabaks.ee/projekti-tutvustus/>

Gordoni perekool

Perekoolis õpitavad põhioskused on aktiivne kuulamine, selge ja hinnanguvaba eneseväljendus ning võitja-võitja konfliktilahendus. Kõiki neid oskusi õpetatakse laiemalt ka suhtlemistreeningutel ja ärikoolitustel. Õpitu tulemusel saavad vanemad paremini toime rikastavate peresuhete loomisega, nad oskavad tugevdada ja taastada sidet oma lapse ning pereliikmetega, panna lastele piire suhteid kahjustamata ning lahendada peretülisid võitja-võitja meetodil. Perekool rõhutab karistamise negatiivseid tagajärgi ja ebaefektiivsust ning annab kaasa toimivad alternatiivid. Perekool on universaalne suhtlemiskoolitus, kus vanemad õpivad toime tulema erinevates suhtlemissituatsioonides ning valima efektiivse käitumise vastavalt olukorrale. Koolituse maailmavaateline alus on humanistlik lähenemisviis, mille kohaselt iga inimene on väärikas ja arenguvõimeline. Perekool toetub Thomas Gordoni raamatule „Tark lapsevanem“, lisaks saab iga koolitusel osaleja vastava töövihiku harjutusvara ja lisalugemisega. Koolitusi viivad läbi Perekeskuse Sina ja Mina koolitajad, kes on läbinud vastava väljaõppe ja omavad Gordon Training International poolt välja antud litsentsi. Perekooli koolitused toimuvad üle Eesti.¹⁰²

Gordoni perekooli mõju lapsevanematele on uuritud 2011. aastal läbiviidud mõju-uuringuga¹⁰³.

SPIN-programm

Jaanuar 2015 alustatakse spordil põhineva sekkumisprogrammi SPIN elluviimist. SPIN-programm on spordil põhinev sekkumisprogramm noortele, mis tugineb Suurbritannias 2006. aastast läbiviidava programmi Kickz mudelil. Programmi sihtgrupiks on riskioludes elavad noored (nii poisid kui tüdrukud) vanuses 10-18, kes elavad alaliselt või peamiselt kõrgema kuritegevusega piirkondades.

SPIN-programmi laiemaks eesmärgiks on aidata kaasa turvalisemate, tugevamate ja sidusamate kogukondade loomisele, pakkudes läbi struktureeritud tegevuste noortele võimalusi oma aja sisukaks kasutamiseks ning endas leiduva arengupotentsiaali avamiseks. Programmi elluviimine soodustab kogukonna koostööd riskinoorte toetamisel. Peamise vahendina eesmärkide saavutamiseks kasutab SPIN sporti, konkreetsemalt jalgpalli kui enim sotsiaalseid ja kultuurilisi barjääre ületavat ning Eestis harrastatuimat meeskondlikku spordiala. Kuna sport on noorte seas populaarne, siis saab seeläbi kaasata ja luua suhteid raskesti kaasatava marginaliseeritud grupiga. Lisaks spordile pakutakse tuge sotsiaalsete oskuste valdkonnas.

SPIN-programmi viiakse läbi Euroopa Sotsiaalfondi vahenditest aastatel 2015-2020. Selle aja jooksul kaasatakse programmi 400 last. Programmi esimestel aastatel on fookuses Tallinna linna kahes linnaosas (Põhja-Tallinn ja Lasnamäe) elavad ja/või koolis käivad noored.

Tervist edendavate lasteaedade (TEL) võrgustik

Tervist edendavate lasteaedade (TEL) võrgustikku kuuluvad vabatahtlikkuse alusel ühinenud lasteaiad, kes lähtuvad oma tegevuses tervist edendava lasteaia põhimõtetest. Eesti tervist edendavate lasteaedade võrgustik loodi 2000. aastal. TEL-mudel on välja töötatud "Laste ja noorukite riikliku terviseprogramm aastani 2005" raames ja koostöös kolme maakonna lasteasutuste esindajatega.

Mudeli väljatöötamisel on arvesse võetud Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO), rahvusvaheliste tervisedenduse programmide ja võrgustike (The European Network of Health Promoting Schools, Tšehhi Vabariigi projekti „The Healthy Kindergarten“) tõenduspõhiseid aluseid, soovitusi ning praktilisi kogemusi.

Tervist edendava lasteaia eesmärk on hoida ja tugevdada lapse tervist ning soodustada tema tervislikku arengut. Selle eesmärgi saavutamiseks lähenetakse tegevustele süsteemselt, pöimitakse omavahel kõik lasteaias toimuv ja haaratakse kaasa kõik, kes või mis vähegi on seotud lasteaiaga. Sellest tulenevalt on Eesti tervist edendavate lasteaedade mudelis kolm olulisimat tegevusvaldkonda:

¹⁰² Lapsevanema suhtlustreening Gordoni perekool. MTÜ Perekoolitusühingu Sina Ja Mina veebileht. <http://www.sinamina.ee/ee/koolitused/gordoni-perekool/>

¹⁰³ Edovald, T., Roosa, A. (2011) Gordoni perekooli mõjust lastevanematele ja lastele viie koolituskursuse näitel. http://www.sinamina.ee/public/dokumendid/raport_veeb_2012.pdf

- koostöö arendamine ja tugevdamine erinevatel tasanditel laste ning lasteaia personali tervise nimel;
- lapse arengule ja tervisele soodsate tingimuste loomine;
- lapse arendamine ja tervisliku eluviisi kujundamine.¹⁰⁴

TEL teaduslikku ja metoodilist juhtimist teostab Tervise Arengu Instituut, kes on muuhulgas ka koostöös erinevate spetsialistidega töötanud koolieelsete lasteasutuste jaoks välja tasuta veebipõhise töövahendi koos küsimustikega, mille abil saavad nii lasteaia töötajad kui lapsevanemad anda hinnangu lasteaia psühhosotsiaalsele keskkonnale.¹⁰⁵

TEL võrgustikku kuulub 246 koolieelset lasteasutust üle Eesti.¹⁰⁶

Tervist edendavate koolide (TEK) võrgustik

Euroopa Tervist Edendavate Koolide liikumine (ENHPS) sai alguse 1992. a Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO), Euroopa Nõukogu ja Euroopa Komisjoni algatusel. Liikumise eesmärgiks on edendada koolides ja ka paikkonnas tervislikku elulaadi ning kujundada turvalist sotsiaalset ja füüsilist keskkonda. Liikumisega on liitunud rohkem kui 40 Euroopa riigi koolid. Eestis sai Tervist Edendavate Koolide võrgustik alguse 1993. aastal, kui liitusid esimesed 10 kooli. Võrgustiku tööd koordineerib alates 2004. aastast Tervise Arengu Instituut.

Liikumise keskseks mõtteks on koolikeskkonna kujundamine kõigi kooliga seotud inimeste poolt selliseks, et õpilastel, õpetajatel ja kõigil teistel, oleks meeldiv ja hea koolis õppida või töötada. „Hea” tähendab seda, et suhted inimeste vahel, tunniplaan ja kooli kodukord, füüsiline keskkond, toitlustamine jne, oleksid igaühele tervislikud, mitte ülemäära stressi tekitavad või tervisekahjustusi põhjustavad.

Tervist edendavate koolide ülesanne on oma tegevuste kaudu järjepidevalt toetada ja kujundada kooli sisemisi kvalitatiivseid muutusi vastavalt väliskeskkonnast tulenevatele mõjutustele, et rajada selline elu- ja töökeskkond, mis arendab ja tugevdab tervist. Tähelepanu pööratakse nii õpilastele kui koolipersonalile.

Tänapäevaks on Eestis ligi kakssada tervist edendavat kooli, kuid liikumise põhimõtete elluviijaid on tunduvalt rohkem.¹⁰⁷

Ennetusega seotud teenused

Ämmaemandate koduviisiidid

2013. aastal käivitus TÜ Kliinikumis projekt, mille käigus ämmaemandid viivad läbi koduviisiite äsjasünnitanute juurde. Projekti eesmärk on eelkõige pöörata tähelepanu emadele kompenseerides nii nende perearstide poolt tähelepanuta jätmist. Sünnitusjärgsed koduviisiidid peaksid aitama ema ja lapse terviseprobleeme ära hoida ning tagada perele parim hooldus ja rõõm lapse sünnist.¹⁰⁸

Diferentseeritud kujul pakub ämmaemandate koduviisiidi teenust ka Ida-Tallinna Keskhaigla. Teenust osutatakse eesmärgiga, et normaalselt kulgenud sünnituse puhul ei peaks sünnitaja pikalt haiglas viibima ning võiks koju saada juba samal päeval. Nendele sünnitajatele, kes on sünnitusmajast koju kirjutatud kuni 24h tunni jooksul peale sünnitust, pakutakse ämmaemanda koduviisiidi võimalust. Koduviisiidi vajadus otsustatakse sünnitusosakonna ämmaemandate poolt enne haiglast lahkumist.

¹⁰⁴ Tervise Arengu Instituudi terviseinfo veebileht. <http://www.terviseinfo.ee/tervise-edendamine/lasteaia/tervist-edendavate-lasteaedade-tel-vorgustik>

¹⁰⁵ Koolieelse lasteasutuse psühhosotsiaalse keskkonna hindamise töövahend. Tervise Arengu Instituudi terviseinfo veebileht. <http://www.terviseinfo.ee/et/tooevahendid/toovahendid/lasteaia-psuhhosotsiaalse-keskkonna-hindamise-toovahend>

¹⁰⁶ Tervist edendavate lasteaedade võrgustik. Tervise Arengu Instituudi terviseinfo veebileht. <http://www.terviseinfo.ee/tervise-edendamine/lasteaia/tervist-edendavate-lasteaedade-tel-vorgustik/vorgustiku-liikmed> (jaanuar 2015 seisuga)

¹⁰⁷ Tervist edendavate koolide võrgustik. Tervise Arengu Instituudi terviseinfo veebileht. <http://www.terviseinfo.ee/tervise-edendamine/koolis/tervist-edendavate-koolide-vorgustik>

¹⁰⁸ Naistekliiniku ämmaemandid algatasid sünnitusjärgsed koduviisiidid, Tartu Ülikooli Kliinikum, Kliinikumi Leht (19.02.2014). <http://www.kliinikum.ee/leht/kliinikud-teenistused/1086-naistekliiniku-aemmaemandid-algatasid-suennitusjaergsed-koduvisiidid->

Ämmaemanda koduviisi sisaldab:

- Sünnitusjärgse perioodi kulu jälgimist, läbivaatuse tegemist, taastumise hindamist ja ema nõustamist.
- Läbivaatuse teostamist vastsündinule, tema üldseisundi, adaptatsiooni ja arengu jälgimist ning hindamist
- Vastsündinu hooldust ja ema õpetamist.
- Imetusprotsessi jälgimist, hindamist ja nõustamist.
- Kõrvalekallete ja tüsistuste ilmnemisel abi kutsumist, haiglasse transportimise korraldamist ja vajadusel tegutsemist olukorrale vastavalt iseseisvalt või koostöös teiste tervishoiutöötajatega

Teenust rahastab Eesti Haigekassa.¹⁰⁹

Laste tervisekontroll

Esmatasandi tervishoius on sätestatud kohustus viia läbi rutiinseid laste tervisekontrolle¹¹⁰. Laste tervise jälgimist viivad läbi perearstid, pereõed, kooliõed ja osad eriarstid ning tervisekontrolli läbiviimise eesmärgiks on laste arengu jälgimine ja tervise- ning arenguhäirete varajase avastamise kaudu vajaliku meditsiinilise abi tagamine lapsele. Regulaarse tervisekontrolli läbiviimine toetab ka laste sotsiaalsete ja hariduslike erivajaduste varast avastamist ja lapse vajadustele vastava abi korraldamist sotsiaal- või haridussüsteemi poolt. Lapse tervise jälgimist korraldab perearst, kes kaasab vastavalt vajadusele teisi spetsialiste. Tervisekontrollid dokumenteeritakse vastavalt iga läbivaatuse kohta koostatud protokollile, mille täidab perearst, pereõde või kooliõde, kes läbivaatuse sooritab. Koolieas toimuvad läbivaatused viib lapsevanema nõusolekul läbi kooliõde, kes vajadusel suunab lapse konsultatsioonile perearsti juurde.¹¹¹

Kuigi laste tervisekontrolli läbiviimise osas on koostatud detailne ravijuhend, mis sisaldab ka erinevaid vaimse tervise komponente (vaimse arengu hindamine, pere olukorra hindamine, psühhosotsiaalse tausta hindamine jms) on antud juhend siiski soovituslik ja selle tegelik kasutuspraktika vaimse tervise valdkonda puudutavates osades on teadmata.

Kokkuvõte:

Ennetustegevused ja sekkumised hajutatud sotsiaal-, tervise- ja haridusvaldkondadesse. Ennetustegevused ei ole strateegiliselt planeeritud. Tegevused ja vastutused ei ole selgepiiriliselt määratletavad ega tegevuste edukus otseselt mõõdetav.

Tõendus põhiseid meetmeid ennetustegevuses ja ennetavates sekkumistes on vähe. Kuigi viiakse ellu mitmeid tegevusi ja programme, puudub teadmine, kas ja millist mõju need avaldavad.

Kuna ennetustegevuse tulemused ei ole kohe nähtavad ja mõju on raskesti mõõdetav, puudub arusaam esmatasandi ennetuse tähtsusest kui olulisest eelarvekoormuse vähendajast¹¹²

Teenuse lõpptarbijad ning valdkonnaspetsialistid ei tea tihti probleemide olemusest piisavalt. Ilma tuntava kasuta ei tee nad vajalikke samme, seejuures ei teadvustata endale mittesekkumise tagajärgi. Samuti on neil piiratud teadmised selle kohta, millised on võimalused, millised on lahendustest ja pakutavad teenused.

Häbimärgistamise hirm takistab abi otsimast või vastu võtmast. Võimalus ja soov jääda anonüümseks võimaldab vähendada häbimärgistamise hirmu, ent kahandab ka riigi poolseid aitamise võimalusi.

¹⁰⁹ Ämmaemanda sünnitusjärgne koduviisi. Ida-Tallinna Keskaigla veebileht.

<http://www.itk.ee/kliinikud/naistekliinik/naistekliinikust/perinataalkeskus/sunnitusosakond/ammaemanda-sunnitusjargne-koduvisiit>

¹¹⁰ Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend. <https://www.riigiteataja.ee/akt/108012013015?leiaKehtiv>

¹¹¹ Kuni 18-aastaste laste tervisekontrolli juhend. <http://www.ravijuhend.ee/downloader.php?file=guide-44-doctype27>

¹¹² Laste ja noorte valdkondadele tugi- ja teenuste väljarendamise lähtealused (2014), Haridus- ja Teadusministeerium, Sotsiaalministeerium, Justiitsministeerium. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/tugisysteemi_lahtealused_tervikedokument.pdf

Ennetuse ja esmatasandi sekkumiste õiguslik keskkond

Kogu last puudutava vaimse tervise valdkonna kõige tähtsam osa on vaieldamatult ennetustegevus. Eestis aga asjakohane **sektoriülene regulatsioon puudub**. Korrektsuse huvides on kohane märkida, et 2016. aastal jõustuv uus lastekaitseadus regulatsiooni teatud määral küll loob ning muudab ennetuse kohustuslikuks kõikidele sektoritele. Võimalik rakendamine ning seondumine teiste eriseadustega vajab aga veel arendamist.

Puudub selge kontseptsioon ja sektoriteülene regulatsioon vaimse tervise teenuste osutamiseks, mis sätestaks lisaks ravi-, rehabilitatsiooni- ja tugiteenustele ka tegevused vaimse tervise edendamiseks ning vaimse tervise häirete ennetamiseks. 2006. a Euroopa Komisjoni raportis on mainitud, et liigselt projektipõhine vaimse tervise edendamine ja vaimse tervise häirete ennetamine Eestis ei ole jätkusuutlik ja kuluefektiivne ning seetõttu tuleks välja töötada laiem tegevusraamistik.¹¹³

Teatud määral on reguleeritud psüühikahäirete ennetamisega seotud tegevus, mida vastavalt psühhiaatrilise abi seaduse (PsAS) § 6 lõikele 7 korraldab Sotsiaalministeerium. Sellisel kujul regulatsiooni ei saa aga kuidagi pidada piisavaks ning sarnasele järeldusele on jõudnud ka M. Amos, kes märgib magistritöös, et puudub regulatsioon ennetava tegevuse eesmärgi, ennetustegevuse ulatuse ning riigi kohustuste osas vaimse tervise vallas üldisemalt, kes on tervikuna leidnud, et vaimse tervise edendamise regulatsioon puudub Eestis täiesti.¹¹⁴ Korrektsuse huvides on siiski vajalik märkida, et viidatud teadustöös väljendatud seisukoht pärineb küll 2009. aastast ning rahvastiku tervise arengukavas 2009-2020 on iseenesest mainitud ühe esilekerkiva probleemina vaimse tervise häireid ning psühhiaatrilisi haigusi ning toodud välja erinevaid strateegilisi eesmärgi, mille täitmisel peaks olukord eelduslikult paranema. Siiski puudub nimetatud arengukavas selgepiiriline terviklik visioon vaimse tervise valdkonna arengu tagamiseks.

Spetsialistide tasandil on siiski vastavalt määruse koolitervishoiuteenust osutava õe tegevused ning nõuded õe tegevuste ajale, mahule, kättesaadavusele ja asukohale (edaspidi koolitervishoiu määrus) § 2 lg 1 p-le 2 sätestatud õpilaste vaimse tervise hindamise kohustus. Samas on näiteks perearsti tööjuhendis nii perearsti kui pereõe töövaldkondadena märgitud küll üldist ennetustegevust, kuid neile ei ole pandud kohustust tegeleda vaimsete häiretega seonduvate probleemide ennetuse ning raviga. Seega ei ole ühtne riiklikul tasandil ennetus ei ole selgelt tagatud ka spetsialistide tasandil.

Ka Euroopa Komisjon on 2006. aastal Eesti vaimse tervise edendamise ja psüühikahäirete ennetamise süsteemi hinnates asunud seisukohale, et vaimse tervise alane edendus- ja ennetustegevus on Eestis olnud liiga projektipõhine ning fragmenteeritud. Komisjon leidis, et viivitamatult on vaja välja töötada pädev raamistik vaimse tervise edendamiseks ja psüühikahäirete ennetamiseks.¹¹⁵

Sektoritevahelist koostööd puudutav on teatud määral reguleeritud PsAS §-s 9, mille kohaselt tagab valla- või linnavalitsus psüühikahäirega isikule sotsiaalteenuste kättesaadavuse kooskõlas sotsiaalhoolekande seadusega. Arvestades, et nimetatud säte reguleerib vaid psüühikahäirete- ning sotsiaalhoolekandega seonduvat, ei võimalda säte ilma täiendavate ning sisuliste meetmeteta tagada efektiivset sektoritevahelist koostööd. Samale järeldusele on jõudnud ka M. Amos märkides, et nimetatud säte ei taga iseseisvalt sektoriülest regulatsioonide ühtsust.¹¹⁶

Lapse sündides jälgitakse lapse tervisega seonduvat haiglas. Lapse haiglast lahkumisel jääb lapse tervisega seotud probleemidega tegelemine eelkõige vastavate tervishoiuspetsialistide hoolde. Rahvastiku tervise arengukavas 2009-2020 on 2013-2016 rakendusplaanis tegevustena kajastatud näiteks kuni 1-aastaste laste arengu- ja tervisehäirete varajaseks avastamise, vanemate nõustamise ning immuniseerimise hõlmatus tagamiseks tehtavat regulaarset laste ennetavat tervisekontrolli tõhustamine.¹¹⁷

Seadusandlikul tasandil on küll perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhendi (edaspidi Perearsti tööjuhend) lisas iseenesest reguleeritud 0-18-aastaste laste ennetava tervisekontrolli ajakava ja

¹¹³ Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>

¹¹⁴ Amos, M. (2009) Rahvastiku vaimse tervise edendamine Eestis läbi seadusandlike vahendite. Magistr töö rahvatervishoius. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/769>

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020. Sotsiaalministeerium. <http://www.sm.ee/et/tervis>

teostajad, kuid ühist, selget ja efektiivset süsteemi, mis tagaks sünnitanud emade efektiivsema tervisekontrolli (sh vaimne tervis), nõustamise ning haigla ja perearstikeskuse vahelise teavitussüsteemi, tänaseni loodud ei ole. Kui emal on raseduse ajal vaimse tervise või sotsiaal-majanduslikke probleeme, siis see info süsteemselt ei liigu edasi nt sotsiaaltöötajale ja/või perearstile. Samuti on perearsti teavitamine lapse sünnist lapsevanema kohustus, mille osas oleks tulevikus vajadus täiendavateks regulatsioonideks, et sünnitusosakonnast läheks otse info perearstile, kelle nimistusse laps edaspidi kuulub.

Nimetatud kontrolli- ja hindamissüsteemide vajalikkus võib eriti teravalt ilmned ka näiteks juhtudel, kui isikud kolivad või on mingil muul põhjusel sunnitud elukohta vahetama, mille tulemusena kaovad nad fookusest. Vastavalt rahvastikuregistri seaduse (RRS) § 39¹ lg 1 kohaselt hoolitseb isik enda ja oma alaealiste laste ning eestkostetavate elukoha aadressi õigsuse eest rahvastikuregistris. RRS § 46 lg 6 sätestab, et kui isik kaotab õiguse kasutada ruumi elukohana, säilitatakse rahvastikuregistri aktuaalsete andmete hulgas tema elukoha aadress valla või linna ja linnaosa või osavalla ning võimaluse korral asustusüksuse täpsusega. Kuna kohustusel tagada oma elukoha aadressi õigsus rahvastikuregistris puudub selge ning reaalne järelevalve, ei ole antud regulatsiooniga reaalselt tagatud isikute andmete õigsus, mis raskendab oluliselt lastekaitse-, noorsoo-, sotsiaal- jt laste vaimse tervise spetsialistide tööd eriti olukordades, kus pered kolivad või korterist välja tõstetakse.

Kokkuvõte:

Ennetustegevuse keskne koordineerimine puudub. Vaimse tervise alane edendus- ja ennetustegevus on Eestis liiga projektipõhine ning fragmenteeritud.

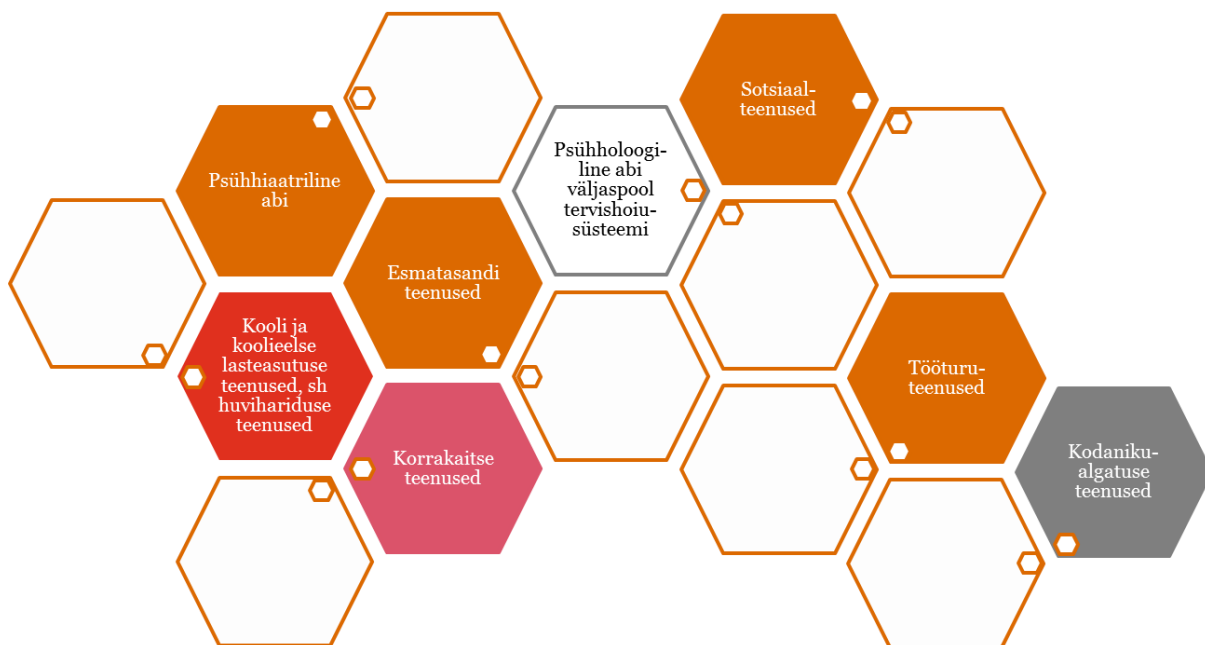
Puudub selge kontseptsioon ja sektoriteülene regulatsioon vaimse tervise teenuste osutamiseks, mis sätestaks lisaks ravi-, rehabilitatsiooni- ja tugiteenustele ka tegevused vaimse tervise edendamiseks ning vaimse tervise häirete ennetamiseks.

Teenused ja nende integreeritus

Inimeste vaimse tervise raviteenused tuleks integreerida üldiste teenustega läbi erinevate sektorite. See aitaks avastada haigusi varem ning ennetaks võimalikke tulevikus esineda võivaid probleeme. Selle saavutamiseks tuleks vaimse tervise süsteem ümber korraldada nii, et fookus ei oleks mitte pikema viibimisajaga psühhiaatriaiglatel/erihoolekandetasutustel, vaid kogukonna koostööl põhineval järjepideval vaimse tervise probleemiga inimese jälgimisel.¹¹⁸

Teenused ja nende integreeritus on käesoleva uuringu põhifookuses. Hea poliitikakujundamise aluseks on vaja ülevaadet alljärgnevast:

- kes on sihtgrupid ja riskigrupid, kellele tuleb tähelepanu suunata;
- kes on valdkonnas tegutsevad spetsialistid, kes osutavad teenuseid või on olulisteks märkajateks/sekkujateks;
- kas teenused on kättesaadavad ning millised tegurid on olulised kättesaadavuse mõjutajad;
- milline on osutatavate teenuste kvaliteet ja millele tuginedes kvaliteeti luuakse;
- kuidas toimib valdkondadeülene koostöö, kas teenused on tegelikult integreeritud;
- millised on ootused teenuste ja nende integreerituse osas;
- kuidas toetab teenuseosutamist õiguslik keskkond.



Joonis 25. Teenused lapse ja lastega perede vaimse tervise toetamiseks

Eestis on vaimse tervise teenused olnud pikka aega kirjeldamata. Olukorda on leevendanud Tervise Arengu Instituudi poolt läbi viidud vaimse tervise teenuste kaardistamine, kuid nende loodud analüüs on keskendunud valdavalt täiskasvanutele, kirjeldamata on erinevate teenuste omavahelised seosed ning tervikvaldkonnast on käsitletud vaid tervishoidu ja sotsiaahoolekannet. Samuti puudub ülevaade vaimse tervise teenuse osutajatest ning nendega seonduvast problemaatikast.

¹¹⁸ Mental Health Action Plan 2013-2020.WHO (2013) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

Kui eelnevas sektsioonis käsitlesime kogu laiemale ühiskonnale suunatud ennetus- ja edendustegevusi, siis käesolevas peatükis keskendume **kõigi tasandi spetsiifilistele sekkumistele, mis on eraldiseisvalt käsitletavad teenustena** (konkreetselt suunatud, eesmärgistatud, mõõdetavad ja eraldiseisvalt rahastatud sekkumised). Osad vaimse tervise teenused on teostatud küll ennetuse eesmärkidel, kuid teenuste puhul on oluline vaadelda ka teenustevahelist integratsiooni, mistõttu käsitleme kõik vaimse tervise teenuseid alljärgnevas peatükis ühtselt. Selle juures anname detailsema ülevaate sihtgruppide ja riskigruppide ja nende vajadustest teenuste järele, neile osutatavatest vaimse tervise teenustest, teenuste kättesaadavusest ja integreeritusest, teenuseid osutavatest spetsialistidest ning laste ja pere vajadustest.

Sihtgruppide ja riskigruppide ülevaade

Lisaks kõiki Eesti lapsi ja lastega peresid puudutavatele üldistele ennetus- ja edendustegevustele on oluline pöörata tähelepanu nii kõrgendatud riskiga inimgruppidele (riskigrupid) kui ka vaimse tervise probleemi hilisesse faasi arenenud juhtumitele (kriitilised sihtgrupid). Täpsemad definitsioonid on esitatud sektsioonis „Valdkonna lühiülevaade, uuringu ulatus ja eesmärgid“

Koostöös uuringusse kaasatud ekspertidega oleme välja toonud ülevaate riskigruppide (vt Tabel 5) ja sihtgruppide (vt Tabel 6), kelle osas on oluline teostada fookuseeritumat monitooringut või spetsiifilisi sekkumisi. Oleme riskigruppide välja toonud vaid meie hinnangul kõige kriitilisemad, kelle puhul on kõrgendatud tõenäosus vaimse tervise probleemide avaldumiseks ning kelle puhul võib hilinenud sekkumine kaasa tuua kõige akuutsemad ja laiaulatuslikumad tagajärjed. Alltoodud nimekirjad ei ole kõikehõlmavad ning on vaid üks paljudest võimalustest riski- ning sihtgruppide täpsustamiseks.

Sihtgruppide ja riskigruppide detailsema laiendatud loendi leiame aruande lisadest (vt Lisa 13)

Tabel 5. Kõrgendatud tähelepanu vajavate riskigruppide statistika

Riskigrupp	Riskigrupi suurus 2013.a	Muutus eelneva aastaga võrreldes	Riskigrupiks valimise põhjus
Haridusliku erivajadusega lapsed ¹¹⁹	HEV ₁ ¹²⁰ 23 633 HEV ₂ ¹²¹ 3060-	-	Riskigrupp, mille kohta info koondumine peab tekkima. Nimetuse alla liigenduvad mitme riskigrupi lapsed.
Väärkoheldud lapsed	- ¹²²	-	Riskigrupp, mille kohta info koondumine peab tekkima.
Suitsiidid lapsed	- ¹²³	-	Riskigrupp, mille kohta statistika kättesaadavus on piiratud, kuid mille osas peab tekkima selgus.
Puudulike toimetulekuoskustega vanemate (nii tava- kui stressiolukorras) lapsed	- ¹²⁴	-	Riskipered võivad vajada sekkumist.
Mittetöötavates	8,4% ¹²⁶	↓	Riskigrupp, mille kohta oleks vaja koguda infot.

¹¹⁹ Riskigrupisuurust kajastavad andmed 10.11.2012 seisuga. Andmed ja definitsioonid pärit Haridus- ja Teadusministeeriumi veebilehelt. https://www.hm.ee/sites/default/files/hev_kotseptsioon.pdf

¹²⁰ HEV1 õpilased: täiendavaid tugimeetmeid ja tingimusi vajavad õpilased - õpilased, kes tulenevalt nende ajutistest või spetsiifilistest õpiraskustest vajavad tavakoolis täiendavaid tugimeetmeid, eriope korraldust või tugispetsialistide teenuseid (õpiraskus, düsleksia, düsgraafia, lihtsustatud õpe, käitumisprobleemid jne);

¹²¹ HEV2 õpilased: spetsiifilist õppekorraldust ja ressursimahukaid tugimeetmeid vajavad õpilased - õpilased, kes tulenevalt nende puudest või muust häirest vajavad spetsiifilist eriopekorraldust ja ressursimahukate tugimeetmete rakendamist (raske nägemispuue, kõnepuue või kuulmispuue, toimetuleku- ja hooldusõpe, lihtsustatud õpe kaasuva puudega, liikumispuue kaasuva puudega, raske psüühikahäire, kasvatuseritingimusi vajavad õpilased).

¹²² Arvulised andmed väärkoheldud laste kohta erinevad ametkonniti ning ühest statistikast välja tuua võimalik ei ole.

¹²³ Puudub terviklik statistika kõigi laste kohta. Suitsiidikatse võib andmebaasides olla ebaselgelt kodeeritud või peituda mõne teise indikaatori taha. Uuringust¹²³ nähtub, et 10% 13-15 a kooliõpilastest on enesetapumõtetele.

¹²⁴ Statistikat ei koguta.

Riskigrupp	Riskigrupi suurus 2013.a	Muutus eelneva aastaga võrreldes	Riskigrupiks valimise põhjus
leibkondades elavad lapsed ¹²⁵			
Üksikvanema leibkonnas elavad lapsed ¹²⁷	55 655 ¹²⁸	↑	Uuringud on näidanud, et riskigrupiga kaasnevad mitmed toimetulekut halvendavad ja laste vaimse tervise häiretega seostuvad tegurid, siis oleks vajalik, et sihtgrupiga seotud statistika sh abivajadused olema võimalikult hästi kaardistatud.
Asenduskodudes elavad lapsed ¹²⁹	1 071 ¹³⁰	↓	Erinevate uuringute kohaselt kuuluvad asenduskodude lapsed meditsiiniliselt suurimasse riskirühma, kuna tingituna mitmetest erinevatest asjaoludest, kaasatud emapoolne kehv sünnieelne hoolitsus, ema sõltuvus erinevatest meelemürkidest, ebaregulaarne meditsiiniline kontroll, võivad olla põhjuseks, miks asenduskodude kasvandikud võivad põdeda tundmatuid ja väheravituid haigusi, kasvuraskusi, immuunsüsteemi häireid ja hambumusprobleeme. Ka vaimse tervise probleemid võivad kaasneda seoses perekonnast eraldumisega. Arengupeatatus esineb ligikaudu pooltel lastel, kes on asenduskodusse sattunud enne kolmandat eluaastat. ¹³¹
Erikoolides ja vanglates õppivad lapsed ¹³²	115	↓	Aktiivsus- ja tähelepanuhäired on uuritud kriteeriumide esinemissageduse kohaselt potentsiaalselt diagnoositav 62%-l kinniste asutuste laste valimist, kuid mitte ühelgi üldhariduskoolide õpilaste valimist. ¹³³
Perekonnas hooldamisele võetud lapsed ¹³⁴	226 ¹³⁵	↓	Tuginedes teiste riikide kogemusele on oluline riskigrupp, millele teenused peavad olema kättesaadavad.
Õpingud katkestanud lapsed ¹³⁶	305 ¹³⁷	↓	Õpingute katkestamise üks võimalikke põhjuseid on psüühikahäired.
Koolikiusamise all kannatavad lapsed ¹³⁸	41% ¹³⁹	↓	Koolikiusamine võib olla nii psüühikahäire ajend kui ka põhjus.
Noored, kes ei tööta ega õpi ¹⁴⁰	~ 40 000 ¹⁴¹	↓	Psüühikahäirete osakaalu ja abita jäämise mõttes oluline riskigrupp.

¹²⁶ Lapsed vanuses 0-17 a

¹²⁵ Elanike osatähtsus mittetöötavates leibkondades vanuserühma ja soo järgi, 0-17 a, 2013. a (LES10), Statistikaamet.

<http://pub.stat.ee/px-web.2001/Dialog/varval.asp?ma=LES10&lang=2>

¹²⁷ Üksikvanematest Eestis, 2011. a statistika (2014), Statistikaamet. <http://statistikaamet.wordpress.com/2014/01/30/üksikvanematest-eestis/>

¹²⁸ Sihtgrupi suurus kajastab üksikvanema leibkonnas elavaid lapsi 2011. a seisuga. Võrdlusallikas 2008. a statistika. Regioonide lõikes statistikat ei koguta.

¹²⁹ Asenduskoduteenuste kasutajad maakonna järgi, 31. detsember 2013. a (SKO3), Statistikaamet. http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/11Sotsiaalne_kaitse/02Sotsiaalabi/07Vanemliku_hoolitsuseta_lapsed/07Vanemliku_hoolitsuseta_lapsed.asp

¹³⁰ Sihtgrupi suurus kajastab asenduskodudes elavate laste arvu 2013. a seisuga. Asenduskodudes elavad ka KOV ja riigi eestkostel lapsed.

¹³¹ Asenduskodus kasvanud noorte valmisolek iseseisvaks eluks. Praxis. 2011. Kättesaadav: http://www.sos-lastekyla.ee/wp-content/uploads/2014/05/Asenduskodude_uuring-2011.pdf

¹³² Laste heaolu (2013) Eesti Statistika. http://www.stat.ee/publication-download-pdf?publication_id=34248

¹³³ Kinnises asutuses viibivate laste kognitiivsete ja isiksuslike omaduste ning vaimse tervise, sõltuvuskäitumise ja sotsiaalse tausta uuring. (2014) Justiitsministeerium.

¹³⁴ Perekonnas hooldamisel olevad lapsed aasta lõpus, laste arv kokku, 2013. a. Sotsiaalministeeriumi S-veebi andmebaas. <https://sveeb.sm.ee/>

¹³⁵ Sihtgrupi suurus kajastab perekonnas hooldamisel olevate 0-17 a (erandjuhuks kuni 19 a) laste arvu 2013. a lõpus.

¹³⁶ Õpingute katkestajad üldhariduses soo, õppekeele ja õppevormi järgi, 2013. a (HT2328), Statistikaamet. <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/05Haridus/14Uldharidus/14Uldharidus.asp>

¹³⁷ Sihtgrupi suurus kajastab õpingud katkestanud lapsi üldhariduses 2013. a seisuga.

¹³⁸ Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine: 2009/2010. õppeaasta Eesti HBSC uuringu raport (2012) Tervise Arengu Instituut. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5577/1/Aasvee2012.pdf>

¹³⁹ Statistika varieerub sõltuvalt indikaatorist. 41% kajastab lapsi, kes on kiusamist kogenud vähemalt ühe korra. Kui kasutada indikaatorina 2-3 korda kuus kiusatavaid lapsi, on vastav statistika 7,4%.

¹⁴⁰ Kasearu, K., Trumm, A. (2013) Noorteseire Eestis: NEET – Noored, kellega keegi ei arvesta ja kes kuskil ei käi?

http://pravis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Too-ja_Sotsiaalpoliitika/08_46_56_300_Poliitikavaleade_5_veeb.pdf

¹⁴¹ Sihtgrupi suurus kajastab 15-29 a Eestis elavaid noori, kes ei tööta ega õpi.

Tabel 6. Individuaalset sekkumist vajavate sihtgruppide statistika

Sihtgrupp	Sihtgrupi suurus 2013.a¹⁴²	Muutus eelneva aastaga võrreldes	Kriitiliseks sihtgrupiks valimise põhjus
Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired (sh alkohol, tubakas ravimid, opioidid, hallutsinogeenid jm)	113	↑	Peegeldab hästi integreeritud teenuse vajadust ja kättesaadavust sh on teenused teadaolevalt regionaalselt ebahühtlaselt kättesaadavad.
Meeleoluhäired (sh depressioon, bipolaarne meeleoluhäire jm)	481	↓	Käsitletakse tavaliselt koos järgneva indikaatoriga „Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired“. Oluline, kuna on grupp, millele peaks olema tagatud ambulatoorse abi kättesaadavus üle Eesti.
Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired	1 130	↑	Vt „Meeleoluhäired (sh depressioon, bipolaarne meeleoluhäire jm)“.
Hüperkineetiline häire	~143	-	Ravita jätmine toob kaasa palju otseseid ja kaudseid kulusid ning võib olla hüppelaud sõltuvushäiretele.

Kogutud statistika osas esineb risk, et ühed ja samad lapsed võivad esineda erinevates statistilistes näitajates, kuid informatsioon, milliste näitajate puhul nimetatud risk eksisteerib, riigis puudub. Lisaks ei peegelda kogutav statistika tihti üheselt sihtgruppide ja riskigruppide tegelikku suurust, vaid ainult tuvastatud/diagnoositud probleeme, samuti moonutavad statistikat erinevad kompensatsioonimehhanismid tervishoius (ravijuhtude lõpetamine ja taasavamine samale isikule vms). Täiendav problemaatika statistika osas on esitatud peatükis „Info ja uuringud“.

Positiivse arenguna väärib kindlasti märkimist asjaolu, et enamik kriitilisi sihtgruppe, mille kohta statistikat kogutakse, on languses võrreldes eelneva aastaga ning ka viie aasta lõikes tervikuna. Statistika kogumise problemaatika ilmneb selgelt regionaalsel tasandil, kus analüüsi käigus selgus, et **muutus regioonide lõikes ei ole kättesaadav enamike gruppide**, sh meditsiinilise diagnoosiga sihtgruppide osas. Samas on Eesti niivõrd väike, et täiendav regionaalne ülevaade ei anna meie hinnangul olulist asjakohast informatsiooni.

Sihtgruppide tegelikku teenuste vajadust moonutab mõneti ka korduvate ravijuhtude statistika, mis näitab reaalsuses enamasti tegelikult ühe patsiendi korduvaid visiite, kuna haigekassa lepingupartneriks olemine eeldab pidevat ressursside liigutamist ja haigusjuhtude 1-2 kuulist lõpetamist ning taasavamist. Sisuline ravijuhtu pikkus on ekspertide hinnangul seevastu üldiselt vahemikus kolm kuud kuni üks aasta.

Statistiliste andmete ülevaade ei pruugi anda ka terviklikku teadmist sihtgrupi suurusest, kuna nt tervishoiuvaldkonnas kogutakse andmeid teenusjuhtumite põhisealt, mistõttu jäävad kajastamata sihtgrupi need liikmed, kes pole teenust tarbinud (keda pole diagnoositud), kuid kes võivad olla potentsiaalsed teenuse vajajad.

Kokkuvõte:

Statistika kogumine sihtgruppide kohta on puudulik ning ülevaadet sihtgruppide regionaalsest paiknemisest ei ole. Isegi kui üldine sihtgruppide statistika eksisteerib, ei pruugi see anda olukorrast realistlikku ülevaadet, kuna see kajastab tihti vaid reaalselt abi saanud isikuid, mitte aga abi vajavaid isikuid.

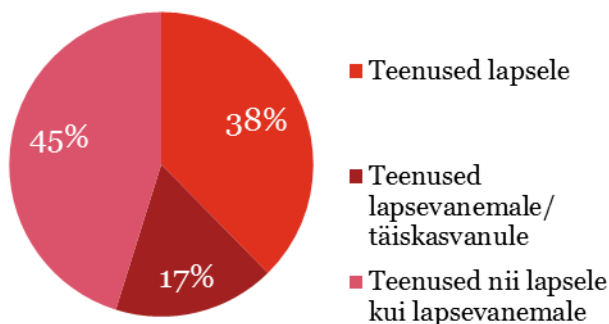
¹⁴² Esmahaigestujate arv

¹⁴³ Statistikat kogutakse, kuid konkreetse alagrupi põhise väljavõtte tegemine avalikkusele kättesaadavast andmebaasist ei ole võimalik.

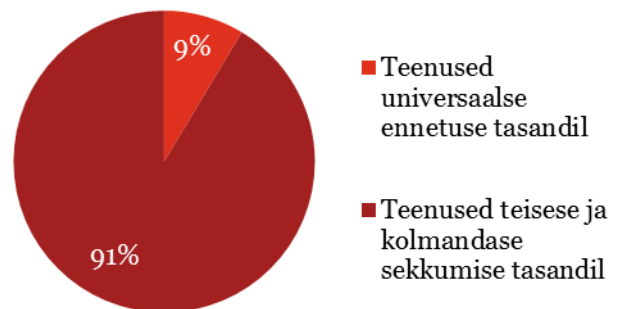
Teenused

Kuivõrd Eestis ei ole kunagi varasemalt kaardistatud laste vaimse tervise teenuseid või viidud läbi teenusepõhiseid uuringuid, **koostasime valdkonna ekspertide abiga esmakordselt tervikliku tabeli, milles on toodud välja laste vaimse tervise teenused teenusegruppide lõikes.** Kuivõrd lapse vaimne tervis ei tohi aga kindlasti käsitleda iseseisvalt, tähistasime samuti, kas teenus on suunatud peamiselt lapsele, lapsevanemale (täiskasvanule, teisele pereliikmele) või mõlemale. Viimaks oleme tervikliku ülevaate saamiseks samuti määratlenud, millisele sekkumise tasandile nimetatud teenused kõige tõenäolisemalt kuuluvad (kuigi paljude teenuste puhul on sekkumistel erinevate tasandite tunnused) ning millised spetsialistid neid teenuseid üldjuhul osutavad.

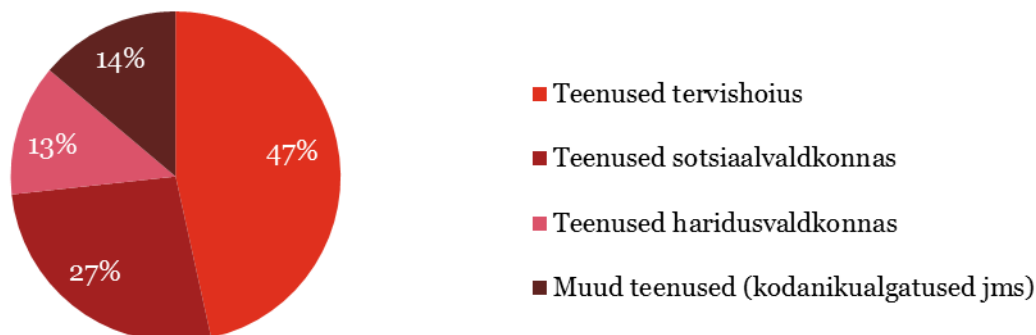
Kaardistamise käigus tuvastasime, et erinevaid laste vaimse teenuseid on kokku 99, millest 36 teenust pakutakse lapsele, 16 lapsevanemale/täiskasvanule ning 47 teenust nii lapsele kui ka lapsevanemale. Universaalse ennetuse tasandil pakutakse 9 teenust, teise sekkumise tasandil pakutakse 55 teenust ning kolmandase sekkumise tasandil 35 teenust. Alljärgnevad joonised kajastavad pakutavaid teenuseid abivajajate, teenuste tasandite ning valdkondade lõikes. Kuivõrd tabeli fookus oli suunatud teenuseosutajatele, eemaldasime statistilisest analüüsist olemuselt identsed teenused, mida osutavad erinevad spetsialistid. **Täielik nimekiri teenustest, sekkumise tasanditest ja vastavaid teenuseid osutavatest spetsialistidest on esitatud lisades** (Lisa 10. Laste vaimse tervise teenused ja teenuseid osutavad spetsialistid).



Joonis 26. Pakutavad teenused abivajaja lõikes



Joonis 27. Pakutavad teenused tasandite lõikes



Joonis 28. Pakutavad teenused valdkondade lõikes

Valdkonnas tegutsevad spetsialistid

Ennetustegevusi viivad läbi ja sekkuvad spetsialistid kõigist käesoleva uuringu fookuses olevatest valdkondadest, kuigi mitte võrdsel tasemel. Samuti tegutsevad spetsialistid püramiidi erinevatel tasemetel ning nende tegevuse põhieesmärk ei pruugi olla vaimse tervise teenuste osutamine. Andmaks kompaktset ülevaadet kõigist valdkonnaga kokkupuutuvatest spetsialistidest, on lisaks spetsiifilistele vaimse tervise teenuse osutajatele välja toodud ka universaalse ennetuse ning märkamisega seotud spetsialistid.

Mitmed spetsialistid tegutsevad valdkonnad ka esmase ennetuse toetajatena, mitte teenuseosutajatena. Küll aga on neil tänu nende rollile võimalik anda panus ka teisesesse sekkumisse. Märkamine ning info edastamine ei ole küll teenus, kuid näiteks esmase ennetuse läbiviijatena võime nimetada spetsialistidest muuhulgas haridusvaldkonnas lasteaiaõpetaja, õpetaja, aga ka huvikooli õpetaja, kes tegutsevadki valdkonnas üldisel tasandil esmase ennetuse toetajatena, luues näiteks toetava õpikeskkonna. Samas tulenevalt nende rollist, mis võimaldab lastega igapäevaselt pikka aega koos olla, on neil võimalus sekkuda teisesel ennetuse tasandil märgates ja tõstatades probleemi. Ennetajaks on ka terviseedendaja, kelle funktsioon on aga kitsalt tervislike eluviiside propageerimine ning kes kuulub eraldiseisvalt maavalitsuste koosseisu. Teenuseid osutavad, aga ka ennetuses osalevad spetsialistid on tervisevaldkonnas näiteks pereõde ja perearst. Sotsiaalvaldkonnas otseselt ennetusega tegelevaid spetsialiste pole, pigem saame nimetada sekkujaid, kelleks on näiteks lastekaitsetöötajad, juhtumikorraldajad. Haridusvaldkonna sekkujateks on näiteks koolipsühholoog, sotsiaalpedagoog, eripedagoog, tervisevaldkonnas näiteks vaimse tervise õde, kooliõde, perearst aga ka näiteks raseduskriisinõustaja.

Kuna sekkujaid ja teenuseid osutavaid spetsialiste on väga palju, oleme teinud koostöös uuringu Tellijaga **valiku teenuseosutajatest, kelle osas oleme välja toonud nende arvu, põhiülesanded, nõutud kvalifikatsiooni ning rolli vaimse tervise valdkonnas**. Detailsem nimekiri valdkonnaspetsialistidest on toodud lisas (Lisa 15. Valdkonnas tegutsevad spetsialistid).

Tabel 7. Valdkonnas tegutsevad spetsialistid

Vald-kond	Spetsialist	Arv Lapsi spetsialisti kohta	Roll laste vaimse tervise valdkonnas	Nõutud kvalifikatsioon
<i>Esmase sekkumise tase</i>				
Tervise-valdkond	Pereõde	717 ¹⁴⁴ 376 ¹⁴⁶ (821 ¹⁴⁷)	Alusdokument: Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend. Piiratud õigused ja tegevus vaimse tervise valdkonnas. Võtab vastu sünnitusjärgseid emasid ning tegeleb nendega. Võimalik reeglina soovitada psühholoogi ja psühhiaatri poole pöördumist. ¹⁴⁵	Õenduslane haridus (rakendus-, bakalaureuse-, kutsekõrgharidus)
Haridus-valdkond	Koolieelse lasteasutuse õpetaja ¹⁴⁸	6924	Kavandab iseseisvalt ja koos teiste õpetajatega õpitegevust, õpetab ja kujundab selleks õppija arengut toetava õpi- ja kasvukeskkonna. Ta	Õpetajate koolituse raamnõuded § 9 lg 3: Koolieelse lasteasutuse õpetaja

¹⁴⁴ Osutajate arv kajastab tervishoiutöötajate registris registreeritud pereõdede arvu.

¹⁴⁵ Pereõde fookusgrupist

¹⁴⁶ Statistikaamet: Laste arv vanuses 0-19 a 2014 kohta 269 339

¹⁴⁷ Statistikaamet: Lastega leibkonnaliikmete arv 2012 a kohta 588,9 tuhat, eeldusel, et pereõde fookuses on pered, mitte vaid lapsed.

¹⁴⁸ Kutsestandard: Õpetaja, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda.

<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10494424/pdf/opetaja-tase-6.1.et.pdf>

		10 ¹⁴⁹	rakendab õpetamisel mängu ja teisi aktiivset õppimist ning loovust toetavaid meetodeid. Ta reflekteerib oma tegevust professionaalse arengu eesmärgil. Vajadusel toetub ta oma töös nõustamisele ja mentorlusele ning nõustab ise õppijaid ja lapsevanemaid.	õpetajakoolituse õppekavas määratud õpetajakoolituse maht on vähemalt 180 ainepunkti.
<i>Teise sekumise tase</i>				
Sotsiaal- valdkond	Sotsiaal- pedagoog ¹⁵⁰	227 ¹⁵¹ 619 ¹⁵²	Sotsiaalpedagoogi töö eesmärk on kohanemis-, käitumis- ja õpiprobleemidega, sõltuvusprobleemidega, sotsiaalse tõrjutuse ja hooletusse jätmiste probleemidega õpilaste ning nende vanemate sotsiaalse tegutsemisvõime ja toimetuleku toetamine.	Tavaliselt on 6. taseme sotsiaalpedagoogil erialane bakalaureusekraad ning kompetentside saavutamiseks vajalik töökogemus. Muu eriala bakalaureusekraadi olemisel peab olema läbitud sotsiaalpedagoogika-ala täiendkoolitus.
Sotsiaal- valdkond	Lastekaitse- töötaja ¹⁵³	183 ¹⁵⁴ 1472 ¹⁵⁵ (3218) ¹⁵⁶	Ametlik selge standard puudub. Võimalik käsitleda spetsialiseerunud sotsiaaltöötajana. Spetsialiseerunud sotsiaaltöötajana korraldab esmast ennetustööd oma piirkonnas, märkab abivajavaid ja hädas olevaid lapsi; abivajaduse (sh sõltuvused) ilmnemisel alustab lapse ja/või pere abistamist, loob oma tööpiirkonnas järjepideva süsteemi abivajavate laste märkamiseks ja kiireks abistamiseks, hindab lapse olukorda ja abivajadust, riskide olemust ja suurust ning pere ja/või asutuse (kool, asenduskodu, hoolduspere jt) tingimusi ja ressursse lapse heaolu ja turvalisuse tagamiseks, korraldab laste ja perede kiire abistamise kriisilukordades (väärkohtlemine peres, asutuses, avalikus või virtuaalses ruumis, hülgame, kodust või asutusest põgenemine, pereliikme surm, enesetapp jne) koostöös teiste asutuste ja spetsialistidega; hindab lapse ja/või pere toimetulekuressursse ning korraldab abivajajale kohased teenused.	Tavaliselt on 6. taseme sotsiaaltöötajal erialane bakalaureuse- või rakenduskõrgharidus ning spetsialiseerumisele vastava koolituse ja töö käigus omandatud kutseoskused.

¹⁴⁹ Haridus- ja Teaduministeeriumi veebileht haridussilm.ee 2013/14 andmed: Laste arv koolieelses lasteasutuses 68 684, alushariduse õpetajate arv 6841, alushariduse erirühma ja sobitusrühma õpetajate arv 83

¹⁵⁰ Kutsestandard: Sotsiaalpedagoog, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda.

<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10499791/pdf/sotsiaalpedagoog-tase-6.1.et.pdf>

¹⁵¹ Haridus- ja Teaduministeeriumi veebileht haridussilm.ee 2013/14 andmed: Sotsiaalpedagoogide arv üldhariduskoolides

¹⁵² Haridus- ja Teaduministeeriumi veebileht haridussilm.ee 2013/14 andmed: Laste arv üldhariduskoolides 1., 2., 3. astmel ja gümnaasiumis 140 467. Koolieelses lasteasutuses sotsiaalpedagoogid puuduvad.

¹⁵³ Kutsestandard: Sotsiaaltöötaja, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda.

<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10536213/pdf/sotsiaaltöötaja-tase-6.7.et.pdf>

¹⁵⁴ Sotsiaalministeeriumi S-veebi andmebaas. <https://sveeb.sm.ee/>; Osutajate arv kajastab lastekaitsetöötajate arvu 2013a seisuga.

¹⁵⁵ Statistikaamet: Laste arv vanuses 0-19 a 2014 kohta 269 339

¹⁵⁶ Lastega leibkonnaliikmete arv 2012 a kohta 588,9 tuhat, eeldusel, et lastekaitsetöötaja fookuses on pered, mitte vaid lapsed.

Haridus- valdkond	Logopeed ¹⁵⁷	279¹⁵⁸ 343¹⁵⁹ (51 ¹⁶⁰) 503 ¹⁶¹ 200 ¹⁶²	Logopeedi põhilisteks tööülesanneteks on: kommunikatsiooni- ja neelamishäirete väljaväljaselgitamine (logopeediline diagnostika); kommunikatsiooni- ja neelamishäirete ennetamine (preventsioon); kommunikatsioonivõime ja/või neelamisfunktsiooni arendamine, taastamine ja kompenseerimine; kommunikatsiooni- ja/või neelamishäirega isiku, tema lähedaste ja teiste erialade spetsialistide nõustamine.	Logopeedil ja kliinilisel logopeedil on erialane kõrgharidus magistritasemel.
Haridus- valdkond	Kooli- psühholoog ¹⁶³	264¹⁶⁴ 831 ¹⁶⁵	Laste vaimse tervise alal hindab laste arengut, kavandab ja viib läbi sekkumisi, töötab koostöövõrgustikus teiste erialade spetsialistidega ning nõustab lapsi ja lapsevanemaid probleemide lahendamisel.	Koolipsühholooge valmistatakse ette ülikoolis, nõutav on psühholoogiaalase magistriõppe läbimine.
Tervise- valdkond	Perearst	1054¹⁶⁶ 559 ¹⁶⁹	Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend: § 3 lg 2: tervise edendamine, haiguste ennetamine, haiguste diagnoosimine, haiguste ravimine ja nõustamine, patsiendi edasisele ravile suunamine, tervishoiuteenustega seotud dokumentide vormistamine, tervishoiustatistika koostamine, tervishoiualase majandustegevuse aruannete koostamine. Tegevus laste vaimse tervise valdkonnas on piiratud. Sisulisemat tööd teevad tihtipeale õed. Perearstid sarnaselt õdedele märkavad lapsi ja suunavad neid vajadusel edasi psühholoogi või psühhiaatri juurde. ¹⁶⁷	Lõpetatud Tartu Ülikooli või vastava välisülikooli arstiõpe, millele lisandub peremeditsiini residentuur 3-aastase õppena, kokku 36 kuud sealhulgas 3 puhkusekuud. ¹⁶⁸

Kolmandase sekkumise tase

Tervise- valdkond	Psühhiaater ¹⁷⁰	272¹⁷¹	Psüühika- ja käitumishäirete hindamine ning ravimine. Lastega tegelevad lastepsühhiaatrid. Lastepsühhiaatri puudumisel on psühhiaatrid	Tervishoiutöötajate registreerimise aluseks olevate kvalifikatsiooni tõendavate
----------------------	----------------------------	--------------------------	--	---

¹⁵⁷ Kutsestandard: Logopeed, tase 7. Sihtasutus Kutsekoda.

<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10463859/pdf/logopeed-tase-7.8.et.pdf>

¹⁵⁸ Haridus- ja Teaduministeeriumi veebileht haridussilm.ee 2013/14 andmed: Logopeedide arv üldhariduskoolides

¹⁵⁹ Haridus- ja Teaduministeeriumi veebileht haridussilm.ee 2013/14 andmed: Logopeedide arv koolieelsetes lasteasutustes

¹⁶⁰ Osutajate arv kajastab kutsetunnistusega 7. ja 8. taseme logopeede.

¹⁶¹ Haridus- ja Teaduministeeriumi veebileht haridussilm.ee 2013/14 andmed: Laste arv üldhariduskoolides 1., 2., 3. astmel ja gümnaasiumis 140 467. Koolieelses lasteasutuses koolipsühholoogid puuduvad.

¹⁶² Haridus- ja Teaduministeeriumi veebileht haridussilm.ee 2013/14 andmed: Laste arv koolieelses lasteasutuses 68 684

¹⁶³ Kutsestandard: Koolipsühholoog, tase 7. Sihtasutus Kutsekoda.

<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10517093/lae/koolipsuhholoog-iv-tase-7-14.pdf>

¹⁶⁴ Kutsetunnistusega III, IV ja V taseme koolipsühholooge on 66. Märgitud osalejate arv tuleneb 2012. a uuringust.

¹⁶⁵ Haridus- ja Teaduministeeriumi veebileht haridussilm.ee 2013/14 andmed: Laste arv üldhariduskoolides 1., 2., 3. astmel ja gümnaasiumis 140 467. Koolieelses lasteasutuses koolipsühholoogid puuduvad.

¹⁶⁶ Osutajate arv kajastab tervishoiutöötajate registris registreeritud perearstide arvu.

¹⁶⁷ Allikas: fookusgrupiarutelu

¹⁶⁸ Residentuuri programm peremeditsiini erialal (2011), Tartu Ülikool.

<http://www.med.ut.ee/sites/default/files/med/peremeditsiiniresidentuuriprogramm2011.pdf>

¹⁶⁹ Lastega leibkonnaliikmete arv 2012 a kohta 588,9 tuhat, eeldusel, et perearsti fookuses on pered, mitte vaid lapsed.

¹⁷⁰ Residentuuri programmpsühhiaatria erialal (2011), Tartu Ülikool.

<http://www.med.ut.ee/sites/default/files/med/psuhhiaatriaresidentuuriprogramm2011.pdf>

¹⁷¹ Osutajate arv hõlmab endas terviseameti tervishoiutöötajate registris registreeritud psühhiaatrite arvu.

Tervise- valdkond	Perearst	1054 ¹⁶⁶ 990 ¹⁷² (2165) ¹⁷³	Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend: § 3 lg 2: tervise edendamine, haiguste ennetamine, haiguste diagnoosimine, haiguste ravimine ja nõustamine, patsiendi edasisele ravile suunamine, tervishoiuteenustega seotud sunnitud tegelema ka lastega.	Lõpetatud Tartu Ülikooli või vastava välisülikooli arstiõpe, millele lisandub peremeditsiini residentuur 3-aastase õppena, kokku 36 kuud sealhulgas 3 puhkusekuud. ¹⁶⁸ Eriarstina registreeritakse Tartu Ülikoolis arstiõppe ja residentuuri läbinud isik, kes omab sotsiaalministri 28. novembri 2001. a määruse nr 110 «Eriarstiabi erialade loetelu» §-s 3 loetletud eriarsti eriala Lõpetatud Tartu Ülikooli või vastava välisülikooli arstiõpe, millele lisandub psühhiaatria residentuur 4-aastase õppena, kokku 44 kuud, lisaks kokku 4 puhkusekuud.
Tervise- valdkond	Lastepsühhiaater ¹⁷⁴	Pole teada ¹⁷⁵	Spetsialiseerunud laste psüühika- ja käitumishäirete hindamisele ning ravimisele. Lapseas esinevate või algavate psüühikahäirete diagnoos ja ravi, krooniliste psüühikahäiretega laste ja noorukite pikaajaline ravi ja jälgimist, koostöö teiste spetsialistide ja erialaarstidega, rakendab vajadusel laste rehabilitatsioonisüsteemi	Lõpetatud Tartu Ülikooli või vastava välisülikooli arstiõpe, millele lisandub psühhiaatria residentuur 5-aastase õppena, kokku 55 kuud, lisaks kokku 5 puhkusekuud
Tervise- valdkond	Pereterapeut ¹⁷⁶	Pole teada	Sisuliselt on tegemist psühhoterapeudi alaliigiga ja kehtivad samad nõuded. Pereterapeut kasutab erinevaid tehnikaid eesmärgiga tuua muutust pere suhtlemismustritesse, probleemikäsitlusse ning rollijaotusesse. Tegeleb nii lastega eraviisiliselt, haiglates kui ka terve perega, sh lapsevanematega, kes võivad samuti nõustamist vajada. Tõenduspõhise psühhoterapia läbiviimine	Kvalifikatsiooninõue ebaselge ning puudub kutsetunnistust. Levinud praktika kohaselt nõutav magistrikraad sotsiaalteadustes
Tervisevaldkond	Kliiniline psühholoog ¹⁷⁷	68 ¹⁷⁸	Inimese isiksuseomaduste, psüühiliste protsesside ja probleemide hindamine ja mõõtmine kehaliste ja psüühiliste haiguste ning inimese psühhosotsiaalse funktsioneerimise raskendatuse puhul; psüühika- ja käitumishäirete psühholoogiline diagnostika; toetav psühhoterapia; nõustamine; konsulteerimine; õpetamine ja nooremate kolleegide töö juhendamine; eksperthinnangute	7. tase: Õppekava kestus vähemalt 5 aastat (300 EAP); võib olla jaotatud kaheks osaks: 180 EAP bakalaureuse- ja 120 EAP magistriõppes. Lisaks juhendatud praktika kestusega vähemalt 1 aasta (60 EAP) või sellega võrdne maht. Kokku 6 aastat ehk 360 EAP

¹⁷² Statistikaamet: Laste arv vanuses 0-19 a 2014 kohta 269 339.

¹⁷³ Statistikaamet: Lastega leibkonnaliikmete arv 2012 a kohta 588,9 tuh, eeldusel, et psühhiaater teenindab eelkõige täiskasvanuid, mitte vaid lapsi.

¹⁷⁴ Residentuuri programmipsühhiaatria erialal, kõrvalerialal: laste- ja noorukitepsühhiaatria (2011), Tartu Ülikool.

<http://www.med.ut.ee/sites/default/files/med/lastepsresidentuuriprogramm2011.pdf>

¹⁷⁵ Kuna lastepsühhiaatria ei ole klassifitseeritud eraldi erialana, ei ole võimalik saada tervishoiutöötajate registrist väljavõtet tegutsevate lastepsühhiaatrite tegeliku arvu kohta

¹⁷⁶ Pereteraapiast. Eesti Pereteraapia Ühingu veebileht. <http://pereterapeutid.ee/pereteraapiast/>

¹⁷⁷ Kutsestandard: Kliiniline psühholoog, tase 7. Sihtasutus Kutsekoda.

<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10489529/pdf/kliiniline-psuhholoog-tase-7.5.et.pdf>

¹⁷⁸ Osutajate arv hõlmab endast kutsetunnistusega 7. ja 8. kliiniliste psühholoogide arvu koos võimalike spetsialiseerumistega.

Tervise- valdkond	Perearst	1054 ¹⁶⁶	Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend: § 3 lg 2: tervise edendamine, haiguste ennetamine, haiguste diagnoosimine, haiguste ravimine ja nõustamine, patsiendi edasisele ravile suunamine, tervishoiuteenustega seotud andmine kliinilise psühholoogia valdkonda kuuluvates küsimustes; koostöö teiste erialade spetsialistidega. Kliinilise psühholoogi töö meetod seisneb tööhüpoteeside püstitamises ja kontrollimises ning oma kutseoskuste ja teadmiste rakendamises iga inimese või grupi puhul vastavalt tema eripärale. Kliinilised lastepsühholoogid tegelevad spetsiifiliselt laste probleemidega.	Lõpetatud Tartu Ülikooli või vastava välisülikooli arstiõpe, millele lisandub peremeditsiini residentuur 3-aastase õppena, kokku 36 kuud sealhulgas 3 puhkusekuud. ¹⁶⁸ õpinguid. Varasemalt kehtib ka 4. ja 5. tase.
		3960 ¹⁷⁹		

Enamike teenuste kontekstis ei ole võimalik välja tuua tegelikult teenuseid osutavate spetsialistide arvu. Nimetatud olukorda illustreerib ilmekalt näiteks ämmaemandate tegeliku arvu leidmine. SA Kutsekoda andmetel on Eestis 25 kehtiva kutsetunnistusega ämmaemandat, Terviseameti Tervishoiutöötajate registris on registreeritud aga 825 ämmaemandat ning Tervise Arengu Instituudi andmetel töötas ämmaemanda ametikohal 2012. aastal 387 isikut. Selline olukord takistab omakorda teenuseid tegelikult osutavate spetsialistide kaardistamise vajadust ning ka teenuse kättesaadavuse kindlakstegemist oluliselt detailsemalt kui käesolev uuring võimaldab.

Lisaks statistiliste andmete ja andmebaaside erinevustele, võib **problemaatiliseks pidada ka erinevate teenuste ning ülesannete ja vastutusala jaotamist.** Nii on pereõe ja perearsti ülesannete piiritus vaimse tervise teenuste tasandil ning reguleerimata on ka vaimse tervise õe pädevus teenuste osutamisel. Nimetatud probleemi süvendab asjaolu, et teatud teenuste osutamine nõuab väga spetsiifilist pädevust.

Antud uuringus ei saa me hinnata, kas spetsialistide arv on piisav või mitte, kuna statistiline alus vastavate hinnangute andmiseks ei ole selleks piisav, samuti puudub enamike spetsialistide puhul võrdlusbaas, mille vastu tänast spetsialistide arvu hinnata.

Siiski oleme koondanud dokumentatsioonist ja fookusgrupiaruteludest kokku probleemistiku, milles viidatakse mitmetes aspektides just valdkonnas tegutsevate spetsialistide nappusele.

- 2005. aastal läbiviidud tervishoiuteenuste kvaliteedi uuringus on välja toodud, et peamiseks kvaliteeti mõjutavaks probleemiks **on õendustöötajate vähesus**, eeskätt teatud kliinilistele erialadele spetsialiseerunud õdede, aga ka pereõdede osas, millest tulenevalt ei ole võimalik sageli järgida ravijuhendites esitatud soovitusi.¹⁸⁰
- Fookusgrupiaruteludes on nii spetsialistid kui lapsevanemad välja toonud **spetsialistide (logopeed, eripedagoog, psühholoog, sotsiaalpedagoog) puudust koolides, mida aitaks leevendada täiendav sarnane spetsialistide meeskond lasteaedades**, kus lapse probleemidega varajane tegelemine aitaks ennetada probleemide kuhjumist koolieas.
- **Samuti põhjustab hariduse valdkonnas spetsialistide puudust väikeklasside¹⁸¹ mõiste ülereguleeritus.** Väikeklassi suuruseks on jäigalt määratud neli õpilast, kuigi autismispektri- või käitumis- ja tähelepanuhäiretega lastele ei pruugi olla vaja 4-liikmelist väikeklassi, vaid standardsest klassikomplektist väiksemat klassikollektiivi (nt 6-12 last). Ülereguleerituse tulemuseks on liialt palju väikeklasse, mille teenindamiseks ressursi ei ole, sh on puudus nii füüsilistest ressurssidest kui õpetajatest ja tugispetsialistidest. Samuti ei ole põhjendatud diagnoosipõhine laste määramine väikeklassidesse. On omavalitsusi, kelle haldusalas olevates koolides (nt Tapal) on moodustatud väiksemaid klassikollektiive, mis on suuruses 6-12 õpilast, ning mille tulemuslikkust on tõestatud.
- Sotsiaalvaldkond toimib integraatorina hariduse ja tervishoiu valdkondade vahel, tegeledes probleemidega peredes ning mõjutades seeläbi laste toimetulekut. Peretöötajate ja tugisikute nappuse tõttu on vähe

¹⁷⁹ Statistikaamet: Laste arv vanuses 0-19 a 2014 kohta 269 339

¹⁸⁰ Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis (2005), Sotsiaalministeerium.

http://ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf

¹⁸¹ Reguleeritud Põhikooli ja gümnaasiumi seaduse § 51 lg 1. Põhikooli- ja gümnaasiumiseadus (RT I 2010, 41, 240), Riigi Teataja.

<https://www.riigiteataja.ee/akt/13332410>

võimalusi väheste sotsiaalsete-, vanemlike- ja toimetulekuoskustega perede toetamiseks. Selliste perede motivatsioon abi vastu võtta võib olla madal ning pelgalt teenustele suunamine ei pruugi olla lahendus, kuna ei ole tagatud, et pere määratud või soovitatud teenused saab. **Toimetuleku harjutamiseks on vaja peredele tugisikuid**, kes õpetaksid igapäevaelus vajalikke oskusi ja oleksid peredele toeks pikaajaliselt.

- Kohalike omavalitsuste tasandil süvendab probleemi asjaolu, et piiratud ressursside tingimustes ei ole võimalik luua täiskoormusega töökohti. **Osakoormusega aga ei soovi spetsialistid keskustest väljaspool töötada.** Nii sõltub nt valla suurusest ka KOV-i võimekusest ja koostööst naabervaldadega, kuidas korraldatakse kõigi valla haridus-, tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide töö nii, et spetsialistide hõive ja töötingimused oleksid rahuldavad ning teenused vajalikul määral osutatud.
- Valdkondlik võimekus lastele ja peredele suunatud teenuste osutamisel ja teenuste kättesaadavus kohalikes omavalitsustes on ebaühtlane. Riiklikud ja/või omavalitsuse enda ressursid ei ole mõnikord piisavad (erialaspetsialistide puudus) või asjakohaselt kasutatud, mistõttu need ei taga alati vajalikku ja piisavat abi. **Selle tagajärjeks on lastekaitsetöötajate, kooli tugispetsialistide jt ülekoormus** ning paljudel juhtudel nende tegevuste hiline mine, pealiskaudsus, ebajärjepidevus ja ebapiisavus.¹⁸²
- Lastepsühhiaatria arengut on aastaid pidurdanud **spetsialistide vähesus. Seda nii lastepsühhiaatrite kui ka nende ravimeeskonnas hädavajalike kliiniliste lapsepsühholoogide, logopeedide ja psühhiaatriaõdede osas.** Lastepsühhiaatrite järelkasvu piiras kuni 2011. aastani eriresidentuuri puudumine ja lastepsühhiaatria kui eraldiseisva eriala puudumine eriarstlike erialade loetelus. Sellega seostub aastaid tõsise probleemina püsinud lastepsühhiaatri ambulatoorse vastuvõtu kui eraldiseisva, tegevuse reaalsete kuludega kooskõlas oleva teenuse puudumine haigekassa hinnakirjas, mis leidis lahenduse alles käesoleval aastal. Spetsialistide puudus ja piiratud võimalused, haigekassa teenuste näol, on kujundanud olukorra, kus lastepsühhiaatriline abi on kättesaadav piiratud hulgale patsientidele ja kättesaadavust on võimatu tõsta. Abi suudetakse tagada ainult suuremates keskustes, prioriteetset ambulatoorset abi ja võrdset regionaalset kättesaadavust kesk- ja regionaalhaiglate tasemel on praktikas võimatu edasi arendada. Piiratud spetsialistide arv ei võimalda tagada konsultatiivset abi esmatasandi tervishoiu jaoks. Kehtiv haigekassa hinnakiri ei võimalda järgida optimaalseid koormusnorme, mis põhjustab arstide ülekoormatust ega võimalda tagada sisulist abi kvaliteeti.¹⁸³
- **Spetsialistide nappust ei leevenda spetsialistide sõnul ka tänasel tasemel tehtud riiklik koolitustellimus.** Igal aastal lisandub näiteks 3-4 kvalifitseeritud logopeedi, kuigi vajadus nende järele on oluliselt suurem. Eriti kriitiline on **venekeelsete spetsialistide saadavus**, mis avaldub eelkõige Ida-Virumaa piirkonnas. Seevastu puudub aga statistika puuduolevate spetsialistide osas, mille põhjal otsustada, kas hinnang vastab tõele ning kuidas selle alusel koolitustellimust mõjutada.
- Seoses üleminekuga 4+2 õppekavadelt 3+2 õppele on **ära kaotatud süstemaatiline kliiniliste psühholoogide erialane väljaõpe** - kliinilise psühholoogia magistriõppe programm Tartu Ülikooli Psühholoogia Instituudis. Kuigi valikkursuste ja -moodulite korras on kliinilise psühholoogia ainete õpetamist jätkatud, ei taga see tõusvat vajadust nende spetsialistide järele. Õppekavade muutmine on loonud olukorra, kus kutsestandardile vastava psühholoogi kutse ja Euroopa psühholoogi diplomi (EuroPsy; Euroopa Liidu erialade kvalifikatsiooni tunnustamise direktiiv nr 119, 6. juuni 2005) saamine eeldab veel vähemalt aastast erialaspetsiifiliste ainete õpingut ja superviseeritud praktikat, mille rahastamiseks puudub praegu mehhanism.¹⁸⁴
- Inimeste teadlikkus vaimsest tervisest ning võimalikust saadaolevast abist mõjutab spetsialistide töökoormust, kuna sageli ei teata, kelle poole pöörduda. Nii on fookusgruppides välja toodud, et **psühhiaatrite suur töökoormus võib olla põhjustatud asjaolust, et nad teevad sageli ka tööd, mida võinuks teha teised spetsialistid** – psühholoog koolis, lasteaias või perearstikeskuses, vaimse tervise õde perearstikeskuses või kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja või lastekaitse spetsialist. Seda väidet toetab ka WHO statistika, mille kohaselt oli 2011. aastal Eestis 100 000 elaniku kohta 13,5 psühhiaatrit, samas kui Euroopa keskmine näitaja on 11,2¹⁸⁵.
- Fookusgruppides osalenud lapsevanemate ja spetsialistide väitel pöörduakse eriarstiabisse ka tingituna **perearstikeskuste vähesest spetsialistide hulgast.** Seejuures ei pruugi olla tegelikult spetsialiste vähe, vaid eksisteerib **arvamus, et neid pole piisavalt.** Spetsialistide nappus on hierarhiliselt kumuleeruv – kui sekkujaid on püramiidi alumistel tasanditel vähe, peavad seda kompenseerima ülemiste

¹⁸² Laste ja noorte valdkondadeülese tugisüsteemi väljaarendamise lähtealused (2014), Haridus- ja Teadusministeerium, Sotsiaalministeerium, Justiitsministeerium. Sotsiaalministeeriumi veebileht. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/tugisu_steemi_la_htealused_tervikdokument.pdf

¹⁸³ Last- ja noorukitepsühhiaatria kõrvaleriala arengukava 2012-2020 (2012), Sotsiaalministeerium. Sotsiaalministeeriumi veebileht. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/THO/Laste-ja_noorukiteps%C3%BChhiaatria_k%C3%B5rvaleriala_arengukava.pdf

¹⁸⁴ Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>

¹⁸⁵ WHO Global Health Observatory Data Repository 2011 <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en>

tasandite sekkujad. Fookusgruppides on välja toodud, et näiteks suurem hulk perearstikeskustes, aga ka sünnitusmajades töötavaid **vaimse tervise õdesid ja raseduskriisinõustajaid võiks oluliselt leevendada eriarstiabi spetsialistide puudust.**

- Olulise kitsaskohana on fookusgruppides täiendavalt välja toodud, et **kliinilise psühholoogi vastuvõtule saab suunata vaid psühhiaater**, mis kahandab oluliselt teenuse kättesaadavust.¹⁸⁶
- Sotsiaalministri määrus¹⁸⁷ sätestab, et iga perearsti juures peab töötama vähemalt üks pereõde. Perearsti juures töötavate pereõdede summaarne tööaeg peab moodustama vähemalt ühe täistööaja. Ka 2012. aastal toimunud tervishoiutöötajate streiki toetavate perearstide keskne nõudmine oli, et nimistu peale **oleks üks õe koht juures**.¹⁸⁸

Läbiv joon kõigis ülaltoodud probleemides on **spetsialistide tunnetatud puudus** – kuid pigem ei ole vajadus spetsialistide arvu suurendamiseks, vaid **olemasolevate erineva tasandi spetsialistide efektiivsem rolli- ja tööjaotus.**

Alljärgnevatel joonistel on lähtuvalt fookusgruppide kogutud informatsioonile kujutatud **abivajaja rajad hetkeseisus ja tulevikuvaates**. Täna ses situatsioonis ei ole abivajajal ühte kindlat kohta, kust alustada, mistõttu ei suuda abivajajad tihti orienteeruda, kuhu peaks minema. Seetõttu on juurdunud ka arusaam, et tuleb minna kohe psühhiaatri juurde. Nimetatud olukord psühhiaatri vastuvõtule kogunemisel tekitab aga pudelikaela, mis mõjutab olulisel määral ka teenuste kättesaadavust. Psühhiaater on kujunenud rolliks, kes selekteerib probleeme ja suunab abivajaja edasi. Seejuures on võimalikud ka rajad, kus psühhiaater suunab patsiendi tagasi, näiteks perearsti, sotsiaaltöötaja või eripedagoogi juurde. Pudelikaela süvendab täiendavalt asjaolu, et kliinilise psühholoogi vastuvõtule sai kuni 2015. aastani suunata vaid psühhiaater, ning perearstil see võimalus puudus. Kokkuvõttes on psühhiaater aga reeglina filtriks nii tervise-, sotsiaal- kui haridusvaldkonnas ning mõjutab abi kättesaadavust seega kõigis eelnimetatud valdkonna teenustes. Eeltoodut ilmestab ka alljärgneva joonise abivajaja rajad hetkeseisus, mis on võimalik üldistatud tasemel jagada kolme olukorda:

- Esiteks ei tea abivajajad tihti, kelle poole pöörduda, kuna ei ole ühte kindlat kontakti, kelle poole pöörduda, mistõttu külastatakse erinevaid spetsialiste.
- Teiseks ei tea aga spetsialistid, kelle juurde pöörduti, tihti ka ise, kelle juurde abivajajat edasi suunata, mille tulemusena külastab abivajaja küll erinevaid spetsialiste, kuid võttes arvesse ka pikki ootejärjekordi, võib isegi õige spetsialisti juurde jõudmise korral abi jääda hilinevaks.
- Kolmandaks peavad abivajajad tihti esmaseks kontaktiks just psühhiaatrit, kelle juurde pöördumisel on aga äärmiselt pikad järjekorrad ning kes väga paljudel juhtudel ei ole spetsialist, kelle abi tegelikult vajatakse.

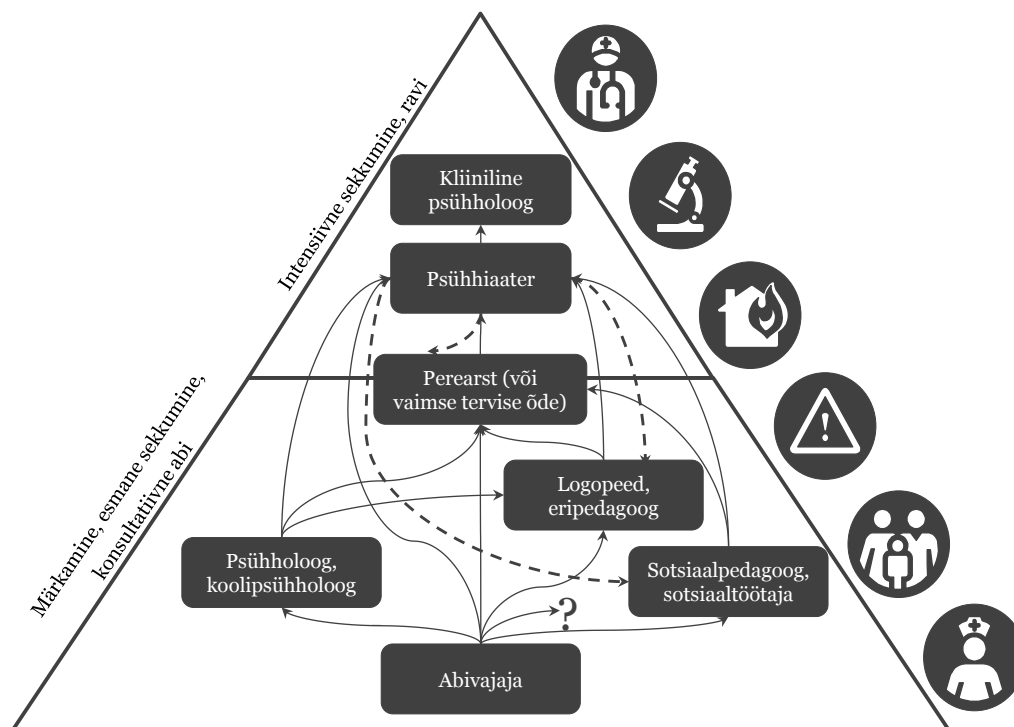
Joonisel ilmestavad jooned süsteemis edasi liikumist ja suunamist vastava spetsialisti juurde ning punktiirjoon ebaefektiivsust süsteemis ja abivajaja liikumist näiteks liiga kõrgelt alustamise tõttu.

¹⁸⁶ 01.01.2015 seisuga on nimetatud probleem siiski juba leevenenud ning kliinilise psühholoogi vastuvõtule saab suunata ka perearst.

¹⁸⁷ Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend (RT 2010, 3, 52), Riigi Teataja.

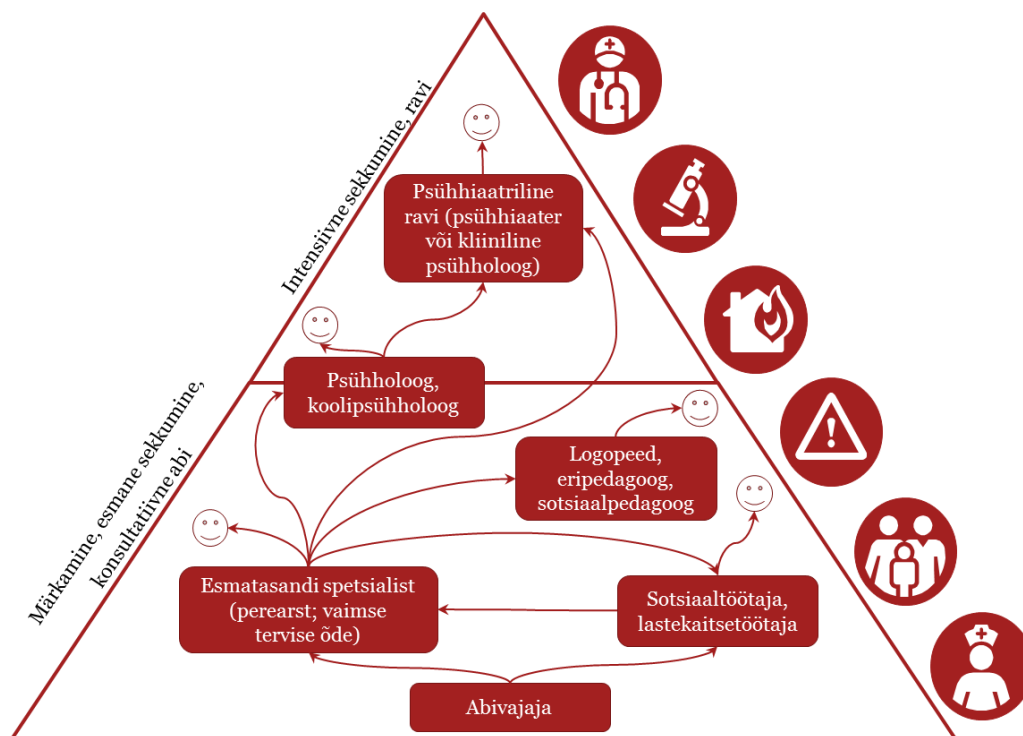
¹⁸⁸ <https://www.riigiteataja.ee/akt/13263878?leiaKehtiv>

¹⁸⁸ Perearst: ühe arsti kohta olgu kaks õde. Eesti Päevaleht (02.10.2012). <http://epl.delfi.ee/news/eesti/perearst-uh-e-arsti-kohta-olgu-kaks-ode?id=65047036>



Joonis 29. Abivajaja rajad hetkeseisus

Rollide ümberpaigutamine teenuste püramiidi alumistele tasanditele ja selged kokkulepped vastutuste osas leevendaks vajadust suure hulga tippspetsialistide järele. Joonis 30 kujutab ühte alternatiivset lahendust, kuidas võiks abivajaja liikumine spetsialistide vahel välja näha.



Joonis 30. Abivajaja rajad tulevikuvaates

Kokkuvõte:

Puudub tsentraalne ülevaade valdkonnas reaalselt tegutsevate spetsialistide arvu osas.

Abivajajad ja ka sekkujad/märkajad ei tea kelle poole pöörduda – pöörduakse vale spetsialisti poole. Psühhiaatrist on kujunenud filter, kes selekteerib välja abivajaja tegeliku probleemi ning suunab võimaliku lahendajani. See kultiveerib arusaama, et psühhiaatrite arv ei ole piisav.

Eksisteerib tuntav vajadus vene keelt kõnelevate erialaspetsialistide järele.

Teenuse vajajate ning valdkonnaspetsialistide hinnangul on puudus ka esmatasandi spetsialistidest, kelle poole pöörduda:

- *perearstikeskuses ei ole valdkonnaspetsialiste (vaimse tervise õed);*
- *sotsiaalvaldkonnas on tugisikuid (sh perele) ja lastekaitsetöötajaid liiga vähe;*
- *lasteaedades ja koolides napib tugispetsialiste (logopeed, eripedagoog, psühholoog, sotsiaalpedagoog).*

Samas puudub objektiivne analüüs, kas spetsialistide arv on tõesti ebapiisav või tuleneb tunnetatav puudus peamiselt töökorraldusest ja ebaefektiivsest rollijaotuse süsteemis.

Riiklik koolitustellimus tänasel tasemel ei leevenda probleemi, kuna mitmete spetsialistide puhul on koolitustellimuse maht kohati väiksem kui teenuse osutamiselt lahkuv spetsialistide arv.

Teenuste kättesaadavus

Teenuste kättesaadavuse kirjeldamiseks sobib üldine tervishoiuvaldkonna lähenemine, kus kättesaadavust vaadeldakse kolmes dimensioonis:

- Ulatus (*breadth*) – millistele isikutele või ühiskonnagruppidele võimalikud teenused laienevad;
- Sügavus (*depth*) – kui lai on pakutavate teenuste ulatus (teenuste amplituud);
- Kõrgus (*height*) – kui suur on teenuste rahaline omaosalusmäär isikule.

Nende üldpõhimõtete alusel oleme täpsustanud teenuse kättesaadavuse mõistet alljärgnevalt:

Teenus on kättesaadav, kui teenus eksisteerib, ooteaeg teenuse saamiseks on lühike, teenus on vastuvõetava tasu eest ning geograafiliselt lähedal.

Kõigi nimetatud kättesaadavuse komponentide osas eksisteerib ka kombineerimisvõimalusi. Näiteks olukorras, kus vajavat teenust turul ei pakuta, võib olla võimalik kasutada sarnaseid alternatiive või ligilähedasi teenuseid, et kompenseerida täpselt sobiva teenuse puudumist. Samuti saab tasuta teenuste ooteaja pikkuse tasakaalustamiseks pakkuda alternatiivina tasuliste teenuste paremat kättesaadavust või tagada teenuse kiirem kättesaadavus füüsiliselt kaugemas asukohas. Teenus võib olla kaugel või tasuta, kui teenuse järjekord on vastukaaluks lühike. Seejuures tuleb arvesse võtta teenuse vajaduse sagedust – intensiivselt tarvitav teenus, nt logopeediteenus, psühholoogiteenus, peaks olema abivajajale lähedal, kuna geograafiliselt kaugale ei pruugi olla võimalik teenusele sageli minna. Seevastu ei ole probleemi, kui teatud eriarstide teenused, nt lastepsühhiaater, on kättesaadavad mitte omavalitsusüksuse, vaid maakondlikul või kohati isegi üleriigilisel tasandil.

Lähtuvalt uuringu tellijaga kooskõlastatud metoodikast, tuginame teenuste kättesaadavuse hindamisel peamiselt **fookusgruppidest kogutud kvalitatiivsel informatsioonil**. Palusime fookusgruppides osalejatel tuua välja teenused, mille kättesaadavus on nende hinnangul madal. Isegi, kui allolevas loetelus on nimetatud teenuseid, mille osutamine ei ole nõutud seadusandlikult, on hinnang nende vähestele kättesaadavusele arvesse võetud.

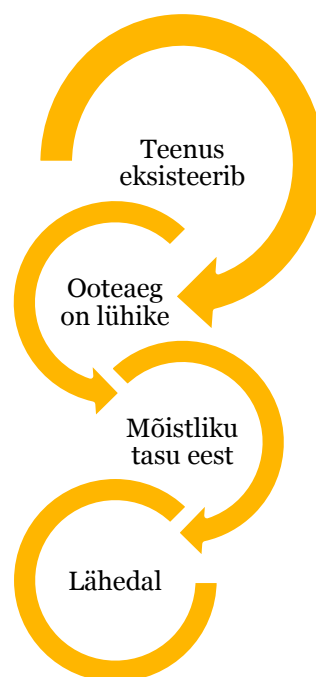
Alljärgnevas nimekirjas on **kõige enam fookusgruppides välja toodud teenused, mille kättesaadavust on hinnatud madalaks**:

Esmatasandi tervishoiu teenused:

- Perearsti poolt patsiendi vaimse tervise hindamine/ diagnoosimine;
- Perearsti poolt kergemate psüühikahäirete ravi (sh haiguse jälgimine);

Sotsiaal- ja hoolekandeteenused

- Rehabilitatsiooniteenus;
- Tugiisikuteenus;
- Pere tugiisikuteenus sotsiaalseks rehabilitatsiooniks;
- Lapsehoiuteenus.



Kooli ja koolieelse lasteasutuse teenused:

- Psühholoogiteenus koolieelses haridusasutuses;
- Logopeediteenus koolieelses haridusasutuses;
- Logopeediteenus haridusasutuses;
- Vanemaharidus;
- Õe teenus koolieelses haridusasutuses;
- Õe teenus erivajadusega lapsele koolieelses haridusasutuses.

Psühholoogiteenus väljaspool tervishoiusüsteemi:

- Psühholoogiline nõustamine;
- Pereteraapia;
- Individuaalne psühhoteraapia;
- Loov-, tegevus- ja grupiteraapia.

Psühhiaatiline abi:

- Lastepsühhiaatri vastuvõtt;
- Kliinilise psühholoogi vastuvõtt;
- Kliinilise logopeedi vastuvõtt;
- Tegevusteraapiad;
- Loovteraapiad.

Kodanikuühiskond

- Vanemaharidus (nt Gordoni perekool).

Spetsialistidele suunatud teenused:

- Supervisioon;
- Kovisioon ja koostöö erinevate spetsialistide vahel;
- Meeskonnatöö korraldus (aeg jm ressurs).

Fookusgruppides nii spetsialistide kui lapsevanemate poolt välja toodud kehva kättesaadavusega teenused kattuvad üldjoontes nendega, mis olid välja toodud ka 2012. aastal Tervise Arengu Instituudi tellimusel läbiviidud analüüsis¹⁸⁹, kuigi seal oli rohkem rõhutatud psühhiaatrilise abi vähest kättesaadavust ning vähem sotsiaalteenuste oma. Spetsiifiliselt lapsevanemate toodud seisukohad on esitatud Lisa 5. Lapsevanemate fookusgruppides väljatoodud probleemid.

Fookusgruppide metoodika ei võimalda üldjuhul kaardistada teenuseid, mida üldse ei osutata, kuid mille järele peaks eksisteerima vajadus (kui teenuse tarbija oleks vastavast võimalusest üldse teadlik). Seega oleme ekspertide abil kaardistanud ka need teenused, mida Eestis täna ei osutata, kuid mille osutamine leevendaks abivajajate probleeme. Vastavad teenused on toodud välja peatükis „Teenuste vajadus“.

Fookusgruppidest kogutud informatsioon teenuste kättesaadavuse osas

Fookusgruppides on välja toodud, et esmatasandi psühholoogiline abi ei ole piisav (nt vaimse tervise õed perearstikeskustes, psühholoogid lasteaia/koolis, eripedagoogid), mistõttu suundutakse kohele järgmise tasandi spetsialisti juurde. See omakorda tekitab pikad järjekorrad psühhiaatrite/lastepsühhiaatrite, logopeedide jt vaimse tervise teenuse osutajate vastuvõtule saamiseks.

Nimetatud probleemi süvendab lapsevanemate arvates ka üldine spetsialistide puudujääk (mitmekuulised järjekorrad) ning olemasolevate spetsialistide nõrk tase. Spetsiifiliselt toodi välja vajadus lastepsühhiaatri järele, keda läbiviidud fookusgrupi piirkonnas ei ole ning samuti leiti, et perearstide töö on vaimse tervise probleemide osas väga ebakvaliteetne.

¹⁸⁹ Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>

Haigekassa ei rahasta fookusgruppides osalenud isikute hinnangul kõiki laste vaimse tervise teenuseid vajalikul määral ja mahus (tihti puuduvad tõendus põhised ravijuhendid, mille alusel uusi teenuseid saaks rahastatavate teenuste nimekirja lisada). Ka koolipsühholoog ja logopeed ei pruugi töötada ühes koolis täishõivega ega olla kättesaadavad kõigil koolipäevadel. Koolipsühholoogi teenuse olulisust toetab statistika, millest nähtub, et kurbuse/masenduse esinemine iga päev, üle ühe korra nädalas või iganädalaselt on 40% 11–15-aastastest tüdrukutest ning 22% samas vanuses poistest. Eesti andmed kurbuse/masenduse tajumise kohta üle ühe korra nädalas asetuvad 11- ja 13-aastastel õpilastel rahvusvahelises edetabelis esikümnesse.¹⁹⁰

Haigekassa teenuste loetellu kuuluvad kliinilise psühholoogi vastuvõtt, psühholoogiline uuring ning psühhoterapia, millest suurem osa ressursist kulub uuringuteks. Kliinilise psühholoogi vastuvõtule saab inimene otse pöörduda vaid ise selle eest tasudes. **Perearstil ei olnud kuni 2015. aastani võimalik suunata patsienti kliinilise psühholoogi teenusele seisundi hindamiseks või psühhoterapia läbiviimiseks ilma meditsiinilise diagnoosita.** Eestis on lahendamata, kuidas rahastada psühholoogilist abi psühhosotsiaalsete probleemide korral tõsisemate häirete ärahoidmiseks. Kuigi psühhiaatrid on seisukohal, et psühholoogiline abi üldiselt peaks olema senisest palju suuremal määral kättesaadav, rõhutavad nad ühtlasi, et inimeste psühhosotsiaalse stressi puhul sekkumine ja toimetulekuoskuste edendamine ei saa olla üksnes tervishoiusüsteemi ülesanne ega selle arendamine toimuda raviressursside arvelt.¹⁹¹

Kõrgema sekkumistasandi teenuseid osutatakse üldjuhul suuremates maakonnakeskustes. Eestis on kohustus osutada psühhiaatria tervishoiuteenuseid kolmel piirkondlikul haiglal ja neljal keskhaiglal. Üldhaiglatel ei ole kohustust, aga võib pakkuda nii ambulatoorseid kui statsionaarseid psühhiaatriateenuseid. Riiklikult rahastatud psühhiaatrilist abi on kohustatud osutama ka Haigekassa lepingupartneritest erapsühhiaatrid. Pikaajalisi teenuseid pakutakse spetsialiseeritud psühhiaatria osakondades või erihoolekandeesutustes. **Fookusgrupist kogutud informatsiooni alusel on ligipääs neile piiratud, teenused on kulukad ja nende kasutamist ohustab kaasnev häbimärgistamine.** Eestis osutatakse pikaarviteenuseid (ebastabiilse kuluga psüühikahäiretega patsientide raviks) SA Viljandi Haigla psühhiaatriakliinikus Jämejalas, kus on ainus pikaaravi ja psühhiaatrilise sundravi osakond Eestis ning lisaks pakutakse erihooldusteenuseid.¹⁹²

Maakonnakeskustest eemal elavatele inimestele ei ole psühhiaatrilise abi teenus (sh 24-tunnine psühhiaatriline abi) piisavalt kättesaadav ning ka maakonnakeskustes pakutakse abi mahus, mis sageli ei kata vajadusi. Maakonnakeskustes on probleemiks pikad järjekorrad psühhiaatri vastuvõtule, väljaarvatud raskete psüühikahäirete korral. Esmahaigestunu puhul võivad järjekorrad olla kahe kuu pikkused, kuigi meeleoluhäirete puhul ei tohiks ooteaeg spetsialistide hinnangul ületada nelja nädalat ja ebastabiilsete patsientide puhul tuleks tagada psühhiaatri vastuvõtule pääsemine veelgi kiiremini. Kõige probleemsem on lastepsühhiaatrilise abi kättesaadavus, mis puudub enamikus maakonnakeskustes.¹⁹³

Statistika¹⁹⁴ näitab, et pisut üle poole inimestest ei ole olnud 2013. aastal tervishoiuteenuste kättesaadavusega rahul ning rahulolu teenuste kättesaadavusega on pigem langevas trendis.

Tasuta abi piiratud kättesaadavuse tõttu on lapsevanemad sunnitud abi otsima tasulistest teenustest. Iga järjekorras kaotatud päev tähendab kaotatud võimalusi lapsele abi saamisel. Ravi on tavaliselt pikaajaline ning isegi osalise hüvituse korral ei pruugi olla teenuste eest tasumine vanematele jõukohane.

Isegi tasuta teenuste puhul ei pruugi abivajaja saada teenusele, kuna teenus on füüsiliselt liiga kaugel. Fookusgruppides on toodud näiteid, kuidas Viljandisse eriarsti vastuvõtule tulevad inimesed Kohtla-Järvelt ja Saaremaalt, või logopeedi abi vajav laps suunatakse Tapalt Rakverre, Haljalsse või Tartusse, Narvast suunatakse abivajajad sageli Tallinnasse või Tartusse. Teatud juhtudel saab KOV kompenseerida abivajaja transpordikulu, kuid mitte alati ning mitte täies ulatuses.

Spetsialistide ja lapsevanemate arvamused teenuste füüsilise kauguse ja maksumuse osas lahknevad. Lahkarvamustest tulenevalt otsustasime fookusgruppides lapsevanemate, aga ka spetsialistide (sh koolijuhtide) poolt väljatoodud teenuste kallidust, kui teenust osutatakse näiteks Rajaleidja keskuses või

¹⁹⁰ Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine: 2009/2010. õppeaasta Eesti HBSC uuringu raport (2012), Tervise Arengu Instituut. Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi veebileht RaTeRa – Rahvatervishoiu raamatukogu. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5577/1/Aasvee2012.pdf>

¹⁹¹ Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>

¹⁹² Ibid

¹⁹³ Ibid

¹⁹⁴ Hinnang arstiabi kättesaadavusele ja kvaliteedile ning tervishoiukorraldusele (PT05). Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>

teiste riigi või kohaliku omavalitsuse poolt mittetoetatud teenuseosutaja poolt, täiendavalt analüüsida. **Selgus, et enamik teenuseid on lastele siiski tasuta.** Enim on toodud tasulise teenuse valiku puhul välja tasuta teenuse pikki ootejärjekordi. Soov tasulise teenuse saamiseks on enamasti põhjustatud vajadusest kiiremini teenusele saada ning püstitatakse eeldus – tasuta teenuse järjekord on pikk, tasulise teenuse järjekord on lühike.

Testimaks fookusgrupi seisukohti, et tasuta teenuste järjekorrad on väga pikad ning kiirema teenuse saamiseks on tarvis pöörduda tasulisele teenusele, viisime läbi eksperimendi¹⁹⁵, mille käigus püüdsime broneerida aega lastepsühhiaatri vastuvõtule kõikidesse Eesti haiglavõrgu arengukava haiglatesse.

Selgus, et **kiirkorras on võimalik tasuta vastuvõtule saada kohe** ning muudel juhtudel oli võimalik aeg saada kahe nädala jooksul. Psühhiaatri vastuvõtule ei olnud tasulist aega võimalik broneerida mitte üheski Eesti haiglavõrgu haiglas, kuna **tasulist teenust haiglates ei pakuta** (selleks tuleks pöörduda erakliinikutesse).

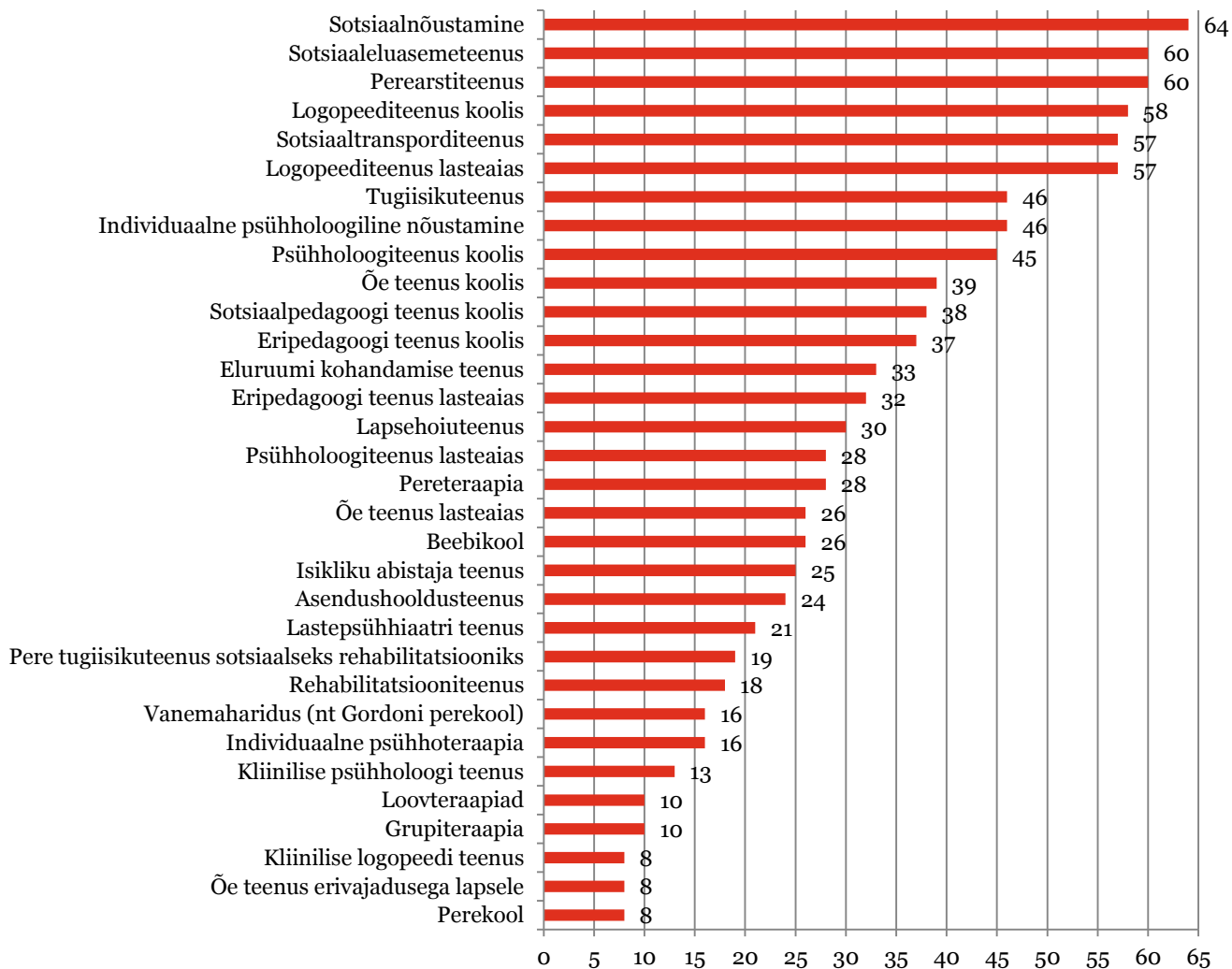
Eksperimendi tulemus annab indikatsiooni, et **lapsevanemate ja spetsialistide informatsioon teenuse tegeliku kättesaadavuse osas võib olla piiratud** ega pruugi vastata alati tegelikule situatsioonile.

Peamine küsimus seisneb aga selles, **kuidas spetsialist või lapsevanem oskab leida õige teenuseosutaja**, kelle teenuse järjekord on kõige lühem või kelle teenuse tasu on sobivaim – vältides samaaegselt ohtu sattuda vale spetsialisti juurde (eelnevalt mainitud probleem psühhiaatrite ülekoormamisel madalama astme spetsialistide tegevuspiirkonda kuuluvate probleemidega)? **Ühtset infot teenuseosutajate, nende järjekordade pikkuse ja teenuse maksumuse kohta kõikide teenuseosutajate üleselt ei ole võimalik saada** ning sobivate tingimustega teenuse leidmine nõuab abivajaja enda poolset pingutust.

KOV-ide küsitluse kaudu kogutud informatsioon teenuste kättesaadavuse osas

Täiendava teadmise teenuste kättesaadavuse osas kogusime küsitluse kaudu (vt metoodika kirjeldust peatükist „Ankeetküsitlus“). Küsitluse tulemusel selgus, et kõige enam kättesaadavad teenused kohaliku omavalitsuse tasandil on sotsiaalnõustamine, sotsiaaleluasemeteenus, perearstiteenus, logopeediteenus koolis ja lasteaias ning sotsiaaltransporditeenus.

¹⁹⁵ Eksperimendi tarbeks valisime psühhiaatri teenuse – eelkõige tuginedes fookusgruppides väljatoodud teenuse piiratud kättesaadavuse infole. Eksperimendi tulemusel kogusime informatsiooni järjekordade pikkuse, tasulise teenuse saadavuse ja teenuse maksumuse kohta.



Joonis 31. Teenused, mida osutatakse lastele ja lastega perele, kättesaadavuse pingereas (n = 66)

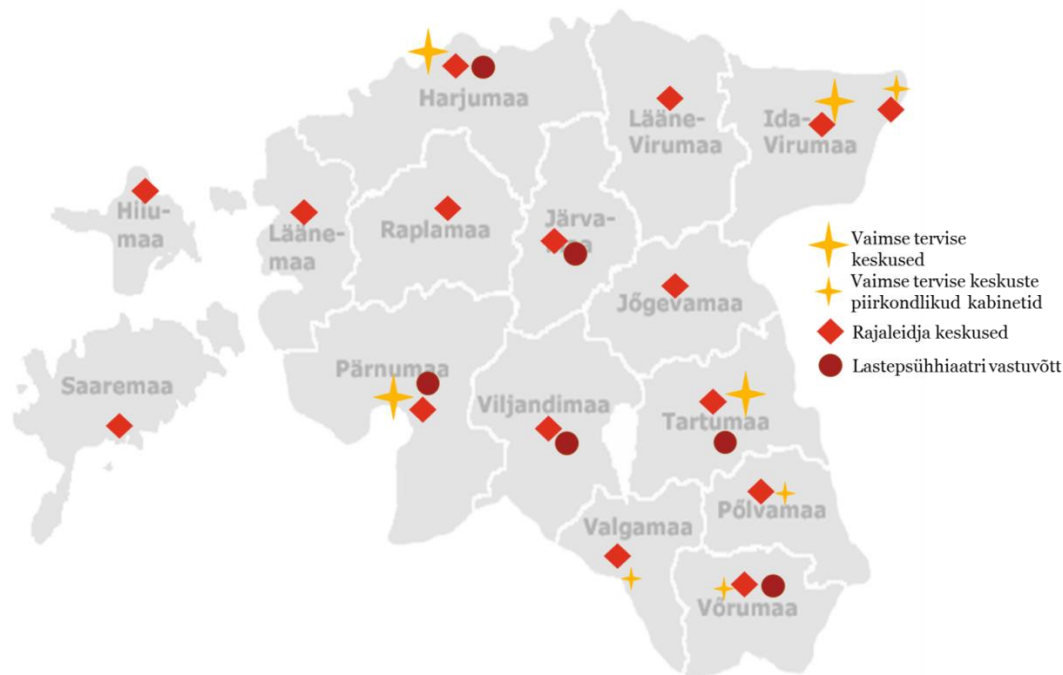
On ootuspärane, et mitmed teenused, mille kättesaadavust fookusgruppides madalaks hinnati, on esindatud ka ülaltoodud joonisel väga vähestes KOV-ides (nt kliiniline logopeed ja psühholoog, grupiteraapia, loovteraapia, individuaalne psühhoteraapia jt). Samas **on tähelepanuväärne, et ka mitmed väga paljudes KOV-ides pakutavad teenused (nt logopeediteenus koolis ja lasteaias, tugiisikuteenus) leidsid fookusgruppides äramärkimist kui madala kättesaadavusega teenused**. Siit järeldub, et osade teenuste puhul on probleemiks teenuste mitteosutamine kohaliku omavalitsuse tasandil, teiste puhul aga pigem teenuste osutamise maht.

Lisa 9 on välja toodud KOV-id, kes küsitluses osalesid ning vastavalt teenuste arv, kui suur hulk teenuseid on KOV-ides kättesaadavad lastele ja lastega peredele. Küsitluses uurisime 35 kõige tõenäolisemalt KOV-ide poolt osutatava teenuse kättesaadavust lastele ja lastega peredele. Joonisel on tähistatud punasega KOV-id, kes pakuvad 0-10 teenust, kollasega 11-20 teenust pakuvad ning rohelisega üle 20 teenuse pakuvad KOV-id.

Muudest allikatest kogutud informatsioon teenuste kättesaadavuse osas

Eelpool esitatud kaardid annavad ligikaudse ülevaate kohalikul tasandil korraldatud teenuste osas (esmatasandi teenused). Teise ja kolmanda taseme teenuste kättesaadavuse illustreerimiseks koostasime kaardi (vt Joonis 32), kuhu koondasime kolm kesktasemelt ning regionaalselt koordineeritavate laste vaimse tervise teenuse osutajate gruppi:

- Lastepsühhiaatrid (vastuvõtt haiglavõrgu haiglates)¹⁹⁶;
- Vaimse tervise regionaalsed keskused¹⁹⁷;
- Rajaleidja keskused¹⁹⁸.



Joonis 32. Teenuste geograafiline kättesaadavus

Rajaleidja keskused

Rajaleidja keskused on uuringu käigus KOV-i korraldatud küsitluse andmeil üheks suuremaks teenuseosutajaks. Võrreldes kehtestatud hinnakirja¹⁹⁹ koolipsühholoogi keskmise tasuga²⁰⁰ selgub, et täiskohaga psühholoogi kooli palgal hoidmine on kooli jaoks odavam (teenus Rajaleidja keskuses maksab 27,9 eurot tunnis; koolis palgalise psühholoogi hoidmine maksaks KOV-ile nende hinnangul ~10 eurot otsekuludena tunnis). Kuigi teenuse hind on kõrge, on oluline välja tuua, et Rajaleidja keskused leevendavad olukorda, kus KOV ei pea psühholoogi või muu spetsialisti palkamist vajalikuks või oleks koormus liiga väike, et tekitada spetsialistides huvi sellel ametikohal töötamise vastu.

Kohaliku tasandi fookusgruppides osalenud spetsialistide üldine suhtumine Rajaleidja reformi on pigem negatiivne, mis tuleneb:

- koolides töötavate spetsialistide ümberpaiknemisest – Rajaleidja tõmbas spetsialistid koolidest üle, põhjustades koolidele probleeme uute spetsialistide leidmisel;
- koolipsühholoogi kui ennetusega tegeleva osapoole ametikoha kadumisest mitmes koolis (I tasand), kohaliku tasandi osapoolte vahelise sünergia kadumisest;
- teenuse tasulisusest²⁰¹ (lisaks tunnihinnale tuleb laps ka teenusele saada, teenus liikus lapsest kaugemale);
- võimalikest tekkivatest administratiivsetest barjääridest sh järjekorrad teenusele, mida kohalikul tasandil ei tekiks.

¹⁹⁶ Lastepsühhiaatrite regionaalse kättesaadavuse kaardistamiseks helistasime läbi kõik haiglavõrgu arengukava haiglad. Kaardile ei ole kantud raviautusi, kus lastepsühhiaatrit ei ole, ega neid, kus lapsi võtab vastu psühhiaater, kellel pole lastepsühhiaatri kvalifikatsiooni. Kaardistatud seisuga september 2014.

¹⁹⁷ Sihtasutus Innove veebileht. <http://www.innove.ee/>

¹⁹⁸ Rajaleidja keskused. Rajaleidjad.ee veebileht. <http://rajaleidja.ee/rajaleidja-keskused/>

¹⁹⁹ Sihtasutus Innove veebileht. Korduma kippuvad küsimused. <http://innove.ee/et/haridustugiteenused/rajaleidja-keskused/korduma-kippuvad-kysimused>

²⁰⁰ Veebileht cv.ee. CV-Online palgauuring.

²⁰¹ Tasuta on vaid II tasandi teenused.

Samas tuleb arvestada, et fookusgruppide läbiviimise hetkel olid Rajaleidja keskused oma tegevust alles alustamas ning kohalike omavalitsuste ja koolide teadlikkus uuest süsteemist oli veel madal. Kohalikud omavalitsused ei pruukinud tol hetkel veel lõpuni mõista Rajaleidja erinevate tasemetega teenuste erisusi – kõik II tasandi nõustamisteenused (eripedagoogiline, logopeediline, sotsiaalpedagoogiline ja psühholoogiline nõustamine) on jätkuvalt tasuta ning tasulised on vaid I tasandi (eripedagoogiline ja psühholoogiline nõustamine alla 350 õpilasega koolis kohapeal) teenused. Koolidel on võimalik valida, kas korraldada eripedagoogi ja koolipsühholoogi teenus iseseisvalt kohapeal või osta teenus Rajaleidjast sisse. Seega koolide jaoks tegelikult valikuvõimalused seoses Rajaleidja keskuste loomisega suurenesid. Samas on probleemid tekkinud just spetsialistide vähesusest tulenevalt ning mitmetel koolidel on raske leida nende juurest Rajaleidja keskustesse tööle liikunud spetsialistidele asendajat.

Vaimse tervise keskused ja laste psühhiaatriline abi

Psühhiaatrilise abi kättesaadavuse osas on oluline vaadelda koos lastepsühhiaatrilise abi kättesaadavust ning selle leevendamiseks loodud vaimse tervise keskuseid. Kaardilt selgub, et lastepsühhiaatrilist abi osutatakse 15-st maakonnast kuues ning uued vaimse tervise keskused peavad suutma ära katta ka teised maakonnad (vt Tabel 8).

Samas on ka teenuseid, mida küll pakutakse, kuid mis ei ole integreeritud haiglavõrku. Nii osutatakse lastepsühhiaatri teenust näiteks ka Lääne-Virumaal²⁰², kuid sellise lahenduse juures võib probleemiks kujuneda asjaolu, kas ja kuidas selline info lapsevanemani jõuab.

Laste ja noorte vaimse tervise kabinetid annavad võimaluse vaimse tervise keskuste teenuste saamiseks ka regionaalselt.

Tabel 8. Vaimse tervise keskuste paiknevus maakondade lõikes²⁰³

Vaimse tervise keskuse asukoht	Keskus	Vaimse tervise kabinetid
Harjumaa	Tallinna laste vaimse tervise keskus (SA Tallinna Lastehaigla)	-
Tartumaa	Lõuna-Eesti laste ja noorukite vaimse tervise keskus (SA Tartu Ülikooli Kliinikum)	Lõuna-Eesti Haigla (Võru), Põlva Haigla, Valga Haigla
Pärnumaa	Pärnumaa laste ja noorte vaimse tervise keskus (SA Pärnu Haigla)	Statsionaarne ravi Viljandi Haiglas
Ida-Virumaa	Ida-Virumaa laste ja noorukite vaimse tervise keskus (SA Tartu Ülikooli Kliinikum)	Ida-Viru Keskhaiglas (Kohtla-Järve) ja Narva Haiglas

Esmatasandi tervishoiu reform

Vastavalt esmatasandi tervishoiu reformile moodustuksid Eestis esmatasandi tervisekeskused, kuhu koonduksid perearstid, ämmaemandad, füsioterapeudid, koduõendusteenust pakuvad õed, vaimse tervise õed, sotsiaaltöötajad, hambaravi ning apteek. Tervisekeskused koonduksid paikadesse, kus on piisavalt inimesi, et asutada taoline laiahaardeline keskus.²⁰⁴ Reformi eesmärgiks on tagada teenuste integreeritus ning kvaliteet. Tervisekeskuste asukoht on alles planeerimisel, kuid üks võimalik näide nende paiknemisest on toodud all (vt Joonis 33).

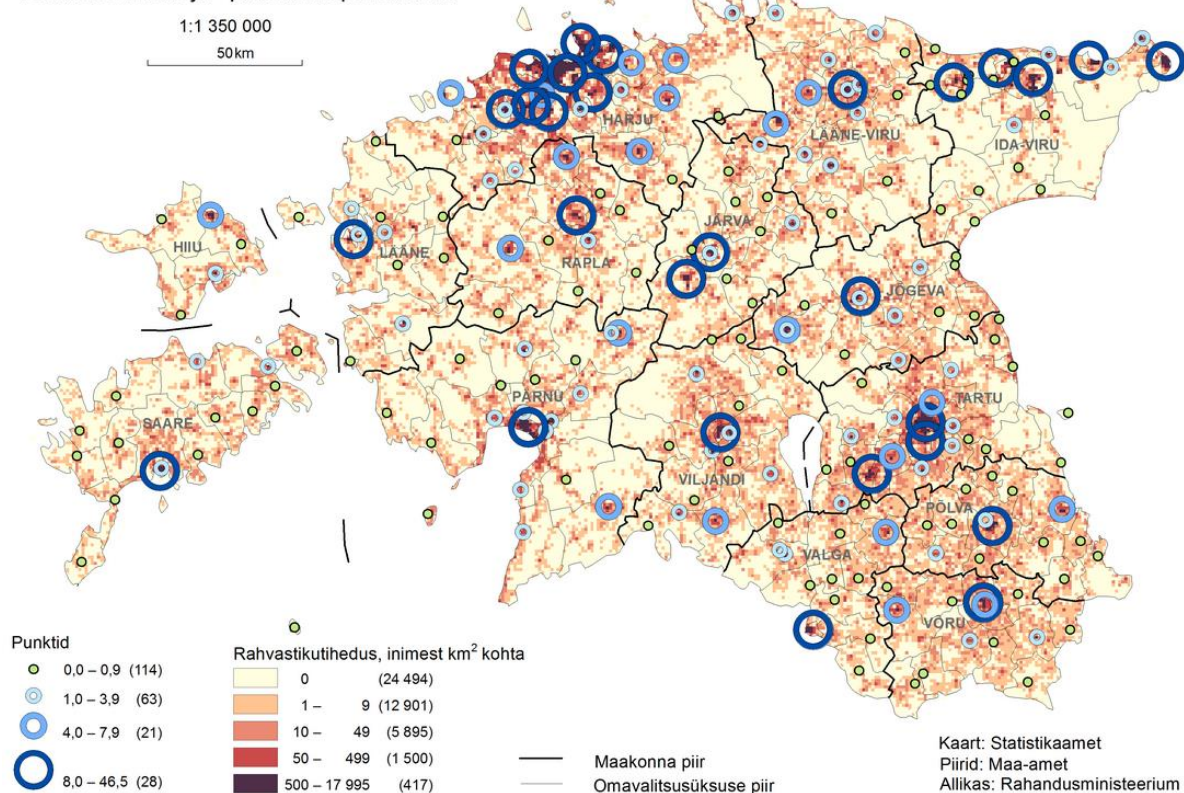
²⁰² Lääne-Viru Omavalitsuste Liidu veebileht. <http://www.virumaa.info/static/files/063/noustamiskeskused.pdf>

²⁰³ Regionaalsete vaimse tervise keskuste väljaarendamine (2014), Sotsiaalministeerium.

http://www.innove.ee/UserFiles/Karj%C3%A4%C3%A4riteenused/Karj%C3%A4%C3%A4riteenused/Koost%C3%B6%C3%B6/Karj%C3%A4%C3%A4riteenuste%20koost%C3%B6%C3%B6kogu/Memod/25.02.2014/Lisa_4_Regionaalsed%20vaimse%20tervise%20keskused_E_Haas_Sotsiaalministeerium.pdf

²⁰⁴ Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009-2015 (2009), Sotsiaalministeerium. http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/esmatasandi_arengukava_2009-2015.pdf

Tõmbekeskuslik ja –piirkondlik potentsiaal



Joonis 33. Tõmbekeskuslik ja piirkondlik potentsiaal²⁰⁵

Tänased tugevused: Privaatsuse tagamine ja häbimärgistamise vältimise võimaldamine

Kuigi teenuse kättesaadavuse ühe komponendina käsitleme teenuste kaugust isikust füüsiliselt, siis võib kaugus osutada ka positiivseks. Seda eelkõige just häbimärgistamise kontekstis. Inimesel on võimalus saada teenust piirkonnas, kus puudub või on oluliselt väiksem stigma oht. Piirkondades, kus kogukonna tasandil inimesed tihedalt üksteisega lävivad, võib isegi anonüümselt tarbitav teenus olla mitteanonüümne (nt usaldustelefoni töötaja tunneb helistaja hääle järgi ära), mistõttu võib teenuse füüsiline kaugus olla teenuse vajaduse määramisel olulise tähtsusega teenuse vajajale.

Kokkuvõte:

Teenuste kättesaadavuse osas on peamine probleem teadmatuses – lapsevanemad ega spetsialistid ei ole alati teadlikud kõigist võimalustest kiire ning kvaliteetse abi saamiseks. See omakorda süvendab üldist arusaama, et teenused ei ole piisavalt kättesaadavad – samas alati ei pruugi see tõeks osutuda.

Geograafiline lähedus:

- Sagedamini vajaminevate teenuste osas (logopeed, psühholoog, vaimse tervise õde jt) on lapsevanematel põhjendatud ootus, et teenused peaksid asuma füüsiliselt elu ja õpikeskkonna läheduses. Spetsiifilisemate teenuste (nt lastepsühhiaater) puhul ei ole ratsionaalne teenust füüsiliselt lähemale tuua, küll aga tuleks informeerida teenuse tarbijaid KOV-ide poolt pakutavatest transpordikompensatsiooni võimalustest.

Teenuse hind: Kuigi enamik lastele suunatud vaimse tervise teenuseid on lõpptarbijale tasuta, puudub ülevaade isikute teenuse saamisega kaasnevate kulude mahust (transport, aeg jt). Samas on indikatsioone, et teatud teenuse tellijate jaoks (koolid, KOV-id) on osad teenused (nt Rajaleidja keskuste koolipsühholoogid) liiga kallid ning nende tellimist piiratakse.

²⁰⁵ Kohalike omavalitsuste eelarved ja ülevaated. Rahandusministeerium. <http://www.fin.ee/kov-eelarved-ulevaated>

Teenuste olemasolu: Esmatasandi konsultatiivne abi ei ole fookusgruppides osalenud isikute hinnangul piisav (psühholoogiline nõustamine, logopeediteenus, pereteraapia), mistõttu liiguvad abivajajad tihti otse kõrgema taseme spetsialistide juurde. Sellest tulenevalt on rollijaotus süsteemis ebamõistlik ning järjekorrad psühhiaatrite/lastepsühhiaatrite, kliiniliste logopeedide jt vaimse tervise teenuse osutajate vastuvõtule pikad.

Teenuse saamise kiirus: Tasuta abi kättesaadavus on ajaliselt piiratud – abi on fookusgrupis osalenud isikute hinnangul tihti võimalik saada liiga hilja. Tasulistel teenustel on üldjuhul lühemad järjekorrad, kuid see ei pruugi olla abivajajale jõukohane. Samas objektiivsed mõõdetavad andmed teenusele saamise kiiruse osas puuduvad.

Teenuste kvaliteet

Vaimse tervise teenuste kvaliteet on otseses sõltuvuses neid osutatavate spetsialistide kvalifikatsiooniga nii nagu kättesaadavus on seotud osutajate arvu ning regionaalse paiknevusega. Kvaliteedile hinnangu andmiseks oli meie eesmärgiks selgitada välja:

- millised spetsialistid osutavad vaimse tervise teenuseid lastele;
- kuidas on nende tegevus reguleeritud;
- milline on järelevalve teenuse kvaliteedi üle.

Ülevaade teostatavast järelevalvest on kirjeldatud peatükis „

Järelevalve teenuste osutamise üle“ ning teenust osutavate spetsialistide üldine kirjeldus on esitatud peatükis „Valdkonnas tegutsevad spetsialistid“.

Teenuste ja sekkumiste kvaliteedi tagamiseks on standardid mitmel juhul ebapiisavad või puuduvad üldse.²⁰⁶ Enamiku teenuste puhul puudub selge ning reguleeritud teenusstandard, mis tagaks teenuste ühtlased reeglid ja kvaliteedi taseme üle Eesti erinevate teenuseosutajate lõikes ning järelevalve ja mõõtmise. Teenusstandardi oluline komponent on kvalifikatsiooninõuded, mis rakenduvad teenust osutavatele spetsialistidele ning mis võimaldab pakkuda teenust ühtlasema kvaliteeditasemega.

Riiklikul tasemel puudub selge kutsete haldamise ning jõustamisega seotud regulatsioon. Paljud kutsestandardid on aegunud ning uued vastuvõtmata.²⁰⁷

Eestis on kutsestandardiga määratletud küll erinevate vaimse tervise teenuste osutajate kutsestandardid, kuid kutseeaduse eesmärk on eelkõige kutsete andmise ja õpitulemuste tunnustamise tervikliku süsteemi loomine ning see **seadus ei keela paljudel kutsealal tegutsemist ka ilma vastavat kutsekvalifikatsiooni omamata** (nt tegevusterapeudid).

Spetsialistid kujundavad oma praktikaid enamasti ise ning seetõttu on lastele ja peredele pakutav abi üleriigiliselt ebaühtlase kvaliteediga.²⁰⁸

Näiteks puudub teenusstandard psühholoogi pakutavate teenuste kohta, psühholoogi kutsekvalifikatsiooni osas ning tervikuna psühholoogi nimetust kasutavate isikute kohta²⁰⁹. Kehtivaid kutsestandardeid psühholoogidele, v.a kliiniline-, kooli- ja tööpsühholoog, ei ole. Kvalifikatsiooninõuete puudumine või tinglik seostamine põhjustab olukorra, kus teenust osutav isik võib olla kliiniline psühholoog, kes on spetsialiseerunud lastepsühholoogia, olles lisapädevusega psühhoterapeut ja spetsialiseerunud pereteraapia, kuna psühhoteraapia iseseisev kutse puudub. Selle tulemusel puudub selge ülevaade, kui palju on spetsialiste, kellel on teenuse osutamiseks sobiv pädevus ning kui palju vastava ala spetsialiste eksisteerib.

Psühholoogide tegevusele ja kutсениmetuste kasutamisele ei ole selgeid kriteeriume (v.a tervishoiusüsteemis kliiniliste psühholoogide osas), mille tõttu ei saa tagada, et psühholoogilise abi teenuste ja nende osutajate kvaliteet on ühtlane. **Eestis pole psühholoogi nimetuse kasutamine õigusaktidega määratletud.** Tervishoiusüsteemi väliselt (Haigekassa ostab teenust vaid kliiniliselt psühholoogilt) puudub psühholoogilise nõustamise osas selge standard ning tase on sisuliselt reguleerimata ning nõustamisteenuste pakkuja hulk on määramatu.²¹⁰ Teenusepakkuja ei ole kohustust end atesteerida, mistõttu on olukord, kus turul tegutseb palju spetsialiste, kelle tegevuse üle kontroll puudub. Psühhiaatrilise abi seadus ei sätesta mingit üldist nõuet vaimse tervise valdkonnas töötavate isikute kvalifikatsiooni kohta.²¹¹

Puudub selge psühhoterapeudi kutse ning sellega seotud kutsete regulatsioon. Käesoleval hetkel on võimalik psühhoterapeudi kutset omandada vaid lisaspetsialiseerumisena. Hetkel täidavad seda rolli näiteks psühhiaatrid kõrvalerialaga lastepsühhiaatriale, kes on psühhoterapeudi lisapädevusega ning spetsialiseerunud pereteraapia või kliinilised psühholoogid, kes on spetsialiseerunud lastepsühholoogia, kes on lisapädevusega psühhoterapeudid, kes on spetsialiseerunud pereteraapia. Turul eksisteerib mitmeid täiendkoolituse pakkujaid, näiteks Eesti Psühhonaalüütilise Seltsi koolituskeskus, mille koolitused vastavad ka EFPP (*European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy*) nõuetele.

Kutsetunnistuse ja -kvalifikatsiooni nõutavus teenuse osutamisel sõltub teenuse ostjast (nii juriidilise isiku kui eraisiku puhul). Psühholoogilise nõustamise teenused on suhteliselt reguleerimata ja puudub eraldi

²⁰⁶ Laste ja noorte valdkondadeülese tugisüsteemi väljaarendamise lähtealused (2014), Haridus- ja Teadusministeerium, Sotsiaalministeerium, Justiitsministeerium. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/tugisu_steemi_la_htealused_tervikdokument.pdf

²⁰⁷ Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>

²⁰⁸ Laste ja noorte valdkondadeülese tugisüsteemi väljaarendamise lähtealused (2014), Haridus- ja Teadusministeerium, Sotsiaalministeerium, Justiitsministeerium. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/tugisu_steemi_la_htealused_tervikdokument.pdf

²⁰⁹ Katri-Evelin Kalaus, Eesti Asenduskodu Töötajate Liidu veebileht. <http://www.eatl.ee/psuhhologid-psuhhiaatrid-terapeudid-ja-koike-teised/>

²¹⁰ Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi RaTeRa – Rahvatervishoiu raamatukogu veebileht. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>

²¹¹ Amos, M. (2009) Rahvastiku vaimse tervise edendamine Eestis läbi seadusandlike vahendite. Magistr töö rahvatervishoiu. Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi RaTeRa – Rahvatervishoiu raamatukogu veebileht. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/769>

nõustamispsühholoogi kutsestandard. Samuti puudub selge seisukoht, millise taseme spetsialist peaks neid teenuseid osutama.²¹²

Vaimse tervise õdede vastutusalala on seadusandlikult ebaselgelt määratletud, kuigi olukord on 2015. aastaks mõnevõrra paranenud seoses vaimse tervise õe vastuvõtu lisamisega haigekassa poolt finantseeritavate tervishoiuteenuste nimekirja. Puuduvad täpsed piirid arsti ja õe tegevuste vahel ja seaduste/määrustega reguleeritakse pigem arstide tegevust. Seda ka neis valdkondades, kus reaalselt tööd patsiendiga või muud asjaajamist korraldab õde.²¹³ **Samuti puuduvad näiteks sotsiaaltöötajatele kvalifikatsiooninõuded**, mistõttu võib KOV-is sotsiaaltöö spetsialistina töötada ka vastava erihariduseta inimene.

Samuti puuduvad näiteks rehabilitatsiooniteenuse osas kohustuslikud nõuded teenuse osutajatele (nõuded maa-alale ja ruumidele, personalile, programmis või teenusel osalevate laste arvule jne). Samuti seatakse teenuse osutamiseks vajalikke, kuid mitte seadusest tulenevaid piiranguid teenusel viibivate laste suhtes. Rehabilitatsioonikeskused kasutavad laste suhtes erinevaid piiranguid nagu laste suhtes turvakontrolli teostamine, laste „järelemõtlemise tuppa“ paigutamine, laste suhtlemise piiramine, laste kirjavahetuse ja telefoni teel suhtlemise kontrollimine, kohustuslik uriiniproov kodust keskusesse naasmisel jne. Nimetatud piirangud on rehabilitatsiooni õnnestumiseks hädavajalikud, **samas seaduslik alus selliste piirangute rakendamiseks puudub**.

Kuna teenustele ei ole kehtestatud teenusstandardeid, võib sarnase nimetuse taga olla sisult täiesti erinev teenus või osutatakse sama teenust mitme erineva nimetuse all. Nii on nt tugiisiku teenus²¹⁴ nimetatud ka peretöötaja teenusena, seejuures tugiisiku teenus on seaduse tasandil kirjeldatud, peretöötaja teenus mitte. Samuti võib teenuste sisu varieeruda sõltuvalt kohaliku omavalitsuse võimekusest ning teenust osutavate spetsialistide kompetentsidest. Nii võib näiteks tuua lastepsühhiaatriateenuse, kus Vabariigi Valitsuse määrus „Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu“ § 13 lõige 1 määrab vaid haigla voodipäevade maksimaalse arvu ja voodipäeva piirhinnad lastepsühhiaatria tervishoiuteenuse osutamisel. Rohkem lastepsühhiaatria kui tervishoiuteenus määrukses märkimist ei leia. Sama määruke § 7 lg 1 sätestab psühhiaatri ambulatoorse vastuvõtu ja koduvisiidi alla 19-aastasele isikule ning laste teenustega seoses on rahastatud ka § 14 lg 1 funktsioone toetav taastusravi alla 19-aastasele isikule. Kuni 2013. a lõpuni oli lastepsühhiaatria mõeldud alla 16-aastasele isikule.²¹⁵

Olukorda parandab mõneti SA Kutsekoda tegevus erinevate kutsestandardite väljatöötamisel ja kutsetunnistust omavad spetsialistide registri pidamisel. SA Kutsekoja tegevusel on küll potentsiaal ühtsete ja reguleeritud teenuste tagamiseks ning spetsialistide tasemele kaasaaitamiseks, kuid tulenevalt asjaolust, et kutsetunnistuste omamine on hetkel üldreeglina²¹⁶ siiski vabatahtlik ning kutsestandardite aegumisel ei suudeta vastu võtta uusi, kehtivaid kutsestandardeid (nt õed), ei rakendada käesoleva süsteemi kogupotentsiaali. Reguleeritud ning kehtestatud standardite puhul ilmnes probleeme ka nende tagamisega. Näiteks on sotsiaaltöötaja sotsiaalhoolekande seaduse kohaselt vastava erialase ettevalmistusega kõrgharidusega isik. Samas ilmneb Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsiooni 2012. aastal läbiviidud uuringust²¹⁷, et erialane kõrgharidus või magistrikraad oli napilt pooltel sotsiaaltöötajatel.

Fookusgruppides osalenud spetsialistide poolt on nimetatud kutseeksamite tegemist liiga kalliks, eriti kui pole selget vajadust tõestatud kvalifikatsiooni omamiseks. Kutse andmisega seotud kulude katteks makstav tasu on näiteks õpetaja (tase 7) ja vanemõpetaja (tase 7) kutse taotlemisel 148 eurot 40 senti.²¹⁸

Vajadus kvalifikatsiooninõuete kehtestamiseks eksisteerib, et tagada paremat teenuste kvaliteeti. Seejuures aga piirkondades, kus vastava valdkonna spetsialiste on keeruline leida, võivad ametikoha täitmisel **vorminõuete asemel osutada olulisemaks ametikohale valitava isiku oskused**,

²¹² Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi RaTeRa – Rahvatervishoiu raamatukogu veebileht. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>

²¹³ *Ibib*

²¹⁴ Tugiisiku teenus on sotsiaalhoolekande üks osa, mis seisneb teenuse saaja abistamisel igapäevaeluga toimetulekul ja suhtlemisel ümbritseva keskkonnaga. Tugiisiku teenuse osutamise kord (RT IV, 10.11.2012, 51), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/410112012051>

²¹⁵ Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu (RT I, 29.12.2013, 57), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/129122013057>

²¹⁶ Vastavalt Kutseseadus § 15 lg 2 ei ole kutsetunnistuse omamine töötamise eeltingimus, välja arvatud juhul, kui õigusaktiga on teataval ametikohal töötamiseks sätestatud kutsetunnistuse olemasolu nõue.

²¹⁷ Kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajate haridus (2012), Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon. <http://www.eswa.ee/index.php?picfile=875>

²¹⁸ Kutsetunnistuse tasu. Eesti Õpetajate Liidu veebileht. http://www.opetajateliit.ee/?page_id=1209

kogemused, isikuomadused, mis võivad kompenseerida olulisel määral nt haridustasemest või eriväljaõppest tulenevaid vajakajäämisi.

Tervishoiuteenuste kvaliteedi temaatikat on laiemalt käsitletud juba 2005. aastal vastavasisulises uuringus²¹⁹, millest selgub, et ühtseid kõigi huvirühmade poolt tunnustatud tervishoiuteenuse kvaliteedi näitajaid ei ole kehtestatud ning kaugemas tulevikus on mõeldav ühesuguse metoodika alusel arvutatud näitajate kasutamine ka organisatsioonide omavaheliseks võrdluseks ja tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamiseks riiklikul tasandil.

Olgugi, et spetsialiste koolitatakse, **ei pruugi nende kvalifikatsioon vastata teenuse osutamiseks vajalikule oskuste tasemele**. Nii on fookusgruppides osalenud toonud juhtinud tähelepanu nt lasteaiadõpetaja kutseõppe puudujääke suhtlemisoskuste ja psühholoogilise tausta, aga ka logopeediliste teadmiste osas. Ka ei pruugi olla perearstidel võimekust märgata vaimse tervise probleeme piisavalt detailselt tasemel, kuna see pole nende spetsialiteet.

Erinevad analüüsid on välja toonud, et vaimse tervise probleemide osas kõrgendatud riskis lastega töötavatel spetsialistidel ning kasu- ja lapsendajaperedel ei pruugi olla selleks piisavalt teadmiseid, oskuseid, juurdepääsu tõhusatele sekkumistele ning professionaalset tuge.

Näiteks pole alaealiste komisjonide mõjutusvahendid tõhusad ega piirkondlikult kõik kättesaadavad, seda eriti laste vaimse tervise aspektist. Piisavalt ei pöörata tähelepanu erikoolide õpilaste toimetulekule, sh taasühiskonnastamisele peale koolist lahkumist.²²⁰

Asenduskodu kasvatusala töötajate töö on emotsionaalselt keeruline ja stressirohke. Töötada tuleb traumakogemusega lastega, samuti moodustavad suure osa asenduskoduteenusel viibivatest lastest puuetega ning hariduslike, arenguliste ja käitumuslike erivajadustega lapsed. Asenduskodu töötajate muid tööalase toetamise võimalusi, sh supervisiooni ehk töönoustamist asenduskoduteenuse regulatsioon ühetaoliselt ette ei näe. See, millist tööalast tuge, sh töönoustamist asenduskodu töötajad saavad, sõltub eeskätt konkreetse asutuse võimalustest ja valikutest.²²¹

Eestis puudub ka ühtsetel alustel toimiv ja järjepidev tugisüsteem peredele, kes kasvatavad vanemliku hoolitsuseta jäänud last. Põhiline roll perede nõustamisel ja toetamisel on seetõttu olnud kasuperesid ja lapsendajaperesid koondavatel mittetulundusühendustel. Peredele pakutav tugi on sõltunud seetõttu vastavate organisatsioonide võimekusest ja suutlikkusest ning nende tegevuse valdavalt projektipõhisest rahastamisest. Järeloet puudumine lapse perekonda hooldamisele paigutamise või ka lapsendamise järgselt tähendab aga riski, et pere ei pruugi oma ülesannetega iseseisvalt ja kõrvalise toeta hakkama saada.²²²

Perearstide kompetentside ebaühtlusele viitab ka Riigikontrolli 2011. a läbiviidud audit²²³, millest selgub, et „...*perearstisüsteem ei suuda täita tervishoiusüsteemis kõiki talle pandud ülesandeid, kuna perearstid ei osuta alati kokkulepitud teenuseid, suunavad patsiente põhjendamatult sageli eriarsti konsultatsioonile ning süsteem ei taga kõigis piirkondades perearsti kättesaadavust. Perearstisüsteemi probleemide peamiseks põhjusteks on patsientide vähesete teadlikkuse kõrval perearstide puudus piirkonniti, nende erinev kompetentsus ning süsteemi piiratud arenguvõimalused.*“

Vastuoluliselt toob statistika välja pigem perearstisüsteemiga rahulolu. 2013. aastal oli 18% inimestest väga rahul ja 62,1% pigem perearstisüsteemiga rahul. Kasutatud teenusega rahulolu osas hinnatakse nii perearstide, pereõdede kui eriarstide tööd kõrgelt – ligikaudu 89% rahulolu määraga.²²⁴

²¹⁹ Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis (2005), Sotsiaalministeerium.

http://ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf

²²⁰ Riigikontrolli veebileht.

<http://www.riigikontroll.ee/Riigikontrollipublikatsioonid/Audituaruanded/tabid/206/Audit/2163/language/et-EE/Default.aspx>

²²¹ Vanemliku hoolitsuseta laste asendushoolduse poliitika roheline raamat. (2014) Sotsiaalministeerium. Sotsiaalministeeriumi veebileht.

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/Asendushooldus/ah_rr_dets_2014.pdf

²²² *Ibid.*

²²³ Perearstiabi korraldus: Kas süsteem täidab sellele pandud ülesandeid? (2011) Riigikontroll.

http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4741/1/Riigikontroll2011_2.pdf

²²⁴ Rahulolu perearstisüsteemiga vanuse järgi (PT07). Rahulolu kasutatud tervishoiuteenusega (PT01). Tervise Arengu Instituut.

Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>

Arstiabi kvaliteediga on 2013. aastal tervikuna 73,6% teenuse tarbijaist olnud rahul või pigem rahul.²²⁵ Fookusgrupiaruteludes on välja toodud Riigikontrolli poolt väljendatule sarnaseid hoiakuid, paraku puudub statistika, mis võimaldaks piirkondlikult välja tuua teenuse tarbijate rahulolu.

Perearsti poolt rutiinset depressiooni või teiste vaimse tervise häirete hindamist järjepidevalt ei toimu. Veelgi vähem hinnatakse laste vaimse tervist. Eestis on aga perearstile sageli probleemiks see, et andmed patsiendi vaimse tervise häirete ravi kohta psühhiaatri poolt üldse puuduvad, mis teeb keeruliseks ka terviseseisundi kirjelduse nõuete täitmise ja teiste haiguste ravimise, sest puudub ülevaade kõikide patsiendi poolt kasutatavate ravimite kohta.²²⁶

Spetsialistide täiendkoolitust peetakse ebapiisavaks eelkõige suhtlemisoskuste arendamise osas. Fookusgrupiaruteludes on välja toodud, et lasteaedades ja algklassides on õpetajad pigem head suhtlejad, kuna neile meeldib lastega töötada. Seevastu põhikoolis-gümnaasiumis on õpetajad pigem fokuseeritud oma aine õpetamisele ja enda täiendkoolitusele oma valdkonna spetsiifikast lähtudes. **Kompetentside tõstmiseks ja oskuste treenimiseks nähakse vajadust praktiliste treeningute järele**, mitte aga loengute järele, mida piiratud ressursside tingimustes sageli pakutakse. Loengu tüüpi koolitustel saab ühe osaleja osalemistasu võimalikult madala hoida, ent spetsialistid ei tunnetata neist tihti tegelikku kasu.

Teise olulise komponendina nähakse **vajadust supervisiooni ehk töönoustamise järele**. Kuigi on toimunud supervisiooni pilootprojekte ning teatud Haigekassa tervishoiuteenuste hinnas sisaldub ka superviseerimine kord kvartalis, ei ole supervisioon saanud standardiks. Superviisoreid on vähe ning supervisiooni korraldamine ei ole finantsiliselt asutustele jõukohane. Vähesel määral toimub superviseerimist tervishoiuvaldkonnas, kuid seda sageli grupisupervisioonina, mitte individuaalselt. Tervise Arengu Instituudi ja Ida-Soome Ülikooli poolt koostöös 2010. aastal läbiviidud koolides töötajate heaolu edendamise uuringus²²⁷ on välja toodud, et veerand vastanutest leidis, et töökohas pole olnud piisaval määral juhendamist ja nõustamist. Ligikaudu kolmandik on leidnud, et tuleks toetada tööalast heaolu ja vaimseid ressursse, samuti muuta töökoormust nii, et ei peaks ületunde tegema.

Tänased tugevused: Palju märkajaid ja eksperte

Olulise tugevuse loovad teenuseid osutavad spetsialistid - nii otseselt seoses vaimse tervisega (nt erinevad vanemahariduse pakkujad) kui ka kaudselt seda toetavad (eri haavatavate sihtühemiste toetajad). Eestis on palju kogenud inimesi mitmetes valdkondades, kelle kompetentside strateegilisem kombineerimine ja koostöö võiks anda palju kasu. Nende eksisteerimine mitte ainult ühes valdkonnas (nt tervishoid), vaid üle mitme valdkonna võimaldab luua tugivõrgustikku ning aidata haavatavaid sihtgrupe. See võimaldaks ühtlasi vähendada vaimse tervise kui eraldi valdkonna koormust ning võimaldaks suurendada ennetustöösse suunatavat panust ning esmaste märkajate hulka.

Kokkuvõttvalt:

Paljud kutsestandardid on puudulikud või aegunud. Seadusega ei ole kehtestatud mitmeid olulisi kutsequalifikatsiooninõudeid (psühholoogid, terapeudid). Teenust osutavate spetsialistide kvalifikatsioon ei vasta teenuse osutamiseks vajalikule tasemele. Kutseeksami tegemiseks puudub tunnetatud vajadus.

Perearstidel on erinev pädevus vaimse tervise häirete hindamiseks.

Esmatasandi spetsialistide täiendkoolitus vaimse tervise valdkonnas on ebapiisav. Puudujääke on tunnistatud nii suhtlemisoskuste kui ka varase märkamise ja vaimse tervise häirete riskide ning sümptomitega seonduvalt teiste asjakohaste spetsialistide teavitamise vajaduse tunnetamise osas. Laiapõhjalist supervisiooni ehk töönoustamist ei toimu.

²²⁵ Hinnang arstiabi kättesaadavusele ja kvaliteedile ning tervishoiukorraldusele (PT05). Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>

²²⁶ Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>

²²⁷ Töötajate heaolu edendamine koolis (2010), Tervise Arengu Instituut ja Ida-Soome Ülikool.

https://intra.tai.ee/images/prints/documents/132576743246_Kysitus_Heaolu_tookeskkonnas_2010.pdf

Mitmete teenuste teenusstandardeid ei ole kehtestatud, samuti on mitmed teenused ebaühtlase kvaliteediga ning järelevalve teenuse kvaliteedi üle sisuliselt puudub (v.a intensiivne ravi).

Valdkondadeülene koostöö ja teenuste integreeritus

Vaimne tervis on oma olemuselt sektoriteülene valdkond. See tähendab, et ükski sektor (hoolekanne, sotsiaalkindlustus, tervishoid, tööhõive, elamumajandus, haridus) ei saa lahendada vaimse tervise edendamiseks kaasnevaid küsimusi iseseisvalt, olles mõjutamata sidusvaldkondade poolt.²²⁸

Integreeritud teenuseid osutatakse teenuste kogumina terviklikult ja perekeskselt. Teenused hõlmavad esmast, teistest ja kolmandast sekkumist. Eesti kontekstis tähendaks see, et kõik laste vaimse tervise valdkonna osapooled²²⁹ teevad koostööd teenuste osutamisel lapse elukaare lõikes ning et teenused on lähtuvad põhimõttest, et abi osutatakse õigeaegselt ning suuremaid probleeme ennetades.

Eri valdkondade vahel jaotunud erialaspetsialistide koostöö ei moodusta täna sujuvalt toimivat ja piisavalt tulemuslikku tervikut kohaliku omavalitsuse tasandil ega ühtlaselt üle Eesti. Tarvilikud abinõud laste vajaduste märkamiseks ja nende arvesse võtmiseks võivad jääda rakendamata just olukordades, mis nõuaksid valdkondade ja erialaspetsialistide vahelist koostööd, mis tähendab, et osa lastest ei saa vajalikku kaitset ja hooldust üldse või ei ole see piisava kvaliteediga.²³⁰

Spetsialistid põhinevad oma töös suuresti isiklikule võrgustikule nagu on välja toonud fookusgrupiaruteludes ja ekspertgrupis osalenud spetsialistid. Töö sujub, kui tunned oma piirkonna lastekaitsetöötajat, konstaablit, logopeedi, sotsiaaltöötajat jne. Isiklikku võrgustikku kasutatakse vajalike kontaktide leidmisel, info saamiseks ja lahenduste väljapakkumiseks. Vähesse kogemusega spetsialistid võivad jääda oma töös hätta, kuna neil puudub piisavalt ulatuslik isiklike kontaktide võrgustik, kellega koostöös tulemusteni jõuda.

Täiendava dimensioonina on fookusgruppides välja toodud probleemi eesti- ja venekeelsete spetsialistide koostöös või õigemini koostöö täielikus puudumises. **Kaks keelegruppi moodustavad eraldiseisvad maailmad**, mille vahel kokkupuude puudub.

Kehtivad regulatsioonid ei sätesta lastega tegelevate asutuste koostöökohustusi ja -võimalusi ühtselt ja tõhusalt. Infovahetuse ja koostöö praktika erineb piirkondade ja spetsialistide lõikes. Valdkondadeüleste kokkulepete puudumine tegevuspõhimõtete ja töömeetodite (sh sekkumiste) suhtes võib põhjustada arusaamatusi spetsialistide koostöös ja luua ebaühtlust valdkondadesiseste tegutsemisviiside vahel. Eri valdkondade spetsialistid on ebaühtlase ettevalmistusega tööks laste, noorte ja peredega. Laste ja noortega töötavate eri valdkondade spetsialistide baasväljaõpe ja täienduskoolitus ei ole ühtlustatud teoreetiliste ja praktiliste käsitlustega ega anna sihtgrupiga tööks ühtset metoodilist alust. Laste ja noorte heaks tegutsevate asutuste töötajatel puuduvad valdkondade vahel ühtlustatud juhised, praktikad ja mõnikord ka ressursid abivajava lapse märkamiseks ja temast teatamiseks, et analüüsida oma valdkonna juhtumite mõju lapse heaolule, kaasata omal initsiatiivil last, peret ja teisi osapooli ning olla ise kaasatud teiste asutuste initsiatiivi korral.²³¹

Uuringus osalenud spetsialistide sõnul on sotsiaal-, tervishoiu ja haridusvaldkond on omavahel killustunud ning laste vaimse tervise teenuseid pakutakse iga valdkonna spetsiifikast lähtuvalt. Sihtgrupid ei ole kirjeldatud ega kooskõlas teenustega, mida osutatakse ning puuduvad seosed valdkondade vahel, et moodustada terviklikke teenuste kooslusi. Vaid väheste teenuste puhul ja väheste sihtgruppide lõikes on teenused omavahel integreeritud, peamiselt on kompleksteenused kättesaadavad statsionaarses ravis.

²²⁸ Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument (2002), Praxis. <http://praxis.ee/wp-content/uploads/2014/03/2002-Eesti-vaimse-tervise-poliitika.pdf>

²²⁹ Joonisel on ministriumid, asutused ja tasandid tähistatud erinevate värvidega.

²³⁰ Laste ja noorte valdkondadeülese tugisüsteemi väljaarendamise lähtealused (2014), Haridus- ja Teadusministeerium, Sotsiaalministeerium, Justiitsministeerium. Sotsiaalministeeriumi veebileht. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/tugisu_steemi_la_htealused_tervikdokument.pdf

²³¹ Laste ja noorte valdkondadeülese tugisüsteemi väljaarendamise lähtealused (2014), Haridus- ja Teadusministeerium, Sotsiaalministeerium, Justiitsministeerium. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/tugisu_steemi_la_htealused_tervikdokument.pdf

Sageli keskendutakse, lapse vaimse tervise probleemide korral, vaid lapse meditsiinilisele aitamisele, kuigi lapse probleemid võivad tuleneda tema perekonna sotsiaalsest või perekonnaliikme kehvast tervislikust seisundist. Samuti ei piisa, kui probleemide lahendusi otsitakse vaid tervishoiusüsteemist. Probleemi lahendamine perekonnas võib lahendada lapse probleemi ning seda just valdkondade koostöös. Nt võib fookusgruppides osalenud spetsialistide hinnangul pere sotsiaalse toimetuleku probleemi lahendamine anda võimaluse lapse paremaks edasijõudmiseks koolis või aidata kaasa diagnoositud haiguse ravile. Kui aidata vaid last, mitte perekonda tervikuna, võib teenusest saadud kasu olla lühiajaline ning probleemne olukord taastuda ja süveneda.

Teenuste integreerimise vajalikkust illustreerib ka koostöös ekspertidega lisades läbiviidud kaardistus, mille raames viisime kokku teenuste sihtgrupid ning sihtgruppidele vajalikud teenused. Tulemusi analüüsisid selgus, et **peaaegu iga sihtgrupi puhul peavad omavahel koostööd tegema vähemalt kaks erinevat vaimse tervise valdkonna osapoolt** ning et paljude teenuste puhul tuleb teenuseid suunata kas nii lastele kui ka lapsevanematele.

Teenuste integreerituse hindamiseks viisime uuringu läbiviimisesse kaasatud ekspertide abil kokku teenused, nende võimalikud osutajad ning nende paiknemise teenuste osutamise süsteemis. Analüüsi tulemusel selgus, et ühte ja sama teenust võivad erineva nurga alt osutada mitmed erinevad spetsialistid, mis kuuluvad erinevatesse süsteemidesse. Näiteks võib abivajav laps saada esmast nõustamist ja diagnostikat nii esmatasandi tervishoiust, eriarstiabist kui ka haridussüsteemist. Lisaks, kui tegemist on lapsega, kellel on sotsiaalprobleemid, võib ta lisaks saada sotsiaalnõustamist nii sotsiaalsüsteemist, eriarstiabist kui ka haridussüsteemist. Kuid nagu eelpool juba mainitud, ei ole tagatud teenuste omavaheline integratsioon. **Tagajärjeks on sarnaste teenuste dubleerimine ning seeläbi ressursside raiskamine.**

Allolevas tabelis oleme välja toonud teenuste integreerituse analüüsi tulemused teenusekategoriate lõikes. Teenuste integreerituse analüüsi aluseks on dokumentatsioonianalüüs, ekspertide arvamused ning fookusgruppides väljatoodud probleemid ja ootused.

Tabel 9. Hinnang lastele osutatavate vaimse tervise teenuste integreeritusele

Teenuse kategooria	Hinnang integreeritusele ²³²
Psühhiaatriline abi	Psühhiaatriline abi omas kategoorias on meeskonnapõhine ning integreeritud. Samuti teevad psühhiaatrid koostööd raviasutuse siseselt haigla sotsiaaltöötaja, hingehoidja jt spetsialistidega. Selle hea näide on ka Tallinna Lastehaigla juures tegutsev mobiilne kriisimeeskond, kuhu kuuluvad lastepsühhiaater, kliiniline psühholoog, vaimse tervise õde ning sotsiaaltöötaja. Sarnane positiivne näide on regionaalsed vaimse tervise keskused, kus samuti tegutsetakse meeskonnana (kliiniline psühholoog, vaimse tervise õde, sotsiaaltöötaja ning lastepsühhiaater superviisorina). Probleemid hakkavad tekkima minnes väljapoole raviasutust. Vähe tehakse koostööd/vahetatakse infot raviasutuste vahel ning esmatasandi tervishoiusüsteemis. Problemaatiline on ka psühhiaatrilise abi koostöö väljapoole raviasutusi jäävate osapooltega (nt sotsiaaltöötajad KOV-is, haridusasutused). Peamine probleem on infovahetamise vähesus, nt ei osapooled infot, mis võimaldaks neil last omalt poolt aidata – info edastamine on jätud patsiendi ning veelgi enam, patsiendi vanemate hoolde.
Esmatasandi tervishoiu teenused	Perearstisüsteemis on arsti ja õe teenus integreeritud ning perearst integreerib oma teenused eriarstliku abiga. Esmatasandi all oleme käsitlenud ka ämmaemanda vastuvõttu. Teenusel on suur potentsiaal edasiste vaimse tervise probleemide ennetamisel, kuid kahjuks hetkel ei ole teenus integreeritud mitte ühegi teise teenusega (sh tervishoiusüsteemis) ning valdav osa ämmaemandatest ei ole saanud asjakohast täiendõpet hindamaks rasedate vaimset tervist ning mõista nende nõustamise edaspidist rolli lapse elus. Problemaatiline on perearsti koostöö koolitervishoiusüsteemiga – infot abi saanud laste kohta tuleb vähe või mitte üldse. Viimane tuleneb nii vanemate õigusest infot koolile mitte edastada kui ka „hirmudest“ andmekaitse ees. Sama probleemistik kehtib perearsti, eriarsti ning KOV-i sotsiaaltöötaja puhul.
Sotsiaal- ja hooletandeteenused	Sotsiaalteenused on valdkonnasiseselt pigem integreeritud. Valdkonnas on mitmeid kompleksteenuseid, nt rehabilitatsiooniteenus ning tugiisikuteenus, mis on sageli integreeritud õppeasutuse tööga. Kehvasti on integreeritud sotsiaalteenused ning tervishoid (nii esmatasand kui ka psühhiaatriline abi). Infovahetus ei toimi²³³, mistõttu KOV-ini ei jõua info abivajavast lapsest või siis sellest, kuidas teda ja tema peret aidata.
Psühholoogiteenus väljaspool tervishoiusüsteemi	Integreeritust teiste teenustega ei ole võimalik tõendada teenuseosutajate ja osutatavate teenuste suure variatsiooni tõttu.
Kooli ja koolieelse lasteasutuse teenused	Integreeritud teiste haridusasutuse teenustega, kuid sõltub spetsialistide isiklikust võrgustikust.
Kodanikualgatuse teenused	Integreeritust teiste teenustega ei ole võimalik tõendada teenuseosutajate ja osutatavate teenuste suure variatsiooni tõttu.

Tänapäevased tugevused: Isiklike võrgustike kasutamine

Isiklike kontaktide kasutamine võib aidata parema tulemuseni jõudmisel ning mitte takerduda täpselt ettekirjutatud reeglitesse. Seejuures eksisteerib aga risk, et kui spetsialistide võrgustik pole piisavalt tugev, pole teenuse saamiseks n-ö garantiid. Isikliku võrgustiku kaudu vahetatakse mitteformaalne info liigub kiiresti ja õigete isikuteni, kellel on võimalusi abivajajat aidata.

²³² Hinnang põhineb PwC ekspertide arvamusel, dokumentatsioonianalüüsil ning fookusgruppide kogutud infol.

²³³ Üheks põhjuseks on lapsevanemale antud õigus keelata oma lapse kohta käiva info jagamist, aga ka nt Töötukassa poolt riskirühma kuuluvate töötute nimede edastamine.

Kokkuvõte:

Sotsiaal-, tervishoiu ja haridusvaldkond on omavahel killustunud, terviklike teenuste kooslusi ei ole, tänane käsitus ja lähenemine on teenuse-, mitte pere vajaduspõhine.

Kehtivad regulatsioonid ei sätesta lastega tegelevate asutuste koostöökohustusi ja -võimalusi piisavalt.

Sageli keskendutakse vaid lapse meditsiinilisele aitamisele, kuigi abi (nt sotsiaalset abi) vajab terve perekond. Valdkondadeülene koostöö ei ole sujuv ning põhineb peamiselt isiklikul võrgustikul.

Eesti ja vene keelt kõnelevad spetsialistid ei tee omavahel koostööd.

Teenuste vajadus

Teenuste vajaduse määratlemisel on peamiseks sisendiks fookusgrupiaruteludes osalenud spetsialistid ja lapsevanemad ning ekspertide hinnang sihtgruppide ja riskigruppide vajaduste alusel koondatud teabest.

Peamine ootus, mida teenuste osas on välja toodud, seisneb **olemasolevate teenuste kättesaadavuse parandamises ja paremas teenuste omavahelises integreerituses**.

Küsimus ei seisne mitte niivõrd abivajaja poolses arusaamas, et teenused peavad olema integreeritud, vaid spetsialistide poolt fookusgruppides rõhutatud vajadusest, et **spetsialist peaks suutma välja selekteerida abivajajale vajalike sekkumiste kogumi**. Abivajaja peaks saama aidatud ning seda peaks olema võimalik ette planeerida. Igati tuleks vältida võimalusi, et abivajaja aitamine sõltub konkreetse spetsialisti huvist, oskustest ja tema enda võrgustikust.

Uuringumeeskonnas osalenud eksperdid on kokku koondanud vastavalt sihtgruppide ja riskigruppide määratlusele võimalikud teenuste komplektid, mis võiks olla töövahendiks näiteks juhtumikorraldajatele ning esmatasandi spetsialistidele, et osata abivajaja suunata vajalike kompleksteenusteni (vt Lisa 13. Teenuste integreeritus ja vajadus). Seejuures ei ole toodud tabel lõplik ning vajab täiendavat analüüsi terviklike teenusekomplektide loomiseks.

Teenuseid vajadusepõhiselt hinnates selgitasime uurimismeeskonda kaasatud ekspertide abil välja, milliseid ülaltoodud vajatavaid teenuseid Eestis osutatakse ja milliseid mitte. Allolevasse nimekirja **tõime välja olulisemad teenused, mida sisuliselt ei osutata või mida ei osutata järjepidevalt**. Järjepidevuse dimensioonis lähtusime vaid projektipõhiselt rahastatud teenustest, kuna nende kättesaadavus on planeeritud lühiajaliselt vaid projektirahastuse perioodiks ning edasine teenuse osutamine ei ole teada. Nagu näha kattuvad fookusgrupis väljatoodud teenuste vajadused ja ekspertide poolt väljatoodud väga palju sellega, mida ekspertide sõnul ei pakuta üldse või väga vähe. Vt täpsemalt nimekirja peatükis „Teenuste kättesaadavus“.

Esmatasandi tervishoiu teenused:

- Perearsti poolt patsiendi vaimse tervise hindamine/ diagnoosimine;
- Perearsti poolt kergemate psüühikahäirete ravi (sh haiguse jälgimine);
- Vaimse tervise õe vastuvõtt ja koduvisiit (perearstikeskuses);
- Laste profülaktilised tervisekontrollid pereõde/-arst;
- Ämmaemanda koduvisiit

Sotsiaalteenused:

- Valvelastekaitse 24/7²³⁴;
- Alternatiivne lastehoiu teenus;
- Pere tugiisikuteenus sotsiaalseks rehabilitatsiooniks.

Kooli ja koolieelse lasteasutuse teenused:

- Psühholoogiteenus koolieelses haridusasutuses;
- Logopeediteenus koolieelses haridusasutuses;
- Õe teenus koolieelses haridusasutuses;
- Õe teenus erivajadusega lapsele koolieelses haridusasutuses.

Psühhiaatriline abi:

- Mobiilne kriisimeeskonna teenus²³⁵;
- Integreeritud psühhiaatriline abi regionaalses vaimse tervise keskuses;
- Vaimse tervise õe poolt läbiviidavad grupiteraapiad.

²³⁴ Lastekaitsetöötaja kättesaadavus väljaspool tavapärast tööaega

²³⁵ Out-reach teenus

Kodanikualgatuse teenused:

- Vanemaharidus.

Kokkuvõte:

Hetkel osutatakse vaimse tervise teenuseid mitte isiku vajaduse põhise, vaid teenusepõhise.

Kõiki vajalikke teenuseid ei osutata üldse, ei osutata piisavas mahus või on nende rahastamine projektipõhine ning eksisteerib oht, et projekti lõppedes teenus turul kaob.

Juriidilised piirangud teenuseosutamisel

Kui lapsel diagnoositakse psüühikahäire, puutub laps kokku väga paljude erinevate spetsialistidega sõltuvalt teenusest, mida ta parasjagu vajab.

Tervishoiusüsteemi välise spetsialistide puhul puudub selge regulatsioon, kes ja mis tingimustel võivad lapsele teenuseid osutada. Näiteks ei ole Eestis psühholoogi nimetuse kasutamine õigusaktidega määratletud ning tervishoiusüsteemi väliselt puudub psühholoogilise nõustamise osas selge standard.²³⁶ Seega on psühholoogidele ja nende teenusele esitatavad nõuded sisuliselt reguleerimata ning nõustamisteenuste pakkujate hulk on määramatu. Kuna teenusepakkujatel ei ole kohustust end atesteerida, valitseb olukord, kus turul tegutseb palju spetsialiste, kelle tegevuse üle kontroll puudub.

Psühholoogide ja teiste spetsialistide tegevus võib Eestis teatud osas olla määratletud kutsestandardiga. Siiski tasub silmas pidada, et vastavalt kutseaduse §-le 2 on nimetatud seaduse eesmärk kutsete andmise tervikliku süsteemi (edaspidi kutsesüsteem) loomine ning selle toimimise tagamine Eesti töötajate konkurentsivõime kasvuks ning kutsekompetentsuse arendamiseks, hindamiseks, tunnustamiseks ja võrdlemiseks. Seega ei paku kutseadus praegusel kujul lahendust erinevate teenusepakkujate ühtlustamiseks ning kvaliteedi tagamiseks. Samuti puudub riiklikul tasemel selge kutsete haldamise ning jõustamisega seotud regulatsioon, mistõttu on paljud kutsestandardid aegunud ning uued vastu võtmata.

Tervishoiusüsteemi spetsialistide puhul on oluliseks probleemiks rollide ebaselge määratlus. Vaimse tervise õdede vastutusala on seadusandlikul tasandil ebaselgelt määratletud. Vastavalt Vabariigi Valitsuse määrusele „Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu“ (edaspidi haigekassa tervishoiuteenuste loetelu) on võimalik minna vaimse tervise õe vastuvõtule ning vaimse tervise õde kaasatud ka kahe erineva tuberkuloosi juhtumi ravimise ning üldisesse raviplaani koostamise või muutmisega seotud ravimeeskonda, kuid muus osas täiendav regulatsioon puudub. Bogdanovi andmetel puuduvad täpsed piirid arsti ja õe tegevuste vahel ja seaduste/määrustega reguleeritakse pigem arstide tegevust. Seda ka neis valdkondades, kus reaalselt tööd patsiendiga või muud asjaajamist korraldab õde.²³⁷

Seadusandlikul tasandil puudub ka selge **lastepsühhiaatriat** puudutav regulatsioon. Probleemi on küll teadvustatud ning muuhulgas on ka Laste- ja noorukitepsühhiaatria kõrvaleriala arengukavas 2012-2020 märgitud²³⁸, et psühhiaatrilise abi seaduse killustatud täiendamine üksikute probleemide lahendamiseks on ebapiisav ning lastepsühhiaatria praktikast arvestades on võtmeküsimuseks, kuidas seadusandlus toetab hariduse, sotsiaalhoolekande ja ka kriminaal-hooldussüsteemi integreeritud lahendusi, lähtudes lastepsühhiaatrilise patsiendi vajadustest.

Psühhiaatri vastuvõtule pääsemiseks ei ole kehtestatud vajadust saatekirja esitamiseks. Seetõttu koormatakse psühhiaatrid üle ka neisse mittepõhjustatud küsimustes – probleemidega, mida oleks võinud lahendada kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja, lastekaitsetöötaja vm. Teisalt annab see vabaduse neile, kes tõesti

²³⁶ Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi RaTeRa – Rahvatervishoiu raamatukogu veebileht. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>

²³⁷ Ibid.

²³⁸ Laste- ja noorukitepsühhiaatria kõrvaleriala arengukava 2012-2020 (2012), Sotsiaalministeerium.

http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/THO/Laste-ja_noorukiteps%C3%BChhiaatria_k%C3%B5rvaleriala_arengukava.pdf

soovivad psühhiaatri vastuvõtule pääseda, ka sinna tõepoolest saada, kuna vahepealsed filtrid puuduvad. Liigsed piirangud olid varasemalt seatud ka **kliinilise psühholoogi** vastuvõtule, kelle vastuvõtule sai kuni 2015. aasta alguseni suunata vaid psühhiaater, kelle vastuvõtule pääsemine on täna küllaltki problemaatiline.²³⁹ Tänapäevaks on tehtud siiski juba vastavad muudatused ning suunata on võimalik ka perearstil. Haigekassa info kohaselt leeveneb alates 2015. aastast antud kitsaskoht ja perearstidele luuakse eraldi teraapiafond, mille suurus on 1.1 miljonit eurot ja millega tekib perearstil võimalus suunata oma patsiendid ka tervishoiusektori väliste spetsialistide, nagu psühholoog ja logopeedi vastuvõtule. Perearst ei pea oma patsienti kõigepealt psühhiaatri juurde saatma, kes saaks patsiendi edasi psühholoogi juurde suunata, vaid saab seda otse teha.²⁴⁰

Psühhiaatrilise abi seadus ei käsitle nt **otsusevõime määramise või ohtlikkuse tuvastamise kriteeriume**. Otsusevõimetust käsitletakse põgusalt tsiviilseadustiku üldosa seaduses, mis vaatlleb otsusevõime olemasolu tehingute tegemise seisukohalt.²⁴¹

Haridusvaldkonna poole pealt seab põhikooli ja gümnaasiumi seaduse § 51 lg 1 ranged piirid **väikeklassi mõistele**. Väikeklassi suuruseks on järgalt määratud 4 õpilast, kuigi autismispektri- või käitumis- ja tähelepanuhäiretega lastele ei pruugi olla vaja 4-liikmelist väikeklassi, vaid standardsest klassikomplektist väiksemat klassikollektiivi (nt 6-12 last). Ülereguleerituse tulemuseks on liialt palju väikeklasse, mille teenindamiseks ressursi ei ole²⁴², sh on puudus nii füüsilistest ressurssidest kui õpetajatest ja tugispetsialistidest. Samuti ei ole põhjendatud diagnoosipõhine laste määramine väikeklassidesse.

Rehabilitatsioonikeskusel puudub seaduslik alus laste sõnumisaladuse ja eraelu puutumatuse piiramiseks. Sarnaselt ei ole seadusega põhjendatud lapse suunamine rehabilitatsiooniasutusse, kui laps teenusele minema ei nõustu. Olemasolevad rehabilitatsiooniasutused (Tallinna Laste Turvakeskus ja Jõhvi Noorukite ravi- ja rehabilitatsioonikeskus) on kinnised asutused, kust lastel ei ole lubatud omal tahtel lahkuda. Seega on laste asutusse paigutamisel alaealiste komisjoni otsuse alusel tegemist lastelt vabaduse võtmisega Põhiseaduse PS § 20 mõttes. Hetkel suunatakse lapsed rehabilitatsiooniteenusele valdavalt alaealiste komisjonide otsuste alusel. Seadusega ei ole aga alaealiste komisjonidele antud õigust laste vabaduse piiramiseks rehabilitatsiooniteenusele suunamise eesmärgil. Ka lapse enda nõusolek rehabilitatsiooniteenusel osalemiseks ei legitimeeri vabaduse võtmist seadusliku aluseta. Samuti puuduvad kohustuslikud nõuded rehabilitatsiooniteenuse osutajatele (nõuded maa-alale ja ruumidele, personalile, programmis. või teenusel osalevate laste arvule jne).²⁴³

Rehabilitatsioonikeskused kasutavad laste suhtes erinevaid piiranguid nagu laste suhtes turvakontrolli teostamine, laste „järelemõtlemise tuppa“ paigutamine, laste suhtlemise piiramine, laste kirjavahetuse ja telefoni teel suhtlemise kontrollimine, kohustuslik uriiniproov kodust keskusesse naasmisel jne. Keskuse töötajate hinnangul on nimetatud piirangud rehabilitatsiooni õnnestumiseks hädavajalikud ja sarnaseid piiranguid on asutuses rakendatud juba üle kümne aasta, samas seaduslik alus selliste piirangute rakendamiseks puudub.²⁴⁴

Tõsised seadusandlikud puudujäägid on tahtevastase ravi regulatsioonis, millele on tähelepanu juhtinud näiteks õiguskantsler kui ka Riigikohus. Põhimõttelise tähtsusega on siin Riigikohtu lahend nr 3-2-1-155-13, mis nimetatud juhtumil kehtis küll vangi kohta, kuid milles väljendatud põhimõtted on üle kantavad ka käesolevasse valdkonda. Kolleegium juhtis tähelepanu, et tsiviilkohtumenetluse seadustiku (TsMS) ja psühhiaatrilise abi seaduse (PsAS) loogika ja põhimõtted ei ole omavahel piisavas kooskõlas ning seaduste koostoimes rakendamisel on tekkinud põhimõttelised probleemid. Psühhiaatrilise abi seadus lähtus loogikast, et esmalt paigutatakse isik tahtevastasel psühhiaatriaiglasse ning alles hiljem hakkab kohus kaaluma, kas on

²³⁹ Perearst võib järgmisest aastast oma patsiendi ilma erialarsti saatekirjata psühholoogi vastuvõtule suunata, Veebileht 60+ (28.10.2014). <http://www.6opluss.ee/2970615/perearst-voib-jargmisest-aastast-oma-patsiendi-ilma-erialarsti-saatekirjata-psuhholoogi-vastuvotule-suunata>

²⁴⁰ Perearst võib järgmisest aastast oma patsiendi ilma erialarsti saatekirjata psühholoogi vastuvõtule suunata, Veebileht 60+ (28.10.2014). <http://www.6opluss.ee/2970615/perearst-voib-jargmisest-aastast-oma-patsiendi-ilma-erialarsti-saatekirjata-psuhholoogi-vastuvotule-suunata>

²⁴¹ Amos, M. (2009) Rahvastiku vaimse tervise edendamine Eestis läbi seadusandlike vahendite. Magistr töö rahvatervishoius. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/769>

²⁴² Väikeklassidel on tulevikku... kuid ka arenguruumi, Õpetajate Leht (31.05.2013). <http://opleht.ee/6538-vaikeklassidel-on-tulevikku-kuid-ka-arenguruumi/>

²⁴³ Kontrollkäik Jõhvi Noorukite ravi- ja rehabilitatsioonikeskusesse (2014), Õiguskantsleri Kantslei. http://oiguskantsler.ee/sites/default/files/field_document2/kontrollkaigu_kokkuvote_johvi_noorukite_ravi-ja_rehabilitatsioonikeskus.pdf

²⁴⁴ Kontrollkäik Jõhvi Noorukite ravi- ja rehabilitatsioonikeskusesse (2014), Õiguskantsleri Kantslei. http://oiguskantsler.ee/sites/default/files/field_document2/kontrollkaigu_kokkuvote_johvi_noorukite_ravi-ja_rehabilitatsioonikeskus.pdf

vaja seda isikut seal veel üle 14 päeva hoida. Probleemiks, millele kolleegium tähelepanu juhtis, on otseselt seotud juba eelnevalt viidatud psühhiaatrilise abi seaduse killustatud täiendamisega. TsMS loogika on erinev – selle järgi peab kohus esmalt tuvastama isiku psühhiaatrilisele ravile paigutamise eeldused ja selle, millist ravi talle vaja on, ning alles seejärel võib isiku kohtulahendi alusel tahtevastastelt hospitaliseerida.

Nii märkis ka kolleegium, et TsMS jõustumisega muudeti ka psühhiaatrilise abi seadust, kuid tervikuna seadusi siiski ei ühitatud (vt nt PsAS § 11 lg-d 2 ja 3, § 12 lg 1, § 13 lg 4, mille rõhk on just haiglasisesel otsusel). Nenditi ka seda, et riik ei ole loonud psüühiliste probleemidega isikutega tegelemiseks sõltumatut ja efektiivset järelevalvesüsteemi, mis tagaks isiku õigeaegse tahtevastasele ravile paigutamise avalduste esitamise. PsAS § 13 lg 1 järgi arstidele isikult vabaduse võtmise avalduse esitamise õiguse andmine ei ole vähemalt üldjuhul õige.

Info ja uuringud

Riik peaks omama piisavat statistilist informatsiooni langetamiseks informeeritud otsuseid süsteemi arenduseks ning muudatusteks. Tagada tuleb informatsiooni piisav ulatus ja detailsus, päevakajalisus ning usaldusväärsus. Kogudes täiendavaid teadmisi erinevatest uuringutest, on ka vastuvõetavad seadused ja tegevused tihedamalt seotud tõendatud allikate ja parimate praktikatega. Lisaks tervise infosüsteemi poolt rutiinselt kogutud andmetele tuleks läbi viia perioodilisi uurimusi valdkonnas teostatavate tegevuste mõjususe ning efektiivsuse kohta, samuti peaks edendama uurimuste läbiviimise võimekust ja akadeemilist koostööd, seades vaimse tervise alased uuringud riiklike prioriteetide hulka. Uuringud aitavad kaasa nii olemasolevate teenuste täiustamisele kui ka täiendamisele.²⁴⁵

Selleks, et teada, kas eesmärgini on jõutud, tuleb seda mõõta. Hea poliitikakujundamise aluseks on vaja ülevaadet olemasolevast informatsioonist, mis väljendub:

- kogutavas statistikas, mis tugineb usaldusväärsetele andmetele;
- korrektsetes andmetes, mis on omavahel seostatud ning mis asuvad hästi organiseeritud andmekogudes;
- analüüsis, mida tehakse igapäevatoos läbi informatsiooni jagamise ja vahetamise, et osutada paremaid teenuseid ning suunata abi täpsemalt abivajajani;
- piisavas mahus teostatud uuringutele andmaks tagasisidet teostatud tegevuste sihipärasuse, mõjukuse ning tõhususe osas ning panustades tõenduspõhiste tegevuste rakendamisse ja poliitikakujundamisse.

Kogutav statistika

Statistika osas saame välja tuua probleeme statistika kättesaadavuse ja kasutatava metoodikaga. Teatud spetsiifiliste riskigruppide, näiteks välismaal töötavate vanemate laste ning vanemliku hoolitsuseta abivajavate laste puhul on küllalt ilmnud, et **probleemiks on statistika mittekogumine**. Samal ajal on mõningate riskigruppide, näiteks väärkoheldud laste ning suitsiidsete laste puhul **probleemiks ühtse ning tervikliku statistika puudumine**.

Mõnevõrra varjatud probleem ilmneb aga riskigruppide osas, kelle kohta kogutakse tegelikult palju statistikat ning tehakse erinevaid uuringuid. Probleem seisneb selles, kas ja kuidas seda analüüsitakse, kas on olemas ülevaade teenustest ning kas päringute tegemine ja info linkimine on võimalik teiste andmebaasidega. Probleemi ilmestab hästi näiteks koolikiusamise all kannatavate laste kohta eksisteeriv statistika, kus SA Kiusamise Vastu poolt 2013. a sügisel läbiviidud uuringus 5090 õpilase seas 2.-6. klassini oli kiusamise all kannatavate laste osakaal 22%.²⁴⁶ 2009.–2010. a läbiviidud Koolinoorte tervisekäitumise uuring (HBSC) näitas, et 11–15-aastaste laste hulgas on uuringule eelneval paaril kuul koolikiusamist kogunud vähemalt ühe korra 41%, vastanutest. HBSC andmetel viimase paari kuu jooksul vähemalt kahel korral on koolikiusamist kogunud 27% poistest ja 22% tüdrukutest vanuses 11 aastat, 24% poistest ja 17% tüdrukutest vanuses 13 aastat ning 10% poistest ja 9% tüdrukutest vanuses 15 aastat.²⁴⁷ Sellega ei viita me mitte vigadele statistikas, vaid **erinevatele metoodikatele ja ühtsete kokkulepete puudumisele, kuidas statistikat koguda ja kasutada**. Metoodikasse piisavalt süvenemata võib statistilisi näitajaid väärti tõlgendada, mille tulemusel võib sihtgrupp jääda vajaliku tähelepanuta.

Ekspertide hinnangul ei peegelda kogutav statistika üheselt sihtgruppide ja riskigruppide tegelikku suurust. Näiteks esmahaigestumus näitab küll ühest küljest teatud sihtgruppide iga-aastast kasvamist või vähenemist, kuid ei peegelda levimust ehk potentsiaalset teenuste vajajate hulka, kes kuuluvad

²⁴⁵ Mental Health Action Plan 2013–2020 .WHO (2013) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

²⁴⁶ Markina. A., Žarkovski. B. Laste hälbiv käitumine Eestis. (2014). Justiitsministeerium. Justiitsministeeriumi kriminaalpoliitika osakonna veebileht.

http://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/www.kriminaalpoliitika.ee/files/elfinder/dokumentid/laste_kaitumise_uuring_2014.pdf

²⁴⁷ Ibid

riskirühma, nt keda pole veel kunagi diagnoositud. Samuti ei ole reaalse abivajajate hulga määratlemisel oluline mitte üksnes diagnoos, vaid ka sellega kaasnev toimetulekuhäire ehk kaasnev risk.

Tihti ei lähtu statistika tegelikest sihtgruppidest ja riskigruppidest ega võimalda mõõta nende vajaduste katmist. Ebapiisav järelevalve ja statistika sihtgruppide lõikes tingib olukorra, et meil puudub ülevaade tegelikust olukorrast ning see piirab võimalusi probleemide lahendamiseks. Statistika ebapiisavus algab juba lapse vanuse defineerimisest. Andmebaasides leidub nii 0-1, 0-17, 0-18, 0-19, 0-26 eluaastat lapse vanuse määratluses, mis teeb statistiliste andmete võrdluse võimatuks.

Statistika on ülevaatlik tervishoiuvaldkonnas, kus on võimalik analüüsida tegelike juhtumite arvu diagnooside alusel, ent ka selles ei peegeldu terviklikult sihtgruppide suurus ja vajaduste katmine, kuna kajastatakse aasta lõikes uute teenusjuhtumite arvu. Ka eksisteerib statistika riiklike toetuste ja teenuste osutamise üle. Samas puudub statistika ennetustegevuse üle ning tegeliku teenuseosutamise üle, kui teenuseosutajad ei kuulu riikliku järelevalve fookusesse.

Psüühikahäirete esinemise epidemioloogilise olukorra kirjeldamiseks on Eestis kogutav statistika ekspertide hinnangul ebapiisav. Teada on depressiivsuse kui sümptomi levimust, kuid see ei eelda üheselt ravisekkumisi häire kui terviku korral. Haigestumuse ja tervishoiuteenuste kasutamise kohta kogutav statistika peegeldab abi kättesaadavust ja inimeste valmisolekut psühhiaatri poole pöördumiseks. Ravijuhtude statistika (psühhiaatrite poolt diagnoositud) on asutusepõhine ja annab ülevaate statsionaarse psühhiaatrilise abi kohta, kuid ei võimalda nii täpselt kirjeldada ambulatoorset psühhiaatrilist abi ega esmahaigestumust. Ravikulude statistika hõlmab vaid haigekassa poolt kompenseeritud teenuseid ja ei kata tasulistele eravastuvõtudele tehtud kulutusi.²⁴⁸

Eri valdkondades kogutud andmed ei ole võrreldavad ja ühtlustatud (mõisted, klassifikaatorid jne) ega kirjelda seetõttu tervikolukorda (näiteks kogub Sotsiaalministeerium laste kohta andmeid diagnooside ja puude raskusastme põhised, Haridus- ja Teadusministeerium aga hariduslike erivajaduste järgi, kuigi tegemist on osaliselt kattuvate sihtgruppidega). Praegu ei koguta ka kõiki tõenduspõhise poliitika kujundamiseks vajalikke andmeid ning praegune andmekogumine on ebapiisav nii kohalikul kui riiklikul tasandil. Andmete ja analüüside kasutamine juhtimis- ja rahastusotsuste tegemisel on puudulik või liiga aeglane.²⁴⁹

Kokkuvõte:

Kättesaadav statistika laste vaimse tervise osas on mitmes olulises osas poliitikakujundamiseks ebapiisav (kogu valdkonna rahastus, riskigruppide suurus, osutatavate teenuste maht ning kvaliteet jt). Kohati eksisteerib teatav statistika kas laste või vaimse tervise dimensioonis, kuid mitte laste vaimse tervise kontekstis, kuna valdkond ei ole riigis üheselt ega prioriteetselt defineeritud.

Puudub selge visioon, millist statistikat tuleks laste vaimse tervise osas koguma hakata.

Statistika ei lähtu tihti sihtgruppidest ja riskigruppidest. Statistika laste kohta on valdkonniti ja statistikakogujate lõikes erinev – lapse vanust ei ole selgelt määratletud. Kogutud andmed ei ole võrreldavad ja ühtlustatud.

Samad inimesed võivad esineda mitmete sihtgruppide ja riskigruppide statistikas.

²⁴⁸ Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi RaTeRa – Rahvatervishoiu raamatukogu veebileht. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>

²⁴⁹ Laste ja noorte valdkondadeülese tugisüsteemi väljaarendamise lähtealused (2014), Haridus- ja Teadusministeerium, Sotsiaalministeerium, Justiitsministeerium. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/tugisu_steemi_la_htealused_tervikdokument.pdf

Info struktuur

Tervishoiuinfo talletatakse iga teenuseosutaja andmekogudes ning e-tervise süsteemi kasutuselevõtt ei ole olnud siiani edukas. Andmekogude liiasuse ja omavahelise liidestamise probleem ilmneb valdkonna siseselt ja ka valdkondade üleselt.

Nii riiklike kui kohalike sotsiaalteenuste ja –toetuste menetluste läbiviimiseks ning vastavate andmete kogumiseks loodi 2009. aastal sotsiaalteenuste ja –toetuste andmeregister STAR^{250;251}. Tänase seisuga menetletakse STAR-is KOV-ide poolt toimetulekutoetuse ja hooldajatoetuse taotlemise ja määramise andmeid. Kuigi STAR-i koondatakse info kohalike omavalitsuste tasandilt, dubleerivad KOV-id sageli infot ka oma kohalikes andmekogudes. Kui KOV-i enda andmekogu annab paremaid funktsionaalseid võimalusi, eksisteerib risk, et andmebaase ühendavate liidestuste puudumisel on domineeriv parema funktsionaalse võimekusega andmekogu kasutamine, mille tulemusena on andmete hulk ja kvaliteet lokaalsetes ja tsentraalses andmekogus erinev. Probleem ilmneb fookusgrupiaruteludes osalenud spetsialistide sõnul teravalt just siis, kui kodanik vahetab elukohta ühe KOV-i haldusalast teise ning info tema minevikus saadud teenuste ja sotsiaalse olukorra kohta ei liigu kaasa. Elukoha vahetust ei pea isik registreerima, mis võimaldab tal liikuda ühest KOV-ist teise, ilma et ükski spetsialist saaks teada abivajavast lapsest/perekonnast.

Kuigi rahvastikuregistri seaduse § 39¹ lg 1 kohaselt hoolitseb isik enda ja oma alaealiste laste ning eestkostetavate elukoha aadressi õigsuse eest rahvastikuregistris, ei ole sellisel kujul reaalset tagatud isikute andmete õigsus ning antud asjaolu raskendab oluliselt lastekaitse-, noorsoo-, sotsiaal- jt laste vaimse tervise spetsialistide tööd eriti olukordades, kus pered kolivad või korterist välja tõstetakse.

Tervishoiuvaldkonna tsentraalse andmekogu e-tervis (nimetatud ka Tervise Infosüsteem TIS)²⁵² juurutamine ei ole planeeritult õnnestunud. Digilugu ei ole Riigikontrolli hinnangul kavandatud kujul käivitunud, sest hoolimata juba 2008. aastast kehtinud seaduse nõudest, ei esitata sinna kõiki andmeid. Näiteks 92% eriarstiabi teenuse osutajatest (sh haiglad, hambaarstid jt) ei esitanud 2012. aastal üldse andmeid digilukku ning pooled nendest, kes andmeid esitasid, esitas vaid veerandi nõutud andmetest. Kui digilukku ei esitata kõiki andmeid, ei ole võimalik seda kasutada igapäevases ravitöös ning sel juhul ei suudeta täita e-tervise laiemat eesmärki, milleks on tervishoiukorralduse tõhustamine.²⁵³

Tervise infosüsteemi edastatavad andmed on sätestatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59 lõige 2-s, kuid puudub nimetatud andmete edastamise kontrolliprotseduur. Kuigi näiteks Sotsiaalkindlustusamet (SKA) on kasutanud TIS-is olevaid isikute terviseandmeid arstliku ekspertiisi teostamiseks alates 01.06.2012, on käesoleval ajal ainult 37% juhtudest võimalik teha püsiva töövõimetuse ja puude ekspertiisi TIS-s olevate andmete põhjal. Jätkuvalt tuleb SKA-l pöörduda kirjalikult taotlustega isiku arstide poole terviseandmete esitamiseks, mis omakorda pikendab isiku ekspertiisitaotluse menetlemist ja on ressursikulukas.²⁵⁴

Riigikontrolli auditist²⁵⁵ selgub, et Sotsiaalministeeriumi haldusallas on kaks riiklikku registrit, kuhu kohalikud omavalitsused andmeid edastavad.

²⁵⁰ Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister (STAR) on riigi keskne andmekogu/infosüsteem, mis on asutatud juhtumikorralduse põhimõttel läbiviidava sotsiaaltöö korraldamiseks. Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistri asutamine ja selle pidamise põhimäärus (RT I, 12.12.2012, 4), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/121052013015?leiaKehtiv>

²⁵¹ RIHA andmetel kuuluvad Sotsiaalministeeriumile järgmised andmekogud: Riiklik sotsiaalregister, Meditsiiniline sünniregister, Terviseameti Laborite Infosüsteem, Struktuuritoetuse riiklik register, Tervise Infosüsteem, Tuberkuloosiregister, Uute psüühhoaktiivsete ainete varajase hoiatuse infosüsteem, Surma põhjuste register, Nakkushaiguste register, Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister, Vee terviseohutuse infosüsteem, Tööpoliitika infosüsteem, Raamatupidamise andmebaas, Vähiregister, Vähi söeluuringute register, Raseduskatkestusandmekogu, Riiklik pensionikindlustuse register, Müokardiinfarktiregister, Elektrooniline dokumendihaldussüsteem, Kollektiivlepingute andmekogu, Riigi personali- ja palgaarvestuse andmekogu, Personaliarvestuse register, Narkomaaniaravi andmekogu, Ohutu tööelu andmekogu

²⁵² Tervise Infosüsteem e e-tervis hõlmab 4 põhiprojekti: digilugu, digipilt, digiregistratuur ja digiresept.

²⁵³ E-tervise algselt kavandatud eesmärgid täitmata (2014), Riigikontroll. <http://www.riigikontroll.ee/tabid/168/amid/557/ItemId/703/language/et-EE/Default.aspx/>

²⁵⁴ Tervise infosüsteemi andmete kvaliteedi tõstmine (2014), Sotsiaalkindlustusamet. <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/alamleht/?page=3>

²⁵⁵ Andmete esitamine riigi andmekogudele valdades ja linnades (2013), Riigikontroll. <http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2304/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>

Olukord, kus tervishoiu sama taseme spetsialistid teevad pdf-kujul väljavõtteid andmekogudest ning vahetavad infot e-posti teel ja telefonitsi, ei ole fookusgrupiaruteludes osalenud spetsialistide sõnul erand, vaid pigem reegel, ning seda ka suurte tervishoiuasutuste praktikas.

Haridusvaldkonnas koguvad koolitervishoiutöötajad lisaks e-tervisest saadavale infole täiendavaid andmeid paberkandjal laste tervislikust seisundist, kuna perearstil pole seaduslikku alust infot kooli/lasteaeda edastada. Terviseinfo ja tegutsemisjuhised lapse kohta saab lasteaed/kool lapsevanemalt, seega on lapsevanem arstide ja lasteaia/kooli vahel info vahendaja. Isegi, kui arst on lapsevanemale vastavad juhised andnud, ei pruugi lapsevanemad edastada täit infot lapse tervisliku seisundi või diagnoosi kohta. Põhjus selleks võib olla arsti juhistest vähene arusaamine või häbimärgistamise hirm. Seetõttu ei pruugi lasteaia/koolis, kus laps viib suure osa oma päevast, olla spetsialistil terviklikku ülevaadet lapse vaimse tervisega seonduvast informatsioonist.

Suur osa osapoolte vahelisest suhtlusest ei talletu üheski andmekogus, mistõttu ei ole võimalik infot taaskasutada.

Alloleval joonisel on näidatud valdkonna peamised andmekogud, kus talletatakse sotsiaal-, tervishoiu ja hariduse valdkonna informatsiooni. Peamiseks allikaks andmekogudest ülevaate saamiseks on olnud Riigi infosüsteemi haldussüsteem RIHA.²⁵⁶ Loetelu ei ole lõplik, kuna kõigi andmekogude osas ei pruugi eksisteerida infot RIHA-s.

²⁵⁶ Riigi infosüsteemi haldussüsteemi veebileht. <http://riha.eesti.ee>

Sotsiaal-ministeeriumi haldusala (sotsiaalvaldkond)	Sotsiaal-ministeeriumi haldusala (tervisevaldkond)	Haridus- ja Teadus-ministeeriumi haldusala	Siseministeeriumi haldusala	Justiits-ministeeriumi haldusala	Rahandus-ministeeriumi haldusala	Kohalikud omavalitsused	Erasektor
Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister STAR	Tervise infosüsteem (digilugu, digipilt, digiregistratuur ja digiretsept)	Eesti Hariduse Infosüsteem EHIS	Eesti rahvastikuregister	E-toimiku süsteem	Statistikaameti andmekogu	Tallinna avalike teenuste andmekogu	Õppeinfosüsteem eKool
Riiklik pensionikindlustuse register SKAIS	Meditiiniline sünniregister	Kutseregister	Politsei menetluse infosüsteem	Kohtute infosüsteem	Statistikaameti e-teenused	Tallinna hariduse infosüsteem	Muud koolide lokaalsed infosüsteemid
Riiklik sotsiaalregister SIS	Uute psühhoaktiivsete ainete varajase hoiatuse infosüsteem	Eesti koolide haldamise infosüsteem*	Karistusregister	Kriminaalhooldusregister	Töötamise register	Tallinna universaaltoetuste andmekogu	Perearstikeskuste lokaalsed infosüsteemid
Tööpoliitika infosüsteem	Ravikindlustuse andmekogu		Riskilaste register*	Kriminaalmenetlusregister*		Kohaliku omavalitsuse menetluskeskkond	Eriarstide praksiste lokaalsed infosüsteemid
Töötuna ja töötusajana arvel olevate isikute ning tööturuteenuste osutamise register	Ravimiameti tegevuslubade register					Kohalike spetsiaalsete sotsiaaltoetuste töötlemise infosüsteem SIUTS	Haiglate lokaalsed infosüsteemid
Töötuskindlustuse andmekogu	Retseptikeskus					Kohalike omavalitsuste lokaalsed sotsiaalvaldkonna registrid	
Statistika: S-veeb	Haiglate lokaalsed infosüsteemid					Tallinna puuetega inimeste transporditeenuse andmekogu*	
Statistika: H-veeb	Haiglate standardne infosüsteem LIISA						
Statistika: M-veeb	Tervise Arengu Instituudi statistika andmekogu						
Sotsiaalvaldkonna andmeait*	Arstliku ekspertiisi andmekogu*						
Ohvriabijuhtumite andmebaas OAS*	Raseduskatkestus- andmekogu*						
	Narkomaaniaravi andmekogu*						

* - tähistatud andmekogud on asutamisel

Joonis 34. Vaime tervise teenuste valdkonnaga seotud kasutuselolevad või kasutusele võetavad andmekogud

Kokkuvõtvalt:

Andmekogusid on liiga palju, need ei ole omavahel piisavalt liidestatud. Kogutav info ei ole tihti taaskasutatav.

Andmeid dubleeritakse kesketes ja lokaalsetes registrites, kesketesse registritesse kantakse vähem infot. Info ei liigu lokaalsetest süsteemidest inimese elukoha vahetusega kaasa. Spetsialistid dubleerivad üksteise tööd andmete kogumise ning analüüsi osas.

Lapsevanem ei saa olla ainus lüli, kes edastab infot last abistavate spetsialistide vahel (ei pruugi tahta/osata edastada tegutsemisjuhiseid lapsega tegelevatele tugispetsialistidele/ õpetajatele, arsti sõnumist ei saada aru). See võib viia lünkade tekkimisele, dubleerivatele tegemistele või tegemata jätmiseni.

Infovahetus ja isikuandmete kaitse

Isikuandmete kaitse seaduse § 14 lg 1 punkt 1 sätestab, et isikuandmete töötlemine on lubatud ilma andmesubjekti nõusolekuta, kui isikuandmeid töödeldakse seaduse alusel. Nimetatud seadusesätte kohaselt on isikuandmete töötlemine lubatud kui selleks on antud sõnaselge võimalus mõne teise eriseaduse alusel. Isikuandmete kaitsega seotud küsimuste osas lastega seotud valdkonnas on õiguskantsler koostanud ka abivajavast lapsest teatamise juhendi. Kuigi koostatud juhend aitab kindlasti kaasa juriidiliste eriteadmisteta vastava valdkonna spetsialistide tegevusele, ei pruugi seaduse terminoloogia olla kõigile üheselt mõistetav. Nii on õiguskantsler tuletanud ka hetkel kehtivast lastekaitse seaduse²⁵⁷ paragrahvist 58, mis reguleerib üldsõnalisel tasandil abistamise eesmärki, abivajava lapse mõiste. Selline järeldus ei pruugi aga olla jõukohane näiteks ilma juriidiliste eriteadmisteta sotsiaaltöötajale. Seega niikaua, kuni eriseadustes puuduvad selged ja üheselt mõistetavad viited asjaoludele, mil andmete edastamine ilma andmesubjekti nõusolekuta on lubatud, võib ka tegelikult lubaval seadusel paraku puududa loodetud mõju.

Samuti võimaldab kehtiv seadusandlus hetkel lapse abistamiseks info edastamist eelkõige valla- ja linnavalitsuse ning politsei vahel. Valla- ja linnavalitsus ei või ilma lapse või esindaja nõusolekuta edastada teavet haridusasutustele, raviasutustele, tugiisikutele jm lähedastele isikutele ja teisi vaimse teenuseid pakuvate teenuse osutajatele (psühholoogid, sotsiaalne rehabilitatsioon jt).

Tervise infosüsteemi põhimääruse § 16 sätestatud õigus keelata juurdepääs isikuandmetele võimaldab takistada vaimse tervise teenuse osutajate vahelist informatsioonivahetust. Kindlasti tuleb siinkohal arvestada küll isikute, sh laste õigust privaatsusele, kuid sätte tegelikku mõte paremaks tagamiseks oleks ilmselt kohane ka sätet täpsustada.

Kuigi tervise infosüsteemi edastatavad andmed on sätestatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59², ei ole regulatsioonile vastavate andmete jõudmine süsteemi hetkel tagatud, kuna puudub nimetatud andmete edastamise kontrolliprotseduur. Kuigi SKA on näiteks kasutanud TIS-is olevaid isikute terviseandmeid arstliku ekspertiisi teostamiseks alates 01.06.2012, on käesoleval ajal ainult 37% juhtudest võimalik teha püsiva töövoimetuse ja puude ekspertiisi TIS-s olevate andmete põhjal. Jätakuvalt tuleb SKA-l pöörduda kirjalikult taotlustega isiku arstide poole terviseandmete esitamiseks, mis omakorda pikendab isiku ekspertiisitaotluse menetlemist ja on ressursikulukas.²⁵⁸

Tervise infosüsteemi määrus ei taga kõigi haiglate vahelist infovahetust – kõik haiglad ei näe infot, mis kolleeg teises haiglas on kirja pannud. Samuti ei ole sotsiaalsüsteemis osalejatel ligipääsu tervishoiusüsteemis olevale infole.

Info liikumine on takistatud eri valdkonna spetsialistide vahel ning sageli põhjendatakse seda andmekaitse seadusest tulenevate piirangutega. Isikuandmete kaitse seaduse § 14 lg 2 punktist 1 tulenev regulatsioon isikuandmete töötlemine lubamiseks andmesubjekti nõusolekuta seaduse alusel ei ole piisavalt selge ja võib tekitada erinevaid tõlgendusi.

Tervise teenuse osutajal on võlaõigusseaduse (VÕS) § 768 lg 1 kohaselt kohustus hoida saladuses talle tervishoiuteenuse osutamisel või tööülesannete täitmisel teatavaks saanud andmeid patsiendi isiku ja tema tervise seisundi kohta. VÕS § 768 lg 2 kohaselt võib kalduda saladuse hoidmise kohustusest mõistlikus ulatuses kõrvale, kui andmete avaldamata jätmise korral võib patsient oluliselt kahjustada ennast või teisi isikuid.

Spetsialistide hinnangud lapse abistamiseks on kättesaadavad lapsevanemale ning vaid lapsevanema nõusolekul ka teistele spetsialistidele. Tervise infosüsteemi põhimääruse § 16 sätestatud õigus keelata juurdepääs isikuandmetele võimaldab vanemate piirata vaimse tervise teenuse osutajate vahelist informatsioonivahetust. Kui lapsevanem ei nõustu info edastamisega teistele infot vajavatele osapooltele, peavad teised osapooled (nt koolipsühholoog, eripedagoog, sotsiaaltöötaja) kujundama oma hinnangud ilma teiste spetsialistide alusinformatsioonita. See omakorda tingib spetsialistide töö dubleerimist ja ressursside ebamõistlikku kulutamist.

²⁵⁷ Uus lastekaitse seadus on siiski vähemalt eelnõu tasandil selles osas mõnevõrra selgem.

²⁵⁸ Tervise infosüsteemi andmete kvaliteedi tõstmine. Sotsiaalkindlustusamet veebileht.

<http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/alamleht/?page=3>

Tulenevalt õiguskantsleri väljendatud seisukohast ei ole andmekaitse takistuseks info vahetusel: „Andmekaitse põhimõtted ei takista abivajavast lapsest pädevale asutusele teatamist! Abivajavast lapsest võib teatada ja vajadusel edastada lapse abivajadusega seotud (sh delikaatseid) isikuandmeid valla- või linnavalitsusele ja politseile ilma lapse ja/või tema seadusliku esindaja teadmise ja nõusolekuta, kuna nendel asutustel on seadusjärgne õigus lapsega seotud isikuandmete töötlemiseks. Laps vajab abi, kui ohus on tema elu, tervis, turvatunne, areng või heaolu. Igapähe on kohustus abivajavast lapsest teatada. Teatada tuleb valla- või linnavalitsusele (võimalusel otse lastekaitsetöötajale) või politseile. Valla- või linnavalitsus ja politsei on haldusorganid, kellel on seadusest tulenevalt avalik ülesanne abistada ja kaitsta last. Selle ülesande täitmise eesmärgil võivad valla- või linnavalitsus ja politsei töödelda isikuandmeid, mis puudutavad lapse abivajadust. Kuna valla- või linnavalitsusel ja politseil on õigus isikuandmeid töödelda, võib neile ka edastada andmeid lapse abivajaduse kohta ilma lapse ja/või tema seadusliku esindaja nõusolekuta. Andmekaitse ei ole takistuseks.“²⁵⁹

Õiguskantsleri seisukoht väljendab selgelt valla- või linnavalitsuse lastekaitsetöötaja ja politsei vastutust ja võimalusi info edastamiseks, ent jätab selgusetuks teiste sotsiaal-, haridus- ja tervisevaldkonna teenuseosutajate (nt õpetajad, perearstid, tugiisikud, psühholoogid, teised lähedased isikud) omavahelise infovahetuse ja tagasiside võimalused ning selle seaduslikkuse.

Kuni pole üheselt kinnitatud, et andmekaitse pole takistuseks ühelegi last abistavale isikule, kehtib (väär)arusaam, et andmekaitse takistab ning infot lapse kohta teisele spetsialistile edastada ei tohi.

Tänapäevased tugevused: Paindlikkus seadusandluses

Asjaolu, et seadusandluses ei ole väga rangelt seatud tingimusi, kas ja kuidas abivajajaid saab ja tohib aidata, jätab spetsialistidele võimalused reaalselt abivajajat aidata. Spetsialistid on valmis valdkondade vaheliseks loomulikuks koostööks, mis võimaldab jõuda lapse ja pere heaolu tagamiseks kõige parema lahenduseni. Rangete seadusesätete täitmine võiks tingida olukorra, kus kogu spetsialistide võimekus suunatakse vaid bürokraatianõuete täitmisele ning sisulise abi osutamiseks jääb ressursi väheseks.

Kokkuvõtt:

Isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid piiranguid peetakse info liikumise takistajaks, sageli aga teadmatusel, millist ja kellega tohib jagada. Andmete edastamine on lubatud oluliselt rohkematel juhtudel kui spetsialistid seda täna teavad. Seega on isikuandmete osas informatsiooni jagamise võimaluste selgitamine valdkonna spetsialistidele kriitilise tähtsusega.

Õigus keelata juurdepääs isikuandmetele ei pruugi olla alati lapse huvides.

²⁵⁹ Lasteombudsman koostas abivajavast lapsest teatamise juhendi (28.12.2011), Õiguskantsleri Kantsleil. <http://oiguskantsler.ee/et/lasteombudsman-koostas-abivajavast-lapsest-teatamise-juhendi>

Olemasoleva korraldusega jätkamise mõjud

Hetkeolukorra nõrkustest tulenevad järgmised negatiivsed mõjud tänaste laste, noorte ja lapsevanemate ning praegustest lastest-noortest sirguvate tulevaste täiskasvanute heaolule:

- paljud ära hoitavad vaimse tervise probleemid jäävad ennetamata (*puudub süsteemne ja mõjus universaalne ennetus*);
- osa vaimse tervise probleemidest jäävad (piisavalt kiiresti) märkamata või märkamisel mõjusa sekkumiseta (*varane märkamine, asjakohane reageerimine ja mõjusad sekkumised pole paljudel juhtudel tagatud*);
- katkestamata jääb vaimsest tervisest tulenevate ja seda mõjutavate probleemide kandumine ühest põlvkonnast järgmisesse (kui mõne konkreetse valdkonna spetsialist avastab vaimsest tervisest tuleneva või seda mõjutava probleemi kas seoses lapse või tema lähisugulasega, ei saa pere kui tervik enamasti kompleksset abi kõikide asjakohaste valdkondade spetsialistide poolt);
- piirkondlik ebavõrdsus vaimse tervise valdkonnas suureneb (süvenevad veelgi erisused esmasest ennetusest osa saamise võimalustes, spetsialistide poolse märkamise-reageerimise oskustes ja vaimse tervise teenuste kättesaadavuses).

Vaimse tervise probleemide allikate, välja kujunemise protsessi ja võimendumise seosed on keerukad. Alloleval joonisel (vt Joonis 35) on kujutatud üks võimalus vastavate mõjutegurite analüüsiks. Loetelu riskiteguritest ei ole ammendav, kuid annab ülevaate teema kompleksisusest. Piltlikult võib joonist ette kujutada “vaimse tervise tabloona”, kus iga konkreetse juhtumi korral võib ühe riskiteguri muutumine “punaseks” käivitada omakorda täiendavad riskitegurid või juba tuua kaasa esimesi negatiivseid tagajärgi. Samuti illustreerib joonis hästi seda, et alati ei saa probleeme lahendada tegeledes vaid lapsega, vaid läheneda tuleb märksa laiemalt.

Tänase olukorra jätkamisel ei teki Eestis süsteemi, mis võimaldaks riskitegurite aktiveerumist süsteemselt ennetada (universaalne ennetus) ja nende avaldumisel võimalikult ruttu reageerida (varane märkamine, asjakohane reageerimine ja mõjus sekkumine), et vältida iga juhtumiga seotud isikute heaolu edasist halvenemist. Laste ja pere heaolu jääb paljuski sõltuma nende elupiirkonnast (nt kohaliku võrgustikutöö toimimise sujuvus, vaimse tervise teenuste kättesaadavus), konkreetsetest spetsialistidest (nt nende oskus märgata ja julgus teavitada) ning lihtsalt juhustest (nt kas just tol aastal viiakse ellu mõnda muidu ebaregulaarset ennetuskampaaniat või -programmi).

Oluline praeguse olukorra jätkumise mõju väljendub ka selles, et laps ei pruugi saada abi koheselt selles keskkonnas, kus probleem algselt tekkis. See tähendab, et ühe riski realiseerumine toob kaasa tagajärjed ka teistes keskkondades-valdkondades. Probleemid, mis oleksid olnud algses keskkonnas pigem lihtsamini ja vähemate spetsialistide kaasatusel lahendatavad, muutuvad süvenedes komplekssemateks. Süvenenud probleeme on ainult nende algses keskkonnas tegutsedes juba võimatu lahendada. See põhjustab lisaks ebavajalikule institutsionaalsele koormusele üha suurema löhe laste vajaduste ja eri spetsialistide võimaluste vahel:

- nt koolikeskkonnas tuleb lahendada probleeme, mis on jäänud lahendamata perekonnas ning mida olukord perekonnas endiselt võimendab (nt sotsiaalne tõrjutus koolis tulenevalt vanemate mittetoetavast suhtumisest perekonnasiseselt);
- nt õiguskaitse valdkonnas tuleb lahendada probleeme, mis on jäänud lahendamata koolikeskkonnas ning mida olukord koolikeskkonnas endiselt võimendab (nt varguste menetlemine tulenevalt alaväärsuskompleksist klassikaaslaste suhtes).

Samas ei paranda tänase olukorra jätkamine võimalusi valdkondadeülese koostöö tegemiseks (sh ühismõju – ingl *collective impact*).

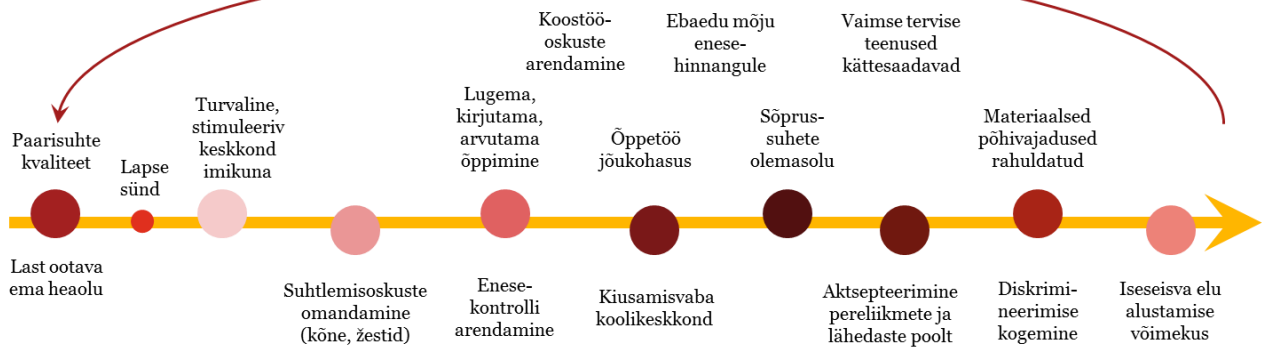
Probleemide süvenemist ja kompleksust illustreerivad alljärgnevad näited:

Näide 1: Vanemate pikad tööpäevad ja sobimatu graafik (pere tasand) – emotsionaalne ebaküpsus (lapse tasand) – raskused suhtlemisel (lapse tasand, mis mõjutab pere tasandit) – konflikt perega (pere tasand) – lapse suhtlemisraskuste süvenemine (lapse tasand).

Näide 2: Üksildustunne, madal enesehinnang ja kerge hariduslik erivajadus (aitaks esmane ennetus) – õpetaja ei arvesta haridusliku erivajadusega ja koolikiusamine (aitaks esmane ennetus ja / või varane märkamine koolikeskkonnas) – sõltuvusainete tarvitamine (probleem on muutunud kompleksseks ja seda pole enam võimalik nt ainult koolikeskkonnas sekkudes lahendada).



Joonis 35. Näited lapse vaimse tervise peamistest riskiteguritest ja nende omavahelistest seostest



Joonis 36. Võimalikud laste vaimse tervise kaitse- ja riskitegurid elukaare põhisel

Eelpool kirjeldatud riskitegurite mõju aitavad leevendada või kõrvaldada kaitsetegurid, mille loomisele ja tugevdamisele tuleb asetada rõhku universaalses ennetuses. Joonis 36 on esitatud mõned näited laste vaimse tervise kaitseteguritest. Universaalse ennetuse planeerimisel tasub lähtuda lapse ja pere elukaarest, et tugevdada just konkreetses eluetapis asjakohaseid kaitsetegureid.

Eesti käesoleva olukorra jätkumine toob endaga kaasa kahes negatiivse aspekti süvenemise. Ühelt poolt pole lastele tagatud, et tema elukaare jooksul toimuvad regulaarselt ja kõigis asjakohastes punktides universaalse ennetuse tegevused ja / või tema heaolu kontroll (pehmemas variandis märkamine). Teisalt on suur tõenäosus, et vaimse tervise probleeme märgatakse pigem hilja, kui lapse heaolu on kannatanud juba pikema aja jooksul ning lahenduste leidmine keerulisem.²⁶⁰

Kokkuvõte:

Strateegilisi positiivseid mõjusid tänase olukorra jätkumisel pole.

²⁶⁰ Jooniste koostamisel kasutatud allikad:

Mental health risk and protective factors (2012-2013), Kids Matter - Australian Primary Schools Mental Health Initiative.

http://www.kidsmatter.edu.au/sites/default/files/public/KMP_C3_RPFCMH_MentalHealthRiskAndProtectiveFactors.pdf

Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors (2012), WHO.

http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf

Children and Young People. Mental Health Foundation veebileht. <http://www.mentalhealth.org.uk/help-information/mental-health-a-z/C/children-young-people/>

Risk Factors Related to Children's Mental Health (2010), Community Action Network.

<http://canatx.org/health/PrescriptionForWellness/MentalHealth/Child/RiskFactors.htm>

Risk Factors for Childhood Mental Health Symptoms: National Longitudinal Study of Australian Children. Pediatrics (Vol 128, nr 4, October 2011). <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/08/30/peds.2011-0491.full.pdf>

<https://www.princeton.edu/~ota/disk2/1986/8603/860306.PDF>

Environmental Risk Factors and Children's Mental Health Problems. Princeton University. <http://www.findyouthinfo.gov/youth-topics/youth-mental-health/risk-and-protective-factors-youth>

Exploring Risk Factors for the Emergence of Children's Mental Health Problems. Arch Gen Psychiatry (Vol 63, nr 11, November 2006).

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=668222>

Elukaare etapid. Kursuse „Inimese elukulg“ veebileht.

http://www.hariduskeskus.ee/opiobjektid/elukulg/?INIMESE_ARENG:ELUKAAR:Elukaare_etapid

Teiste riikide parimad praktikad

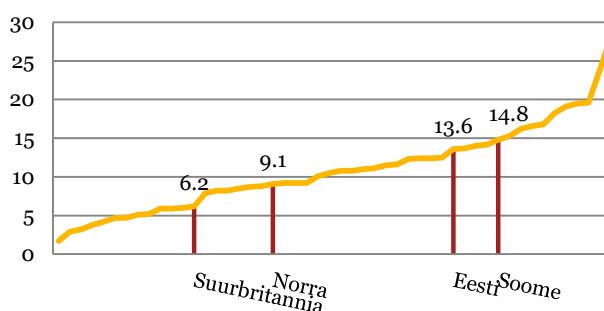
Analüüsi teises etapi eesmärk on anda ülevaade laste vaimse tervise süsteemi korraldusest teistes riikides, tuua välja mõjukamad tõendus põhised praktikad ning kirjeldada eeskujus, mida ja kuidas võiks Eestis rakendada.

Uuringusse oleme koostöös Tellijaga valinud võrdlusriikideks Soome, Norra ja Suurbritannia, kelle kogemus ja parimad praktikad on eeskujuks Eesti integreeritud teenuste süsteemi stsenaariumite väljatöötamisele.

Selleks, et riikide sarnasusi ja erinevusi välja tuua, oleme peatüki sissejuhatavas osas välja toonud indikaatoreid, mille kaudu väljendada vaimse tervise valdkonna hetkeseisu. Iga riigi kohta on esitatud detailsem analüüs alampeatükina. Alltoodud tabelis (vt Tabel 11) on toodud vaimse tervise poliitika ja edendamise prioriteetidid võrdlusriikides.

Tabel 10. Võrdlusanalüüsi valitud riikide SKP ja rahvaarv 2013²⁶¹

	SKP (PPP) 2013 (EUR)	Rahvaarv 2013
Eesti	16 242	1 320 174
Norra	40 170	5 051 275
Soome	26 031	5 426 674
Suurbritannia	27 046	63 905 297



Joonis 37. Suitsiidide arv 100 tuhande elaniku kohta

Täiendavalt oleme toonud välja suitsiidide taseme kui ühe valdkonna olulisima indikaatori. Kõige madalam suitsiidide tase on Suurbritannias, Eestis ja Soomes jääb see Euroopa riikide keskmisele tasemele.

Nii Norral, Soomel kui Suurbritannial on olemas poliitikad ja strateegilised plaanid, mis hõlmavad ka vaimse tervise ennetust ja edendust. Ainsana puuduvad Eestis vaimse tervise poliitikad, strateegiad ja plaanid, kuigi ennetus ja edendus on sotsiaal- ja tervisevaldkondade poliitikates hõlmatud.

Tabel 11. Vaimse tervise poliitika ja edendamise prioriteetidid²⁶²

Riik	Vaimse tervise poliitikad, strateegiad, plaanid	Poliitikad ja strateegiad hõlmavad vaimse tervise edendust	Poliitikad ja strateegiad hõlmavad vaimse tervise ennetust	Edendamise ning ennetamise peamised prioriteetidid
Eesti	ei	jah	jah	Üldine tervisekaitse kava eluea tõstmiseks, sotsiaalse ühtekuuluvuse tagamiseks, vaimse tervise alase teadlikkuse tõstmiseks, varajaseks tuvastamiseks ning laste ja perede heaolu ja elukvaliteedi parandamiseks.
Norra	jah	jah	jah	Üldine tervisededamine ning haiguste ennetamine läbi tervislike eluviiside, heaolu edendamise, narkootikumide ning alkoholi tarbimise vähendamise ja kaasava tööelu.

²⁶¹ Central Intelligence Agency. The World Factbook. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>

²⁶² European Commission (2013). Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health. http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf

Riik	Vaimse tervise poliitika, strateegiad, plaanid	Poliitika ja strateegiad hõlmavad vaimse tervise edendust	Poliitika ja strateegiad hõlmavad vaimse tervise ennetust	Edendamise ning ennetamise peamised prioriteedid
Soome	jah	jah	jah	Üldine tervisekaitse kava rahvatervise parandamiseks, tervena elatud eluea pikendamiseks, sotsiaalse heaolu parandamiseks ning tervisega seotud ebavõrdsuse vähendamiseks.
Suurbritannia	jah	jah	jah	Vaimse tervise ning rahva heaolu parandamine, kiirem juurdepääs vaimse tervise teenustele, eriti suhtlusterapiale, suitsiidi ning stressi ennetamine.

Enim panustavad tervishoidu Suurbritannia ja Norra, kelle kulutused tervishoiule moodustavad üle 9% SKP-st, kui Eesti panustab vaid 6%.

Tabel 12. Tervishoiukulutused riikide lõikes²⁶³

Riik	Kogu tervishoiu eelarve/kulud, mis on suunatud vaimse tervise valdkonda	Rahastamissüsteem	Tervishoiu-kulutused/eelarve SKP-st	Aasta
Eesti	5,8%	Peamised rahastamisvahendid tulevad Haigekassast, omafinantseeringutest ning kaasfinantseeringutest	6,0%	2011
Norra	18,0%	Riigi rahastamine ning teatud omafinantseeringud	9,1%	2011
Soome	3,9%	Peamised allikad on maksutulud, sotsiaal- ja erakindlustus ning omafinantseeringud	8,9%	2011
Suurbritannia	13,0%	Rahastatud peamiselt üldisest maksutulust	9,6%	2012/2010

²⁶³ European Commission (2013). Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health. http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf

Suurbritannia

Suurbritannias (SB) on laste vaimse tervise teenused jagatud 4 taseme vahel²⁶⁴:

I tase – universaalsed teenused

Teenusepakkujad, kelle esmane ülesanne ei ole seotud vaimse tervise teenustega, kuid kes on haaratud nii vaimse tervise probleemidega laste/noorukite vaimse tervise probleemide hindamisse kui nende toetamisse, teostavad varast sekkumist, annavad üldiseid nõuandeid, lihtsamatel juhtudel ravi kergemate probleemide korral ja tegelevad vaimse tervise alase edenduse- ja ennetustööga. Universaalsete teenuste pakkujad suunavad tõsiste probleemidega lapsed edasi II ja III taseme teenuste juurde.

Sellesse tasemesse kuuluvad perearstid (*GPs*), terviseõed (*health visitors*), koolid, väikelaste nõustamine (*early years' provision*), õpetajad, noorsookohtustusüsteemi töötajad, kooli terviseõed, peretöötajad ja teised.

Universaalseid teenuseid tellib ja teenuseid rahastavad CCG-d (*Clinical Commissioning Groups*²⁶⁵), kohalikud omavalitsused ja koolid iseseisvalt.

II tase – sihtmärgistatud ehk suunatud teenused

Kergemate vaimse tervise probleemidega laste ja noorukite jaoks loodud teenused, mida pakuvad koolides või lastekeskustes (*children's centres*) töötavad professionaalid, kes suhestuvad teistega pigem läbi võrgustiku kui meeskonnana: kliinilised lastepsühholoogid, koolipsühholoogid, pediaatrid, kogukonna (*community*) vaimse tervise õed või muud spetsialiseeritud meditsiiniõed, ka lastepsühhiaatrid. Siia kuuluvad ka kõrgema vaimse tervise probleemi riskiga spetsiifilistele sihtgruppidele (nt seaduserikkumistega noorte meeskonnad, järelvalve all olevate laste meeskonnad, pediaatrilistes akuutosakondades töötavad psühholoogid).

Teenustena pakutakse teiste spetsialistide (eelkõige I taseme) koolitust ja konsulteerimist, perede konsulteerimist, *out-reach* teenust juhtudel, kui pered ei soovi kasutada spetsialiseeritud teenuseid, hindamist, mis võib viia ravini sellel või järgmisel tasemel.

II taseme eesmärgiks on aidata peredel funktsioneerida vähem stressirohkel moel, aidata laste ja noorukitel üle saada vaimse tervise probleemidest, diagnoosida ja ravida vaimse tervise probleeme, aidata lastel ja noorukitel kogeda oma kodu, kogukonna ja hariduse hüvesid, aidata laste ja noortel ning nende peredel tulla efektiivsemalt toime oma elukogemusega.

Sihtmärgistatud teenuseid tellib ja teenuseid rahastavad CCG-d, kohalikud omavalitsused ja koolid iseseisvalt. Korralduslikult ja teenuse sisu poolest varieeruvad teenused üle riigi.

III tase – spetsialiseeritud teenused

Laste ja noorukite vaimse tervise spetsialistide multidistsiplinaarsed meeskonnad või teenistused pakuvad erinevaid sekkumisi raskete, komplekssete ja püsivate häirete korral. Meeskonnad töötavad kas lastepsühhiaatria polikliinikutes või kohalikes (*community*) vaimse tervise kliinikutes. Meeskonnas võivad olla sotsiaaltöötajad, kliinilised psühholoogid, süsteemsed pereterapeudid, vaimse tervise õed, lastepsühhiaatrid, loovterapeudid, laste psühhoterapeudid või tegevusterapeudid.

Teenusele suunab tihti perearst, kuid aktsepteeritakse ka koolide või muude organisatsioonide suunamisi ja mõningatel juhtudel ka otse pöördumist.

²⁶⁴ *Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) Tier 4 Report (2014)*, CAMHS Tier 4 Steering Group. <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/07/camhs-tier-4-rep.pdf>

²⁶⁵ *Clinical Commissioning Groups* – SB Sotsiaalministeeriumi analoogi (*Department of Health*) täidesaatva asutuse National Health Service organisatsioonid, mis koosnevad arstidest (kõik perearstid peavad kuuluma CCG alla), õdedest ja muudest professionaalidest, kes planeerivad ja ostavad teenust patsientidele lähtudes National Health Service kvaliteedinõuetest ja hinnakirjast.

Lisaks II taseme juures kirjeldatud ülesannetele on III taseme ülesanneteks:

- nende vaimse tervise probleemidega laste ja nende perede aitamine, keda ei suudeta aidata II tasemel seoses probleemide püsivuse, kompleksuse või sotsiaalset toimetulekut või normaalset arengut mõjutava häire tõttu;
- IV tasemele edasisuunamise otsustamine;
- I ja II astme spetsialistide koolitamine ja konsulteerimine;
- juhtude sujuv tagasisuunamine II tasemele III taseme raviprotsessi lõpufaasis;
- osalemine teadus ja arendusprotsessides.

Neid teenuseid finantseerivad CCG-d, kuid ka KOV võib anda oma osa ning selles osas on üle riigi varieeruvust.

IV tase – spetsialiseeritud laste ja noorukite vaimse tervise teenused (CAMHS)

Päevastatsionaarsed ja statsionaarsed teenused ning mõned väga spetsialiseeritud ambulatoorsed teenused, sh:

- sooidentiteedi häirega patsientidele mõeldud teenused;
- kurtidele lastele mõeldud teenused;
- kõrgelt spetsialiseerunud autismispektrumi häirega patsientide teenused;
- obsessiiv-kompulsiivsele häirele; raske psüühikahäirega või suitsiidriskiga lastele ja noorukitele loodud spetsialiseeritud teenused.

IV taseme teenusteks on hindamine, ravi ja juhtumi korraldus laste, noorukite ja nende perede puhul, kelle probleeme ei saa lahendada III tasemel seoses nende kompleksuse, riski, püsivuse või sotsiaalset toimetuleku häirega; selliste teenuste pakkumine, mis ei oleks häirete vähese esinemise tõttu kuluefektiivsed väiksema populatsiooni puhul; pakkuda tuge I-III taseme spetsialistidele raskete juhtude korral, mis üldjuhul vajaksid ravi IV tasemel.

Neid teenuseid finantseerib otse *National Health Service*, mis on Eesti Haigekassa analoog.

Laiem ülevaade integreeritud sekkumiste põhimõtetest on koondatud dokumenti *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services*²⁶⁶.

Raamistiku sotsiaalhoolekande klientideks olevate laste ja noorukite teenusevajaduse hindamiseks, planeerimiseks, sekkumisteks ja analüüsiks kirjeldab 2002. aastal koostatud dokument *Integrated Children's System*, mis põhineb omakorda *Assessment Framework and the Looking After Children* süsteemidel. Dokument annab sotsiaalteenuste saamiseks vajaliku info koondades ühe lapse kohta kogu erinevaid teenuseid puudutavad andmed ning annab võimaluse neid planeerida. Lisaks annab dokument sotsiaaltöötajale näidised, kuidas ühe juhtumi materjale algusest lõpuni süsteemselt ja struktureeritult koondada, kajastada ja kasutada või kuidas koostada mingi konkreetse probleemi osas raport. Põhimõtteliselt on tegu e-sotsiaalhoolekande alussüsteemiga.

Suurbritannias rakendatakse sekkumisi, mis arvestavad last koos perega ning lähtuvad lapse ja nooruki erinevate eluetappide põhivajadustest²⁶⁷. Eraldi saame rõhutada hea alguse sekkumisi väikelastele ja nende vanematele. Suurbritannias rakendatakse laste ja perede heaolu parandamiseks käitumisalast nõustamist, sotsiaalsete oskuste parandamist, psühhoterapiat, sh kognitiiv-käitumuslikku teraapiat ning viha juhtimisele suunatud sekkumisi. Kahe enam levinuma vanemlusprogrammina nimetatakse *Webster Stratton-i Incredible Years* ja *Triple P* programme²⁶⁸, kuid ka programme nagu *Strengthening families, Nurturing, Parents as first teachers*.

²⁶⁶ *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. Core standards (2004), Department of Health.*
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/199952/National_Service_Framework_for_Children_Young_People_and_Maternity_Services_-_Core_Standards.pdf

²⁶⁷ *Ibid*

²⁶⁸ Vanemlusprogrammide *Triple P* ja *Incredible Years* süsteemide võrdlev analüüs (2014), Sotsiaalministeerium.
http://lapsedjapered.sm.ee/fileadmin/Sisu_laadimine/Lapsed_ja_pered/Uued_dokumendid/Vanemlusprogrammide_vordlev_analues_Loppraport.pdf

Eeskuju Eestile

Suurbritanniast eeskuju võttes peaksime koostama laste vaimse tervise vajadusi, st teenuseid, nende integreerimise põhimõtteid ja sihtgruppe kajastava poliitikadokumendi²⁶⁹, mille rakenduskavade tulemusi regulaarselt analüüsitakse. Suurbritannia vastav dokument *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services* koostati 2004. aastal ning koos sellega ka andmete kogumise alusdokument ehk lähtekoht digitaalseks andmete kogumiseks alates andmekogude nimedest kuni analüüsi võimalusteni, mida alates 2005. aastast tehakse igal aastal²⁷⁰. Arvestades Suurbritannia tagasilööke 2008. aasta eelarvekärbete foonil, peaksid laste ja perede vaimse tervisega seotud eelarved olema kaitstud poliitiliste meelemuutuste eest.

Integreerimise aluseks on süsteemide kirjeldamine, mille osas on Suurbritannia 4 taseme sisukirjeldusi võimalik osaliselt eeskujuks kasutada. Valdcondade vahelise koostöö puhul on põhjalikult kajastatud vaimse tervise nelja astme ja haridusvaldkonna integreeritust²⁷¹, mis eelkõige puudutab koostööd II astme ja kooli vahel.

Kõige levinum koostöövorm on Suurbritannias koolide konsulteerimine tervishoiutöötajate poolt. Sellele lisanduvad koolitused ja personali supervisioon. Ka praktiseeritakse vaimse tervise töötajate poolt õpilaste individuaalset ja grupi psühhoterapiat koolis. Vaimse tervise spetsialistid, kes kõige enam koolides praktiseerivad, on kliinilised psühholoogid, vaimse tervise õed (*Community Psychiatric Nurses*) ja sotsiaaltöötajad.

Kuna Suurbritannia integreeritud süsteemide ülesehitus, mehitatus ja rahastamine erineb Eesti omast ja varieerub üle Suurbritannia märkimisväärselt, siis ei ole üks-ühele võimalik süsteemi korraldust Eestis rakendada. Küll on võimalik rakendada põhimõtteid, mida analüüsi tulemusena on olulistena välja toodud, näiteks koostööd soodustavad faktorid. Nendeks on:

- organisatsioonidevahelised lähetused;
- personali palkamise paindlikkus, mis võimaldab eri organisatsioonide vahel paindlikult liikuda;
- selge arusaam personali erinevatest rollidest ja tööülesannetest;
- meeskonnas kokkulepitud selge tööplaan;
- koos töötamine;
- mitteformaalsed kohtumised, suhtlemine ja meeskonna ülesehitamine.

Väga oluline on üksteisele selgete ootuste, sh suunamise kriteeriumite sõnastamine, erialade ülene rahastamine, haridustöötajate koolitamine ning eri valdkondade spetsialistide teavitamine erinevate valdkondade prioriteetidest. Korraldatud peab olema info jagamine, ühised juhtumiarutelud. Samas on oluline säilitada põhivaldkonnaga suhe, sh erialaline supervisioon. Ka tuuakse välja võimekus töötada paindlikult ja loovalt. Taustal peab olema koostööd toetav poliitikadokument.

KOV-ide tasandil peaksid hariduse eest vastutavad ametkonnad sõnastama koostööd puudutava strateegia, mida uuendatakse iga-aastaselt ning mis sisaldaks järgmist:

- II taseme ehk sihtmärgistatud vaimse tervise teenuseid pakkuvate spetsialistide koostöö vastavate haridusasutuste (LEA – *Local Education Authority*) meeskondades, nt käitumise toetamine meeskondades;
- Eesti näide oleks KOV-ide psühholoogide, kooliõdede ja koolide HEV-meeskondade spetsialistide koostöö, arvestades ka Rajaleidja keskuste integreerimist koostöösse vastavalt nende töökorraldusele ja mehitatusele;
- kinnitama ühise eelarve sotsiaal-ja haridusvaldkonna ühisele teenustele;

²⁶⁹ *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. Core standards (2004), Department of Health.* https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/199952/National_Service_Framework_for_Children_Young_People_and_Maternity_Services_-_Core_Standards.pdf

²⁷⁰ *A profile of children's health services, child and adolescent mental health services and maternity services in England 2008/9, (2010), Durham University.* <http://dro.dur.ac.uk/8220/1/8220.pdf>

²⁷¹ *Effective Joint Working between Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) and Schools (2003), Mental Health Foundation.* <http://www.healthcareforlondon.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/03/Effective-Joint-Working-working-CAMHS-and-Schools.pdf>

- arvestama teenusesaajate arvamusega;
- looma lingid sotsiaalhoolekandega, mis eraldiseisvana on väga oluline ka Eesti kontekstis;
- kokku leppima ühise strateegia konfidentsiaalsuse osas ja veenma selle olemasolus vanemaid ja lapsi. Seda nii andmekaitse reeglite järgmises, kuid veelgi enam realses mitme valdkonna vahelises suhtluses ühe juhtumi raames.

Suurbritannia eeskujult lähtuvalt on väga oluline viia läbi vaimse tervise probleeme ja nendega seotud tegureid kajastav epidemioloogiline uuring, mille analüüs annaks korrektse lähtekoha sihtgruppide ja nende vajaduste kirjeldamiseks^{272;273}. Integreeritud teenuste aluseks on ka sõnastatud ühiste hindamispõhimõtete, sekkumisteks vajalike oskuste ja hoiakute nimetamine ja kirjeldamine, mis Suurbritannias on koondatud dokumentidesse *The Common Assessment Framework*²⁷⁴ (CAF) ja *Common Core of Skills and Knowledge*²⁷⁵.

Rahastamise erinevuste ja inimressursi piiratuse tõttu ei saa Suurbritannia süsteemi otse üle võtta, küll aga peaks kujunema tava süstemaatilisteks ja konstruktiivseteks analüüsideks^{276;277}. Eestis oleks mõistlik jõuda üleriigilise lastekaitse alase elektroonilise andmekoguni, mille andmeid saab süstemaatiliselt ja iga-aastaselt analüüsida. Üleriigilist kõikide vaimse tervise valdkondade elektroonilist andmekogu võib olla keeruline luua, kuid sellele vaatamata peab olema tagatud võimalus vastastikusteks andmepäringuteks või erinevate valdkondade (tervishoid, haridus ja sotsiaalhoolekanne) andmekogude linkimiseks eesmärgistatud uuringute tarvis. Andmekogu peaks võimaldama ka kvalitatiivsete andmete kasutamist ning selle optimaalsus peab säilitama aja otseseks klienditööks.

Suurbritannias oluliseks peetud sotsiaaltöötajate supervisiooni, järjepideva abi tagamist koos sekkumiste ajakava koostamisega, valdkonnaülese koostöö puhul suunamisele reageerimist ja tagasiside andmise põhimõtet, raskete juhtude andmekogu (*Serious Case Reviews*) ja juhtumite analüüsi saab Eestis rakendada²⁷⁸. Valdkondade vaheline info jagamine vajab nii eraldi koolitust, juhendmaterjale kui regulaarseid arutelusid igapäevase praktika osas. Ääretult oluline on õppida Suurbritannia kogemusest seda, et süsteemi täiendused ei viiks olukorrani, kus reeglite järgimine saab olulisemaks kui professionaali arvamus ja aeg reaalseks tööks laste ja peredega.²⁷⁹

Muu hulgas on Suurbritannias kasutusel erinevad lastepsühhiaatria valdkonna teenuste kvaliteedisüsteemid (QNIC ja QNCC), mille kohaldamine Eesti oludele võiks osutuda asjakohaseks.

Laste ja noorte vaimse tervise **statsionaarsete teenuste** osutajate kvaliteedi edendamise võrgustiku (*Quality Network for Inpatient CAMHS* ehk **QNIC**) standardid on edasiarendus uuringu NICAPS (*National Inpatient Child and Adolescent Psychiatry Study*) käigus teenuste hindamiseks välja töötatud standarditest. Esimesed QNIC standardid töötati välja 2001. aastal ning nende eesmärk on parandada järk-järgult teenuste kvaliteeti, kasutades selleks kliinilise auditi tsükli põhimõtteid.²⁸⁰

Laste ja noorte vaimse tervise **kogukondlike teenuste** osutajate kvaliteedi edendamise võrgustik (*Quality Network for Community CAMHS* ehk **QNCC**) soodustab loimitud teenuseid, mis tagavad kõigile noortele õigeaegse ja asjakohase sekkumise, arvestades noorte vaimse tervise probleemide raskusastet ja nendega seonduvaid või kaasnevaid vajadusi. Standardid on mõeldud kõigile kuni 18-aastastele, sh neile, kellel on vaimupuue, autismispektri häired või kaasuvad ainete kuritarvitamisega seotud probleemi. Standardeid

²⁷² *The mental health of children and adolescents in Great Britain* (2000), Office for national Statistics.

http://www.dawba.info/abstracts/B-CAMHS99_original_survey_report.pdf

²⁷³ *Postal survey of services for child and adolescent mental health problems in general practice in England*, Primary care Mental Health (Vol 1, nr 1, March 2003), <http://www.ingentaconnect.com/content/rmp/pcmh/2003/00000001/00000001/art00004>

²⁷⁴ *Early identification, assessment of needs and intervention. The Common Assessment Framework for children and young people. A guide for practitioners* (2009), Children's Workforce Development Council.

http://www.plymouth.gov.uk/caf_for_practitioners_national_guidance.pdf

²⁷⁵ *Common Core of Skills and Knowledge* (2010), Children's Workforce Development Council. <http://www.yor-ok.org.uk/YorOK-Workforce/Common%20core%20of%20skills%20and%20knowledge%20for%20the%20childrens%20workforce.pdf>

²⁷⁶ *Common Core of Skills and Knowledge* (2010), Children's Workforce Development Council. <http://www.yor-ok.org.uk/YorOK-Workforce/Common%20core%20of%20skills%20and%20knowledge%20for%20the%20childrens%20workforce.pdf>

²⁷⁷ *The Protection of Children in England: A Progress Report* (2009), The Lord Laming.

http://dera.ioc.ac.uk/8646/1/12_03_09_children.pdf

²⁷⁸ *The Common Core of Skills and Knowledge*. (2010) Children's Workforce Development Council. <http://www.yor-ok.org.uk/YorOK-Workforce/Common%20core%20of%20skills%20and%20knowledge%20for%20the%20childrens%20workforce.pdf>

²⁷⁹ *The Protection of Children in England: A Progress Report* (2009), The Lord Laming.

http://dera.ioc.ac.uk/8646/1/12_03_09_children.pdf

²⁸⁰ QNIC Teenuste osutamise standardid (Service Standards) 7. trükk. Toimetajad: Peter Thompson ja Harriet Clarke

kasutavad paljud laste ja noorte vaimse tervise kogukondlike teenuste osutajad ning need koosnevad kümnest alamteemast, mis järgivad kogukondlikke laste ja noorte vaimse tervise teenuseid kasutava noore raviteekonda (ravile saatmine ja teenuse kättesaadavus, seisundi hindamine ja ravi planeerimine, ravi ja sekkumine, teave ja konfidentsiaalsus jne).²⁸¹

²⁸¹QNCC Teenuste osutamise standardite lühiversioon. Väljavõte teenuste osutamise standardite 3. Trükist. Toimetajad: Rachel Barrett, Carly Butler, Elizabeth Collins, Anne O'Herlihy ja Peter Thompson

Norra

Hetkel on Norra süsteemi kõige olulisem initsiatiiv koordineeritud reform, mille eesmärgiks on luua teenused lähedale inimeste elukohtadele ja tugevdada suunatud jõupingutusi ja investeeringuid vaimse tervise edendamisele ning ennetustegevusele. Selle tagamiseks ka võimaldatakse omavalitsustele ka suurem rahaline toetus ning määratakse seadusandlusega ka edendamise ning ennetusega seotud kohustused.

Vaimse tervise valdkonnas töötas 2011. aasta seisuga 20 470 spetsialisti, kellest 16 770 tegelesid täiskasvanutega ning 3 700 laste ja noorte probleemidega. Igal aastal ravitakse umbes 3% täiskasvanutest ning 5% lastest vaimse tervise teenuse spetsialisti poolt. Ooteajad vaimse tervise teenustele (kui tegemist ei ole hädaolukorraga) on keskmiselt 60-70 päeva ning veidi rohkem narkootikumide kuritarvitamisega seotud teenuste puhul.

Finantseerimine toimub reeglina tervikuna riigi eelarvest ning sellega on hõlmatud ka eriarstiabi ning kohaliku tasandi teenused. Finantseerimine toimub blokk-lepingute toetuskeemi alusel ning vaimse tervise valdkonna finantseerimine moodustas tervikuna 18% kogu tervishoiu eelarvest.²⁸²

Teenused on Norras aga üldisel tasandil võimalik kõigepealt jagada regionaalse tasandi teenusteks ning kohaliku tasandi teenusteks.

Regionaalse tasandi teenused

2002. aastal läks vastutus spetsialiseeritud tervishoiuteenuste eest maakondadelt üle keskele juhtimisele. Neli regionaalset tervisekeskust (RHA) vastutavad spetsialiseeritud tervishoiuteenuste osutamise eest kõigile inimestele nende haldusalas. RHA-d on eraldiseisvad üksused, mis kuuluvad riigile läbi vastava ministeeriumi. RHA-d vastutavad patsientide ravi, meditsiinilise personali koolitamise ning teadus- ja üldise koolitustegevuse osas. Valdondlikult vastutavad RHA-d haiglate, psühhiaatria, kiirabi, haigla apteekide, hädaabiliini ja laboratooriumite tegevuse eest. Sisulise töökorralduse eest vastutavad RHA-dele kuuluvad tervise trustid (*health trusts*), kes korraldavad tööd näiteks nendele kuuluvates haiglates või ka lepinguliste suhete teel erateenuste pakkujatega. Valitsuse juhised rõhutavad samuti spetsialiseeritud vaimse tervise integratsiooni tähtsust ja allumist samadele printsiipidele mis teised spetsialiseeritud tervishoiuteenused.

Kohaliku tasandi teenused

Omavalitsustel on delegeeritud volitused kõigis hoolekandeteenustega seotud aspektides. Need hõlmavad endas põhikooli, sotsiaalteenuseid, hooldusteenuseid ning tervishoidu, sh teenuseid vaimselt haigetele. Kuigi omavalitsused varieeruvad suuruselt alates 300 elanikust kuni kõige suurema, 520 000 elanikuga Osloni ning on seega ka erineva administratiivse võimekusega, peaksid omavalitsused siiski üldisel tasandil toimima ühtemoodi. Lühidalt öeldes on omavalitsused kõige olulisemad hoolekande korraldajad ning vaimse tervise teenuste pakkujad elanike jaoks.²⁸³

Omavalitsuse tervishoiu ja hoolekande teenused peavad looma kõrgetasemelise tervishoiu ja sotsiaalteenused igapähele, kes neid vajavad, sõltumata vanusest ja diagnoosist. Valdonna olulisemateks teenusepakkujateks on perearstid, psühholoogid ning olulisemateks teenusteks hädaabiteenused, vaimse tervise teenused ja/või üldise hoolduse teenused (võivad olla inkorporeeritud või eraldatud), rehabilitatsiooniteenused, teenused, mis on seotud ennetamise ning edendamisega tervise valdkonnas, pikaajalised teenused eakatele või inimestele vaimsete probleemidega, teenused peredele, lastele ja noorukitele (terviseõed, perekeskused, pedagoogilised

²⁸² *Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health* (2013), European Commission.

http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf

²⁸³ *The social and cognitive mapping of policy: Mental Health in Norway Actors, Organisation and Knowledge* (2008), Knowledge and Policy in education and health sektor. <http://www.knowandpol.eu/IMG/pdf/01.norwayhealth.pdf>

psühholoogilised teenused, tervishoiuteenused koolides jne). Samuti on olemas initsiatiive, mille eesmärgiks on suurendada koostööd tervishoiuteenuste ja koolide vahel.²⁸⁴

Samuti on vaimse tervise teenused Norras võimalik jagada üldarstiabiiks ning eriarstiabiiks (spetsialiseeritud teenused).

Kergele kuni mõõdukate sümptomitega vaimsete häiretega tegelevad Norras perearstid. Selliste häirete hindamisel arvestatakse sümptomite arvu ja tõsidust, funktsioonihäire astet ning sümptomite kestust. Kerged kuni mõõdukad sümptomid on tüüpiliselt tihedamini esinevad häired nagu näiteks depressioon ja ärevus, aga ka obsessiiv-kompulsiivsed häired või somatoformsed häired, mis võivad esineda ka tõsiste häiretena, kuid on kõige rohkem levinud vähem akuutsetes vormides. Nende ülesandeks on ravida ja hallata nimetatud sümptomitega isikuid kaasates vajadusel ka teisi spetsialiste. Kui ravi ei ole ettenähtud aja jooksul piisavalt edukas, suunavad perearstid patsiendi vastavatesse ambulatoorse ravi kliinikutesse. Nimetatud ülesannete tagamiseks koolitatakse ja toetatakse perearste nende haridustee vältel, spetsiaalsete kursustega ning koostöös spetsialiseeritud teenustega. Siiski puudub aga täielik selgus, mis tasemel perearstide vaimse tervise teadmised on ning kui palju koolitusvõimalusi täpselt ära kasutatakse.²⁸⁵

Tõsisemate vaimse tervise häirete jaoks mõeldud spetsialiseeritud teenused põhinevad n-ö kolmel sambal:

- Piirkondlikud psühhiaatrilised keskused, mille eesmärk on pakkuda spetsialiseeritud teenuseid detsentraliseeritud tasandil. 75 keskust hõlmavad kõiki omavalitsusi;
- Psühhiaatrite ja psühholoogide erapraksised, mille eesmärk on pakkuda teenuseid koostöös teiste vaimse tervise teenustega;
- Haiglaosakonnad, mis pakuvad äärmiselt spetsiifilisi teenuseid (eriti ohtlikud häired ja muud spetsialiseeritud funktsioonid).²⁸⁶

Perearstid on n-ö väravavalvurid spetsialiseeritud vaimse tervise teenuste juurde. Spetsialiseeritud teenuste puhul võivad perearstid suunata patsiente erapraksisesse psühholoogi või psühhiaatri juurde või ambulatoorsesse haiglasse (piirkondlik psühhiaatriline keskus), millest mõnede juures on ka statsionaarsed osakonnad. Sellised keskused asuvad elamurajoonides, et hõlbustada edasist ravi ja järelkontrolli tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate poolt. Ükski patsient ei saa ise haiglasse ravile minna ning patsiente, kes vajavad kas vabatahtlikku või sundravi, peab alati hindama perearst.

Probleemidega, mis ilmnevad väljaspool perearstide tööaega, nädalavahetustel, riiklikel pühadel jne, peavad patsiendid kontakteeruma erakorralise meditsiini kliinikutega. Esmasel kontaktil hindavad õed patsiendi vajadusi ja algatavad vastavaid meetmeid. Võimalikud lahendused võivad olla õepoolne nõustamine või erinevad kontaktid perearstiga, nt telefoni teel nõustamine. Probleemiks on aga siiski fakt, et nimetatud kliinikud on mõeldud erakorraliste probleemidega jaoks, kuid suur osa neist probleemidest ei ole erakorralised. Keerulisemaid raviprotseduure korraldatakse üldhaiglate statsionaarsetes psühhiaatrilistes osakondades. Haiglaravi võimaldatakse tasuta. Erasektori vaimse tervise haiglad mängivad limiteeritud rolli ning hõlmavad endas teenuseid söömishäiretele, hooldekodusid vanematele psühhiaatrilise osakonna patsientidele ning psühhiaatri/psühholoogi ambulatoorseid tegevusi.

Eraldi väärib äramärkimist piirkondlike psühhiaatriliste keskuste tähtsus teenuste detsentraliseerimisel. Nimetatud keskuste areng kohalikul tasandil koos vastavate spetsialistidega (psühhiaatrid, psühholoogid ja psühhiaatriaõed) on olnud 1999. aastal alanud tervishoiureformi üks põhiosi. Keskused pakuvad spetsialiseeritud teenuseid kohalikes piirkondades ning teevad koostööd haiglate ja üldarstiabi teenuse pakujatega omavalitsustes. Keskus pakub ambulatoorseid teenuseid, päevahoiu teenuseid, lühiajalist haiglaravi, pikaajalist ravi ja rehabilitatsiooni, konsultatsioone, toetust üldarstiabi teenuse osutajatele ning kriisiabi teenuseid.

²⁸⁴ *Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health* (2013), European Commission.

http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf

²⁸⁵ OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014 (2014), OECD. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-norway-2014/mental-health-in-norway_9789264208469-8-en;jsessionid=566i2l17bvhoa.x-oecd-live-02

²⁸⁶ *Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health* (2013), European Commission.

http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf

Üks olulisemaid tunnuseid kõigi teenuste osutamise juures on aga nn peremaja teenuste osutamise struktuur. Nimetatud teenuste struktuur on soositud riiklikul tasandil, kus rõhutatakse selle tähtsust läbi viidava koostöö reformiga ning soovitatakse ka kohalikel omavalitsustel korraldada oma teenused vastavalt peremaja süsteemile. Peremaja on interdistsiplinaarne omavalitsuse poolt pakutav teenus, mis on mõeldud rasedate emade, laste ja noorukite vaimse ja füüsilise tervise toetamiseks. Kesksete teenused, mida peremajades tihti pakutakse, hõlmavad endas rasedusaegset jälgimist, lastega seotud hoolekannet, pedagoogilis-psühholoogilisi teenuseid ning avatud lasteaeda. Peremaja eesmärgiks on leida peredele igakülgne ning toetav teenus ühe katuse all ning psühholoogilise riskiga laste tuvastamine ning vajaliku ravi võimaldamine nii vara kui võimalik. Seega töötavad erinevate valdkondade professionaalid ühiste meeskondadena, mis võimaldab neid ühiselt täita edukamalt ka seatud ülesandeid.²⁸⁷

Õpetajad ja õpilased võivad kasutada erinevaid vaimse tervisega seotud teenuseid. Rohkem kui 150 haridusliku- ja psühholoogilise nõustamise teenuse (PPS) rohkem kui 2 000 professionaaliga, kellest umbes 200 psühholoogi moodustavad üleriigilise võrgustiku. Spetsialist suunab õpilase vastava eriarstiabi teenuse juurde (läbi perearsti) ja juhendab kooli, kuidas saada hakkama õpilastega, kellel on sotsiaal-emotsionaalsed probleemid. Käitumusliku või narkootikumide probleemiga võivad õpetajad kontakteeruda lastekaitsega, mis on osa kohalikust sotsiaalteenusest. Probleemidega õpilased võivad samuti kontakteeruda kooli nõustajaga, kes neid juhendab või vastavate spetsialistide juurde suunab. Viimasena on olemas kooli tervishoiuteenused, mis on osa omavalitsuste teenusest ning ei asu tingimata koolis. Siinkohal tekivad probleemid, kuna teenuse osutajad ei võta vastutust õpilase eest ning vaimse tervise teenuste üle puudub piisav koordineerimine.²⁸⁸

Üldise märkusena on vaimse tervise teenuste poole suunamine ning vastuvõtt vähenenud ning teenused on muutunud mitmekesisemaks. Enamus patsiente ravitakse ja hooldatakse väljaspool institutsioone, ambulatoorsel ravil või omavalitsuse pakutavatel teenustel. See viitab eemaldumisele pikaajalisest ravist haiglatest ja suundumisele ambulatoorsele ravile, mobiilsetele kriisimeeskondadele (*out-reach*) ja toele/ravile väiksemates asutustes.

Riiklik strateegia hõlmab laste ja noorukite vaimse tervise jaoks rohkem kui 100 sekkumismeedet, mis hõlmavad endast kooli kursusi ning internetilehekülgi vaimse tervise teadlikkuse tõstmiseks, vanemaharidusprogramme, programmid laste koolist väljakukkumise vältimiseks, programm terviklike ning igakülgsete teenuste mudelite arendamiseks lastele ja noortele jms. Samuti on olulised meetmed vaimsete häiretega või mõnuaineid kuritarvitavatele lapsevanematele.²⁸⁹

Kõige enam tagavad laste ja lastega perede heaolu järgmised sekkumised:

- Väikeste lastega perede toetamine, isade rolli suurendamine pereelus. Äärmiselt oluline on emapuhkus. Norras on samuti 6-nädalane isapuhkus ning ekspertide hinnangul võiks olla see isegi pikem. Isade kaasamine võimaldab soolist võrdsust ning isad on muutumas järjest tähtsamaks laste kasvatamisel.
- Samuti on eksperdid oluliseks pidanud laste sotsiaalkindlustuse põhimõtet, makstes erinevaid toetusi, et tagada lastega perede jätkusuutlik majandamine. Üldine lapsetoetus on kuni lapse 18-aastaseks saamiseni 114 eurot²⁹⁰ kuus ning 1-2-aastastele lastele, kellel ei ole täisajaga avalikus lasteaias, makstakse toetust kuni 390²⁹¹ eurot. Vanematele pakutakse lapse sünni korral lapsehoolduspuhkuseks 100% tema viimase 49 nädala palgast või 80% 59 nädala palgast.
- Norra süsteemi äärmiselt oluline osa ka terviseõed. Kuna usk terviseteenustesse on väga kõrge, siis ei ole ühiskonnas häbimärgistamise probleemi ning õdedelt abi palumist peetakse täiesti tavapäraseks. Terviseõed jälgivad ema raseduse vältel kuni lapse sünnini ja jätkavad ema jälgimist ka sünnituse järgselt. Nimetatud järelevalve ei piirdu mitte üksnes üldise tervisliku järelevalvega, vaid õdede kohustuseks on jälgida ning juhendada emasid valdkondades, mis puudutavad emotsionaalset toimetulekut, piisavat magamist, toitumist jms. Õed käituvad seega justkui rasedate juhendajate ning tugisikutena. Nende koormus ning järelevalve intensiivsus on suurem raseduse ajal ning samuti lapse esimestel eluaastatel, kuid

²⁸⁷ The Family's House Organization and Professional Perspectives (2012), University of Tromsø.

http://uit.no/Content/303043/RKBU_Family_Electronic.pdf

²⁸⁸ Mental Health and Work: Norway (2013), OECD. <http://www.oecd.org/els/emp/mental-health-and-work-norway-9789264178984-en.htm>

²⁸⁹ International profiles of HealthCare Systems (2013), The Commonwealth Fund.

<http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2013/nov/international-profiles-of-health-care-systems>

²⁹⁰ 970 Norra krooni

²⁹¹ 3 303 Norra krooni

võib sõltuvalt vajadusest olla ka intensiivsem või väiksem. Kui õde ei suuda ise probleemi lahendada, siis suunab ta ema vastava spetsialisti juurde, mis on tulenevalt peremajade süsteemist ka väga hästi kättesaadavad. Ekspertide hinnangul on nimetatud teenus kõige olulisem, kuna hea süsteemi ülesehitamise juures on kõige olulisem toimiv baasteenus.

- Lasteaiad ja laste päevakeskused – umbes 98% 4-aastastest lastest veedavad peaaegu terve päeva lasteaias ning 80% 1-2 aastastest veedavad terve päeva päevakeskuses. Enne 1-aastaseks saamist ei ole aga lasteaedades ja päevakeskustes peaaegu ühtegi last, kuna emad ja isad veedavad seda aega koos lapsega. Kui laps saab üheaastaseks, on kõigil õigus lasteaiakohale. 1-2-aastastele lastele, kellel ei ole täisajaga avalikus lasteaias, makstakse toetust kuni 390²⁹² eurot. Äärmiselt oluline ka siinkohal peremajade süsteem, kus lasteaiad ja laste päevakeskused paiknevad, kuivõrd riskilapse varasem märkamine ning kiirem ligipääs teenustele võimaldab efektiivsema abi ning seega suurendab ravi ning ennetuse edukuse tõenäosust.

Eeskuju Eestile

Norra analoogist lähtudes peaks kättesaadavuse tagamiseks kindlasti tegeleda eriarstiabi teenuste rohkem piirkondlikule tasandile toomisega. Praegusel juhul on vaimse tervise teenused tagatud eelkõige kõige suuremates keskustes ning sedagi reeglina haigla juures paiknevates osakondades. Nimetatud süsteem ei taga suuremate keskustest väljaspool asuvate abivajajate teenuste kättesaadavust ning toob teatud määral erinevalt Norra süsteemist kaasa ka häbimärgistamist, kajastades vaimseid häireid ning sellega seotud teenuseid kui midagi kauget ning ülejäänud ühiskonnast eraldiseisvat.

Vaimse tervisega seotud teenusteni jõudmisel tuleks samuti kaaluda perearsti poolset suunamist kuivõrd inimeste terviseajalugu ning kokkupuuted perearstiga võivad olla aastatepikkused või vähemalt märksa ulatuslikumad kui inimest esmakordselt näinud psühhiaater, kes abivajajat vastavalt oma äranägemisele teiste spetsialistide juurde võib suunata. Samuti tuleks kaaluda perearstide koolitamist ning neile kergemate ning enamlevinud vaimsete häirete ravi suunamist, kuivõrd abivajajal võib tihti olla lihtne ka kergemini lahendatav probleem, mis kiire sekkumise korral ei pea psühhiaatrite ning täielikult spetsialiseerunud ravimeeskonnani jõudma.

Kõige olulisema muudatusena tuleks aga kindlasti kaaluda peremajade süsteemi kasutuselevõtmist, kuivõrd vaimse tervise teenuseid tuleb käsitleda kui tervikut. Kättesaadavuse üks probleem on teenuste pikad ooteajad, mis muutuvad aga veelgi pikemaks, kui abivajajad, kes vajavad kompleksset teenust, peavad käima paljude erinevate spetsialistide juures. Vahepealse ajaga võib aga kergest vaimsest häirest olla saanud tõsine probleem, mille puhul suunatud eksperdi juurde jõudmisest ei olegi enam kasu. Samuti tagab selline süsteem kõige efektiivsemalt ennetuse kõige varajasemal tasemel, kuivõrd lasteaed on lapse varajase arengu kõige olulisemaid faktoreid.

Järjepidevuse tagamiseks oleks vajalik korraldada vaimse tervise valdkonna selgepiiriline riiklik finantseerimine, millega on hõlmatud ka eriarstiabi ning kohaliku tasandi teenused. Kuivõrd vaimse tervise teenused on üksteisega ning ka valdkondlikult seotud veel ka sotsiaal- ja haridusvaldkonnaga, tuleks teenuste ühtseks kättesaadavuseks ja järjepidevuseks teenuste lõikes tagada ka ühine eelarve.

Kuna Norra süsteemide ülesehitus, mehitatus ja rahastus erineb oluliselt Eesti süsteemist, ei ole võimalik nimetatud süsteemi tervikuna Eestisse replikeerida. Siiski on paljudes osades võimalik Norra süsteemi komponente kasutada olemasolevat süsteemi muutes ning ressursse ümber jaotades.

Teenuste ning kogu vaimse tervisega seotud süsteemi muutmisel ning arendamisel tuleks lähtuda ning investeerida eelkõige põhimõttel, et kõige väiksem kulu, millest omakorda tõuseb riigile ka kõige suurem tulu, on ennetustegevus ning vaimsete häirete varajane märkamine ja algstaadiumis ärahoidmine. Praktikas on selleks vajalik reguleerida ennetustegevus riiklikul tasandil, mis hõlmab endast ka erinevate sotsiaal-, haridus- ja tervishoiuvaldkondade vahelise koostöö reguleerimist ning tegevuste eelarvete integreeritust.

Siinkohal oleks vajalik määratleda ka nii poliitikadokumendi kui ka õigusakti tasandil korraldatud info jagamine, ühised juhtumiarutelud jm vajaliku kooskõlastuse tagamine. Taoline süsteem toimub täna juba teatud tasandil tänu kommuuni eestvedamisele ning kõigi omavahelistele suhetele efektiivselt näiteks Pärnus,

²⁹² 3 303 Norra krooni

kust vastavad spetsialistid teevad pidevalt isiklike kontaktide pinnalt koostööd ning jõuavad tihti ka oluliselt kiiremate tulemusteni. Väga oluline oleks formuleerida aga ühtsel tasandil erialadeülene rahastamine, eri valdkondade spetsialistide teavitamine erinevate valdkondade väärtushinnangutest, probleemidest ning võimalikest koostöövõimalustest. Andmevahetuse osas tuleks Eestis lõplikuks eesmärgiks seada valdkonnaülese andmekoguni jõudmise, mille andmeid on võimalik kasutada seadusega määratletud ulatuses ja piirides erinevate spetsialistide poolt ning mille andmeid saab süstemaatiliselt ja iga-aastaselt analüüsida.

Hariduse valdkonnas KOV-ide tasandil peaksid hariduse eest vastutavad ametkonnad sõnastama koostööd puudutava strateegia, mida uuendatakse iga-aastaselt ning mis sisaldaks muuhulgas ka vaimse tervise valdkonda ning ennetusega seotud tegevuste selget sõnastamist. Kaaluda võiks haridusliku- ja psühholoogilise nõustamise teenuse (PPS) kasutuselevõtmist. Kuivõrd tänapäeval puudub haridussüsteemi ning ülejäänud vaimse tervise teenuste vahel efektiivne koostöö, piisaks süsteemi parendamiseks spetsialistide võrgustikust, kelle ülesanne oleks juhtida õpilase vastava eriarstiabi teenuse juurde ja ka õpetajate juhendamine, kuidas saada hakkama õpilastega, kellel on sotsiaal-emotsionaalsed probleemid ning käitumusliku või narkootikumide probleemiga ning suhelda ja kontakteeruda lastekaitsega.

Samuti oleks ka Eesti tingimustes teenuste pakkumisel põhimõtteliselt võimalik lähtuda peremajade süsteemist, kus erinevate spetsialistide koostöös käsitletakse vaimse tervise teenuseid kui tervikut, mille need ka moodustavad. Nimetatud struktuuri kasutuselevõtmine tuleks otsustada riiklikul tasandil, kus võetakse vastu ühine otsus ning soovitatakse ka kohalikel omavalitsustel korraldada oma teenused vastavalt peremaja süsteemile. Seadusandlikul tasandil oleks seega oluline ka vajalikud teenused fikseerida ning ideaalis ka standardiseerida, et tagada teenuste ühene kvaliteet. Näiteks oleks võimalik rajada nimetatud süsteem Eesti tingimustes teatud kujul võimalik siduda ka olemasolevatele üksustega (nt perearstikeskused või ka Rajaleidja keskused), mis oleks integreeritud teiste vaimse tervise spetsialistidega ning seotud ka koolieelsete lasteasutustega.

Arvestades lastepsühhiaatrite arvu ning nende koolitustellimust Eestis ei ole põhjendatud teistele vaimse tervise teenustele suunamine üksnes lastepsühhiaatrite poolt, kuna inimesed jõuavad psühhiaatrite juurde tihti ka probleemiga, kust oleks neid tõenäoliselt osanud edasi suunata ka perearst. Samuti oleks võimalik perearstide täiendõpe ning kergemate ning mõõdukate psüühikahäiretega patsientide esmatasandi nõustamine. Nimetatud lahendused tagaksid eriti efektiivsemalt esmatasandi ning kergemate vaimsete häirete kiirema lahenduseni jõudmist.

Soome

1990. aastate alguses alanud sügava majandussurutise ajal anti tervishoiu-, haridus- ja sotsiaalteenuste korraldamise õigus üle kohalikele omavalitsustele. Lisaks muutus vaimse tervise teenuste fookus: patsiendi ravile haiglas hakati eelistama haiglavälist ravi ja sellega kaasnes ka haiglavoodite arvu vähenemine. 1990. aastate lõpuks aset leidnud kolm suurimat muudatust Soome vaimse tervise süsteemis olid kokkuvõtlikult järgmised:

- vaimse tervise teenused integreeriti teiste erialavaldkondadega (varem juhiti vaimse tervise teenuste pakkumist eraldi);
- rahastus detsentraliseeriti (vastutus langes nüüd omavalitsustele, kellelt loodeti paremaid tulemusi hea vaimse tervise tagamisel);
- teenuste pakkumine eraldati suurtest institutsioonidest.

Samal ajal viidi läbi mitmeid riiklikke programme kogu vaimse tervise süsteemi ja kohalike omavalitsuste töö toetamiseks, et paremini ennetada vaimse tervise häireid. Nendest kõige tulemuslikum oli Suitsiidi Ennetusprogramm 1986-1996, mis algatati Soome kõrge enesetappude määra tõttu. Projekt tunnistati edukaks – suitsiidimäär langes kümne aastaga 9% esialgsest tasemest madalamale. Programmi käigus algatatud tegevused integreeriti riiklikku tervisesüsteemi.

Kohalikud omavalitsused vastutavad ühtse vaimse tervise toetamise süsteemi tagamise ja eri sektorite koostöös pakutavate teatud teenuste (nt sõltlaste rehabilitatsiooni) eest. Kodanikuühendused täiendavad kohalike omavalitsuste poolt pakutavaid teenuseid (nt kriisiabiteenused). Üha rohkemates omavalitsustes on eesmärgiks muuta kättesaadavaks taolised teenused, mille pakkumine suudab üheaegselt lahendada mitu probleemi (nt vaimse tervise ja sõltuvusainete tarbimise vähendamisega seotud teenuste kombineerimise abil).

Seadusandluse kohaselt peab iga omavalitsus tagama oma elanike juurdepääsu tervisekeskusele, mis pakub esmatasandi terviseteenuseid. Omavalitsustel on lubatud oma piirkonna tervisekeskuse töö korraldamisel koostööd teha (nt üks tervisekeskus võib teenindada mitme omavalitsuse elanikke).

Tervisekeskuse arstide põhitööks on pakkuda igas vanuses patsientidele esmatasandi meditsiinilist abi. Nad on seotud ka rasedate ja laste tervishoiu, kooli terviseteeuste, töötervishoiu ja pereplaneerimisega. Tervisekeskuste laste vaimse tervisega seotud tööd käsitletakse põhjalikumalt järgmises alapeatükis.

Soome jaguneb seaduse kohaselt kahekümneks haiglaringkonnaks (v.a Ålandi saared), millest igaüks vastutab kohalike sekundaarsete terviseteeuste eest. Iga kohalik omavalitsus peab kuuluma vähemalt ühte haiglaringkonda. Ringkondasid haldavad ja rahastavad sinna kuuluvad omavalitsused. Vaatamata sellele, et omavalitsused ringkondasid otseselt omavad, on nad andnud tagasisidet, et neil puudub piisav mõju ringkonna tegevusprioriteetidele ja eelarve kasutusele. Samuti on omavalitsuste jaoks olnud probleemiks esmatasandi tervishoiu nõrk positsioon võrreldes sekundaarsega.

Soomes koosneb tervishoiusüsteemi rahastamismudel kolmest eri osast: munitsipaaltervishoid, eratervishoid ja töötervishoid. Suurima osa teenustest rahastab munitsipaalne rahastamismudel. Munitsipaalne rahastus põhineb enamuses üldisel maksutulul. Riiklik tervisekindlustus tugineb kohustuslikel kindlustusmaksetel.

Tasuta rasedate ja laste tervisekliinikute kui ennetusele kaasa aitavate sotsiaal- ja tervishoiuteenuste asutuste võrgustikuga on Soome olnud kaetud alates 1940.-1950. aastatest. Omavalitsused pakuvad teenuseid suhteliselt iseseisvalt, kuid kindlal seadusandlikul alusel, mida on aastatega kohendatud ja tugevdatud (esmatasandi tervishoiu seadus). Vastavad kliinikud on Soomes edukad olnud. Näiteks imikute suremuse määr on viimase 30-40 aasta jooksul hüppeliselt langenud. Tänapäevase seisuga kasutavad peaaegu kõik Soome perekonnad laste tervisekliinikuid, mille peamiseks tõendiks on riikliku vaktsineerimiskava järgimine (2001. aastal 97%).

2011. aastal vastu võetud Tervishoiuseaduse eesmärkideks on muuhulgas:

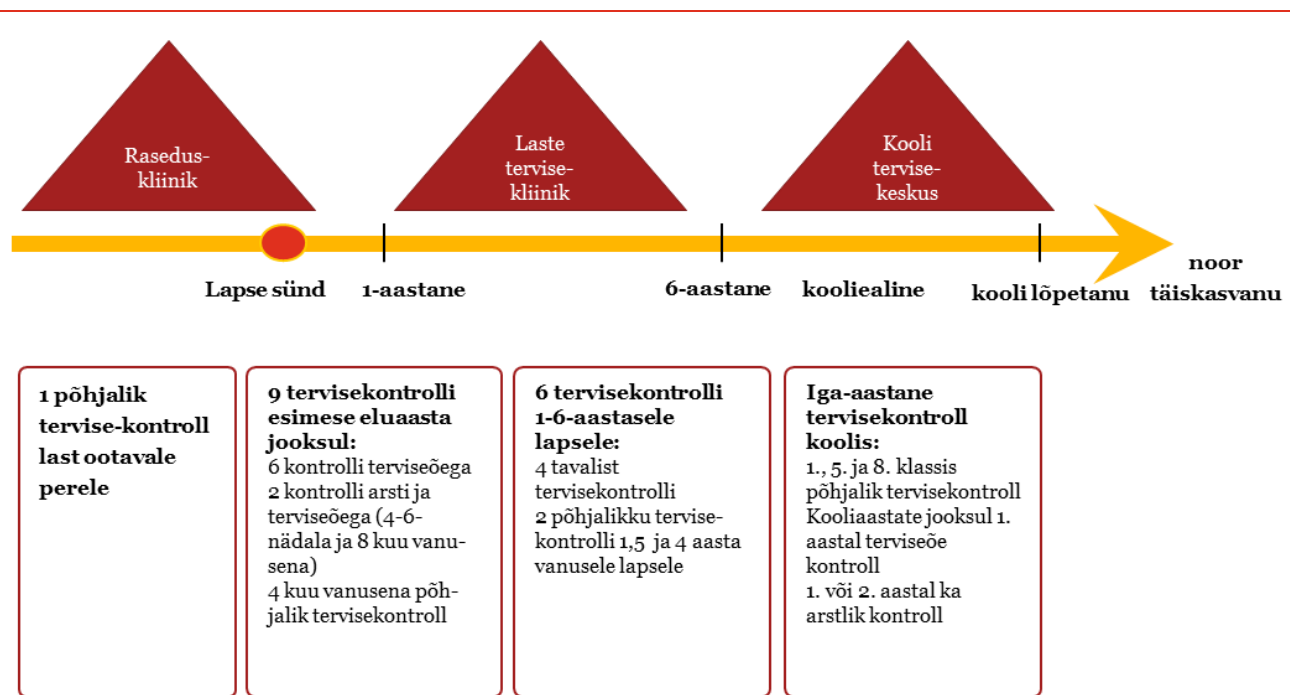
- vaimse tervise ja heaolu edendamine (sh rasedate ja laste tervisekliinikute ning üldharidussüsteemiga integreeritud terviseteenuste abil),
- terviseteenustele ühtlase juurdepääsu tagamine (sh tähtajad, mille jooksul tuleb lastele ja noortele vaimse tervise teenuseid pakkudes võimaldada konsultatsiooni spetsialistiga ja alustada ravi),
- sätestada teenused täiskasvanutele, mis on mõeldud laste kaitseks (teenused rasedatele ja samuti nendele vanematele, kelle seisund võib omakorda mõjutada nende laste tervist).

Sotsiaalministeeriumi poolt välja antud Valitsuse määrus 338/2011 sätestab täpselt rasedate ja laste tervisekliinikute teenused ning kooli terviseteenused. Määruse eesmärgiks on tagada vajaliku kaitse ja teenused igas vanuses lastele ning paika panna tervisekontrollide süsteem (st kontaktpunktid laste ja peredega).

Laste vaimse tervise süsteemi nurgakiviks on Soomes eelnevalt mainitud tervisekeskused. Iga tervisekeskusega peavad olema seotud rasedate kliinik, laste tervisekliinik ja kooli tervisekeskus. Kõigi nende kliinikute teenuste jaoks on avaldatud suunavad üldjuhised.

Tervisekeskuseid ja ennetavaid teenuseid iseloomustavad järgmised punktid:

- Tervisekliinikute ja -teenuste järgnevus (iga tase suunab edasi järgmisele tasemele, tagades sellega süsteemi sidususe).
 - rasedate tervisekliinik → laste tervisekliinik → kooli tervisekeskus
- Tervisekeskuste külastamine on vabatahtlik, kuid muudetud atraktiivseks mitmesuguste materiaalsete ja mittemateriaalsete motivaatoritega.
- Teenuste kasutamine väga laialt levinud ja aktsepteeritud (peaaegu 100%).
- Teenused kergesti kättesaadavad ja tasuta kõigile perekondadele.
- Teenused on kõrge kvaliteediga.
- Lapsevanemate ja tervishoiutöötajate vahel on loodud usaldus.
- Peredele orienteeritus (toetatakse ka isasid).
- Positiivne diskrimineerimine (rohkem abi neile, kellel erivajadused).
- Varajane sekkumine:
 - rõhk probleemi varajasele märkamisele;
 - otsitakse üles need, kes teenuseid ei kasuta.



Joonis 38. Lapse elukaare seos vaimse tervise süsteemi üksuste ja tervisekontrollidega

Põhjalik tervisekontroll erineb tavalisest mitmete aspektide poolest, sest on oluliselt põhjalikum, kestab kauem, kaasab mõlemat vanemat, hindab lapse psühhosotsiaalset olukorda ja pere heaolu tervikuna.

Sektoritevahelist koostööd tugevdavad struktuurid on järgmised:

Munitsipaaltasandil:

- Laste ja noortega seotud teenuste arendamine ühe tervikuna.
- Erinevate teenusevaldkondade esindajad töötavad plaani koos välja, kaasates ka peresid ja lapsi.
- Omavalitsus kiidab plaani heaks ja võtab seda arvesse aastase eelarve koostamisel.

Riigi tasandil:

- Nõunike kogu (riiklik ühendus), mis on valitsuse poolt moodustatud ning kus on inimesi erinevatest administratiivsektoritest, regionaalselt ja kohalikult tasandilt, MTÜ-de esindajaid ning ka teisi asjakohaseid isikuid.
- Selle nõunike kogu esimees on laste õiguste volinik.

Sotsiaal- ja Terviseministeeriumi poolt rahastatud LAMIKE projekti eesmärgiks on parandada vaimse tervise häirete ennetamisteenuste kvaliteeti, töötades välja erinevaid meetodeid, kuidas laste ja kooli tervisekeskused suudaksid neid tuvastada. Abivajavate laste tuvastamine ja varakult sekkumine ennetab ja vähendab hilisemaid vajadusi spetsialiseerunud lastepsühhiaatri teenuste osas.

Esmatasandi tervishoiu töötajatele on välja töötatud laste vaimse tervise hindamise test, mille abil uuritakse 4-15 aasta vanuste laste vaimset arengut ja tervist. Samasugune vorm on välja töötatud ka imikute ja väikelaste tervise hindamiseks. Testi tulemused aitavad tervishoiutöötajatel otsustada, kas on probleeme ja mida teha edasi. Vastavalt tulemusele suunatakse laps ja tema pere esmatasandi tervishoiuteenuste ja sotsiaalteenuste poole (umbes 15% kogujuhtudest) või kõrgema punktisumma korral (umbes 6% kogujuhtudest) vastavalt vajadusele psühhiaatrilisele konsultatsioonile või lastekaitseteenuste juurde (kui probleeme on vanemate või nende tervisliku seisundiga).

Rasedate kliiniku eesmärgiks on edendada lapsevanemate, loote ja vastsündinud lapse tervist ja heaolu.

- Perede aitamine nende teekonnal lapsevanemaks sirgumisel ja muutustel, mis elus lapse sünniga kaasnevad.
- Tervislikku eluviisi edendamine. Toetust pakutakse tervele perele, pannes eriti rõhku vanemlusele ja lapsevanemate omavahelistele suhetele, millest isa roll ja vastutus lapsevanemana on lahutamatu osa.
- Beebipaki jagamine. Inimeste jaoks on pakil rohkem sümboolne kui materiaalne väärtus, mis väljendub selles, et 95% inimestest eelistab pakki rahale (140€), mida alternatiivina on võimalik saada.

Beebipaki ja sünnitustoetuse saamiseks tuleb käia vähemalt korra raseduse ajal tervisekontrollis. Vanemapalga saamiseks tuleb omakorda käia 5-12 nädalat pärast sünnitust tervisekontrollis (et suunata rasedaid naisi tervise eest hoolt kandma, seda jälgima ja vajadusel nõu küsima). Kokku tähendab see umbes 30 rasedate ja laste kliiniku külastust enne lapse kooliealiseks saamist.

Beebipaki, sünni- ja vanematoetuse eesmärk on suunata emasid osalema tervise jälgimises ja nõustamises. Tugevamalt motiveerib see perekondi, kellel on psühholoogilised-sotsiaalsed või majanduslikud raskused. Nõustamine ja suunamine jõuab seeläbi ka emadeni, kellel ongi abi potentsiaalselt rohkem vaja.

Laste tervisekliinikute eesmärgiks on:

- Laste tervise ja pere heaolu tõstmine.
- Tervise erisuste vähendamine erinevate perede vahel.
- Koolieelikute füüsilise, psühholoogilise ja sotsiaalse arengu jälgimine ja toetamine.
- lapsevanemate toetamine kasvatamaks oma lapsi turvalises ja lastesõbralikus keskkonnas ning hoidmaks positiivseid vanematevahelisi suhteid lastekasvatamise protsessis.
- Probleemide ennetamine. Kui avastada need varakult, on võimalik pakkuda vastavat toetust nende lahendamisel. Eriline tähelepanu vaimse tervise häirete ennetamine lastel, kelle vanematel on vaimse tervise probleeme.
- Lapse ja vanemate vahelise varajase suhtluse toetamine.

Rasedate ja laste hoolekanne teostatakse riiklike meditsiiniõdede poolt, kes on saanud vastavad koolitused ennetavate teenuste osutamiseks. Meditsiiniõde teeb koduvisiite nii enne kui ka pärast sünnitust ja ka teistel vajalikel aegadel. Lisatoetust pakutakse lapsevanemate gruppides. Lisaks rasedate ja laste hoolekandele on meditsiiniõded seotud ka pereplaneerimise, kooli tervishoiu, tööga seotud tervishoiu, põetamise ja teiste tervist edendavate tegevustega. Laste tervisekliinikud on järjest enam seotud teiste valdkondade ja organisatsioonidega, mis samuti tegelevad perekondade ja lastega.

Õpilaste tervise eest kannavad hoolt õpilaste heaolu toetavaid teenuseid pakkuvad koolitöötajad (kooliõde, -arst, -psühholoog ja -nõustaja) koostöös perekondadega.

Õpilaste heaolu toetamine seisneb järgnevas:

- efektiivse õppimise toetamine;
- vaimse ja füüsilise tervise edendamine;
- õpilaste sotsiaalse heaolu edendamine ja säilitamine;
- kasvatustöö toetamine;
- muud teenused, mis on haridusepakkuja poolt heaks kiidetud õppekavaga kooskõlastatud.

Viited neile on Esmatasandi tervishoiu seaduse koolitervise punkti all (kooliõde ja -arstid) ja Laste heaolu seaduses (kooli sotsiaaltöötajad ja psühholoogid).

Terviseõpetus on integreeritud loodusteaduste tundidesse. Põhilised teemad terviseõpetuses on kasvamine ja areng, igapäevased tervislikud valikud, toimetulekuoskused ja -võtted ning tervis, ühiskond, kultuur. Sotsiaal-emotsionaalse ja vaimse tervisega seotud oskuste õpetamisega seoses on põhirõhk 13-16-aastastel. Noorte inimeste tervise eest hoolitsemiseks ja sotsiaalse sidususe loomiseks on koostatud uued riiklikud õppekavad (Riiklik Hariduskomisjon), kvaliteedisoovitused koolitervishoiule (Sotsiaal- ja Tervishoiuministeerium) ning ka uus strateegia heaolu tagamiseks koolides (Haridusministeerium).

Sekundaarne tervishoid keskendub inimestele, kellel on juba esinenud mõningased vaimse tervise probleemid või nende tekkimine on väga tõenäoline. Seaduses on sätestatud ajalimiit, mille jooksul peab abivajajal olema juurdepääs meditsiinilisele abile. Raviprotsessis keskendutakse eelkõige patsiendile ja tema vajadustele. Intensiivse sekkumise abiga hoitakse haiglaravi vajavate patsientide arvu madalana ning tõstetakse haiglavälise ravi osakaalu. Esmatasandi tervishoiu teenusepakkujatega tehakse väga tihedat koostööd.

Psühhiaatrid on spetsialiseerunud lastele (0-12/13), noortele (13-18) või täiskasvanutele, mis tekitab probleeme, kui peres on mitu erinevas vanuses vaimsete häirete all kannatajat. Siis tuleb kaasata ravi- ja nõustamisprotsessi mitu erinevat spetsialisti, kellest ükski ei saa ülevaadet perest tervikuna, ja perele tekib täiendav koormus suhtlemise tõttu eri spetsialistidega.

Pikaajaliste uuringute tulemusena on selgunud, et inimesed, kes olid noorena vaimse tervise probleemidele abi saanud, olid edukamad, kui need, kes ei saanud abi. Ühe pikaajalise uuringu tulemusena leiti, et inimesed, kes noorena olid abi saanud kasvatusraskuste ja käitumisprobleemide vastu, olid 40-aastaseks saades omandanud kõrghariduse, teenisid kõrgemat palka ja väiksema tõenäosusega olid toime pannud mõne kuriteo või elatusid sotsiaaltoetusest.²⁹³

Teise uuringu kohaselt vähenes sekkumisgrupis olnud inimestel risk kolmekümnendates eluaastates haigestuda veresoonkonnahaigustesse, ainevahetushäiretesse ning neil oli kolmekümnendates ka madalam süstoolne vererõhk (ABC Project). Seega mida varajasem sekkumine, seda suurem tõenäosus positiivsele lõpplahendusele ja ka riigil on suurem tõenäosus oma investeeringut vaimse tervise häire ennetamisse tagasi saada.²⁹⁴

Järgnevalt on loetletud mitmed olulisemad laste ja noorte vaimse tervise edendamise programmid. Soome eksperdid rõhutavad, et nende programmide mõju on Soome kontekstis enamasti hindamata (v.a KiVa). Ja kõikide nende programmide puhul on olnud puudu riigi koordineerimine selles osas, et programmid jõuaksid just nendeni, kes neid kõige rohkem vajavad. Näiteks „*Incredible Years*“ on Soomes seni levinud juhuslikult, peamiselt kohalike omavalitsuste (linnade) toel.

- Koolis Koos (*Yhteispele*) - Programmi eesmärgiks on laste sotsiaal-emotsionaalsete oskuste arendamine, koolikeskkonna meeldivamaks muutmine, kooli personali koostöö ja kooli ning vanemate omavahelise koostöö toetamine. Sekkumise mõju uuritakse laste sotsiaal-emotsionaalsetele oskustele ja psühhiaatrilistele sümptomitele. Potentsiaalseteks positiivseteks tulemusteks on koolis parem õpilaste läbisaamine, klassiruumi õhkkond, akadeemilised saavutused, probleemilahendamise oskused, enesehinnang, koostöö vanematega, kooli arendamine, mis viiks selleni, et probleeme on vähem ja õpetajad on vähem stressis. Hilisemas elus peaks noortel olema parem sotsiaal-psühholoogiline areng, suuline väljendus ja probleemide lahendamise oskus ning väiksem risk kalduda narkootiliste ainete tarvitamisele, vaimsete probleemide tekkeks ja agressiivseks ning vägivaldseks käitumiseks.
- Aeg maha! Elu õigetele radadele tagasi (*Time Out! Getting Life Back on Track*) – Aeg mahauuringu- ja arenguprogramm, mille eesmärgiks on välja töötada sotsiaal-psühholoogiline toetusprogramm noortele meestele, et ennetada ühiskondlikku tõrjutust. Projekti tulemuseks on välja töötatud materjalid, kuidas sekkuda, milliseid teenuseid on vaja ning milline on olnud sekkumise mõju. Sihtgrupiks on mehed, kes on sõjaväekohustusest vabastatud või jäetavad selle pooleli.
- Kaste programm – Riiklik sotsiaal- ja tervishoiuteenuste arengukava, et parandada laste, noorte ja perele mõeldud teenuste kvaliteeti (kestus 2008-2011).
- Ostrobothnia projekt – Suurim praegu käimasolev ühte regiooni hõlmav programm, mis käivitati 2005. aastal. Ostrobothnia piirkonnas elab 10% Soome elanikkonnast. Programm puudutab seal olevat kolme haiglaringkonda. Projekti fookuses on vaimse tervise ja sõltuvusainete tarvitamisega seotud probleemid ja teenused.
- STAKES-i poolt organiseeritud programm „Efektiivne lapse ja perekond“ – 2002. aastal alustanud üleriigiline arengu- ja koolitusprogramm, mille sihtgrupiks on spetsialistid, kes töötavad kõrge riskiga laste ja peredega. Eesmärgiks on välja töötada efektiivsed meetodid selliste perede toetamiseks ning ennetada vaimse tervise häireid lastel, kelle vanematel on vaimse tervise probleemid või mõni muu tõsine haigus. Välja töötatud meetodeid peaksid hakkama kasutama sotsiaal- ja tervishoiu spetsialistid, erinevad koostööd tegevad partnerid ning organisatsioonid. Oluline eesmärk on ka tugevdada ennetavat lähenemist ja noorte ning täiskasvanutega tegelevate tervishoiuvaldkondade koostööd.

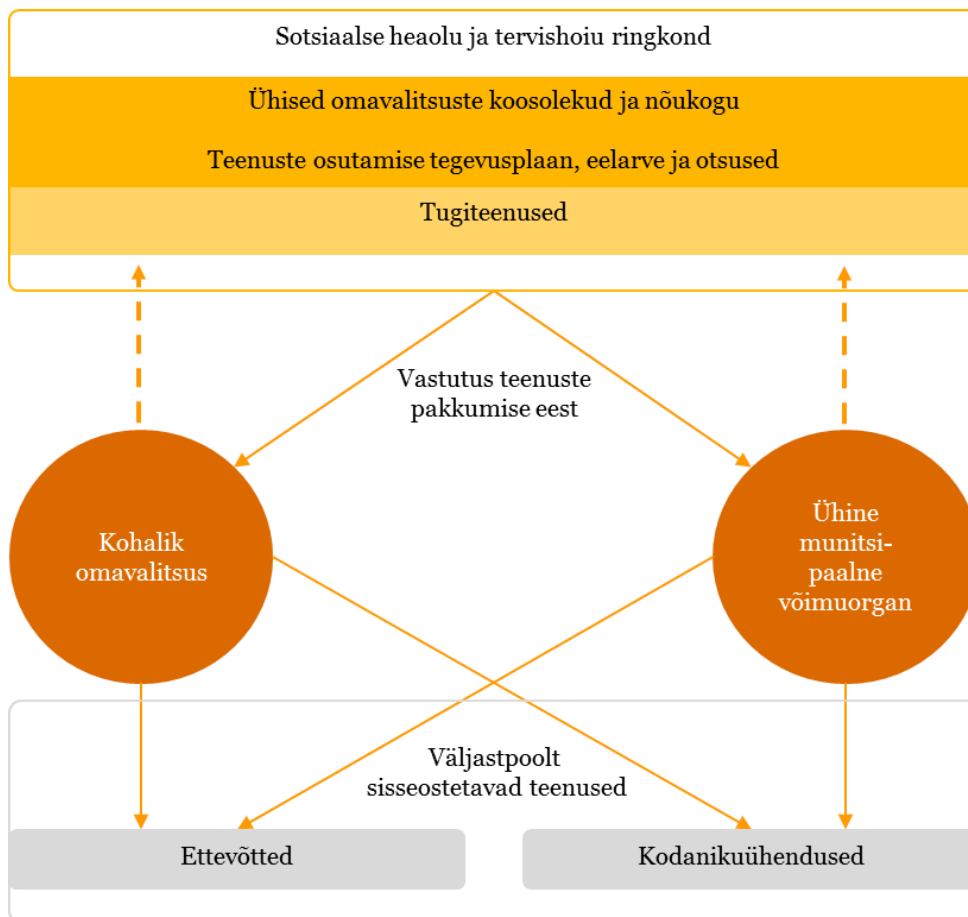
²⁹³ Perry Preschool Project /PPP, Carolina Abecedarian Project /ABC, US

²⁹⁴ Conti and Heckman, 2013; Campbell et al., 2014, Heckman et al., 2006

- KiVa – Tõendus põhine kiusamisvastane programm, mis on loodud Turu Ülikoolis Soome haridus- ja kultuuriministeeriumi toetusel. KiVa tõhusus on tõestatud suuremahulise juhuvalimit ja kontrollgruppi sisaldanud uuringuga. KiVa on Soomes nõutud programm: 90% kõikidest üldhariduskoolidest on registreerunud KiVa programmi rakendavateks koolideks.
- Laste ja noorte tegevusprogramm – Programmi eesmärgiks on toetada noorte inimeste arengut ja iseseisvust, edendada aktiivseks kodanikuks olemist ja parandada noorte inimeste kasvamis- ja elukeskkonda. Fookuses võrdsus, multikultuursus, rahvastevaheline suhtlus, kogukondlikkus, tervislikud eluviisid ja keskkonnakaitse kaudu. Iga nelja aastat tagant antakse välja uus tegevusprogramm. Programmi kestus: 2012-2015.
- *Incredible Years* – Vanemlusprogrammi peamine eesmärk on aidata vanematel arendada efektiivseid toimetulekustrateegiaid, et ennetada laste käitumis- ja arenguprobleeme ning nendega toime tulla. Kasutatakse meetodeid, mida toetab 30 aastat kliinilist uurimistööd.

Kogu eelpool kirjeldatud süsteemi institutsionaalne osa muutub lähiaastatel juba alustatud põhjaliku reformi käigus. Põhjused reformi algatamiseks olid järgnevad:

- Esmaste tervishoiu- ja ennetavate teenuste ebapiisavus ja puudujääk.
- Eri ühiskonnakihtide inimeste tervise vahel olevad lõhed.
- Piirkondlikud erinevused teenuste kvaliteedis ja ligipääsetavuses.
- Raskused rahastamisel (vananev ühiskond - tööealiste inimeste arvu langus, uued tehnoloogiad ja ravi on kallid).
- Konkurents tööjõu pärast.



Joonis 39. Sotsiaalne heaolu ja tervishoiuringkonnad

Kokku moodustatakse viis ringkonda. Tervishoiuteenuste jaotuse, ettevalmistuse ja vajamineva hulga tegelebki nende teenuste pakkuja ringkond. Iga nelja aasta tagant otsustatakse igas ringkonnas, palju on eeldatav teenuste kasutatavus ja milliseid teenuseid täpselt vaja on. Selle arutlusega peavad ilmsiks tulema ka

iga regionaalsed vajadused. Otsustatakse, kes on nende teenuste täpne pakkuja ja seatakse kohalike omavalitsuste ja ühiste võimuorganite rollid teenuste jaotuses, pannakse paika ressursid ja rahastus ning tagatakse kohalike õiguste ja keeleliste õiguste rakendamine. Jagatakse ka ära, milliseid teenuseid pakuvad tervishoiusüsteemivälised asutused - ettevõtted ja MTÜ-d.

Ringkondade toimimist ja teenuseid rahastavad omavalitsused. Ressursse jagatakse inimeste arvu järgi, võttes arvesse ka konkreetse ringkonna populatsiooni karakteristikuid. Teenuste jaotuse rahastamise eest vastutab konkreetne ringkond. Täpne teenuste jaotus räägitakse teenusepakkujatega läbi ja otsustatakse, milline on lõplik rahastuse mudel. Rahastus sõltub ka teenuste vajalikkusest, nende mõjust kogukonnale kui ka kulutõhususest.

Eeskuju Eestile

Asjakohaste organisatsioonide poolt tuleb levitada informatsiooni (nt uuringutulemusi) avaliku sektori otsustajate ja poliitikute seas nii vaimse tervise probleemide ühiskondlike tagajärgede (kulude) kui ka kulutõhusate ja mõjusate lahenduste kohta. Parimaks kombinatsiooniks on rahvusvaheliste järelduste tutvustamine koos nende paikapidavuse piiratud mahu testimisega siseriiklikult. Oluline on vaimse tervise probleemide tagajärgi kirjeldada rahalises mõõtmes. Soome kogemus näitab, et järjepideva ja teaduspõhise kommunikatsiooniga on võimalik jõuda erakondade üleste otsusteni investeerimaks vaimse tervise süsteemi arendamisse ja vajadusel põhjalikumasse reformimisse.

Teenuste ja sekkumiste rakendamisel ning rahastamisel tuleb pearõhu panna ennetusele ja varasele märkamisele. Praktikast tähendab see sotsiaal- ja tervishoiutegevuste ning -eelarvete integreeritust, samuti juhtumikorralduse kujundamist võimalikult lapsekeskseks (nt rahastada spetsialistide visiite laste ja perede juurde, mitte vastupidi).

Teenuste pakkumiseks tuleb arendada välja süsteem, mis on põhiosas üleriigiliselt standardne nii oma institutsionaalselt korralduselt kui pakutavate teenuste sisult ja kvaliteedilt. Asjakohaste teenuste pakkumine ja vastavad kontaktpunktid klientidega peavad olema üles ehitatud inimese elukaare põhiselt alates peret planeerivast lapsevanemast kuni ellu astuva noore täiskasvanuni.

Osa elukaare põhistest kontaktpunktidest peavad standardina sisaldama piisavalt põhjalikku tegelemist nii lapse kui tema vanematega, et avastada riskifaktorid või juba tekkinud probleemid võimalikult varakult. Spetsialistidel peavad olema kasutada hindamisvahendid, mis sobivad eri vanuseastmete laste riskide avastamiseks ja analüüsiks. Sealjuures peab süsteem peab sisaldama motivatsioonifaktoreid (sh materiaalseid), et lapsevanemad oleksid nõus süsteemiga kindlaks määratud kontaktpunktides vajalikus mahu suhtlema.

Süsteem tuleb kujundada tsentraliseerituks. Esmatasandi teenuste delegeerimine kohalikule tasandile läheb avaliku sektori eelarve kui terviku jaoks liiga kalliks. Kogu vastutuse kohalikule tasandile andmisega on keeruline tagada ka teenuste ja sekkumiste võrdset kvaliteeti, kättesaadavust ja lapsekesksuse printsiibi järgimist. Sõltumata saavutatavast tsentraliseerituse astmest tuleb kõik vajalikud teenused ja sekkumised kõigepealt seadusandlikul tasandil fikseerida.

Süsteem peaks rajanema juba olemasolevatel üksustel, mis asuvad võimalikult paljude omavalitsuste territooriumil (nt perearstikeskused). Kooliealiste vaimse tervise süsteem tuleb võimalikult palju integreerida üldharidussüsteemiga.

Tsentraliseeritud süsteem peab suutma ise pakkuda vajalikke ja piisavaid põhiteenuseid. Vabaühendustel on aga asendamatu roll uute või alternatiivsete lahenduste testimisel ning täiendavate või väga spetsialiseeritud teenuste (nt mis nõuavad isiklikku usalduslikku suhet sihtrühma liikmetega) pakkumisel.

Valdkondadevaheline koostöökohustus üksteise teavitamisel ja kaasamisel, juhtumite korraldamisel ja integreeritud teenuste pakkumisel peab olema seadusandluses võimalikult täpselt sätestatud (sh osapoolte kohustused ja vastutus; koostöö eesmärgid, formaalne ülesehitus ja sagedus). Kuigi lisaks on tarvis toetust koostöö igapäevaselt sujuvalt toimima hakkamisele (nt juhtimis- ja meeskonnatöökoolitused võrgustike liikmetele), on seadusandluses formaalsete kriteeriumide sätestamine valdkondadeülese koostöö üleriigilise standardiseerimise eelduseks.

Andmete kogumine klientide vajaduste ja pakutavate teenuste ning sekkumiste tulemuste kohta peab esmatasandi süsteemi olema olemuslikult sisse programmeeritud. Ühekordsed ja regulaarsed populatsiooniuuringud on olulised, kuid ei anna piisavalt infot süsteemi ja selle osade igapäevaste juhtimisotsuste korrigeerimiseks ning muutuvate vajaduste piisavalt kiireks märkamiseks.

Tõenduspõhiste programmide maaletoomisel ja rakendamisel on tähtis valdkondadeülene koordineerimine, sest enamvähem samu tulemusi saavutada püüdvad vaimse tervise probleemide ennetusprogrammid võivad olla seotud nii sotsiaal-, tervishoiu-, haridus- ja noorsootöö valdkondadega. Vajalike valdkondadeüleste otsuste hulka kuuluvad näiteks programmide valik, rakendamise ulatus ja piirkonnad, eesmärgid mõju osas ja hindamistulemuste infovahetus. Valdkonnast sõltumatult peab algusest peale olemas olema plaan, kuidas tagada tulemuste hindamine ja jätkusuutlikkus.

Laste vaimse tervise integreeritud teenuste süsteemi loomise poliitikasoovitused

Valdkonna probleemid

Kokkuvõtvalt on peamised probleemid Eesti laste vaimse tervise valdkonnas järgmised:

Valdkonna korraldus ja juhtimine

- Riigil puudub ühtne vaimse tervise poliitika. Puudub valdkonna koordineerija ning vastutus on hajutatud. Sellest tulenevalt puudub ka valdkonna paljudel tegutsejatel visioon ühisest suunast, millesse nende töö peaks panustama.
- Teenuseosutajaid on väga palju ning nende tegevusest, selle kvaliteedist ning tulemuslikkusest puudub ülevaade.
- Teenuseosutajate üle ei teostata piisavalt järelevalvet ning tihti ei eksisteeri ka teenus-standardit, mille vastu kvaliteeti kontrollida.
- Ebaproportsionaalselt suur osakaal on projektipõhisel rahastamisel, mis aga ei võimalda tagada teenuste järjepidevust.
- Tsentraalset vahendite koondamist ning jaotamist ei toimu ning praeguste statistiliste andmete baasilt ei ole võimalik saada ülevaadet valdkonda suunatud ressurssidest.
- Puudub mehhanism tagamaks, et vaimse tervise probleemi lahendamiseks koostatud tegevuskava reaalselt lapse igapäevases keskkonnas ka järgitakse (juhtumikorraldus, järelevalve).
- Vaimse tervise valdkonda reguleerivaid õigusakte on tihti muudetud ja täiendatud isolatsioonis. Kuna õigusaktide koosmõju ei ole valdkonnaspetsiifiliselt analüüsitud, on muudatuste tagajärjel tekkinud erinevaid rakenduslikke vastuolusid.

Ennetus ja edendus

- Ennetus- ja edendustegevused on hajutatud sotsiaal-, tervise- ja haridusvaldkondadesse, kuid jagatud visioon ja keskne koordineerimine puudub. Tegevuste teostamise eesmärgid ja nende saavutamise vastutused ei ole selgepiiriliselt määratletud. Tegevuste tulemuslikkust ja mõju pole seetõttu enamasti võimalik hinnata.
- Tõenduspõhiseid meetmeid ennetustegevuses ja ennetavates sekkumistes on vähe. Kuigi viiakse ellu mitmeid tegevusi ja programme, puudub teadmine, kas ja millist mõju need avaldavad. Teadus- ja tõenduspõhiseid programme ei laiendata teadlikult ja süsteemselt sellisteks, et need suudaksid hõlmata optimaalse aja jooksul võimalikult suurt osa sihtrühmast.
- Ennetustegevused ei ole riskipõhised. Enamiku ennetustegevuste puhul pole paika pandud selgeid sihtrühmi koos tulemusmõõdikutega. Sealjuures teostatakse enamasti üksiktegevusi, mis suudaksid mõju avaldada ainult juhul, kui ka teistes valdkondades toimuksid samaaegselt vajalikud ja piisavad täiendavad tegevused. Seetõttu pole ennetustegevuse tulemused nähtavad ega selle mõju hinnatav. Ühe taolise olukorra tagajärjena on avaliku sektori otsustajate arusaam esmatasandi ennetuse ja edenduse tähtsusest kui olulisest eelarvekoormuse vähendajast väga nõrk.
- Esmatasandil ei toimu universaalset skriiningut tuvastamaks võimalikke vaimse tervise probleeme nende varajases staadiumis. Samuti napib eri valdkondade esmatasandi spetsialistidel oskuseid jooksva töö käigus varaseks märkamiseks, teadmiseid abivajavast lapsest teavitamise kohustuse täitmiseks ja kogemusi järgnevas võrgustikutöös osalemiseks.
- Ühiskonna ja abivajajate arusaam laste vaimsest tervisest seondub suuresti tervishoiuvaldkonnaga, samas kui haridus- ja sotsiaalvaldkonna mõju ning olulisust tunnetatakse vähem. Inimestes on juurdunud ebaproportsionaalselt kõrge usk raviteenustesse ning valmidus keskenduda probleemide ennetusele läbi

eluviiside teadliku muutuse on madal. Samuti on rahastuse fookus suunatud peamiselt tervishoiu kolmandale sekkumise tasandile tagajärgedega tegelemiseks ning ennetuses on teenustesse panustamine nõrk.

Teenused ja nende integreeritus

- Esmatasandi nõustamine ei ole fookusgruppides osalenud isikute hinnangul piisavalt kättesaadav (psühholoogiline nõustamine, logopeediteenus, pereteraapia), mistõttu liiguvad abivajajad tihti otse kõrgema taseme spetsialistide juurde. Psühhiaatrist on kujunenud filter, kes selekteerib välja abivajaja tegeliku probleemi ning suunab võimaliku lahendajani nii esmatasandi tervishoius kui ka sotsiaalvaldkonnas. See toob kaasa süsteemi olulise ebaefektiivsuse ressursikasutusel, pikad psühhiaatrilise abi järjekorrad meditsiinilise abivajajatele, spetsialistide ülekoormatuse ning abivajaja ebavajaliku jooksutamise erinevate süsteemi osapoolte vahel.
- Sageli keskendutakse vaid lapse meditsiinilisele aitamisele, kuigi abi (nt sotsiaalset abi) vajaks terve perekond. Pelgalt lapse aitamine ei sellistel juhtudel tulemuslik.
- Valdkondadeüleline koostöö ei ole sujuv ning põhineb peamiselt isiklikul võrgustikul. Kui teenust pakkuva spetsialisti isiklik võrgustik on väikevõi isiklikud suhted pole piisavalt head, siis on koostöö ning infovahetus valdkondade vahel minimaalne ning juhtumikorraldus ei ole tulemuslik.
- Paljud kutsestandardid on puudulikud või aegunud. Hetkel ei ole kehtestatud mitmeid olulisi kutsequalifikatsiooninõudeid või spetsialistidel puudub nende taotlemiseks väline motivaator või vajadus (psühholoogid, terapeudid).
- Esmatasandi spetsialistide täiendkoolitus vaimse tervise valdkonnas on ebapiisav. Puudujääke on tunnistanud nii suhtlemisuskuste kui ka varase märkamise ja vaimse tervise häirete riskide ning sümptomitega seonduvalt teiste asjakohaste spetsialistide teavitamise vajaduse tunnetamise osas. Supervisiooni ehk tööõnustamist laiapõhjaselt ei toimu. Perearstidel on hetkel erinev pädevus vaimse tervise häirete hindamiseks.
- Mitmete teenuste teenusstandardeid ei ole kehtestatud, samuti on mitmed teenused (nt psühholoogiline nõustamine, erinevad loov- ja pereteraapiad, vanemlike oskuste programmid ja perekoolid) ebaühtlase kvaliteediga ning järelevalve teenuse kvaliteedi üle sisuliselt puudub (v.a intensiivne ravi).
- Sotsiaal-, tervishoiu ja haridusvaldkond on omavahel killustunud, terviklikke teenuste kooslusi ei ole, tänane käsitlus ja lähenemine on teenuse-, mitte vajaduspõhine (abivajajale pakutakse kohapeal kättesaadavat teenust, kuid vajadus võib olla teistsuguse teenuse järele).
- Eesti ja vene keelt kõnelevad spetsialistid ei tee omavahel keele- ning kultuuribarjäärist tulenevalt koostööd, kuna kokkupuutepunktid on minimaalsed. See toob kaasa tegutsemise erinevas infoväljas ning killustab täiendavalt pakutavate teenuste osas ülevaate saamist ning kvaliteedi tagamist.

Info ja uuringud

- Teenuste kättesaadavuse osas on üks oluline probleem teadmatuses võimalikest teenustest ja lahendustest (seda nii lapsevanemate kui ka spetsialistide endi seas).
- Lapsevanem ei pruugi tahta/osata edastada tegutsemisjuhiseid lapsega tegelevatele tugispetsialistidele/õpetajatele, arsti sõnumist ei saada tihti aru.
- Kättesaadav statistika, laste vaimse tervise osas, on mitmes olulises osas poliitikakujundamiseks ebapiisav (riskigruppide olemus, sihtgruppide vajadused, teenuste mahud, olemasolevad spetsialistid). Kohati eksisteerib teatav statistika kas laste või vaimse tervise dimensioonis, kuid mitte laste vaimse tervise kontekstis. Olemasolev statistika ei lähtu tihti sihtgruppidest ja riskigruppidest ning kogutud andmed ei ole omavahel võrreldavad ja ühtlustatud.
- Valdkondlike eesmärkide puudumise tõttu puudub selge visioon, millist statistikat tuleks laste vaimse tervise osas koguma hakata.
- Andmekogusid on liiga palju, need ei ole omavahel piisavalt liidestatud. Kogutav info ei ole tihti taaskasutatav. Andmeid dubleeritakse kesketes ja lokaalsetes registrites, kesketesse registritesse kantakse vähem infot. Info ei liigu lokaalsetest süsteemidest inimese elukoha vahetusega kaasa. Spetsialistid dubleerivad üksteise tööd andmete kogumise ning analüüsi osas.
- Isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid piiranguid peavad spetsialistid info liikumise takistajaks, sageli aga teadmatusest, millist infot ja kellega tohib jagada. Tegelik õigus informatsiooni edastamiseks on tunduvalt suurem kui seda arvatakse.

Kokkuvõtlikult võib järeldada, et Eesti laste vaimse tervise valdkonna probleemistik on ülimalt sarnane WHO poolt²⁹⁵ globaalselt tuvastatud viie olulisima barjääriga, mis takistavad vaimse tervise teenuste piisavat kättesaadavust ning efektiivsust:

1. Avaliku sektori olulistest arengukavadest kõrvalejäämine ning selle negatiivsed mõjud valdkonna finantseerimisele;
2. Vaimse tervise teenuste süsteemi ülesehituse puudujäägid;
3. Ebapiisav vaimse tervise teenuste integreerimine esmatasandi (tervishoiu)teenustega;
4. Ebapiisav vaimse tervise valdkonna inimressurss;
5. Vaimse tervise valdkonna puudulik eestvedamine.

Eeltoodud probleemide lahendamiseks toome alljärgnevalt välja poliitikasoovitused süsteemi võimalikuks muutmiseks.

Poliitikasoovitused

Valdkonna korraldus ja juhtimine

1. Ühtne vaimse tervise poliitika

Ettepanek 1.1

Luua riiklikul tasandil ühtne vaimse tervise poliitika, määrata nimetatud valdkonna koordineerija ning omistada talle konkreetne vastutus. Luua ministeeriumite ülene süsteem ühtse koordinatsiooni ja vastutusega, muutmaks tänast arusaama riigis, et laste vaimne tervis on peamiselt vaid tervishoiu valdkond (esimesed muutused arusaamas on juba tekkimas, nt noorsootöö ja (huvi)hariduse valdkondades). Ühtse vaimse tervise poliitika all mõistame terviklikku erinevate osapooltega kooskõlastatud kontseptsiooni, mille üheks integreeritud osaks on laste ja pere vaimse tervise süsteemi visioon (vaata ka ettepanek 1.2).

Valdkondlike arengukavade laste ja noorte heaolu käsitlevad peatükid tuleks ühendada ühtseks tervikuks. Tuleks koostada ülevaade, mis kogub kokku (või vajadusel viitab) kõigi asjakohaste ministeeriumite (Haridus-, Sotsiaal-, Sise- ja Justiitsministeerium) ja nende allasutuste eraldiseisvad arengu- ja tegevuskavade punktid, mis puudutavad laste vaimse tervise valdkonda. Näiteks tasuks ühendada omavahel kogu „Laste ja pere arengukava“ ja peatükk „Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng“ dokumendist „Rahvastiku tervise arengukava“. See annab võimaluse saada valdkondade ülene koondpilt teostatavatest tegevustest ja tuvastada dubleerimised, kus eri ministeeriumite tegevused on suunatud samale sihtgrupile/vajadusele, samas kui osad sihtgrupid või vajadused on täiesti katmata (seda nii ennetuse, edenduse kui ka teenust osas).

Dubleeritavate valdkondade näide – koolikiusamine ja –vägivald. Eksisteerib nii tõenduspõhine programm kui mitmed teised algatused, mille tulemusi pole erinevalt tõenduspõhisest programmist hinnatud, kuid käigus hoidmisse ja laiendamisse ikkagi ressursse investeeritakse.

Ebapiisavalt kaetud sihtrühmade näide – venekeelne elanikkond. Senistes paarisuhte- ja vanemahariduse koolitusprogrammides (Gordoni perekool, PREP) on võrreldes eestikeelsetega venekeelseid koolitusi väga vähe läbi viidud.

Eri valdkondade eesmärgid ja vastavad tulemusindikaatorid tuleks seejärel seada mõistlikusse hierarhiasse, mis looks eeldused efektiivsemaks ressursikasutuseks ning tegevuste tõhusamaks suunamiseks.

²⁹⁵ WHO 10 fakti vaimse tervise kohta. World Health Organization (WHO) veebileht.
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/index8.html

Taolise tervikdokumendi täitmise jälgimine tuleks määrata ülesandeks valitsuse tasandil tegutsevate lastekaitse nõukogule või mõnele muule sarnase mandaadiga koostööüksusele. See looks eeldused, et kogu laste heaolu mõjutamine muutub terviklikuks (sh laste vaimse tervise mõjutamine) ning tekitaks mehhanismi ka lastekaitseaduses sätestatud valdkonnaülesiste lastekaitse põhimõtete rakendamiseks.

Ettepanek 1.2

Mitte eristada laste ja täiskasvanute vaimse tervise valdkondi, need peaksid jääma kokku (kui täiskasvanute vaimse tervise kontseptsiooni looma hakatakse, ei tohiks seda luua eraldiseisvalt). Käesoleva süsteemi ülesehituse üldine eesmärk peaks olema „laste ja pere heaolu“, kuna laste vaimse tervise konteksti ei ole võimalik käsitleda ilma lapsevanemate/pere dimensioonita. Meile teadaolevalt loob ERSI hetkel ka täiskasvanute vaimse tervise kontseptsiooni ning loodav visioon peaks oma olemuselt hõlmama ühe osana laste ja pere vaimse tervise kontseptsiooni. Üheks võimaluseks on täiskasvanute vaimse tervise valdkonna puhul pöörata eraldi tähelepanu paarisuhete ja pere osapoolte vaimsele tervisele, mille osad peaksid laste ja pere vaimse tervise poliitikaga identselt kattuma. Meie hinnangul oleks mõistlik, kui vaimse tervise valdkonna üldvastutajaks ja koordineerijaks oleks Sotsiaalministeeriumi tervisevaldkond, kuid lapsi ja peresid puudutavas osas (mis moodustab kogu valdkonnast valdava enamuse) oleks vastutus, koordineerimine ja juhtimine delegeeritud laste ja pere osakonnale.

Ettepanek 1.3

Viia läbi vaimse tervise valdkonnas õigusaktide koostöö analüüs ning ühtlustada õigusaktide aluspõhimõtteid (nt isiku tahtevastase ravi korraldus). Sarnane valdkonnaülene õigusaktide korrastamine on hiljuti läbi viidud näiteks karistusõiguse valdkonnas. Kuna taoline õigusaktide revisjon on pikk protsess, tuleks lühemas perspektiivis kindlasti adresseerida ka uuringu käigus spetsiifiliselt tuvastatud õiguslike kitsaskohtade lahendamist (nt väikeklassi ülereguleeritus, osapoolte vaheline infovahetus ja ligipääsud andmebaasidele, elukoha registreerimise nõue jt. Vaata ka Tabel 2).

2. Selgus ja järjepidevus teenuste rahastamises

Ettepanek 2.1

Luua ühtsed rahastuse alused ja eesmärgid ning ministeeriumite ülene ühtne rahaliste vahendite koordineerimine (kasutada ära lastekaitse nõukogu või selle sarnast koostööüksust).

Rahastuse ümberkorraldamise puhul on oluline mõista, et Haigekassa saab täna finantseerida meditsiinilise näidustuse ravi (Haigekassa ostab tervishoiuteenuste osutajatelt raviteenust). Haigekassa ei saa finantseerida uute teenuste arendamist, süsteemi ülesehitust ja nn. mittemeditsiinilist sekkumist (hingeabi, teraapia, sotsiaalne toetus ja kaasamine jms) – nende rahastus peab tulema kas muudest allikatest, või kui mittemeditsiinilisel sekkumisel on tõestatud efektiivsusega kliiniliste sümptomite ravi/ärahoidmine, tasuks kaaluda ka Eesti Haigekassa tegevuse aluspõhimõtete muutmist.

Ettepanek 2.2

Vähendada projektipõhise finantseerimise osakaalu kogu valdkonna rahastamisest – sisse tuleks viia stabiilne riigieelarveline rahastus laste ja pere heaolu toetamiseks minimaalselt vajalike teenuste osutamisel, mis on oma positiivset mõju näidanud ja kulusid õigustanud. Projektipõhise rahastuse suurem osakaal võib jääda süsteemi arendamiseks, aga mitte ainsaks ennakõigustatud teenuste osutamise rahastamisvahendiks. Teatud projektipõhiselt rahastatud tegevuste puhul on vaja väga kiiret tegutsemist, et teenused projekti lõppedes turult ei kaoks (nt vaimse tervise keskused, mille puhul on ca kuus kuud aega lahendus leida).

Teenuste osutamise osas on vaja järjepidevust – nii asukoha kui ka teenusosutajate osas (usaldus on vaimse tervise valdkonnas ülimalt kriitilise tähtsusega ning seda ei saa tekitada ebastabiilsete ja muutuvate teenusepakkujatega või varieeruvate asukohtade kaudu).

Ettepanek 2.3

Suunata valdav osa esmase ja teisese tasandi sekkumiste rahastusest lapse igapäevasesse keskkonda (lasteaed, kool, perearstikeskus) ilma uut kapitalimahukat infrastruktuuri loomata. See võimaldaks ressursi efektiivset ärakasutust nii ennetuse, edenduse kui ka teenuste osutamise puhul.

3. Ühtsed standardid ning süsteem tulemuslikkuse hindamiseks

Ettepanek 3.1

Luua valdkonnaspetsiifiline järelevalve ja puuduvad teenus-standardid vaimse tervise teenuste osutajatele, mille vastu teenuse kvaliteeti kontrollida ja hinnata (hetkel tegutseb turul väga palju erinevaid teenusepakkujaid ning ülevaade nende tegevustest, kvaliteedist ning tulemuslikkusest puudub). Samas ei tohi teenuse nõuetes teha liiga kiireid muutusi, kuna muidu on oht, et suur osa tänastest teenusepakkujatest ei saagi enam teenust osutada ja tekib tõsine teenusosutajate puudus (õppetunnid kliiniliste psühholoogide osas), mistõttu muudatuste osas on vajalik piisav ülemineku periood.

Ettepanek 3.2

Luua valdkonnapõhised tulemusnäitajad sekkumiste tegeliku toimivuse ja tulemuslikkuse (sh teenuste kvaliteet) hindamiseks. Võimalikud variandid võiks olla kas olemasolevate tervisprofiilide täiendamine laste vaimse tervise indikaatoritega (TAI initsiatiivil) või siis uute laste ja perede heaolu profiilide juurutamine (EMP toetuste programmi „Riskilapsed ja –noored“ raames, Sotsiaalkindlustusameti initsiatiivil). Tulemusnäitajad peaksid moodustama loogilise terviku – laste ja perede heaolu üldise taseme võtaks kokku üks koondnäitaja, mis omakorda saadakse erinevate valdkondade tulemusnäitajate kaalutud keskmisest (nt perede sotsiaal-majanduslik olukord, haridusvaldkonna võtmenäitajad, vaimse tervise tervishoiustatistika jne). Vastav koondnäitaja parendamine oleks kogu valdkonna peamiseks eesmärgiks ning valdkonnapõhised näidikud oleks heaks tagasiside allikaks vajalike muudatuste läbiviimisel. Oluline on info kättesaadavus ja analüüsimine ka kohalikul tasandil, et toetada kohaliku võrgustiku juhtumikorralduslikke ja regionaalse tasandi juhtimisotsuseid laste vaimse tervise edendamiseks.

Seejärel tuleks korraldada valitud näitajate mõõtmine laste teatud arenguetappidel kindlaksmääratud ajalise vältbaga (nt iga 3–5 aasta tagant). See võimaldaks saada asjakohast tagasisidet, kas teostatavad sekkumised on tõhusad või tuleks tegevusi korrigeerida.

Võimaliku infoallikana koondindikaatori koostamiseks on hea kasutada laiapõhjaliste skriiningute tulemusi (vt ka Ettepanek 5.2).

Ettepanek 3.3

Juurutada stabiilne strateegiliselt planeeritud pilootprojektide läbiviimise praktika enne üle-Eestilise mõjuga muudatuste tegemist (teenuste laiendamine, valdkonnaülesed koostööprojektid jms). Enne kogu süsteemi reformimist tuleks teha teadlikke pilootprojekte, et nende tulemuste põhjal tuvastada soovitud mõju saavutamise. Mitmed pilootprojektid on juba käimas ning esialgsete tulemuste pealt võib juba järeldada mitmete tegevuste õigustatust laiendamist üleriigiliselt. Samas uute algatuste ja muudatuste (nt valdkonnaülesed koostööprojektid, skriiningtegevuste juurutamine jms) puhul tuleks samuti alustada esmalt pilootprojektidest ning hinnata muudatuste tegemise vajadust enne üleriigiliseks minekut. Kõik taolised pilootprojektid peaksid olema läbi räägitud koordineeriva ministeeriumiteülese lastekaitse nõukogu vms üksusega ning pilootprojektid peaksid esmajärjekorras toetama elukaarepõhist kontseptsiooni nendes osades, kus hetkel teenused veel puuduvad (või pole piisavad) ja probleemid ei ole lahendatud.

Ennetus ja edendus

4. Tõenduspõhised programmid/sekkumised

Ettepanek 4.1

Tugevdada panustamist ennetusse, et selle kaudu saavutada pikemas perspektiivis kokkuhoid tagajärgedega tegelemise kuludes. **Määratleda tõenduspõhiste programmide osas kõige olulisemad sihtrühmad ja nende kaetuse eesmärgid.**

Koostada universaalse ennetussüsteemi visioon (nn valge raamat). Universaalse tasandi ennetussekkumised ennetavad mitme valdkonna tagajärgi – vägivald, vaimse tervise probleemid, alkoholi- ja narkosõltuvus. Kui praegu jagatakse ressursse peamiselt läbi nende valdkondade, siis tulevikus peaks ressursid kokku panema ja ennetussüsteemi visiooni koostama, selle osapooltega kooskõlastama ja sellele universaalsel tasandil püsirahastuse saama.

Tänane mõtestatud tegevuste maht ennetuses ja etenduses ei ole piisav ning tihti kasutatavad mõõdikud programmi "olemasolu" (jah / ei) ning "mitmekesisuse" (eri eesmärkidega programmid eri vajadustega sihtrühmadele) osas ei ole eesmärgipärased – "olemasolu" ei tähenda, et programm jõuab piisava arvuni sihtrühma liikmetest ning "mitmekesisus" ei tähenda automaatselt mõju. Näiteks ei piisa teadmisest, et koolikiusamise vastane programm eksisteerib – oluline on, kui suur hulk lapsi seda tegelikult läbib.

Eriti oluline on vanemahariduse laiema kättesaadavuse/hõlmatavuse tagamine, kuna see on tihti edasiste probleemide (ja nende eba-adekvaatse lahendamise) juurpõhjuseks. Vanemaharidus on üks võtmevaldkondi, kuhu on meie hinnangul mõistlik olulist täiendavat ressursi suunata ning programmi kättesaadavust üle-eestiliselt laiendada.

Vaata täiendavalt ka jooniseid sektsioonis „Võimalikud stsenaariumid“ võimalike rakendatavate ennetus- ja edendusmeetmete osas.

Teenused ning nende integreeritus

5. Esmatasandi tugevdamine ja skriiningtegevuste juurutamine

Ettepanek 5.1

Tugevdada oluliselt tänast esmase sekkumise tasandit – praegu on süsteem väga tugevalt kaldus kolmanda taseme (tervishoiu)teenustele ning see toob kaasa mitmeid olulisi probleeme (hiline sekkumine ja tagajärgedega tegelemine, keskendumine vaid tervishoius pakutavatele võimalustele, mitte sotsiaalsüsteemile laiemalt, psühhiaatrite ülekoormatus, tunnetuslikult madal abi kättesaadavus jne). Siinkohal peame silmas nii esmatasandi tervishoidu, haridust kui ka sotsiaalvaldkonda.

Eriti tasuks rõhutada lasteaias tasandil teostatavate laste vaimse tervise teenuste laiendamise vajadust (nn märkamise õpetamine, ohutegurite tuvastamine, laiapõhjaline skriining, lapsevanemate juhendamine jt), kuid samaväärselt vajab arendamist ka kooliõpetajate võimekuse tõstmine just märkamise ning esmase sekkumise kontekstis.

Abivajajatel on põhjendatud ootus, et esmane abi (lastekaitse- või sotsiaaltöötaja/perearst/vaimse tervise õde) oleks geograafiliselt lähemal – seega tuleks integreerida esmatasandi vaimse tervise teenused rajatavatesse tervisekeskustesse. Täna liigub otse kolmandale tasemele ehk psühhiaatri juurde väga suur hulk probleeme, mille lahendamisega peaksid tegelema teised spetsialistid (sotsiaalnõustajad, logopeedid, perearstid jt), mis toob kaasa psühhiaatrite ülekoormatuse ning ebamõistliku ressursi kasutuse. Esmatasandi tervishoiu

tugevdamine (näiteks vaimse tervise õdede funktsiooni loomine tervisekeskustesse) võimaldaks luua esmase filtri, mis abivajajat vastavalt vajadusele õige teenuse juurde suunaks. Psühhiaatri vastuvõtule pääsemiseks ei ole tarvis sisse viia saatekirja süsteemi, kuid abivajaja peaks üldjuhul alustama siiski esmatasandilt. Seni kuni ei ole võimalik teha efektiivset valdkonnaülest andmepäringut, peab kõikidele psühhiaatrile suunatud juhtudega kaasa liikuma ühtsesse vormi koondatud info suunamise eesmärkidest ja senisest abist/teenustest. Ravikeskkonna määramine, teostavate uuringute ja ravi otsused jäävad jätkuvalt arstlikuks pädevuseks.

Ettepanek 5.2

Viia esmatasandile sisse vaimse tervise laiapõhjaline hindamine/skriining: kindlad elukaarest lähtuvad kontrollpunktid, mille osas jõutakse valdava enamuseni sihtrühmast (hetkel universaalset skriiningut ei toimu). Nt lapsevanemad enne lapse sündi, laps ja pere peale lapse sündi (0-3), lapse lasteaia- ja kooliküpsus, toimetulek koolis.

Kuni lapse lasteaiaaeni asuks kontrollpunkt eelkõige tervishoiusüsteemis; alates lasteaia- ja koolist eelkõige haridussüsteemis (täiendava rahastuse toel). Kindlasti tasuks kaaluda ka lapsevanemate skriinimise võimalusi, tuvastamaks võimalikke vanemlike oskuste või pereprobleeme. Täiendavalt tuleb paika panna ka kontrollmehhanism, tagamaks, et kõik antud piirkonna lapsed kontrollpunktid läbiksid (nt lastekaitsetöötaja jälgib, et kõik KOV-is sündinud lapsed on vastavad kontrollpunktid läbinud ning tulemused on olemas (nt lasteaias mittekäivad lapsed)).

Seoses esmatasandi tugevdamisega tuleb ümber vaadata ka ressursside jaotus (spetsialistide olemasolu ja kompetents), et oleks tagatud ressursid nii hindamiseks kontrollpunktides (piisav hulk spetsialiste, asjakohased hindamisvahendid ja meetodikad) kui ka tegelemiseks nende laste ja peredega, kes kontrolli tulemusena vajavad täiendavat tähelepanu. Nii-öelda kontrollpunktide välised võimalused tuleb ilmselt koomale tõmmata, sest kõige jaoks lihtsalt pole ressursse.

Paralleelselt tuleks juurutada ka skriiningtegevuste tõhususe mõõtmine – eesmärk peaks olema maksimeerida skriiningu käigus avastatud probleemide arvu ja minimeerida skriininguväliselt ja -järgselt (lastekaitsetöötajate, noorsoopolitseinike jt spetsialistide poolt) avastatud probleemide arvu.

Skriiningu tulemusi saab edukalt kasutada ka indikaatorina laste üldise heaolu mõõtmiseks ning sellest tulenevalt süsteemis vajalike muudatuste planeerimiseks.

Vaata täiendavalt ka jooniseid seksioonis „Võimalikud stsenaariumid“ võimalike rakendatavate kontrollpunktide osas.

Ettepanek 5.3

Luua mehhanismid abi suunatud osutamiseks kõrgendatud riskigruppidele. Kui kontrollpunktides on läbi viidud laiapõhjaline skriining, siis selle tulemusel välja sõelatud riskigruppidele oleks vaja pöörata kõrgendatud tähelepanu (näiteks sotsiaaltöötaja või pereõe koduvisiidid) ning pakkuda juba suunatud abi ja teenuseid (näiteks vanemlikud oskused, logopeediline tugi, teraapia vms).

Ettepanek 5.4

Kaaluda võimalusi ka seadusandlikult esmatasandi skriiningute läbimist perele kohustuslikuks või sisemiselt motiveerivaks teha (et välistada olukord, kus ainult lasteaiaõpetaja/õpetaja/perearst on huvitatud või vastutav, et lapse puhul vajalikud hindamised tehtud saaks). Skriiningut läbivate laste arvu mõjutavad kindlasti nii lapsevanemate teadlikkus (miks seda vaja on) kui ka mugavus (kus seda teostatakse ning kui keeruline on selles osaleda), kuid eesmärgiks tuleks võtta praktiliselt 100% kaetus konkreetses sihtgrupis, muidu kaotab universaalne skriining oma mõtte.

6. Spetsialistide kvalifikatsioon ning funktsioonide jaotus süsteemis

Ettepanek 6.1

Kehtestada oluliste laste vaimse tervise spetsialistide kutsekvalifikatsiooni nõuded, tõhustada süsteemi vältimaks kvalifikatsiooninõuete aegumist ja tagada nende kontroll. Hetkel on mitmete spetsialistide puhul kutsekvalifikatsiooni nõuded kas ebaselged või ei peeta kvalifikatsiooni olemasolu vajalikuks (näiteks psühholoogi ja terapeutide kutse ebaselge reguleerimine).

Kutsekvalifikatsiooninõuete sätestamine ning nende järgimine võimaldab ühtlustada spetsialistide kvaliteeti ning loob raamistiku ka järelevalve teostamiseks. Samas ei tohi kvalifikatsiooninõuetes teha liiga kiireid muudatusi, kuna muidu on oht, et suur osa tänastest spetsialistidest ei saagi enam teenust osutada ja tekib tõsine spetsialistide puudus (õppetunnid kliiniliste psühholoogide osas), mistõttu muudatuste osas on vajalik piisav üleminekuperiood.

Ettepanek 6.2

Selgitada välja spetsialistide koolitusvajadused laste vaimse tervise temaatikaga seondult ning tähtsustada vaimse tervise täiendkoolituste rolli täiendkoolitustes. Uuringu käigus toodi esile vajadusi arendada esmatasandi teenuseosutajate märkamisoskust (tundmaks õigeaegselt ära tekkiva vaimse tervise probleemi algeid) ning suhtlemisoskust (kuidas teemat abivajajaga tõstatada ning käsitleda). Tihti ei oska esmatasandi sekkujad (perearst- ja õde, lasteaiaõpetaja, õpetaja) vaimse tervise teemat lapsevanematega adekvaatselt esitada, mistõttu ei pruugi info vastuvõtja teema olulisusest või sõnumist õigesti aru saada. Lisaks ei julgeta tihti teemat üldse tõstatadagi, kuna puuduvad vastavad teadmised ning suhtluskogemus. Esmase sekkumise tasandile tuleks viia sisse täiendkoolituste programm laste vaimse tervise osas, rõhuasetusega nende spetsiifilisel rollil süsteemi efektiivseks toimimiseks ning valdkonnaüleseks koostööks. Lisaks oleks vaja laiendada supervisiooni kättesaadavust spetsialistidele, kuna see on kuluefektiivne võimalus parendada kvaliteeti ning tõsta oluliselt spetsialistide motivatsiooni.

Samuti tuleb tagada vaimse tervise probleemide osas kõrgendatud riskis lastega töötavatele spetsialistidele (sh asenduskodu kasvatajad ja perevanemad, alaealiste komisjonide liikmed, erikoolide töötajad) teadmiste, oskuste, tõhusate sekkumiste juurdepääs ning professionaalne tugi. Lisaks spetsialistidele tuleb samalaadne toetus tagada esmajärjekorras kasu- ja lapsendajaperedele, kelle igapäevane panus toetab samuti vaimse tervise vaatenurgast kõrgendatud riskis laste toimetulekut ja heaolu.

Eraldi tuleks tähelepanu pöörata valdkonnaülestele võrgustikukoolitustele, kus juhtumikorralduse meeskondadesse kuuluvad spetsialistid saavad teadmisi ja oskuseid seoses varase märkamise, abivajavast lapsest teatamise ja pere toetamisega eri valdkondade spetsialistide koostöös.

Ettepanek 6.3

Kaaluda võimalusi spetsialistide erialast killustatust vähendada või leida variante, kuidas olemasolevate spetsialistide tegevusvälja laiendada kogukonna tasandil. Hetkel on teenuseosutajate erialane spetsialiseerumine väga detailne (erinevaid teenuseosutajaid kokku on ca 25), mistõttu on abivajajal väga keeruline just tema probleemile keskendunud teenuseosutajani jõuda. Ühe võimalusena tasuks kaaluda kogukonna psühholoogi kontseptsiooni, kes osutaks teenuseid kõigile kogukonna liikmetele ning kataks ära ka kooli/lasteaia regulatiivsed vajadused. Suuremates omavalitsustes võib olla sügav spetsialiseerumine õigustatud (spetsialiseerumine just õpihäiretele vms), aga väiksemates kogukondades ei ole see kindlasti mõistlik – eriti kui arvestada, et enamus laste vaimse tervise probleeme on laiemalt seotud perega, mitte lapsega. Näiteks võiks kogukonnapsühholoog väiksemates omavalitsustes katta nii kooli kui ka laiemalt kogukonna/perede vajadusi või siis peaks koolipsühholoog haaret laiendama ka kogukonnale teenust osutades (ka rahastus tuleks sel juhul mitmes allikast, mitte ainult haridusvaldkonnast või omavalitsuse eelarvest).

Näiteks koolides on seadusega nõutud spetsialistide/funktsioonide arv üsna mitmekülgne (koolipsühholoog, eripedagoog, sotsiaalpedagoog, logopeed. Lisaks määratud HEV koordineerija), kuid nende rollid kohati veidi kattuvad ning abivajajad ei tea, kelle poole täpselt pöörduda. Tuleks kaaluda võimalusi rollide ja tegevuste ühtlustamiseks või kui see osutub siiski võimatuks, tuleks ühele spetsialistile kogu valdkonna koordineeriv roll

määrata ning informeerida abivajajaid, et tema on alati esmane kontakt, kes vajadusel teiste spetsialistide juurde edasi suunab.

Pikemas perspektiivis tuleks viia süsteemis läbi spetsialistide rollide ja teostatavate tegevuste detailsem kaardistus, võimaldamaks hinnata spetsialistide puudujääki, tööülesannete kattuvusi ja sellest tulenevaid ebaefektiivsusi, planeerida koolitusvajadust jms. Paralleelselt vaadata üle ka riiklikud koolitustellimused (õdede arv, kliiniliste psühholoogide arv, koolipsühholoogide arv jne), kuna indikatsioon on, et sarnaselt muule tervishoiupersonalile, on ka laste vaimse tervise valdkonnas praeguse süsteemi korralduse juures pealekasvus suur puudujääk.

7. Teenuste integratsioon ja spetsialistide valdkondadeüleline koostöö

Ettepanek 7.1

Lähtuda teenuste loomisest ja pakkumisest perekonna vaatest ja vajadustest, mitte olemasolevatest teenustest. Hetkel on valdkonnas pigem teenuspõhine vaade ja abi osutamine toimub selle järgi, mis teenustest spetsialist ise teadlik on ja/või mis hõlpsamini kättesaadavad on. Teenuste pakkumine peaks aga toimuma selle järgi, mis teenust abivajaja kõige enam vajab. Seega tuleks vaimse tervise teenuste osutamine tervikuna muuta teenusepõhiselt isiku vajaduse põhiseks.

Ettepanek 7.2

Toetada spetsialistide võrgustike moodustamist valdkondadeülelalt. Eesmärgiks on teadlikkuse tõus integreeritud teenustest ja nende olemusest, vastastikune teavitamine ja infovahetus, ühtne integreeritud lähenemine abivajajale ning spetsialistide eneseareng ja motivatsiooni tõus. Toetada ja aidata kaasa eriti ka eesti ja venekeelsete spetsialistide omavaheliselt koostööle. Toetamine peaks toimuma nii seadusandlikult, vabatahtlike juhenditega kui ka ühiste koolituste ning nõustamisega.

Võrgustike moodustumisega haakub ka vajadus keskse juhtumikorraldaja järele, et vastutus ei hajuks.

Ettepanek 7.3

Määrata komplekssemate juhtumite puhul vastutav juhtumikorraldaja, kes koordineerib teiste spetsialistide tööd ning monitoorib, et vaimse tervise probleemi lahendamiseks koostatud tegevuskava reaalselt lapse igapäevases keskkonnas ka järgitakse. Tulenevalt asjaolust, et lapse abistamisega tegeleb üldjuhul palju spetsialiste, on oluline, et keegi omaks üldpilti ning ülevaadet kogu juhtumist. Eriti puudulik on täna järelevalve ühiselt otsustatud tegevusplaani täitmise osas (kas laps ikka saab vajaliku abi, kas last igapäevaselt ümbritsevad isikud (vanemad, õpetajad, lasteaiaõpetajad) saavad oma vajalikest panusest aru ning on juurutanud kokkulepitut tegevused). Juhtumikorraldaja tuleks määrata lähtuvalt juurprobleemist ja selle valdkonnast ning rolli peaks kandma see isik, kellel on konkreetse olukorra lahendamisel kõige suurem kokkupuude abivajajaga.

Info ja uuringud

8. Teadlikkuse parandamine nii ühiskonnas kui ka lapsevanemate ja spetsialistide seas

Ettepanek 8.1

Toetada teadlikkuse tõusu vaimse tervise valdkonnast ning aidata kaasa valdkonna negatiivse kuvandi muutmiseks ühiskonnas. Teha laiemat teavitust valdkonna olulisusest, mõjust ühiskonnale ja indiviidile, algatada avalik diskussioon nii valdkonnast kui ka teenustest, nende abivajajatest ja teenuseosutajatest. Kaasata teema eestvedajad ning kõneisikud, kaaluda vastavate kodanikualgatuse organisatsioonide toetamist sõnumi edastamisel ning ühiskonna hoiakute muutmisel. Kaaluda võimalusi kaasata professionaalset kommunikatsiooni/suhtekorraldaja, kelle ülesandeks oleks kaasamine ja selle ühtse

visiooni tutvustamine kõigile võimalikele osapooltele ja avalikkusele, muu hulgas ka konsensuse saavutamine erinevate ministeeriumite ja erakondade hulgas.

Oluline on välja murda valdkonna negatiivset stigmat nii ühiskondlikus suhtumises kui ka teenuse (potentsiaalsete) vajajate seas.

See vähendaks abivajajate vastumeelsust abi otsimisel, tänu häbimärgistamise hirmu maandamisele, suurendaks tõenäosust probleemide varajaseks avastamiseks ning pikemas perspektiivis vähendaks seeläbi ka kolmandase taseme intensiivsete ning ressursimahukate sekkumiste vajadust. Samuti looks see toetava keskkonna ka laiapõhjaliste skriiningute edukaks läbiviimiseks.

Ettepanek 8.2

Viia läbi teavituskampaaniad vaimse tervise teenuste teadlikkuse tõstmiseks nii lapsevanemate kui ka spetsialistide seas. Tihti on probleem selles, et võimalustest ei teata, mitte et teenust/abi ei pakuta. Lisaks tavapärastele teavituskanalitele (infomaterjalid, teabepäevad, koolitused jms) tasuks kaaluda ka innovatiivseid infoedastuse viise. Näiteks üks kuluefektiivne meetod esmase märkamise ja sekkumise suurendamiseks oleks lapsevanemate operatiivne teavitamine läbi lapsevanematele suunatud mobiilirakenduse (võimalikud funktsionaalsused võiks näiteks olla lapse vanusest tulenevad meeldetuletused, mida teatud vanuses laps peaks juba suutma teha (haaramine, kõndimine, kõne areng jt), tegutsemisjuhised ohumärkide puhul, teenusekirjeldused, piirkonna teenuseosutajate kontaktid, vaksineerimiskalender vms). Võimalik, et vastava lahenduse väljatöötamisel on võimalik teha koostööd ka erasektoriga (täiendavad lapsevanematele suunatud teenused/info).

Samuti tuleb valmistuda teadlikkuse kasvu tagajärjel tekkivale suurenevale nõudlusele esmatasandi konsultatsiooni ja nõustamise järele. Selle probleemi lahendamiseks on mõistlik teadlikult suurendada pere vaimset tervist toetavate või taastavate eluviiside ennetusprogrammide osakaalu.

Ettepanek 8.3

Koostada spetsialistidele informeerivad juhendid isikuandmete kaitse seaduse ja selle piirangute osas, lisada vastav informatsioon ka spetsialistide koolitusprogrammidesse. Seadusest tulenevaid piiranguid peetakse sageli info edastamise takistajaks, sageli aga teadmatusest, millist ja kellega tohib jagada. Tegelikult on info edastamine oluliselt rohkem lubatud kui arvatakse.

Ettepanek 8.4

Koostada abimaterjalid kohalikele omavalitsustele, mille alusel omavalitsus saaks piiratud ressursside valguses paremini otsustada, milliseid teenuseid kohalikul tasandil esmajärjekorras pakkuda ning millised on täiendavad teenuste rahastamise võimalused. Juhendmaterjal ei peaks keskenduma pelgalt laste vaimse tervise vaatele vaid just laiemalt laste ja pere heaolu vaatele. Kohalikud omavalitsused tihti ei suuda hinnata, millised valdkonnad ja teenused on olulisemad ning millised tegevused tulemuslikumad. Lisaks juhendmaterjalidele oleks vajalik luua ka tugifunktsioon koordineerivast üksusest (nt Sotsiaalkindlustusamet).

9. Vaimse tervise valdkonna informatsiooni kogumine

Ettepanek 9.1

Eesmärgistada ja luua ja süsteem valdkonna statistika kogumiseks, et vajalikud andmed oleksid kättesaadavad (kohalikul ja üleriigilisel tasandil) ning omavahel võrreldavad. Moodustada terviklik vaade, mida täna üldse kogutakse ja välja kujundada visioon, mis on andmete minimaalne vajadus ning mida saaks kogumata jätta. Muu hulgas tuleks defineerida ka spetsiifilised kriteeriumid, mille järgi määrata riskigruppe ning otsustada, millist informatsiooni konkreetsete riskigruppide kohta on vaja koguda.

Määratlemaks vajadusi detailse statistika kogumises ning andmete interpretatsioonis tuleks suuresti lähtuda valdkonna eesmärkidest ning indikaatoritest (näiteks: millised on tegevuste tõhususe mõõdikud või kui suur on

teenuste/programmide kaetus sihtgrupis). Muu hulgas arendada koostööd ka kõrgkoolidega teadusuuringute ja epidemioloogiliste uuringute läbiviimisel.

Ettepanek 9.2

Korrastada vaimse tervise valdkonnaga seonduvate infosüsteemide halduse poliitika – vähendada andmekogude arvu, liidestada andmekogud omavahel võimalikult suures ulatuses, tagada infovahetus erinevate spetsialistide vahel, et vältida dubleerimist (nii inimeste poolt kui ka kesksete/tsentraalsete registrite vahel). Info peaks olema lapse ajaloo kohta kättesaadav: mis sekkumisi on tehtud, mis olid tulemused, mis on edasine tegevusplaan, ning seda ka kui pere kolib või liigub nn süsteemide vahel (näiteks kaaluda STAR-i juhtumiplaani täiendamist). Siinkohal on Soome kogemusele tuginedes oluline märkida, et üleriigilised akadeemilised uuringud ja andmebaasid annavad küll head tagasisidet üleriigiliste süsteemide täiendamiseks, kuid kohapealseid juhtimisotsuseid aitab teha ikkagi lokaliseeritud info, millised on konkreetse piirkonna laste vaimne tervise näitajad/vajadused.

Võimalikud stsenaariumid

Valdav osa tuvastatud probleemkohtadest seonduvad nn horisontaalsete teemadega – valdkonnaülese koordineerimise puudumine, madal teadlikkus ühiskonnas, ebapiisav ning mitteoptimaalselt kogutav informatsioon ning ebastabiilne rahastus. Nimetatud probleemide lahendamisel ei ole asjakohane erinevate teoreetiliste stsenaariumite väljatöötamine, kuna kõik valdkonnas tegutsevad osapooled on ühtsel arusaamal, mida tuleks valdkonna arendamiseks muuta. Seetõttu on erinevate stsenaariumite väljatöötamisel keskendutud just pakutavate teenuste valikule ning nende kättesaadavusele erinevatest sihtgruppides.

Täna toimub valdkonnas väga tugev tegevuste koondumine tagajärgede likvideerimisele mitte probleemide ennetusele. Samas on probleemide ennetamine või nende süvenemise pidurdamine üldjuhul ühiskonnale odavam kui hilisem ravi või rehabilitatsioon, mistõttu on ennetusega seotud teenuste pakkumise laiendamise abil võimalik probleemide ulatust kuluefektiivselt vähendada.

Illustratiivne juhtumiuuring

Tuvastamaks võimalikke stsenaariumeid ning näitlikustamaks võimalikku kulusäästu erinevate sekkumiste etappide kaupa oleme koostanud illustratiivse juhtumiuuringu. All olev Joonis 40 kirjeldab kolme stsenaariumi, mis võib juhtuda lapsega, kellel on tekkinud kodused probleemid. Esimene stsenaarium on kõige positiivsem, kus laps saab abi kohe kui probleemid ilmnevad; teine stsenaarium kirjeldab olukorda, kus abi andmine hilineb, kuid on siiski tulemuslik. Kolmas stsenaarium näitab, kuidas õigeaegset abi mitte saanud lapsest saab ühiskonnale koormav kodanik, kes ainult tarbib, mitte ei tooda lisaväärtust.

Joonisele on toodud vaid võtmetähtsusega etapid ning detailne stsenaariumite kirjeldus koos ajatelje ning oluliste eeldustega süsteemi toimimiseks on esitatud lisades (Lisa 17. Illustratiivne juhtumiuuring võimalike arengustsenaariumitega).

Stsenaarium 1	Stsenaarium 2	Stsenaarium 3
5-aastane Paul on 1 aastat uues lasteaias, ema-isa 33 a, noorem vend 2 a. Ema läinud 4 kuud tagasi tööle. Isa sõjaväelane, on just naasnud 3 kuud kestnud lähetusest, lähimad 6 kuud tegutseb Eestis. Vanavanemad ei aita. Lasteaiast mured novembris: "nagu ei kuuleks", on sõnakuulmatu, püsimatu ja teiste suhtes agressiivne. Laps sageli haige ja puudub palju. Teiste laste vanemad tõrjuvaks muutumas.		
Lasteaiaõpetaja nõustamine ja võimaliku abi saamise variandid (Rajaleidja). Soovitus pöörduda perearsti juurde diagnoosimiseks.	Lasteaiaõpetaja vestleb perega. Kõik loodavad, et ajaga Pauli käitumine paraneb. Soovitus pöörduda perearsti juurde diagnoosimiseks.	
Perearsti kontroll - Pauli kehaline tervis on korras, kuid sõelkõsimustiku tulemused viitavad ATH-le. Laps suunatakse lastepsühhiaatri vastuvõtule.	Perearsti kontroll - Pauli kehaline tervis on korras. Vaimse tervise kontrolli ei teostata.	20 €
30 €	Teised lapsevanemad koostavad lasteaia juhatajale kirja eemaldada Paul agressiivsuse tõttu rühmast.	
Ema puhkeb perearsti vastuvõtul korduvalt nutma, lepitakse kokku kohtumine ema võimaliku depressiooni osas. Infoedastus KOV lastekaitse-spetsialistile (vajadusel pere toetamiseks, mh laste hoidmine ema tugigruppides käimise või ravi ajal).	Vanemad otsustavad, et ema tuleb töölt ära ja jääb lastega koju. Vanemate tülid sagedavad, ema pettunud, pisarais ja abikaasat süüdistav. Isa samuti süüdistav ja õhtuti sageli sõpradega väljas, alkoholi kuritarvitamine.	
	Sõbranna soovitusel pöördub Ema Rajaleidjasse psühholoogi juurde, kus leitakse, et Paulil võiks tegemist olla ATH-ga ning asutakse otsima uut lasteaeda. Paulil soovitataks lastepsühhiaatri juurde minna.	40 €
Lastepsühhiaatria päevastatsionaari uuringud. Pauli põhidiagnoosiks ATH, mis käesolevalt ei vaja medikamenttooset ravi, vaid jätkuvat keskkonna kohandamist lapse vajadustele vastavaks. Vanemad annavad tagasiside nii lasteaeda kui Rajaleidjasse, kes jätkavad koostöös eakohase arenguga, kuid ATH diagnoosiga lapse aitamist tavarühmas.	Isa läheb taas 3 kuuks lähetusele. Ema unetu ning on unustanud lastepsühhiaatri vastuvõtule aega kinni panna. Selgub lapsele uus lasteaed. Laps ei saa haiguse tõttu veel lasteaeda minna, käib emaga perearsti juures. Ema nutune, abikaasat süüdistav ja kurnatud.	
650€	Paul asub uude lasteaeda, kus juba 1. nädalal algavad probleemid. Isa teatab emale, et on leidnud uue elukaaslase ning kolib välja.	
Vanemate, lasteaiaõpetaja ja Rajaleidja spetsialistiga kohtumine lasteaias - info, mida saab Pauli aitamiseks teha.	Paul taas haige. Meeleheitel ema sõidab lastehaiglasse, kus jäetakse 2 päevaks ravile. Pediaater kutsub psühhiaatri nutva ema juurde. Emal leitakse depressioon. Paulile leitakse uuringute aeg.	240 €
60 €	Paulil 4 päeva uuringuid lastepsühhiaatria päevastatsionaaris. Põhidiagnoosiks ATH diagnoos, kaasnevaks kohanemishäire seoses vanemate lahutuse ja ema depressiooniga. Enne med. ravi vajalik keskkonna kohandamine lapse vajadustele vastavaks ja ambulatoorne pereteraapia haigla pereterapeudi juures.	
Perenõustamine (6x), kus selgub ka vanemate paarisuhte probleem ja kogenematus laste kasvatamisel. Täiendavad tegevusjuhised vanematele.	650 €	Emal pole võimalust Pauliga uuringutele minna, kuna väiksem laps on sel hetkel raskesti haige ning uus aeg saadakse alles 3 kuu pärast. Ema unustab depressiooni tõttu uuel ajal Pauliga arsti juurde minna.
200 €		Ema käib kolm korda oma depressiooni osas teraapias, kuid need on hektilised ega loo soovitud tulemust.
Rajaleidja spetsialist ja lasteaiakasvataja omavaheline konsultatsioon. Vanemad leiavad jõudu lastega kodus mängida ning ka lasteaias on olukord mõnevõrra paranenud.	Lasteaia, Rajaleidja ja KOV-i koostöös soovitataks leida lapsele koolieelseks poolaastaks rühma tugiisik (2h päevas). Haigla sotsiaal-töötaja kontakt KOV lastekaitsega, et tagada emale abi kuna ema sissetulek on ebapiisav toimetulekuks.	100 €
50 €	3 000 €	Paul läheb kooli, tekivad õpiraskused, Paul jääb II klassis istuma. III klassis õpetajate tungival soovitusel läheb ema Pauliga siiski psühhiaatri juurde vastuvõtule, kus Paulil tuvastatakse ATH.
		120 €

Stsenaarium 1	Stsenaarium 2	Stsenaarium 3
Vanemad leiavad viise paarisuhte parandamiseks, loevad ATH tugiliidu materjale ning on jooksvalt lasteaias õpetajatega/Rajaleidja spetsialistiga vajaduse korral kontaktis	Emal suunatakse perearsti juurde depressiooni ravima.	Paulile määratakse med.ravi (pika-toimelist metüülfenidaat), kuid kuna teda ümbritsevas keskkonnas ei toimu sisulisi muutusi, ei oma see soovitud mõju
Lasteaias teadvustatakse, et algab isa 3 kuuline lähetus ja poiss koos emaga võib vajada enam toetust	Laps pöördub planeeritud lastepsühhiaatri ambul. vastuvõtuks seisundi hindamiseks. Emal on seni käinud üksi 4 korda pereterapeudi juures, KOVi lastekaitse-spetsialist on aidanud seni lapsi valvata.	V klass uus klassijuhataja ja mitmed aineõpetajad, kellega enam kontakti ei saa. Õpiprobleemid. Esimesed koolist puudumised ja poevargus. Kontakt lastekaitsega. AAK istung. VII-klassist hulkumised, alkohol, narkootikumid.
Emal pöördub koos Pauliga lastepsühhiaatri ambulatoorsesse vastuvõtu seisundi vahehindamiseks, et aidata leida õige õppevorm ja vajadusel alustada med. raviga. Tulemus - ravimeid ei ole vaja rakendada.	Lapse käitumine rühmas on rahuldav, keskendumine häiritud ja käitumine on tihti probleemne. Lõpuks leiti tugiisik. Õhtuti kodus esineb raevuhooge, nutlikkust ja vihasena pea vastu seina löömist. Emal on lugenud ATH tugiliidu materjale, alustanud kuu aega tagasi ravi antidepressandiga. Lastepsühhiaater alustab Paulil ravi antidepressandiga ja leitakse uus võimalus loovteraapiaks.	V-VIII klass, Paul kaks korda psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil keskmiselt 14 päeva. Peale autoavariid purjus peaga sõites nädala ortopeedia osakonnas stats. ravil, sääreluumurd paraneb, kuid peapõrutus jätab peavalud ja ärrituvuse ülejäänud eluks. Kahel korral aastas sõltuvushäirete rehab. keskuses
Lapse käitumine rühmas on rahuldav, kuid õppetöö juures segab häiritud keskendumine. Üldine toimetulek ja koolieelne ettevalmistus sujuvad rahuldavalt, õppetöö ajal aitab last individuaalselt abiõpetaja.	Paul käib med. ravi alustamise ja seisundi jälgimise foonil kaks korda kuus psühhiaatri vastuvõtul, järgmised 6 kuud üks kord kuus. Samuti paar korda Rajaleidjas, et saada korda väikeklassi suunamine.	Emal paralleelselt hädas noorema venna käitumishäirete ja algavate õpiraskustega. II depressiooni episood. Vormistab endale puude kuna ei ole võimalik täis koormusega tööl käia ja lastele järelvalvet tagada.
Vanematel on oskused ATH-ga last kasvatada, nad on teadvustanud kuidas ja millal abi küsida ja teavad, kuidas ennetada ema järgmist depressiooni episoodi. Vanemad ei lahuta, ei loobu töökohast, ATHga Paul lõpetab põhikooli, omandab eriala ja asub tööle.	Paul suunatakse 3 aastaks väikeklassi ja ta hakkab II klassis ATH med. ravi saama	Eluaseme probleemidega emal kolib Tallinnast ära, uues vallas avastatakse 4 kuu pärast probleemne poiss, kes ei õpi kutsekoolis, vaid elab kodus, hulgub, on emal vastu verbaalselt vägivaldne. Peale korduvaid autovarguseid ja purjus peaga kihutamist suunatakse Tapa Erikooli, kust viibib peale suitsiidkatset lastepsühhiaatrilisel stats. ravil
Kokku: 1 530 €	Paul käib II-III klassis psühhiaatri ambulatoorses vastuvõtus 8 korda aastas. Olukord on kontrolli alla saadud, väikeklassis õpe sujuv, liigub 3a pärast tagasi tavaklassi. Lõpetab kodus elades 9-klassi ja asub ametit õppima.	17a satub Paul 3 kuuks Jõhvi Noortevanglasse. Tuvastatakse orgaaniline ajukahjustus, impulsiivsus, vägivaldsus.
	Paul suunatakse 3 aastaks väikeklassi ja ta hakkab II klassis ATH med. ravi saama	Saab 20. aastasena isaks, on 18. aastase elukaaslase suhtes juba tema lapseootuse aja vägivaldne. Paul töö ei käi, vormistab vanglate vahepeal puude.
	Kokku: 15 500 €	Kokku: 10 720 €, lisaks Erikool 50 000 € aastas Puudetoetused 1 200 € aastas

Joonis 40. Õigeaegse suunatud sekkumise võimalik mõju riigile ²⁹⁶

²⁹⁶ Joonisel kujutatud numbrid on indikatiivsed

Hinnanguliste kulude tuvastamiseks kasutasime erinevaid meetodikaid. Valdavalt arvutasime avalikult kättesaadavate andmete baasil välja lapsega tegelevate spetsialistide tunnihinna ning korrutasime selle hinnanguliselt lapsega tegelemiseks kuluvate tundide arvuga. Pikaajaliste teenuste maksumuse väljaarvutamiseks (nt väikeklass, erikool, noortevangla) jagasime teenust osutava organisatsiooni eelarve teenust saavate isikute mahtudega aastas, tuvastamaks ühe teenust saava isiku täiskulu mahu. Perenõustamise ja teraapia puhul lähtusime avalikult kättesaadavast teenuse hinnakirjast ning tervishoiuteenuste puhul lähtusime kehtivast Haigekassa hinnakirjast. Puudetoetuste puhul lähtusime keskmistest puudega isikute toetusmääradest.

Arvutused on tehtud illustratiivsetel eesmärkidel, kuna põhinevad piiratud informatsioonil ning mitmetel lihtsustatud eeldustel. Seetõttu ei pruugi alljärgnevad kulud täpset ülevaadet tegelikest kuludest – küll aga on nad piisavad näitlikustamiseks olulisi kulumahtude erinevusi erinevate stsenaariumite korral. Jooniselt nähtub, et kõige kallim on riigile laps, kes ei saa õigeaegselt abi.

Oluline on välja tuua, et lisaks sellele, et lapsega mitte õigeaegne tegelemine läheb avalikule sektorile teenuste plaanis kulukaks, on see laps tõenäoliselt ka täiskasvanuna probleemne, mis tähendab riigi jaoks maksutulude kaotsiminekut, vajadust seda isikut ka edaspidi toetada (nt toimetulekutoetuste või töötutoetustega) ning isiku poolt töö kaudu loodava väärtuse mitterealiseerumist.

Eeltoodust nähtub, et õigeaegne sekkumine ning kättesaadavad esmase ja teise taseme teenused võimaldavad olulist ressursisäästu. Samas sõltub ennetusse suunatud investeringute tasuvus konkreetsest ärahoitavast haigusest, selle esinemissagedusest ning ennetustegevuse kuludest. Kuna täna puudub valdkonnas kokkuleppeline indikaator, mis kirjeldaks vaimse tervise probleemi ulatust (vt ka Lisa 14. Sihtgruppide ja riskigruppide statistika), siis võime paralleelse tömmata vaid WHO üldise statistikaga²⁹⁷, mille kohaselt igal viiendal inimesel maailmas vaimse tervise häire või probleem ning enam kui pooled probleemidest saavad alguse enne 14. eluaastat. Seega on probleemide leviku ulatus massiivne ning kõik eeltingimused läbi ennetustegevusse panustamisega kuluefektiivsuse saavutamiseks on täidetud.

Võimalikud stsenaariumid

Eeltoodust tulenevalt keskendusime stsenaariumite väljatöötamisel just nendel tegevustel, mis võiksid õigeaegse sekkumise läbi probleemi tekkimist vältida või selle edasist levikut oluliselt pidurdada. Vastavate teenuste planeerimisel lähtuti lapse elukaare kontseptsioonist ning kahest olulisest kriteeriumist:

- Oluliste valdkondade adresseerimine üldise ennetuse (probleemide ärahoidmine) või skriiningu (probleemi ilmingute varajane tuvastamine ja asjakohane sekkumine) kaudu (kas asjakohane teenus eksisteerib);
- Teenuste kaetus laiemalt sihtgrupi hulgas (mitu % sihtgrupist teenust saab).

Muu hulgas aitab ennetustegevustele keskendumine lahendada ka täna kolmanda taseme tervishoiu kättesaadavuse ning ebamõistliku ressursikasutuse probleemi.

Lihtsustatult on stsenaariumid jagatud kolmeks:

Stsenaarium 1 – tänase olukorra jätkumine muutmata kujul;

Stsenaarium 2 – kõige kriitilisemate probleemide lahendamine süsteemis;

Stsenaarium 3 – pikaajaline strateegiline eesmärk, mille poole püüelda.

Siinkohal tuleb rõhutada, et visualiseeritud stsenaariumid on oma olemuselt lihtsustatud ning ei hõlma kaugeltki mitte kogu süsteemi. Samuti ei ole siinkohal võimalik välja tuua erinevaid teenuseid/programme kõigile spetsiifilistele riskirühmadele (sävenenud käitumishäired) või fokusseeritud ennetustegevustele (alkoholiennetus) – skeem keskendub peamiselt laiapõhjalisi sihtrühmi puudutavatel teenustel ning programmidel.

²⁹⁷ WHO 10 fakti vaimse tervise kohta. WHO veebileht. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/

Stsenaarium 1 – tänase olukorra jätkumine

Alljärgnevalt on välja toodud stsenaarium, mis illustreerib tänast laste vaimse tervise süsteemi olukorda.

		Rasedusperiood / enne sündi	Kodu (laps 0-2a)	Lasteaed/lastehoid (laps 2-7)	Algkool (laps 7-12)	Põhikool (laps 12-16)	Gümnaasium või kutseõppeasutus (laps 16-18)
Kolmandane sekkumine (ravi ja rehabilitatsioon)	Horisontaalsed teemad	3 taseme spetsialistid (nt psühhiaatrid) on tihti ülekoormatud, kuna alumised tasandid ei toimi efektiivse filtrina. Tihti toimub otse 3 tasandi tervishoiuspetsialisti juurde liikumine, kuigi probleem võib olla hoopis haridus- või sotsiaalvaldkonnas lahendatav. Vaimse tervise kõrgete riskidega lapsi aitavatel spetsialistidel (nt alaealiste komisjonides, erikoolides, asenduskodudes) ja peredel (kasu- ja lapsendajaperedel) on ebaühtlane ja kohati puudulik juurdepääs oskusteabele, tõhusatele sekkumistele ja professionaalsele toele (nt supervisioon).					
Teisene sekkumine (varajane märkamine, sekkumine ja esialgne nõustamine)	Kontrollpunktid / spetsialist	Günekoloogi / ämmaemanda vastuvõtt ja sünnitus (reguleerimata, kasutuspraktika sõltub inimesest)	Ämmaemandate koduviisidid (vabatahtlik) (progn. visiitide maht 2015 aastal ca 200, laste sünde ca 13,500 ehk kaetus 1%) Günekoloogi / ämmaemanda vastuvõtt ja sünnitus (reguleerimata, kasutuspraktika sõltub inimesest)	Märkav lasteaiaõpetaja ja perearst (reguleerimata, kasutuspraktika sõltub inimesest)	Märkav õpetaja ja perearst (reguleerimata, kasutuspraktika sõltub inimesest)		
	Horisontaalsed teemad	Spetsialistid ja teenused on suures osas olemas (v.a kontrollpunktides laiapõhjaline skriining), aga teadlikkus, kelle poole pöörduda ning millist abi saada, on lastevanematel madal ning teenuste omavaheline integreeritus on tihti nõrk. Spetsialistide valdkondadevaheline koostöö on valdavalt isiklikel tutvustel põhinev. Eri valdkondade esmatasandi spetsialistidel napib oskuseid jooksva töö käigus varaseks märkamiseks. Puudub stabiilne juhtumikorraldus ning monitooring veendumaks, et abivajaja saaks vajaliku abi kätte ning see oleks ka mõjus.					
Esmase sekkumine (universaalne ennetus ja edendus, laiapõhjaline skriining)	Laiapõhjaline univ. skriining	Puuduvad					
	Tõendus-põhised programmid	Incredible Years (pilootprojekti lõpuks 2016a kaetus 360 lapsevanemat ehk vaid 0.1%)					
		PREP-paarisuhtekoolitus (kaetus 1400 lapsevanemat ehk ca 0.5%)					
						KiVa kool (kaetus 31/548 kooli ehk 6%, aga vaid kuni 2 esimest klassi koolist) Good Behaviour Game (kaetus 21/540 kooli ehk 4%)	
	Muud programmid	Gordoni perekool (kaetus 10 viimase aastaga ca 7000 lapsevanemat ja õpetajat ehk ca 3%)					
		Muud perekoolid (kaetus teadmata)	Kiusamisest vaba lasteaed (kaetus 397/527 lasteaeda ehk 8%)				Kiusamisest vaba kool (25/548 kooli ehk 3%)
Horisontaalsed teemad						TORE kool (30/548 kooli ehk 5%)	
		Ennetus- ja edendustegevused on hajutatud ning ühtset koordineerimist ei toimu. Ühiskonnas ja poliitikakujundajatel on madal teadlikkus ennetustegevuste mõjust, mistõttu ei ole tegevused piisavalt riigi fookuses.					

Joonis 41. Laste vaimse tervise süsteem tänase olukorra jätkumisel

Stsenaarium 2 – kõige kriitilisemate probleemide lahendamine

Alljärgnevalt on välja toodud stsenaarium, mis ekspertide hinnangul käsitleb kõige kriitilisemate probleemide lahendamist lühiajalises perspektiivis ning on oma olemuses nn miinimumprogramm. Nende muudatuste elluviimine on valdkonnas tegutsevate osapoolte hinnangul piiratud ressursside kontekstis kõige suurema potentsiaali ja/või kuluefektiivseima positiivse mõjuga.

		Rasedusperiood / enne sündi	Kodu (laps 0-2a)	Lasteaed/lastehoid (laps 2-7)	Algkool (laps 7-12)	Põhikool (laps 12-16)	Gümnaasium või kutseõppeasutus (laps 16-18)
Kolmandane sekkumine (ravi ja rehabilitatsioon)	Horisontaalsed teemad	3 taseme spetsialistide (nt psühhiaatrite) juurde tulevad lapsed või lapsevanemad vaid meditsiinilise näidustusega (teised on madalamatel tasanditel abi saanud) ning täieliku infomaterjaliga senistest sekkumistest ning taustsüsteemist. Vaimse tervise kõrgete riskidega lapsi aitavatel spetsialistidel (nt alaealiste komisjonides, erikoolides, asenduskodudes) ja peredel (kasu- ja lapsendajaperedel) on ühtlane ja piisav juurdepääs oskusteabele, tõhusatele sekkumistele ja professionaalsele toele (nt supervisioon).					
Teisene sekkumine (varajane märkamine, sekkumine ja esialgne nõustamine)	Märkamine/ sekkumine	Günekoloogi / ämmaemanda vastuvõtt ja sünnitus (spetsialistid koolitatud ja teadlikud sümptomitest ning edasi suunamise võimalustest)	Ämmaemandate/pere arst/õe/vaimse tervise õe/sotsiaaltöötaja koduvisiitid lähtuvalt skriiningitulemustest Märkav perearst/õde (koolitatud ja teadlik sümptomitest ning edasi suunamise võimalustest)	Märkav lasteaiaõpetaja ja perearst (reguleerimata, kasutuspraktika sõltub inimesest)	Märkav õpetaja ja perearst (koolitatud ja teadlikud sümptomitest ning edasi suunamise võimalustest)		
	Horisontaalsed teemad	Abivajajate teadlikkus, kelle poole pöörduda ning millist abi saada, on lastevanematel kasvanud ning spetsialistidel on hea ülevaade erinevates valdkondades pakutavatest teenustest ning nende integreerituse võimalustest. Spetsialistide valdkondadevaheline koostöö on tihenenedu ning esmatasandi spetsialistid on saanud piisava täiendkoolituse varaseks märkamise efektiivseks elluviimiseks. Juurutatud on juhtumikorraldaja määramine, kes veendub, et abivajaja saaks vajaliku abi kätte ning see oleks ka mõjus.					
Esmase sekkumine (universaalne ennetus ja edendus, laiapõhjaline skriining)	Laiapõhjaline universaalne skriining	Günekoloogi / ämmaemanda vastuvõtt - skriining (nt küsimustik)	Lapse 1a vaksineerimise käigus perearsti/ pereõe/ vaimse tervise õe skriining (nt küsimustik)	Lasteaiaõpetajate poolt teostatava arenguvestluse ning koolivalmiduskaartide täitmise raames adresseerida spetsiifiliselt ka laste vaimse tervise konteksti (hindamis- vahendid)	Valitud 1-2 kontrollpunktis vaimse tervise skriining (nt küsimustik)		
	Tõendus- põhised programmid	Incredible Years ja/või PREP (kättesaadavus kõigis maakondades, osalenud lastevanemate osakaal 5%)					
		Pilootprogramm A	Pilootprogramm B	Pilootprogramm C	Pilootprogramm D		
	Muud programmid				Good Behaviour Game (30% koolidest)		
			Gordoni perekool				
			Muud perekoolid		Kiusamisest vaba lasteaed		Kiusamisest vaba kool
Horisontaalsed teemad					TORE kool		
		Ennetus- ja edendustegevused on keskselt lastekaitseõukoguga kooskõlastatud. Ühiskonnas ja poliitikakujundajatel on kasvanud teadlikkus ennetustegevuste mõjust ning ennetusse on suunatud täiendavat ressursi. Muude programmide osas on viidud läbi vajalikus mahu uuringuid või hangitud välisriikide tõendusmaterjale hindamiseks, milliste programmide laiendamine toob kaasa soovitud mõjususe. Olemasolevaid tõenduspõhiseid programme on laiendatud üle-Eestiliselt ning vähemalt pilootprogrammiga on kaetud kõik olulised sihtrühmad (eesmärgiga tulevikus positiivsete tulemuste korral kaetust laiendada).					

Joonis 42. Laste vaimse tervise süsteem, mis lahendaks kriitilisemad probleemid

Võtmetähtsusega muudatused võrreldes tänase olukorraga:

- Valdkonna vastutaja määramine, ühtne vaimse tervise poliitika väljatöötamine ning valdkondadeüleselt heaks kiitmine. Koordinaatsioon nii ennetusele, edendusele kui ka teenuste osutamisele;
 - Lähiajal lõppevate projektirahastuse toel pakutavate teenuste rahastuse jätkamise (või nende lõpetamise) otsustamine ning vastavate meetmete rakendamine;
 - Spetsialistide omavahelise infovahetuse soodustamine (laiem teavitus võimalustest, ühisüritused, isikuandmete kaitse piirangute selgitused);
 - Kõigi valdkondade esmase sekkumise tasandi oluline tugevdamine ja teisese sekkumise tasandi teenuste süstematiseerimine koos minimaalselt viie aasta rahastusega personali koolitamiseks, puuduoleva palkamiseks ja skriiningute kontrollpunktide elluviimiseks (vt ka alljärgnevat nimekirja);
- Esmased sekkumised (skriiningtegevused/kontrollpunktid, ennetusprogrammid):
 - Günekoloogi/ämmaemanda vastuvõtu raames teostada vanema vaimse tervise hindamine (küsimustik);
 - Valitud vaktsineerimise vastuvõtu ajal (nt lapse 1-aastaseks saamisel leetrite, mumpsu ja punetiste vaktsineerimise ajal) teostada perearsti/õe/vaimse tervise õe poolt vanema vaimse tervise hindamine (küsimustik);
 - Lasteaiaõpetajate poolt teostatava arenguvestluse ning koolivalmiduskaartide täitmise raames adresseerida spetsiifiliselt ka laste vaimse tervise konteksti (läbi vastavate hindamisevahendite), koos tegevusjuhistega lapsevanemale (lapsevanema tähelepanu vajavad asjaolud ja arengut toetavad tegevused, vajadusel erialaspetsialistidega konsultatsioonid, infomaterjalide saamine jms);
 - Valitud 1-2 kontrollpunktis vastav vaimse tervise hindamine üldhariduskoolides (võimalikud variandid näiteks 2, 4, 8 ja 11 klass).
 - Valitud ja seni edukalt piloteeritud tõenduspõhiste programmide laiendamine üle-Eestiliselt (*Incredible Years*, KiVa). Valiku puhul on arvestatud teistes riikides tõenduspõhiseid tulemusi; asjaolu, et nimetatud programmid on läbinud eelneva põhjaliku valikusõela (*Incredible Years* avaliku sektori poolt; KiVa eraalgatajate laiapõhjalise koalitsiooni poolt); projektid on juba Eestis kohal või rakendamisel (kulub vähem ressursi kui täiesti uue programmi juurutamisel).
 - Täna katmata sihtrühmade puhul on välja valitud ja rakendatud tõenduspõhised pilootprojektid, mida testida.
 - Muude programmide osas on viidud läbi vajalikud mahus uuringuid või hangitud välisriikide tõendusmaterjale hindamiseks, milliste programmide laiendamine tooks kaasa soovitud mõjususe.
 - Teisesed sekkumised (riskigruppidele suunatud tegevused)
 - Kohustuslik ämmaemanda koduviit vastavalt rasedusaegse skriiningu tulemusele (spetsiifilised riskirühmad);
 - Pereõe, vaimse tervise õe või sotsiaaltöötaja koduviit/vastuvõtt vastavalt lapse või lapsevanema kohta teostatud hindamise tulemusele (spetsiifilised riskirühmad);
 - Süsteemne täiendavate spetsialistide (sotsiaaltöötaja, psühholoog, eripedagoog vms) kaasamine vastavalt visiitide tulemusel tehtud järeldustele.
 - Kolmandased sekkumised (sihtgruppidele/spetsialistidele suunatud tegevused)
 - Kolmanda taseme spetsialistide (nt psühhiaatrite) juurde tulevad lapsed või lapsevanemad vaid vastava valdkonna näidustusega (teised on madalamatel tasanditel abi saanud) ning täieliku infomaterjaliga senistest sekkumistest ning taustsüsteemist;
 - Vaimse tervise kõrgete riskidega lapsi aitavatel spetsialistidel (nt alaealiste komisjonides, erikoolides, asenduskodudes) ja peredel (kasu- ja lapsendajaperedel) on ühtlane ja piisav juurdepääs oskusteabele, tõhusatele sekkumistele ja professionaalsele toele (nt supervisioon).

Stsenaarium 3 – pikaajaline strateegiline eesmärk

Alljärgnevalt on välja toodud tulevikuvision, mille poole peaks vaimse tervise valdkonnas pikaajaliselt püüdlema. On selge, et piiratud ressursside valguses ei ole võimalik alltoodud visiooni täies mahus lähiajal rakendada, kuid ühine valdkonnaülene visioon aitab tuvastada süsteemi puudujääke ning võimalikke kattuvusi, koostada sünergiat tekitavaid pikaajalisi valdkondade plaane ja loob head eeldused laste heaolu jätkusuutlikule kasvule pikas perspektiivis.

		Rasedusperiood / enne sündi	Kodu (laps 0-2a)	Lasteaed/lastehoid (laps 2-7)	Algkool (laps 7-12)	Põhikool (laps 12-16)	Gümnaasium või kutseõppeasutus (laps 16-18)
Kolmandane sekkumine (ravi ja rehabilitatsioon)	Horisontaalsed teemad	Vajadus 3. taseme sekkumiste järele on oluliselt vähenenud, kuna madalamatel tasanditel teostatud sekkumised on kas ennetanud või piisavalt pidurdanud probleemide süvenemist. Lapsed ei puutu kokku keskkondadega, mis on nende vaimsele heaolule tõestatult kahjulikud (nt erikoolid) või olemasolevate alternatiividega võrreldes halvemad (nt asenduskodud). Spetsialistidel ja peredel (kasu- ja lapsendajaperedel) on suurepärase juurdepääs oskusteabele, tõhusatele sekkumistele ja professionaalsele toele (nt supervisioon).					
Teisene sekkumine (varajane märkamine, sekkumine ja esialgne nõustamine)	Märkamine/ sekkumine	Günekoloogi / ämmaemanda vastuvõtt ja sünnitus (spetsialistid koolitatud ja teadlikud sümptomitest ning edasi suunamise võimalustest)	Ämmaemandate koduvisiidid lähtuvalt skriiningtulemustest Märkav perearst (koolitatud ja teadlik sümptomitest ning edasi suunamise võimalustest)	Märkav lasteaiaõpetaja ja perearst (koolitatud ja teadlikud sümptomitest ning edasi suunamise võimalustest)	Märkav õpetaja ja perearst (koolitatud ja teadlikud sümptomitest ning edasi suunamise võimalustest)		
	Horisontaalsed teemad	Abivajajad on teadlikud, kelle poole pöörduda ning millist abi saada. Spetsialistide omavaheline koostöö sujub ning teenused on integreeritud lähtuvalt laste/lastevanemate vajadusest. Sekkumised on õigeaegsed ning tõhusad, vähendades oluliselt 3 taseme sekkumise vajadust					
Esmane sekkumine (universaalne ennetus ja edendus, laiapõhjaline skriining)	Laiapõhjaline universaalne skriining	Günekoloogi / ämmaemanda vastuvõtt - skriining (nt küsimustik	Lapse 1a vaksineerimise käigus perearsti/pereõe/ vaimse tervise õe skriining (nt küsimustik)	Lasteaiaõpetajate poolt teostatava arenguvestluse ning koolivalmiduskaartide täitmise raames adresseerida spetsiifiliselt ka laste vaimse tervise konteksti (hindamisvahendid)	Validud 3-4 kontrollpunktis vaimse tervise skriining (nt küsimustik)		
	Tõendus- põhised programmid	Incredible Years ja/või PREP (kättesaadavus kõigis maakondades, osalenud lastevanemate osakaal 30%)					
		Programm A (90%)	Programm B (90%)	Programm C (90%)	KiVa kool (90% koolidest)	Programm D (90%)	
					Good Behaviour Game (90% koolidest)		
	Muud programmid	Puudub otsene vajadus					
Horisontaalsed teemad	Ennetus- ja edendustegevused on oluliselt parendanud ühiskonna keskmiseid vaimse tervise näitajaid. Kõik sihtgrupid on piisavas mahus tõenduspõhise programmiga kaetud.						

Joonis 43. Laste vaimse tervise süsteem pikaajalise strateegilise tulevikuvisionina

Võtmetähtsusega muudatused võrreldes miinimumprogrammiga:

- Tunduvalt laiapõhjalisem ning parema kaetusega programmide ja teenuste pakkumine nii esmasel kui teisesel ennetuse tasandil;
- Laiendatud kontrollpunktide arv koolides;
- Esmatasandi ning ennetus- ja edendustegevuste efektiivsel koosmõjul on kolmanda tasandi sekkumiste vajalikkus oluliselt vähenenud.
- Täiendavate tõenduspõhiste programmide puhul võib kaaluda nii olemasolevate muude programmide mõjususe tõendamist kui ka uute algatuste maaletoomist. Erinevaid tõendatud mõjususega programme ning skriinimiseks kohandatud hindamisvahendeid on väga palju. Muu hulgas võib välja tuua programmid *Text4baby*, *Whooley Depression Screen*, *Dominic Interactive*, *Dominic Adolescent* jt. Täpne valik sõltub seatud eesmärkidest ning programmide omavahelisest kokkusobivusest.

Poliitikasoovituste võimalikud mõjud

Väljapakutud poliitikasoovituste tugevused ja riskikohad

Väljapakutud poliitikasoovitused toetavad mitmekülgset valdkonna edasise arengut ning muudatuste elluviimisega kaasnevad mitmed positiivsed mõjud. Samas kätkeb iga muudatus endaga riske ning soovitud positiivsed muutused ei pruugi reaalsuses alati rakenduda. Lisa 18. Poliitikasoovituste võimalik positiivne mõju, indikaatorid ja riskikohad on kaardistatud nii edukalt elluviidud muudatusega kaasnevad positiivsed mõjud, nende indikaatorid ning olulisemad riskikohad, millele tuleks muudatusi ellu viies tähelepanu pöörata. Rõhutame siinkohal, et indikaatorite puhul on valdavalt tegu tegevusindikaatorite, mitte tulemusindikaatoritega – seda seetõttu, et olemasoleva süsteemi efektiivistamiseks on tarvis läbi viia mitmeid süsteemseid algatusi. Nende mõju saab tulemusindikaatoritega alles pärast uue süsteemi tööle hakkamist mõõtna asuda.

Muudatuste juhtimine

Mitmeid erinevaid valdkondi puudutav laiapõhjaline süsteemi muutus on väga kompleksne ettevõtmine, mistõttu on väga oluline, et enne muudatuse elluviimist mõeldaks hoolikalt läbi kogu muudatuse juhtimise strateegia.

Muudatuse juhtimine kätkeb endas mitmeid erinevaid elemente, mis mõjutavad oluliselt muudatuse rakendamise tõenäosust. Eduka muudatuse elluviimiseks ning muudatuse tagajärjeks oleva uue olukorra püsimiseks on oluline teadvustada ning süsteemselt juhtida väga erinevaid tegevusi. Alltoodud tabelis (Tabel 13) on iga muudatuse juhtimise etapi kohta välja toodud olulisemad alamtegevused ning rõhuasetused. **Juhul kui alltoodud etappidele ei pöörata enne poliitikasoovituste elluviimise algatamist piisavalt tähelepanu, eksisteerib reaalne oht, et kogu süsteemi reformimine ei jõua reaalse tegevusteni.** Eriti tahaks rõhutada juhtide toetuse, huvirühmade kaasamise ning kommunikatsiooniplaani tähtsust.

Tabel 13. Muudatuse juhtimise etapid

Etapp	Olulised rõhuasetused
Tulevikuvisiooni loomine	Hetkesituatsiooniga rahulolematuse teadvustamine ning levitamine; Muudatuse vajalikkuse/möödapääsmatuse tekitamine; Muudatuse eduka elluviimise jaoks vajaliku baastoetuse loomine; Muudatuse tulemusel tekkiva tulevikuolukorra (ning kasude) kirjeldamine; Muudatuse edus ühise arusaamise loomine.

Etapp	Olulised rõhuasetused
Valdkonna juhtide toetuse pälvimine ning muudatuse elluviimise juhtrühma loomine	Valdkonna juhtide (sh poliitikud) toetuse pälvimine muudatusele; Valdkonna juhtide integreerimine kommunikatsiooniplaani; Muudatuse elluviimise juhtrühma loomine; Vajadusel juhtide monitoorimine ning nende sõnumite/käitumise suunamine.
Muudatuse tõttu mõjutatavate huvirühmade kaasamine	Mõjutatud huvirühmade kaardistamine; Huvirühmade olulisuse määramine (mõju, ulatus, suurus) ning vastavalt sellele tegevus- ja kommunikatsiooniplaani loomine; Muudatuse eestvedaja (positiivset sõnumit edasi kandvad informaalised arvamusihiidrid) määramine, koolitamine ning informeerimine.
Valdkonnas tegutsevate osapoolte kultuurist tulenevate eripärade tuvastamine	Kultuuriga (rahvuslik natuur, erinevad generatsioonid, allüksused jms) arvestamine muudatuse elluviimisel (autonoomia, vastuvõtlikkus muudatustele, riskivõtmine us kindlus tuleviku ees jt).
Muudatuse valmisoleku hindamine	Valdkonna muudatusteks valmisoleku tuvastamine; Muudatusega kaasnevate riskide pidev kaardistamine ja võtmeriskide maandamine; Muudatust soodustavate/takistavate asjaolude kaardistamine; Detailse tegevus- ning ajakava loomine.
Kommunikatsiooni-plaani koostamine ning täideviimine	Huvirühmade informeerimiseks aja- ning infoplaani seadmine (õigeaegne info asjakohase sisuga vajalikele inimestele) – muudatuse ulatus, ajastus, mõju, ootused inimestele jms (tihe kommunikatsioon ning pidev meeldetuletus on üldjuhul vajalikud); Kommunikatsioonikanalite valik (email, personaalsed kohtumised, koosolekud, agendid jt); Lühiajaliste muudatuse edulugude planeerimine ning kommunikeerimine.
Töötajate / spetsialistide koolitamine ning tööks vajalike vahendite/infoga varustamine	Töötajatele / spetsialistidele seatud ootuste kommunikeerimine; Koolitusvajaduste tuvastamine ning koolitustegevuse (sh mentorluse ning töö käigus kolleegidelt õppimise) elluviimine; N-ö <i>helpdesk</i> funktsiooni ülesseadmine (kust saada lihtsalt uues olukorras tekkinud küsimustele abi). Segadust ning ebakindlust tuleks vältida; Vajalike töövahendite hankimine, uute tööjuhendite kehtestamine ning volituste seadmine.
Töötajate / spetsialistide motivaatorite ühtlustamine uue süsteemiga	Etapi eesmärk on uute tegevusmallide kinnistamine ka pärast muudatuse esialgset rakendamist; Vanade tegutsemismudelite juurde tagasipöördumise takistamine (IT-süsteemide sulgemine, ligipääsude kaotamine, kommunikatsiooniliinide katkestamine jms); Mõõdikute joondamine muutunud olukorra ning uute tööülesannetega.
Tagasiside ning analüüs	Muudatuse mõjude hindamine võrrelduna esialgselt loodetuga; Tagasiside hankimine huvirühmadelt (nii formaalselt kui informaalset, signaalide/emotsioonide tunnetamine ning vastav reageerimine); Vajadusel korrektuuride või täiendavate muudatuste tegemine süsteemis; Vajadusel projektiplaani asjakohane muutmine (kooskõlas riskide hindamisega) ning süsteemi kui terviku kasu eelistamine kitsamatele huvidele.

Väljapakutud poliitikasoovituste võimalik finantsmõju

Sektsioonis „Illustratiivne juhtumiuuring“ esitatud näite varal nähtub, et õigeaegne sekkumine võib oluliselt vähendada võimalike kulusid, mida riik peab kandma süvenenud probleemide lahendamise korral. Sellest tulenevalt on oluline mõista, et poliitikasoovituste võimalikul finantsmõjul on kaks tahku – nii soovitusel elluviimise kulu kui ka soovitusel rakendamise tagajärjel saadav potentsiaalne kulukokkuhoid.

Demonstreerimaks, millised on riigi kulud tagajärgedega võitlemisel, valisime välja seitse tagajärgedega tegelevat teenust, mille kohta oli võimalik välja tuua spetsiifiliselt vaid lastega seotud kulud 2012. aastal²⁹⁸.

Tabel 14. Riigi kulud tagajärgedega võitlemisele

	Kulud 2012 (tuh EUR)
Asenduskodud	12 146
Hoolduspered	4 419
sh eestkostel oleva lapse toetus	3 602
sh perekonnas hooldamisel oleva lapse toetus	817
Erikoolid	2 974
Laste psühhiaatriline ravi	2 733
Lapssõltlaste ravi	163
Vangistatud alaealiste ülalpidamine	598
Kriminaalhooldusel alaealised	99
KOKKU	23 132

Rõhutame, et ülaltoodud kuludes ei sisaldu indikatsiooni vaimse tervise probleemide tõttu kahanenud tööviljakuse mõjusid, kaasnevate haiguste ravimise kulusid, sotsiaalabi või kuritegevuse kulusid jms.

Kui seni on taoliste praktikate rakendamist nähtud vaid kulu poole pealt, siis kasutades *Washington State Institute for Public Policy* metoodikat on võimalik ka investeeringutest tekkivad tulud kvantifitseerida. Euroopas on sellega tegelenud nt *Social Research Unit at Dartington*.²⁹⁹ Käesoleva uuringu ulatusest jääb taoline tulude kvantifitseerimine välja ning vaatleme lähemalt vaid soovitusel elluviimise hinnangulist investeeringuvajadust.

Mitmed poliitikasoovitused ei too endaga kaasa otseseid kvantifitseeritavaid väljaminekuid riigile (nt soovitus 1.2 mitte eristada laste ja täiskasvanute vaimse tervise poliitikaid) ning mitmete puhul ei ole investeeringu mahtu võimalik kvantifitseerida enne spetsiifiliste otsuste langetamist (nt soovitus 2.2 vähendada projektipõhise rahastuse osakaalu valdkonna rahastuses). Alljärgnevas tabelis oleme loetlenud poliitikasoovitused, mille puhul on lihtsustatud lähenemisega võimalik ligikaudne kuluindikatsioon leida.

²⁹⁸ PwC Advisors, Lastekaitse korralduse uuendamise alusanalüüs 2013.

²⁹⁹ *The Social Research Unit*. <http://dartington.org.uk/>

Tabel 15. Riigi hinnangulised kulud poliitikasoovituste rakendamisel

Nr	Poliitikasoovitus	Kuluarvestuse eeldused	Indikatiivne kulu (tuh EUR)
1.1	Luua riiklikul tasandil ühtne vaimse tervise poliitika, määrata nimetatud valdkonna koordineerija ning omistada talle konkreetne vastutus.	1 FTE kulu koos kaudkuludega 4 000 eurot kuus, 3-inimeseline töörühm, 4 kuud.	48, ühekordne
3.1	Luua ühtne järelevalve ja teenus-standardite süsteem vaimse tervise teenuste osutajatele.	1 FTE koos kaudkuludega 4 000 eurot kuus, 2-inimeseline töörühm standardite ning järelevalvesüsteemi väljatöötamiseks, 6 kuud.	48, ühekordne
5.1	Tugevdada oluliselt tänast esmase sekkumise tasandit (kõigi valdkondade puhul - lasteaed, kool, tervisekeskus).	Täiendkoolitused – vt p.6.2 alt. Esmatasandi teenuste kättesaadavuse parandamine – näitlikustatult 1 FTE lisamine iga 3 000 elaniku kohta kohalikule tasandile vastavalt vajaduse olemusele (kas vaimse tervise õde, kooli- või kogukonnapsühholoog, sotsiaaltöötaja/nõustaja, terapeut vms). 1 FTE koos kaudkuludega 3 000 eurot kuus.	16 200 aastas
		Piirdudes vaid vaimse tervise õdede töökohtade loomisega avatavatesse tervisekeskustesse (37 tk). 1 FTE kulu koos kaudkuludega ca 3 000 eurot kuus.	1 300 aastas
5.2	Viia esmatasandile sisse vaimse tervise laiapõhjaline hindamine/skriining: kindlad elukaarest lähtuvad kontrollpunktid.	Laste arv kokku ca 270 000. Skriininghetki elukaare jooksul kokku 5 ehk keskmiselt iga 3,6 aasta tagant. Skriiningu eesmärk 90% sihtgrupist. Seega iga-aastaselt läbib skriiningu ca 67 500 last. Skriiningu ajakulu 1h lapse kohta, ühe kontakttunni hind 15 eurot.	1 012 aastas
5.3	Luua mehhanismid abi suunatud osutamiseks kõrgendatud riskigruppidele.	Sekkumist vajavatesse riskirühmadesse kuuluvate laste osakaal skriiningut läbivatest lastest ca 10% ehk ca 7 000 last aastas. Sekkumise ajakulu 5h lapse kohta, kontakttunni hind 20 eurot.	700 aastas
6.2	Parandada esmatasandi spetsialistide täiendkoolituste kvaliteeti ja suurendada mahtu (eriti suhtlemisoskuste osas).	Esmatasandi põhifunktsiooni spetsialiste (lasteaiaõpetajad, õpetajad, perearstid, pereõed, kooliõed, ämmaemandad, sotsiaaltöötajad) on kokku ca 22 000. Koolitavate spetsialistide osakaal 50%, koolituste maht 2 päeva. Koolituspäeva maksumus inimese kohta ca 50 eurot päev. Igal aastal juurde tulevate noorte spetsialistide hulk 4% ehk ca 1 000. Neile kõigile 2 päeva koolitust.	1 100, ühekordne 100 aastas
7.2	Toetada spetsialistide võrgustike moodustamist valdkondadeüleselt.	Ühiskoolitused arvestatud p. 6.2. all.	-

Nr	Poliitikasoovitus	Kuluarvestuse eeldused	Indikatiivne kulu (tuh EUR)
8.2	Viia läbi teavituskampaaniad vaimse tervise teenuste teadlikkuse tõstmiseks nii lapsevanemate kui ka spetsialistide seas.	Kolme aasta jooksul igal aastal üks teavituskampaania, eelarvega 50 000 eurot.	150, ühekordne
8.3 8.4	Koostada spetsialistidele informeerivad juhendid isikuandmete kaitse seaduse ja selle piirangute osas. Koostada abimaterjalid kohalikele omavalitsustele.	Abimaterjalide väljatöötamine, tutvustamine, integreerimine koolituspäevadesse, saatmine.	50, ühekordne

Rõhutame siinkohal, et ülaltoodud arvestused on ligikaudsed ning sõltuvad väga olulisel määral soovitude rakendamise ulatusest ning viisist.

Poliitikasoovituste tulemusindikaatorid ja mõõtmine

Laste vaimse tervise integreeritud teenuste süsteemi loomisel on oluline silmas pidada, et eesmärkide seadmisel ja tulemuste hindamisel tuleb vaadelda laste ja pere heaolu kajastavaid mõõdikuid laiemalt kui vaid tervishoiusüsteemi kontekstis. Ühelt poolt aitab teiste valdkondade info märgata lapsi, kes võivad vajada abi ka tervishoiusüsteemilt (näiteks koolikohustuse mittetäitjad) või kes kuuluvad olemuslikult riskirühma (näiteks perest eraldatud lapsed). Teisalt aitab teiste valdkondade info hinnata, kas sekkumine tervishoiusüsteemis oli tulemuslik (näiteks õppeedukuse paranemine).

Tulemusindikaatorid võivad olla väga erinevad:

- teatud seisundiindikaatorite muutus (heaolu muutus, riskikäitumise vähenemine, iseseisva toimetuleku paranemine jms);
- rahulolu sekkumisega/teenusega;
- efektiivsusindikaatorid – muutuse saavutamine võimalikult väikse ressursikuluga jms.

Arvestades senist mõnevõrra juhuslikku või projektipõhist teenusepakkumise stiili, tuleks kaaluda ka sekkumise regulaarsust ühe võimaliku indikaatorina.

Lihtsam on manuaalipõhiste tõenduspõhiste sekkumistega, kus indikaator on valdavalt paika pandud. Toimetuleku hindamine on suhtel valdkonnaülene – lastepsühhiaatrias on levinud GAF või C-GAS skaala kasutamine, mida saab vajadusel kasutada ka sotsiaal- ja haridusvaldkonnas. Sellega peab kaasnema hinnang, millise ajaühikuga kui suurt muutust oodatakse ning siinkohal tasub rõhutada, et ajaühikud on vaimse tervise probleemide korral 3 kuud, 6 kuud ja aasta – mitte päevad.

Valdkondadesiseseid asjakohaseid indikaatoreid aitab omavahel siduda juhtumikorraldus. Kuna paljude juhtumite korral võib lapse vaimne tervis olla üks aspektidest kõigi teiste lapse ja pere heaolu mõjutavate tegurite hulgas, siis on eelkõige oluline monitoorida korraldatud juhtumite arvu ja nende (vahe)tulemusi.

Eraldi tuleks hinnata skriiningute edukust. Näiteks, kui lapsel avalduvad vaimse tervise häirete sümptomid, tuleb tagasi pöörduda viimase lapse või pere skriiningu juurde ja analüüsida, kas vastav riskitegur oleks pidanud juba selle käigus olema leitud. Kuna igal sekkumisel on oma valdkond, kus on oma indikaatorite süsteem, siis siinkohal sõltub indikaatori valik otseselt tehtavate otsustega, milliseid skriininguid rakendama hakatakse ning milliste hindamisvahendite abil need läbi viiakse.

Seniks, kuni ei ole valdkondade üleselt paika pandud ühtne vaimse tervise poliitika, visioon ja eesmärgid, ei ole võimalik ka detailsemalt määratleda tulemusindikaatoreid – viimased on otseselt seotud seatud eesmärkidega. Sellest tulenevalt ei ole hetkel võimalik tulemusindikaatorite osas täpsemaid juhiseid või soovitusi anda ning indikaatorite puhul soovitame esialgu piirduda poliitikasoovituste elluviimise indikaatoritega, mis on esitatud aruande lisades (vt Lisa 18. Poliitikasoovituste võimalik positiivne mõju, indikaatorid ja riskikohad).

Lisad

Lisa 1. Metoodika ja kasutatud lühendid

I etapp – Laste vaimse tervise süsteemi hetkeolukorra kaardistus Eestis

Analüüsi esimeses etapis keskendusime järgmistele uurimisülesannetele:

- Laste vaimse tervise edendamise, hindamise ja sekkumiste meetodite hetkeolukord.
- Lastele ja peredele suunatud teenuste ressursside kasutuse võimekus, tõhusus ja kuluefektiivsus.
- Teenuste kättesaadavus.
- Süsteemi vastavus vajadustele.
- Süsteemi muutmata jätmise mõjud.

Meie jaoks on oluline, et esitatud järeldused, kokkuvõtted ning argumentatsioon oleks asjakohaselt põhjendatud ning tugineks võimaluse korral erinevatest allikatest kogutud infol. Hetkeolukorra kaardistamisel lähtusime eelnevalt teostatud uuringutest, analüüsides, õigusaktidest jm valdkonnaga seonduvast dokumentatsioonist. Lisaks viisime läbi kvalitatiivuuringu fookusgrupiaruteludena ning kaasasime tulemuste valideerimisse valdkonna eksperte.

Tulemuste analüüsi käigus oleme arvesse võetud kogu kvalitatiivset ning kvantitatiivset informatsiooni. Fookusgrupiaruteludes ja ekspertgrupis saadud anonümiseeritud info on sünteesitud kokku hetkeolukorda kajastavaks kvalitatiivseks tulemiks, kasutades vaid rohkem kui ühe isiku poolt välja toodud seisukohti. Saadud tulemit oleme omakorda täiendanud ekspertide arvamuste ja dokumendianalüüsi leidudega.

Dokumentatsioonianalüüsi käigus koondatud teave on varustatud aruandes viidetega, mis on toodud lehe allmärkustena ning dubleeritult kasutatud allikate loetelus aruande lisades. Kvalitatiivse informatsiooni puhul on võimalusel välja toodud erinevatest allikatest sünteesitud teabe päritolu, muul moel esitatud ning viidetega varustamata infot võib aruandes käsitleda uuringu läbiviijate seisukohtadena.

Esimese analüüsietapi tulemuseks on hetkeolukorra ülevaade, sisaldades riskigruppide ja sihtgruppide ülevaadet, valdkonna struktuuri, teenuste ja nende korralduse ülevaadet, läbilõiget ressursside kasutusest, peamiste kitsaskohtade analüüsi ning mõjuanalüüsi, mis võtab kokku süsteemi muutmata jätmise mõjud.

Kasutatud metoodika

Dokumentatsioonianalüüs

Analüüsi läbiviimiseks koondasime lisaks Tellija soovitatud materjalidele uuringusse kaasatud ekspertide abiga analüüsid ja uuringud, mille rõhuasetus oli eelkõige laste temaatikat käsitlevatel materjalidel, aga ka vaimse tervise valdkonnast tervikuna. Dokumentatsioonianalüüsi teine oluline komponent on õigusaktide üldtasandil analüüs, milles keskendusime valdkonda reguleerivate peamiste õigusaktide analüüsimisele, keskendudes sotsiaal-, tervishoiu ja haridusvaldkondade regulatsioonidele.

Dokumentatsioonianalüüsi teostasime kolme fookusega:

1. Eesmärgiga mõista valdkonda, kujundada taust.
2. Eesmärgiga anda esialgne sisend valdkonna probleemistikust ja tugevustest fookusgrupiaruteludele.
3. Eesmärgiga anda ülevaade laste vaimse tervise edendamise, hindamise ja sekkumise korraldusest Eestis, sh valdkonna regulatsioonidest.

Dokumentide leidmiseks ja sõelumiseks kasutasime kolme-etapilist metoodikat:

1. Välistamiskriteeriumite ja esmase filtri väljatöötamine ja rakendamine

Eesmärk: tagada, et valitud dokumentide kvaliteeti ja usaldusväärsust on põhjalikult uuritud, kasutades (muuhulgas) alljärgnevat kriteeriume:

- tõstatatud küsimuste ja tulemuste asjakohasus;
- tõestusmaterjal, mis viitab järelduste subjektiivsusele või vigadele faktide tõlgendamisel;
- tõestusmaterjal, mis viitab oluliste andmete põhjusele eiramisele;
- tõestusmaterjal, mis viitab vigadele valikukriteeriumites, millele järeldused põhinevad.

Analüüsi tulemusel kehtestasime välistamis- ja kaasamiskriteeriumid, mida kasutasime selleks, et teha kindlaks, milliseid kirjandusallikate elemente analüüsisime detailset.

2. Välistamiskriteeriumite ja teise filtri rakendamine

Eesmärk: tagada kirjanduse asjakohasus uuringu eesmärkide saavutamiseks.

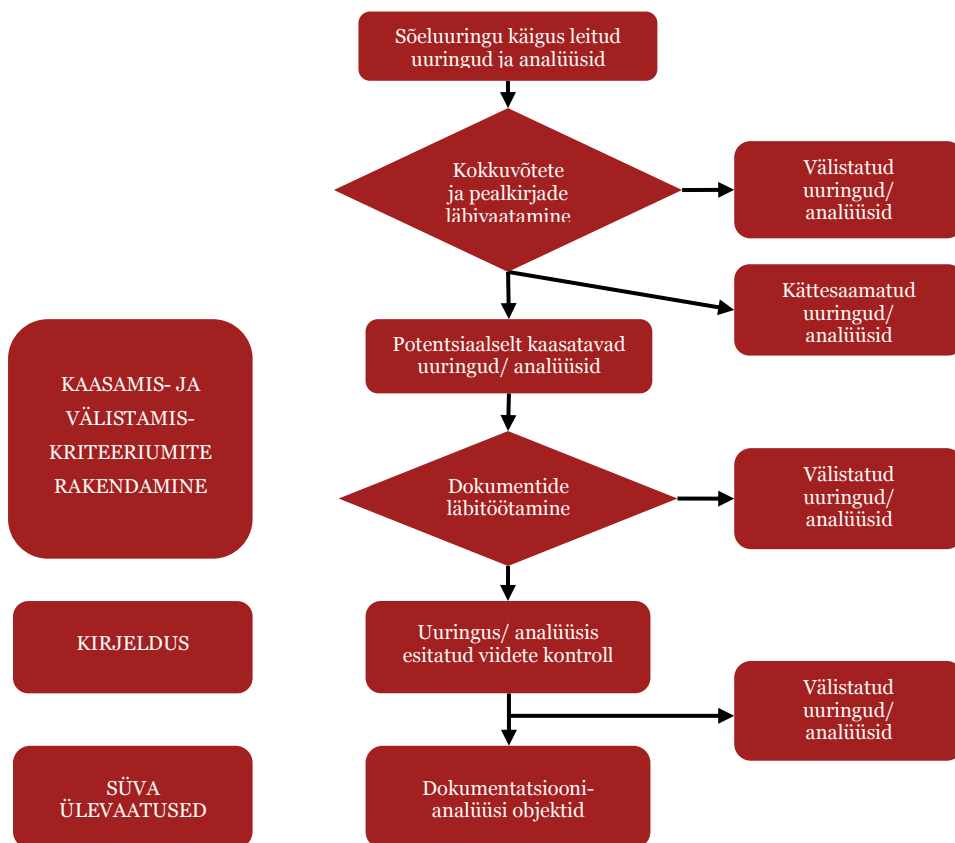
Tagamaks, et ükski relevantne dokument ei jääks uuringu ulatusest välja, analüüsisime individuaalselt igas esimeses etapis sõelale jäänud uuringus /analüüsis olevaid viiteid esimeses etapis kirjeldatud metoodikaga.

3. Kaasamiseks valitud dokumentide põhjalik analüüs

Eesmärk: Informatsiooni hindamine.

Antud etapis analüüsisime uuringusse valitud dokumente, hindame info tõesust, kasutatavust ja terviklikkust.

Allolevalt on kujutatud dokumentatsioonianalüüsi läbiviimiseks vajalike dokumentide selekteerimiseks kasutatud metoodika visuaalselt.



Joonis 44. Dokumentide selekteerimise meetod

Analüüsi alusena kasutatud dokumentide loetelu on toodud aruande lisades (vt Lisa 19. Kasutatud allikad).

Fookusgrupiarutelud

Fookusgrupiarutelu eesmärk oli koguda kvalitatiivset infot spetsialistidelt ja lapsevanematelt valdkonna probleemistiku ja tugevuste kohta. Fookusgrupiarutelude sisendiks oli dokumentatsioonianalüüs ning aruteludest sünteesitud kvalitatiivne info on omakorda sisendiks nii ankeetküsitluse läbiviimisele kui ka edasisele analüüsile.

Fookusgrupiarutelu korraldasime pool-struktureeritud formaadis, mis andis fookusgrupi moderaatorile ja osalejatele võimaluse püstitada uusi probleeme, mida hiljem võimalusel põhistati dokumentatsioonianalüüsi leidude, küsitluse või ekspertide täiendavate hinnangute abil.

Fookusgrupi arutelude juhtimise meetodika:

Vastavalt grupi dünaamikale valis moderaator sobiva viisi arutelu läbiviimiseks. Valdavalt kasutasime koostöö meetodit – moderaator jagas arutelu juhtimist koos arutelus osalistega, võimaldades kõigil osalejatel võrdselt panustada, kuid tagas samas kõigi oluliste temade kaetuse.

Aruteludesse sekkumisel kasutati kasutasime vastavalt vajadusele erinevaid meetodeid:

- informeerimine – moderaator jagas teadmisi, mida töötoas osalistel ei pruukinud olla – võimaldas värskendada arutelu;
- toetamine – moderaator toetas parasjagu rääkijat paludes teistel vaikida;
- väljakutse – moderaator tegi probleemi raskemaks kui see tegelikult on – vajalik selleks, et testida ideid;
- „mis saaks siis kui“ küsimused – võimaldas panna isikuid mõtlema laiemalt ideede kontekstile;
- vale tee – heade mõtete asemel genereeriti halbu mõtteid ja küsiti, kuidas probleemi halvemaks teha – võimaldas argumenteerida idee vajalikkust;

- rollimängud – probleemi vaadeldi teise inimese perspektiivist;
- riskantsed võimalused – grupi liikmetel paluti esitada võimalikult riskantseid lahendusi – võimaldavas leida uusi mõtteid või toetada olemasolevaid uute argumentidega.

Fookusgrupi teemakäsitus on toodud aruande lisades (vt Lisa 3. Fookusgrupiarutelude teemad).

Fookusgruppides saadud informatsioon on anonümiseeritud. Arvesse on võetud informatsioon, mis on leidnud kajastust rohkem kui ühe fookusgrupis osaleja poolt esitatuna.

Fookusgrupiaruteludesse valisime spetsialistid koostöös Tellijaga lähtudes alltoodud põhimõtetest.

Fookusgrupiarutelusid viisime läbi kolme liiki:

1. valdkondlikud fookusgrupiarutelud;
2. kohaliku tasandi fookusgrupiarutelud;
3. fookusgrupiarutelud lapsevanematega.

Valdkondlike fookusgrupiarutelude planeerimisel koostasime esmalt vastavalt fookusgrupi eesmärgile rollide loendi, kes võiksid kuuluda arutelugruppi. Seejärel koondasime valdkonnas tegutsevate erialaliitude ja ühingute nimekirja, kelle juhtidele edastasime palve esitada omalt poolt valik isikutest, kes vastaksid kokkulepitud kriteeriumitele ning keda nad soovitsid hea kandidaadina arutus osalejaks. Erialaliitude ja ühingute poolt soovitatud isikutele edastasime isikustatud kutsed fookusgrupiaruteludes osalemiseks. Juhul, kui erialaliitude või ühingute poolt ei saadud soovitusi sobivate isikute kaasamiseks või kui kontakti ei olnud võimalik luua, viisime läbi sihtotsingu eelnimetatud kriteeriumite alusel ning pöördusime isikute poole otse.

Valdkondlike fookusgruppide komplekteerimise aluseks olid järgmised kriteeriumid, mille kooskõlastasime eelnevalt Tellijaga:

- spetsialiste peab olema fookusgrupis üle Eesti erinevatest piirkondadest;
- spetsialistid on eri vanuses;
- spetsialistidel on erinev hariduslik taust;
- spetsialistid on erineva staažiga;
- soovitavalt on spetsialistide kompetentsid mitmest valdkonnast või ametikohalt;
- fookusgruppi kuuluvate spetsialistide rollid, mis on Tellijaga kooskõlastatud, peaksid olema kaetud;
- fookusgrupis osalejate arv ei tohiks ületada kaheksat inimest ning ühe rolli esindajaid ei tohiks olla kallutatult teiste rollide esindatusest rohkem.

Valdkondlike fookusgrupiarutelude toimumiskohaks oli Tallinn.

Fookusgrupid ja neis osalevate isikute rollide jaotus oli alljärgnev:

1. Esmatasandi tervishoiu fookusgrupp – perearstid, pereõed, kooliõed, ämmaemandad;
2. Haridusvaldkonna fookusgrupp – lasteaiaõpetajad, klassiõpetajad, eripedagoogid, sotsiaalpedagoogid, koolipsühholoogid, logopeedid;
3. Sotsiaalvaldkonna fookusgrupp – lastekaitsetöötaja, sotsiaaltöötaja, noorsootöötaja, juhtumikorraldaja, haigla sotsiaaltöötaja;
4. Vaimse tervise teenuste osutajate fookusgrupp – lapsepsühholoog, lastepsühhiaater, vaimse tervise õde, tegevusterapeut, pereterapeut, juhtumikorraldaja, ohvriabitöötaja, õppenõustamiskeskuse spetsialist.

Fookusgruppides osalesid sotsiaal-, haridus- ja tervishoiuvaldkondade spetsialistid üle Eesti, sh Pärnust, Viljandist, Tartust, Elvast, Viimsist ja Sakust. Valdkondlikes aruteludes osalesid ka Sotsiaalministeeriumi esindajad.

Kohaliku tasandi fookusgruppides osalejate valikukriteeriumiks oli sarnase esindatuse loomine nagu valdkondlikes fookusgruppides – spetsialistid esmatasandi tervishoiust, haridusest, sotsiaalvaldkonnast, vaimse tervise valdkonnast – kuid sel korral oli eesmärgiks ühte fookusgruppi kokku tuua sama piirkonna erinevate valdkondade esindajad. Kohaliku tasandi fookusgrupiarutelude läbiviimiseks kontakteerusime

kohaliku omavalitsuse esindajatega, kellel palusime vastavalt eeltoodud kriteeriumitele pakkuda välja sobivad isikud arutelus osalemiseks.

Kohaliku tasandi fookusgrupiaruteludeks sobivad piirkonnad valisime koostöös Tellijaga alljärgnevalt toodud põhjendustel:

1. Narva linn – vanemlusprogrammi pilootprojekti algatamine, abivajajate laste arv on suur ja abi kättesaadavus praegu Eesti kontekstis tõenäoliselt madalam (puuduvad vajalikud spetsialistid ja oskused sekkuda);
2. Tapa vald – vanemlusprogrammi pilootprojekti algatamine, Lääne-Virumaal teenuste kättesaadavusest vähene ülevaade;
3. Tallinn – vanemlusprogrammi pilootprojekti algatamine, erineva võimekusega linnaosad (Nõmme positiivne näide, nõrgem Lasnamäe või Põhja-Tallinn, kus riskilaste osakaal kõrgem);
4. Leisi vald (Saaremaa) – eraldatus mandrist, väikekoha problemaatika;
5. Palamuse vald (Jõgevamaa) – toimiv võrgustikutöö, pole kaasatud Lõuna-Eesti vaimse tervise keskuse projekti.

Lapsevanemate fookusgrupid toimusid Narva linnas ja Leisi vallas. Fookusgruppidesse teostas valiku osalejatest Tellija koostöös kohalike omavalitsuste spetsialistidega. Lapsevanemate fookusgruppide eesmärk oli avada valdkonna probleemistikku ning tugevusi teenuste vajajate ja kasutajate fookusest lähtuvalt.

Kokku osales üheksas läbiviidud fookusgrupiarutelus **82** inimest, sh **66** spetsialisti ja **16** lapsevanemat.

Täpsem ülevaade fookusgrupiarutelude toimumise ajast ning neis osalenud spetsialistide rollidest on toodud aruande lisades (vt Lisa 4. Läbiviidud fookusgrupiarutelud).



Joonis 45. Fookusgrupiaruteludes ja ekspertgrupis esindatud piirkonnad

Tulemuste valideerimine ekspertgrupis

Fookusgrupiaruteludes ja dokumentatsioonianalüüsis saadud leidude valideerimiseks kasutasime ekspertidest koosneva töögrupi abi. Ekspertgrupi töömeetodika on sarnane fookusgrupiarutelu läbiviimisega. Ekspertgrupis saadud informatsioon on anonümiseeritud.

Ekspertgrupi abi kasutatakse tavaliselt projekti vahetulemuste esitlemiseks ja valideerimiseks juhtrühmas või ka sihtrühmade esindajate hulgas. Ekspertgrupi arutelu sarnaneb oma olemuselt fookusgrupiga, kus igal osalisel on võimalik avaldada käsitletaval teemal oma arvamust ning esitada täiendavaid küsimusi probleemistiku paremaks avamiseks. Ekspertgrupis töö põhieesmärk käesoleva uuringu raames oli üle vaadata uuringu seniseid tulemusi ning valideerida uurimisrühma poolt tehtud järeldusi arutelu käigus.

Ekspertgruppi valisime spetsialistid koostöös Tellijaga. Valikukriteeriumiks oli, et igast valdkonnast või selle alaost osaleks vähemalt üks esindaja, soovitatavalt valdkonnas praktiseeriv isik.

Loetelu ekspertgrupis esindatud rollidest on esitatud aruande lisades (vt Lisa 4. Ekspertide töögrupp).

Tulemuste valideerimisel osales **kaheksa** valdkondlikku eksperti sotsiaal-, haridus- ja tervishoiuvaldkonnast Tallinnast, Tartust, Viljandist ning Raplast.

Ankeetküsitlus

Valdkonna korraldusest piirkondliku ülevaate saamiseks viisime läbi küsitluse kohalike omavalitsuste seas. Küsitluse eesmärgiks oli ülevaate saamine teenuste osutajatest ja teenuste üldisest rahastamisest kohaliku omavalitsuse tasandil.

Küsitluses osalejateks valisime kõik kohalikud omavalitsused – vallad, osavallad, linnad, sh Tallinn linnaosade lõikes. Küsitluse läbiviimisele eelnes küsimustiku piloteerimine, mille alusel viisime küsimustikku sisse täpsustusi. Küsitluse tulemuslikuma läbiviimise huvides ei võtnud me aluseks täielikku analüüsis käsitletud teenuste loetelu, vaid keskendusime olulisematele kohalikul tasandil eksisteerivatele ja/või rahastatavatele teenustele.

Kasutatud küsitlusankeet oli pool-standardiseeritud veebiankeet, mis võimaldas koguda nii kergesti üldistatavaid andmeid kui ka kvalitatiivset informatsiooni.

Üldine anketeerimise meetodika järgis *Massachusetts Institute of Technology* (MIT) anketeerimise põhimõtteid³⁰⁰, mille kohaselt anketeerimise protsess koosneb järgmistest etappidest:

1. Ankeetide küsimustikkude koostamine ja sihtrühmade profiili täpsustamine;
2. Stiimulite kavandamine vastamise soosimiseks (vajadusel);
3. Küsitluse käivitamine;
4. Kutsete ja meeldetuletuste saatmine;
5. Andmete kogumine;
6. Analüüs;
7. Arhiveerimine.

Kõigil etappidel arvestati asjakohaste andmekaitse nõuetega.

Ankeetide sihtrühmaks olid kõik kohalikud omavalitsused.

Ankeetide küsimustiku koostamise aluseks võeti dokumentatsioonianalüüsi tulemused, fookusgrupiarutelude ja ekspertgrupi arutelude läbiviimisel saadud tagasiside. Samuti võeti arvesse juhtgrupi töökoosolekutel saadud arvamusi ja ettepanekuid.

Uuringus osalejatele saatsime eestikeelse veebiküsimustiku e-kirja teel kohaliku omavalitsuse avalikule üldadressile. Enne küsimustiku väljasaatmist kooskõlastasime Tellijaga küsimustiku täpse eesmärgi, täpsustasime küsimustiku sisu ning viisime läbi küsimustiku piloteerimise eesmärgiga testida küsimustiku pikkust ja asjakohasust.

- Küsitluse adressaatide arv: 219
- Piloteeritud adressaatide arv: 20
- Küsimustiku täitmisel abi või täiendavaid selgitusi vajanute pöördumisi: 4
- Vastanute arv: 66
- Vastanute määr: 30%
- Mittevastanute arv: 153
- Meeldetuletuse saanute arv: 202

Küsitluses esitasime 35 tõenäoliselt kohaliku omavalitsuse poolt pakutavat teenust ning palusime nende osas märkida, kas teenus on kättesaadav lastele ja lastega peredele, kas KOV toetab teenuseosutamist ning kes on teenuseosutajad. Teenused valisime koostöös Tellijaga, jättes küsitlusele vastamise lihtsustamiseks terviklikust teenuse loetelust välja eelkõige teenused, mis on rahastatud tsentraalselt ning mille puhul KOV-i osalus on vähetõenäoline. Nimekirja jäid need teenused, mis võimaldaksid saada terviklikku ülevaadet lisaks teenuse kättesaadavusest KOV-i lõikes ka teenust osutavatest isikutest või ühingutest.

³⁰⁰ *Survey Guidelines (2011), Massachusetts Institute of Technology.* <http://web.mit.edu/surveys/survey-guidelines.pdf>

Küsitlusankeedi vorm on toodud aruande lisades (vt Lisa 6. Ankeetküsitlus).

II etapp – Eesti laste vaimse tervise teenuste süsteemi võrdlus rahvusvaheliste praktikatega

Analüüsi teises etapis oleme keskendunud järgmistele uurimisülesannetele:

- Laste vaimse tervise süsteemi korraldus teistes riikides.
- Ülevaade mõjukatest tõenduspõhistest praktikatest.
- Parimad praktikad, mida võiks Eestis rakendada.
- Teiste riikide süsteemide Eestis rakendamise võimalikkus.

Võrdlusanalüüsi oleme koostanud kolme riigi keskselt. Uuringusse oleme koostöös Tellijaga valinud võrdlusriikideks Soome, Norra ja Suurbritannia, kelle kogemus ja parimad praktikad on eeskujuks Eesti integreeritud teenuste süsteemi stsenaariumite väljatöötamisele.

Tulemuste analüüsi käigus on arvesse võetud kogu kvalitatiivne ning kvantitatiivne informatsioon, mis on saadud ekspertidelt ning dokumentatsioonianalüüsi tulemustel. Analüüsi tulemusel on välja toodud valdkonna korralduse ülevaade kolme vaatlusaluse riigi kohta ning esitatud on peamised süsteemi tugevused, mille rakendamist Eestis võiks kaaluda.

Dokumentatsioonianalüüsi käigus koondatud teave on varustatud aruandes viidetega, mis on toodud lehe allmärkustena ning dubleeritult kasutatud allikate loetelus aruande lisades. Kvalitatiivse informatsiooni puhul on võimalusel välja toodud erinevatest allikatest sünteesitud teabe päritolu, muul moel esitatud ning viidetega varustamata infot võib aruandes käsitleda uuringu läbiviijate seisukohtadena.

Kasutatud metoodika

Ekspertintervjuud

Ulatuslikuma vaate saamiseks viisime läbi intervjuud uuringusse valitud riikide ekspertidega, kellelt saadud kvalitatiivne sisend on kombineeritud dokumentatsioonianalüüsi leidudega. Rahvusvaheliste ekspertide leidmiseks kontakteerusime PwC võrgustiku teiste ettevõtete vastava valdkonna ekspertidega ning võtsime arvesse Tellija ettepanekuid.

Intervjuu formaadi valikul eelistasime personaalset intervjuud. Intervjuud viisime läbi pool-standardiseeritult, mis tähendab, et intervjuueerijal on ees nimekiri võtmeküsimustega, mida intervjuueerija saab küsida avatud küsimustena. See annab võimaluse saada vastused põhiküsimustele, kuid võimaldab koguda intervjuueeritavalt ka lisainfot, mida ei oleks võimalik koguda struktureeritult. Intervjuude järgselt koondasime kokku ka intervjuueeritavate poolt viidatud relevantset lisamaterjalid ning analüüsisime neid.

Intervjuu küsimused sõnastasime vastavalt käesoleva analüüsi II etapi uurimisküsimustele (vt Lisa 2. Uurimisküsimused).

Dokumentatsioonianalüüs

Ekspertidelt nendelt saadud sisendi kombineerimisel dokumentatsioonianalüüsi tulemustega sõelusime välja uuringud ja analüüsid, mille põhjal kujundada arusaam vastavate riikide praktikast.

Dokumentatsioonianalüüsi metoodika on detailselt kirjeldatud I etapi koosseisus.

III etapp – Laste vaimse tervise integreeritud teenuste süsteemi loomise stsenaariumite analüüs

Analüüsi viimases etapis keskendume järgmistele uurimisülesannetele:

- Alternatiivsete strateegiliste suundade ja nende komponentide analüüs (teenuste struktuur, juhtimise ja korralduse süsteem, rahastamine, õigusraamistik, ressursid, koolitusvajadus).
- Strateegiliste suundade mõju laste vaimse tervise paranemisele (sh kulud, kuluefektiivsus jmt).
- Väljapakutud muudatustega kaasnevad võimalikud positiivsed mõjud ning riskikohad.

Kasutatud metoodika

Stsenaariumite väljatöötamine

Tulemuste analüüsimisel oleme arvesse võtnud kogu uuringu käigus kogutud informatsiooni ning kujundanud vastavalt sellele stsenaariumid, kuidas Eestis laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsioon võiks välja kujuneda.

Stsenaariumite koostamisel keskendusime uuringu käigus tuvastatud probleemvaldkondadele ning koostöös valdkondlike ekspertidega tõime välja uue süsteemi korralduse aluspõhimõtted, mille osas on valdkonnas tegutsevad osapooled ühisel nõul. Nende aluspõhimõtete puhul ei töötatud välja erinevaid alternatiivseid lähenemisi, kuna osapooled on konsensuslikul arusaamal edasise mõistliku tegevussuuna osas. Alternatiivsed stsenaariumid loodi muudatuste ulatuse osas – üks alternatiividest jätkas tänase olukorraga ilma muudatusi läbi viimata, teine keskendus kõige olulisemate probleemide lahendamisele ning kolmas vaatles pikaajalist tulevikuvisioni, mille poole süsteemi arendamisel tuleks püüelda.

Tulemuste valideerimine ekspertgrupis

Tulemuste valideerimine ekspertgrupis on vajalik, et välja tuua soovitude kitsaskohti või täiendavaid riske ning täiustada soovitusi. Ekspertgrupis osalevad eksperdid on valitud Tellijaga kooskõlastatult ning tulemuste valideerimisel osalesid kokku **ühemaks** valdkondlikku eksperti sotsiaal-, haridus- ja tervishoiuvaldkonnast (täpsem loetelu ekspertgrupis esindatud rollidest on esitatud aruande lisades (vt Lisa 4. Ekspertide töögrupp)).

Ekspertgrupi läbiviimise metoodika on kirjeldatud I etapi metoodika koosseisus.

Tabel 16. Uuringus kasutatavad lühendid

Lühend	Tähendus
JuM	Justiitsministeerium
SoM	Sotsiaalministeerium
HTM	Haridus- ja Teadusministeerium
SiM	Siseministeerium
TAI	Tervise Arengu Instituut
SKA	Sotsiaalkindlustusamet
HK	Haigekassa
HEV	Hariduslikud erivajadused
ENTK	Eesti Noorsootöö Keskus
KiVa	Üldine tähendus: kiusamise vastu, samuti kiusamisvastane kool ja SA Kiusamise vastu
KÜSK	Kodanikuühiskonna Sihtkapital
VÕS	Võlaõigusseadus
PsAS	Psühhiaatrilise abi seadus
TIS	Tervise Infosüsteem
STAR	Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister
SKA	Sotsiaalkindlustusamet
PGS	Põhikooli- ja gümnaasiumiseadus
HNRK	Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus
ETAg	Sihtasutus Eesti Teadusagentuur
VATEK	Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsioon

Lisa 2. Uurimisküsimused

I etapp

1. Milline on laste vaimse tervise edendamise, hindamise ja sekkumise meetodid ning korraldus Eestis praegu indiviidi, kogukonna ja riigi tasandil, mis on selle tugevused ja puudused?
2. Milline on laste vaimse tervise olukord ja peamised riskid tänases ühiskonnas?
3. Milline on lastele ja peredele suunatud teenuste personali- ja rahaliste ressursside kasutus kõigil korraldustasanditel? Milline on nende ressursside kasutamise võimekus (*capacity*), tõhusus (*efficiency*) ja kulu-efektiivsus (*cost-effectiveness*)?
4. Kas ja kuidas on teenuste kättesaadavus tagatud erinevatele vanusrühmadele ning erineva elanike arvuga (erinevate sihtrühmade suurusega) piirkondades? Mis põhjustel ei ole teenused kättesaadavad?
5. Kas olemasolev süsteem vastab laste ja perede vajadustele? Kas ja mil määral olemasolev süsteem tagab/toetab laste ja lastega perede heaolu ja vaimset tervist? Kas ja kuidas on tagatud lastele pakutava abi integreeritus, asjakohasus ja piisavus arvesse võttes nii lapse hetkeolukorda kui lapse heaolu tulevikus?
6. Millised mõjud kaasnevad, kui olemasolevat süsteemi jätkata muutmata kujul (nn *status quo* säilitamine)?

II etapp

1. Kuidas on laste vaimse tervise integreeritud teenuste süsteemi korraldatud teistes majanduslikult vm näitajate poolest sarnastes riikides?
2. Millised tõenduspõhised sekkumised tagavad kõige enam laste ja lastega perede heaolu?
3. Milliseid muudatusi tuleks Eestis teha, et lapse ja perekonna vaimse tervise seotud vajadused oleks õigeaegselt märgatud, abi korraldatud, teenuste kättesaadavus ja järjepidevus tagatud?
4. Kas ja mil määral on võimalik teiste riikide integreeritud teenuste süsteemi korraldust Eestis rakendada? Milliste mõõnduste/piirangutega on võimalik teiste riikide lastekaitse-süsteemi korraldust või selle peamisi komponente Eestis rakendada?

III etapp

1. Milline teenuste struktuur, rahastamine, õigusraamistik, erinevate tasandite ja sektorite vaheline koostöö ja integratsioon on optimaalne laste ja perede heaolu tagamiseks ja vaimse tervise probleemide ennetamiseks?
2. Mis on optimaalse lahenduse tugevused ja puudused? Millised võimalikud finantsmõjud kaasnevad lahenduse rakendamisega (riigieelarvele sh halduskoormus riigile ja kohalikule omavalitsusele, seaduse muudatused, registrite ümberkorraldus, vastavate spetsialistide koolitused)?
3. Milline on planeeritav ajakulu, et Eestis oleks piisavas mahus laste vaimse tervise teenuse osutajaid ja tugispetsialiste ning nende tegevus on vastavuses kvaliteedinõuetega?
4. Kuidas hinnata sekkumiste tulemuslikkust ja tagada vajalike tulemusindikaatorite süstemaatiline kogumine ning uurimistöö arendamine antud teemal?

Lisa 3. Fookusgrupiarutelude teemad

Korraldus ja probleemid

1. Kuidas hindate olemasolevat süsteemi – kas korraldus vastab laste ja lastega perede vajadustele? Miks/miks mitte?
2. Milliseid probleeme näete oma praktikas täna seoses laste vaimse tervise teenuste süsteemiga (nt õiguslikud, koostööga seotud, korralduslikud, ressursid (inim-, finants), statistika, KOV-id, töötajate kvalifitseeritus, kommunikatsioon; häbimärgistamine jne)? Millest need probleemid on tulenenud? Kas neid oleks saanud ennetada?
3. Milliseid tugevusi näete oma praktikas täna seoses laste vaimse tervise teenuste süsteemiga? Kuidas tugevusi võimendada?
4. Millised mõjud kaasneksid, kui olemasolevat süsteemi jätkata muutmata kujul?

Teenused

1. Kas teenuste kättesaadavus on teie hinnangul piisav? Millised teenused ei ole kättesaadavad? Miks?
2. Kas teenused on teie hinnangul kvaliteetsed? Miks? Miks mitte?
3. Kas ja kuidas on tagatud lastele ja peredele pakutava abi integreeritus, asjakohasus ja piisavus?
4. Kas teenused vastavad abivajajate vajadustele? Milliseid teenuseid oleks vaja rohkem? Kas on teenuseid, mida ei pakuta, kuigi peaks?
5. Millised teenused peaksid olema rohkem integreeritud?
6. Millised vaimse tervise teenuste sihtgrupid on teie meelest kõige vähem fookuses? Kuivõrd on teie meelest kaetud nt järgmiste sihtgruppide vajadused:
 - tõrjutud laps ja (kiusamise ohver), väärkohtlemine;
 - käitumishäiretega laps;
 - sõltuvushäiretega laps;
 - hooletusse jäetud ja vaesuses elav laps;
 - lapsevanemate probleemide all kannatav laps (nt kui üks vanematest töötab välismaal, kooselus on probleemid, vanemlikud oskused on puudulikud, alkoholism, vanema erivajadused) jne.

Koostöö

1. Mida saab teha spetsialist iseseisvalt kui märkab lapse või tema vanemate käitumises riske või probleeme, mis mõjutavad lapse heaolu ja vaimset tervist?
2. Kellega koostöös või keda kaasates lahendatakse probleeme? Milliste osapooltega suhtlete lihtsalt info vahetamiseks?
3. Kus on takistused koostöös teiste spetsialistide ja institutsioonidega?

Lahendusettepanekud

1. Mida peaks praeguses süsteemis (riigis) muutma, et laste heaolu ja vaimse tervise probleemid saaksid varakult märgatud ja paremini lahendatud? Milliseid prioriteete tuleks seada?

Lisa 4. Läbiviidud fookusgrupiarutelud

Valdkondlikud fookusgrupid

Tabel 17. Valdkondlikud fookusgrupid

Nr	Toimumise aeg	Fookusgrupp	Fookusgrupis esindatud roll
1	03.09.2014	Vaimse tervise teenuste osutajad	Lastepsühhiaater
			Vaimse tervise õde
			Tegevusterapeut
			Pereterapeut
			Juhtumikorraldaja
			Õppenõustamiskeskuse töötaja
			Ohvriabi töötaja
2	04.09.2014	Esmatasandi tervishoid	Pereõde
			Kooliõde
			Ämmaemand
3	04.09.2014	Haridusvaldkond	Lasteaiaõpetaja
			Lasteaia juhataja
			Klassiõpetaja
			Eripedagoog
			Sotsiaalpedagoog
			Logopeed
			Koolidirektor
4	05.09.2014	Sotsiaalvaldkond	HEV-koordinaator
			Lastekaitsetöötaja
			Sotsiaaltöötaja
			Noorsootöötaja
			Haigla sotsiaaltöötaja

Kohaliku tasandi fookusgrupid

Tabel 18. Kohaliku tasandi fookusgrupid

Nr	Toimumise aeg	Fookusgrupp	Fookusgrupis esindatud roll
1	09.09.2014	Tallinn: spetsialistid	Lasteaia juhataja
			Lasteaiaõpetaja
			Eripedagoog
			Kooliõde
			Lastekaitsetöötaja
2	11.09.2014	Palamuse vald: spetsialistid	Lasteaia direktor
			Algkooli direktor
			Gümnaasiumiõpetaja
			Logopeed
			Sotsiaalpedagoog

Nr	Toimumise aeg	Fookusgrupp	Fookusgrupis esindatud roll
			Sotsiaaltöö spetsialist
			Noorsootöötaja
3	17.09.2014	Tapa vald: spetsialistid	Lastekaitsetöötaja
			Lasteaia direktor
			Põhikooli direktor
			Noorsootöötaja
			Gümnaasiumi sotsiaalpedagoog
			Kooliõde
			Koolipsühholoog
			Haridusnõunik
4	19.09.2014	Leisi vald: lapsevanemad	Lapsevanem
5	19.09.2014	Leisi vald: spetsialistid	Valla sotsiaalosakonna juhataja
			Lastekaitsetöötaja
			Kooliõde
			Lasteaiaõpetaja
			Gümnaasiumiõpetaja
			Eripedagoog
6	23.09.2014	Narva linn: lapsevanemad	Lapsevanem
7	23.09.2014	Narva linn: spetsialistid	Lastekaitsetöötaja
			Lastekaitsetöötaja (puudega lapsed)
			Varjupaiga psühholoog
			Varjupaiga sotsiaaltöötaja
			Varjupaiga pere ja laste abistaja
			Gümnaasiumi sotsiaalpedagoog
			Lasteaiaõpetaja

Ekspertide töögrupp

Tabel 19. Ekspertide töögrupp

Nr	Toimumise aeg	Ekspertgrupp	Töörühmas esindatud roll
1	03.10.2014	Esimeste vahetulemuste valideerimine	Perearst
			Koolipsühholoog
			Pereterapeut
			Psühhiaater
			Alushariduse ekspert
			Psühhoterapeut
			Vallavanem
			Terviseedendamise ekspert
2	10.02.2015	Lõplike tulemuste valideerimine	Eesti Koolipsühholoogide Ühingu esindaja
			Sotsiaalministeeriumi laste ja pere osakonna esindajad
			Tervise Arengu Instituudi terviseedendamise osakonna esindaja
			Tervise Arengu Instituudi nakkushaiguste ja narkomaania ennetamise osakonna esindaja

Nr	Toimumise aeg	Ekspertgrupp	Töörühmas esindatud roll
			Eesti Perearstide Seltsi ja Tallinna Perearstide seltsi esindaja
			Riskilapsed ja noored programmi Sotsiaalministeeriumi kontaktisik
			Rajaleidja õppenõustamisteenuste üksuse esindajad
			Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituudi esindaja
			Eesti Haigekassa tervishoiuosakonna esindaja

Lisa 5. Lapsevanemate fookusgruppides väljatoodud probleemid

Lapsevanemate fookusgrupp 1

- Probleemid konfliktsete lastega – isegi kui enda lastel probleemi pole, siis on klassis ikka keegi, kes probleeme põhjustab. Nimetatud probleemi süvendab lapsevanemate arvates ka üldine spetsialistide puudujääk (mitmekuulised järjekorrad) ning olemasolevate spetsialistide nõrk tase. Spetsiifiliselt toodi välja vajadus lastepsühhiaatri järele, keda piirkonnas ei ole ning samuti leiti, et perearstide töö on vaimse tervise probleemide osas väga ebakvaliteetne.
- Toodi välja esmase ennetuse tähtsus ning leiti, et mida varasem sekkumine, seda parem. Eriti rõhutati lasteaia tähtsust ning psühholoogide ja sotsiaaltöötajate hädavajalikkust lasteaias. Võimaliku arengukohana nähti välisvaatlejate toomist lasteaedadesse, et tuvastada võimalikke probleeme lapsele tuttavas keskkonnas.
- Lapsevanemaid endid puudutavates küsimustes oldi konsensusel, et nende teadlikkus teenustest ja võimalustest on väga puudulik. Perearst ei aita ning kuivõrd võimalused teisi spetsialiste külastada on samuti puudulikud, puudubki lapsevanematel reaalne ülevaade, kuidas lapsi aidata. Samuti toodi välja, et info, mis lapsevanemateni jõuab, esitatakse ebasobival viisil, mis võib viia lapsevanemate kapseldumiseni ja probleemi eitamiseni. Eraldi rõhutati alkoholisõltuvusega vanemate madalat vastuvõtlikkust ning võimatust nendeni infot toimetada.
- Leiti, et kooli minnes peaks kindlasti olema kohustuslik perearsti visiit. Samas leiti, et perearst ei oska piisavalt lapsi ravida ning oleks tegelikult vaja hoopis pediaatri abi.

Lapsevanemate fookusgrupp 2

- Leiti, et lapsevanemate oskused võivad olla puudulikud. Paljudel vanematel pole aega lastega tegeleda ning ka lapsevanemad võivad vajada tuge, et mõista, kuidas oma probleemse lapsega toime tulla. Näiteks toodi välja, et leina puhul ei oska lapsevanem mõista, kuidas see mõjub ta lapsele.
- Samuti toodi välja, et lapsevanemad saavad üliharva positiivset tagasisidet ning vajaksid tunnustust näiteks asjade eest, mida nad on hästi teinud. Spetsialistid pigem juhivad tähelepaneku probleemkohtadele ega tunnusta lapsevanema poolt õige tegevusviisi valikuid.
- Lasteaia osas leiti, et lasteaias peaks kindlasti olema psühholoogiteenus ning erivajadustega lapsed vajaksid tugiisikut. Samuti leiti, et vaja oleks rohkem vanemate tagasisidet, kuna juba lasteaias tekivad grupid ning lapsevanemad, keda oleks tõeliselt lapsevanemate koosolekutele vaja, sinna ei ilmu.
- Kooli osas toodi eraldi välja, et tegeleda tuleks ka tervete lastega, et nad oleksid tolerantset, mistõttu vajaksid ka nemad tihti peale individuaalsemat lähenemist. Õpetajate osas leiti, et arendada tuleks mitte üksnes klassijuhataja oskusi, vaid eelkõige aineõpetajate oskusi, kes puutuvad lastega kõige rohkem kokku.
- Rehabilitatsiooni osas hinnati, et teenust ei ole piisavalt ning määratud teenused ei tundu alati asjakohased. Samuti toodi vajakajäämisena välja, et keegi ei analüüsi teenuse kasu/mõju/tulemuslikkust.
- Kõige rohkem puudujääke leidsid lapsevanemad tervishoiusüsteemis. Eraldi toodi välja, et esmaabi sisuliselt ei ole, samuti puudub võimalus külastada perearsti ning kooliõde on vaid osalise koormusega. Arstiabi saamiseks tuleb konkreetses piirkonnas sõita enam kui poole tunni tee kaugusele.
- Tervishoiusüsteemi probleemide tulemusena märgiti, et perearsti juures lapsega kontrollis (nn regulaarne tervisekontroll) ei käi mitte ükski konkreetsesse fookusgruppi kaasatud lapsevanematest. Samuti leiti, et pereteraapiat oleks küll kõigile vaja, kuid sellest on vähe kasu, kui isegi esmavajadused ei ole adresseeritud.

Lisa 6. Ankeetküsitlus

Palume Teilt informatsiooni seoses Sotsiaalministeeriumi poolt tellitud uuringu „Laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsiooni alusanalüüs“ läbiviimisega. Projekti raames analüüsime laste vaimse tervise valdkonna probleeme ja võimalikke lahendusi Eesti ning tugineme teiste riikide kogemustele, et töötada välja põhimõtted integreeritud laste vaimse tervise teenuste korralduseks. Palume Teie abi lastele ja lastega perele pakutavate vaimse tervise teenuste kättesaadavuse hindamiseks kohalikus omavalitsuses ning teavet teenuste rahastamise kohta. Selleks palume Teil täita allolev küsimustik. Palume Teil märkida nimetatud 35 teenuse osas, kas neid teenuseid osutatakse teie vallas, linnas või linnaosas, kas kohalik omavalitsus finantseerib teenust täielikult või osaliselt oma eelarvest ning kes on teenuse osutajad. Juhul, kui kohalikus omavalitsuses osutatakse teenuseid, mida loetelus pole nimetatud, palume Teil lisada info teenuste kohta loendile järgnevasse lisainfo lahtrisse.

1. Palun valige allolevast loetelust omavalitsusüksus (vald/linn/linnaosa): /rippmenüü/
2. Palun märkige, milliseid vaimse tervise teenuseid osutatakse lastele ja lastega peredele teie vallas/linnas/linnaosas, kas kohaliku omavalitsuse eelarvest finantseeritakse teenuseosutamist ning kes on teenuseosutajad (ettevõtted, ühingud nimeliselt, võimalusel ka teenust osutavad isikud nimeliselt):

	Kas teenust osutatakse lastele ja lastega peredele?		Kas KOV finantseerib teenust?				Palun nimetage teenuseosutajad, kui teenus on KOV-is kättesaadav (ühingud, ettevõtted nimeliselt, võimalusel ka teenust osutavad isikud nimeliselt)
	Jah	EI	Jah, täielikult	Jah, osaliselt	Toetab muul viisil	KOV-i panus puudub	/vaba tekst/
Individuaalne psühholoogiline nõustamine (1)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Pereteraapia (2)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Grupiteraapia (3)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Paariteraapia (nt PREP) (4)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Individuaalne psühhoteraapia (5)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Vanemaharidus (nt Gordoni perekool) (6)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Perekool (7)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Beebikool (8)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Õe teenus erivajadusega lapsele (9)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Õe teenus lasteaias (10)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Õe teenus koolis (11)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Psühholoogiteenus lasteaias (12)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Psühholoogiteenus koolis (13)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Logopeediteenus lasteaias (14)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Logopeediteenus koolis (15)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Eripedagoogi teenus lasteaias (16)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

	Kas teenust osutatakse lastele ja lastega peredele?			Kas KOV finantseerib teenust?			Palun nimetage teenuseosutajad, kui teenus on KOV-is kättesaadav (ühingud, ettevõtted nimeliselt. võimalusel ka teenust osutavad isikud nimeliselt)
Eripedagoogi teenus koolis (17)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Sotsiaalpedagoogi teenus koolis (18)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Lapsehoiuteenus (19)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Pere tugiisikuteenus sotsiaalseks rehabilitatsiooniks (20)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Tugiisikuteenus (21)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Loovteraapiad (22)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Tegevusterapeudi teraapiad (23)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Perearstiteenus (24)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Kliinilise logopeedi teenus (25)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Lastepsühhiaatri teenus (26)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Kliinilise psühholoogi teenus (27)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Rehabilitatsiooniteenus (28)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Asendushooldusteenus (29)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Sotsiaalnõustamine (30)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Isikliku abistaja teenus (31)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Sotsiaaleluasemeteenus (32)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Eluruumi kohandamise teenus (33)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Sotsiaaltransporditeenus (34)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Abitelefoni/ usaldustelefon (35)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

3. Vajadusel lisage info täiendavate vaimse tervise teenuste kohta, mida eeltoodud loetelus ei olnud nimetatud (teenuse nimetus/ finantseerimise, toetamine KOVi poolt/teenust osutav MTÜ, OÜ, FIE jne/võimalusel teenust osutav isik):

/vaba tekst/

4. Palun märkige vallas/linnas/linnaosas elavate laste arv:

/vaba tekst/

5. Palun märkige valla/linna/linnaosa eelarve suurus, mis on ette nähtud laste ja lastega perede vaimset tervist toetavate teenuste osutamiseks:

/vaba tekst/

Lisa 7. Valdkonda kujundavad osapooled

Tabel 20. Laste vaimse tervise valdkonna osapooled ja rollid

Haldusala	Osapool	Roll laste vaimse tervise valdkonnas
Sotsiaalministeerium (SoM)	Sotsiaalministeerium ³⁰¹	Sotsiaalministeerium koordineerib töö-, tervise- ja sotsiaalvaldkonda puutuvaid teemasid. Valdkonna koordineerimisse panustavad eelkõige laste ja perede osakond, tervishoiuosakond, rahvatervise osakond ja hoolekande osakond: - Laste ja perede osakonna põhiülesanne on kavandada ja ellu viia lastekaitse- ja perepoliitikat ning koordineerida poliitika rakendamist, et tagada laste õigused ja heaolu ning perede elukvaliteet. Osakond täidab Haagi 1993. a riikidevahelises lapsendamises laste kaitseks tehtava koostöö konventsiooni alusel nimetatud keskasutuse ülesandeid ning korraldab rahvusvahelist lapsendamist.³⁰² - Rahvatervise osakonna põhiülesanne on kavandada rahvatervisepoliitikat ja korraldada selle elluviimist, et tagada tervist säästev ja tervislik elukeskkond, edendada tervist ning ennetada haigusi ja nendega kaasnevat kahju. Osakonnal on juhtiv roll tervisepoliitika kujundajana keskkonnast tulenevate terviseriskide, sh joogivee ja kemikaaliohutuse, nakkushaiguste ennetamise ja tõrje, laste tervise ning elanikkonna tervisekäitumise valdkonnas.³⁰³ - Tervishoiuosakonna põhiülesanne on kavandada tervishoiupoliitikat ja korraldada selle elluviimist, et tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus, kvaliteet ja ohutus ning elanike teadlikkus tervishoiuteenustest ja rahulolu nendega. Osakonnal on juhtiv roll tervishoiupoliitika kujundajana kõigis tervishoiuvaldkondades ja tervishoiupoliitilistes küsimustes.³⁰⁴ - Hoolekande osakonna põhiülesanne on kavandada hoolekandepoliitikat ja korraldada selle elluviimist, sh riiklike hoolekandeteenuste osutamist, et tagada ühiskonna sidusus ja vaesuse vähenemine ning elanike vajadustest lähtuva, iseseisvat toimetulekut toetava ja töötamist stimuleeriva, tasakaalustatud hoolekandeteenuste ja –toetuste süsteemi mõjus toimimine. Osakonnal on juhtiv roll sotsiaalpoliitika kujundajana hoolekandeteenuste ja –toetuste, rahvusvahelise kaitse poliitika, erivajadustega inimeste poliitika, eakatepoliitika ning sotsiaalse

³⁰¹ Kuna SoM osakondade põhimäärused on tunnistatud kehtetuks, kuid uusi ei ole veel avaldatud, oleme rolli kirjeldusel lähtunud viimati kehtinud põhimäärustest.

³⁰² Laste ja perede osakonna põhimäärus (2014), Sotsiaalministeerium. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/laste_ja_perede_osakond.pdf

³⁰³ *Ibid*

³⁰⁴ *Ibid*

kaasatuse valdkonnas.³⁰⁵

Kaudselt panustavad osakonnad:

- **Analüüsi ja statistika osakond** – osakonna põhiülesanne on luua eeldused ministeeriumi poliitikakujundamise protsessi teadmistepõhisusele, et tagada objektiivne ülevaade töö-, tervise- ja sotsiaalvaldkonna arengust ja rakendatud või kavandatavate poliitikate mõjususest ning võrdlus teiste riikide olukorra ja rahvusvaheliste praktikatega. Osakond koordineerib valitsemisalas sotsiaalhoolekandelas statistika kogumist.³⁰⁶
- **E-tervise ja tervisesüsteemi arenduse osakond** – osakonna põhiülesanne on kavandada e-tervisepoliitikat ja korraldada selle elluviimist, luua eeldused tervisesüsteemi teadmistepõhisele arendamisele ning koordineerida tervisestatistika kogumist ja valitsemisalale tarvilikku teadus- ja arendustegevust.³⁰⁷
- **Tööelu arengu osakond** – osakonna põhiülesanne on kavandada tööelupoliitikat ja korraldada selle elluviimist, et aidata kaasa tööelu kvaliteedi tõusule. Osakonnal on juhtiv roll töösuhete, sh individuaalsete ja kollektiivsete töötingimuste arendamisel ning ohutu ja tervisliku töökeskkonna kujundamisel ja säilitamisel;³⁰⁸
- **Sotsiaalkindlustuse osakond** – osakonna põhiülesandeks on koordineerida sotsiaalkindlustuspoliitika väljatöötamist ja korraldada selle elluviimist, et tagada adekvaatne sissetulek kõigile ühiskonna liikmetele ning sotsiaalkindlustuse ja -toetuste süsteemi mõjus toimimine. Osakonnal on juhtiv roll sotsiaalpoliitika kujundajana sotsiaalkindlustuse ja -toetuste valdkonnas.³⁰⁹
- **Tööturuteenuste osakond** – osakonna põhiülesanne on kavandada tööturupoliitikat ja korraldada selle elluviimist, et tagada tööelise elanikkonna, sh riskirühmade võimalikult suur tööga hõivatus, aidata kaasa Eesti ettevõtjate konkurentsivõime tõstmisele ja vähendada tööpuudusega kaasnevat kahju. Osakonnal on juhtiv roll tööturupoliitika kujundajana tööturuteenuste, tööjõu mobiilsuse, töötu sotsiaalse kaitse ning tööjõu nõudluse ja pakkumise tasakaalustamise

³⁰⁵ Laste ja perede osakonna põhimäärus (2014), Sotsiaalministeerium. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/laste_ja_perede_osakond.pdf

³⁰⁶ Analüüsi ja statistika osakonna põhimäärus (2014) Sotsiaalministeerium. http://sotsiaalministeerium.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/analüüsi_ja_statistika_osakond.pdf

³⁰⁷ E-tervise ja tervisesüsteemi arenduse osakonna põhimäärus (2014), Sotsiaalministeerium. http://sotsiaalministeerium.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/e-tervise_ja_tervisesüsteemiarenduse_osakond.pdf

³⁰⁸ Tööelu arengu osakonna põhimäärus (2014), Sotsiaalministeerium. http://sotsiaalministeerium.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/tooelu_arengu_osakond.pdf

³⁰⁹ Sotsiaalkindlustuse osakonna põhimäärus (2014), Sotsiaalministeerium. http://sotsiaalministeerium.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/sotsiaalkindlustuse_osakond.pdf

valdkonnas.³¹⁰

Sotsiaalkindlustusamet (SKA)	Sotsiaalkindlustusamet on Sotsiaalministeeriumi rakendusasutus. Sotsiaaltoetuste jagamisega regionaalsel tasandil tegelevad Sotsiaalkindlustusameti regionaalsed bürood ja kohalikud omavalitsused. SKA ülesandeks laste vaimse tervise valdkonnas on tagada ja rahastada rehabilitatsiooniteenuse ja erihooletandeteenuste osutamist ning osutada ohvriabi- ja lepitusteenust. Ohvriabi- ja lepitusteenust osutavad Sotsiaalkindlustusameti regionaalsed bürood, kes tegelevad ohvri nõustamisega, abistamisega suhtlemisel riigi- ja kohaliku omavalitsuse asutustega ning juriidiliste isikutega, vajalike tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamise, psühholoogilise nõustamise jms.³¹¹ Rehabilitatsiooniteenuse osas koordineeritakse teenuseosutajate tegevust. Alates 2016. aastast täidab vastavalt uuele lastekaitseadusele SKA ka lastekaitse korralduse funktsiooni.
Terviseamet	Terviseamet • Teostab riiklikku tervishoiuteenuste (sh eriarstiabi, koolitervishoid, üldarstiabi) järelevalvet; • Korraldab kiirabi tööd; • Haldab tervishoiutöötajate registrit (sh kontrollib tervishoiutöötajate kvalifikatsiooni).
Tervise Arengu Instituut (TAI)	Riigi teadus- ja arendusasutus, mille põhitegevuseks on tervise- ja sotsiaalvaldkonna teadus-, arendus- ja rakendustegevus. Laste vaimse tervise valdkonnas on TAI eesmärgiks laste ja noorte tervisliku arengu toetamine läbi tiheda koostöö paikkondlike spetsialistide ja võrgustikega, sealhulgas tervist edendavate lasteadeade võrgustiku, koolide võrgustiku ning paikkondliku haridusasutuste koordinaatorite (lasteaiad ja koolid) tegevuse juhtimine ja arendamine. Tervise Arengu Instituut viib läbi ka laste ja noorte tervisega seotud analüüse, töötab välja valdkonnapõhiseid meetodikaid ning juhendmaterjale ja pakub lastega tegelevatele spetsialistidele vaimse tervise ning sellega seotud valdkondade koolitusi.³¹²
Haigekassa	Haigekassa eesmärk on ravikindlustushüvitiste võimaldamine vastavalt ravikindlustuse seadusele, muudele õigusaktidele ja haigekassa eelarves ettenähtud ravikindlustuse kuludele.³¹³
Töötukassa	Eesti Töötukassa korraldab töötuskindlustust ning viib ellu tööpoliitikat. Laste vaimse tervise valdkonda mõjutab Töötukassa kokku läbi lapsevanematele osutatavate tugiteenuste.³¹⁴

³¹⁰ Tööturuteenuste osakonna põhimäärus (2014), Sotsiaalministeerium. http://sotsiaalministeerium.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/tooturuteenuste_osakond.pdf

³¹¹ Ohvriabi seadus § 3 lg 2. Ohvriabi seadus (RT I 2004, 2, 3), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/115032014024>

³¹² Laste ja noorte tervise edendamine (2014), Tervise Arengu Instituut. <http://www.tai.ee/et/tegevused/tervise-edendamine/laste-ja-noorte-tervise-edendamine>

³¹³ Eesti Haigekassa seadus (RT I 2000, 57, 374), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/833252>

³¹⁴ Töötukassast. Eesti Töötukassa veebileht. <https://www.tootukassa.ee/content/tootukassast>

AS Hoolekandeteenused	AS Hoolekandeteenused on 100% riigile kuuluv äriühing, mis pakub psüühilise erivajadusega isikutele erinevaid hoolekandeteenuseid. Laste vaimse tervise valdkonnas pakub ettevõtte järgmiseid teenuseid: • asenduskoduteenus lastele, kellel on kas vaimne alaareng alates mõõdukast astmest koos kaasnevate kergemate käitumishäiretega, liitpuue või pervasiivsed arenguhäired koos vaimse alaarenguga; • ööpäevaringne erihoolusteenus kohtumääruse alusel alaealistele; • lapsehoiuteenus.³¹⁵
Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus (HNRK)	HNRK pakub taastusravi teenust neuroloogiliste ja ortopeediliste probleemidega lastele ja täiskasvanutele eesmärgiga saavutada inimese maksimaalne iseseisvus ning toetada tema integreerumist ühiskonda.³¹⁶
Haiglad	Haiglates osutatakse ambulatoorseid ja statsionaarseid psühhiaatrilisi teenuseid psühhiaatrite, psühhiaatriaõdede, kliiniliste psühholoogide, kliiniliste psühholoogide-psühhoterapeutide jm. poolt, piirkondlikes haiglates on tagatud 24-h ligipääs.³¹⁷ Riigi alluvuses on järgmised haiglad: • Tartu Ülikooli Kliinikum (Psühhiaatriakliiniku lasteosakond, Lõuna-Eesti laste ja noorukite vaimse tervise keskus, Ida-Virumaa laste ja noorte vaimse tervise keskus); • Põhja Eesti Regionaalhaigla (Psühhiaatriakliiniku laste ja noorukite osakond); • Tallinna Lastehaigla SA (Tallinna Lastehaigla psühhiaatriakliinik, Laste vaimse tervise keskus ning mobiilne kriisimeeskond); • Viljandi Haigla SA (Psühhiaatriakliiniku lasteosakond).
Eesti Puuetega Inimeste Fond	Vabariigi Valitsuse poolt asutatud Fond. Tegutseb Eesti Puuetega Inimeste Koja juures. Asutajaõigusi teostab Sotsiaalministeerium. Fond koordineerib puuetega inimeste integreerumist ühiskonda, nende sotsiaalse aktiivsuse suurendamist ning nendele võrdsete võimaluste loomist hariduse, töö, eluaseme ja muu vajaliku omandamisel. Toetuste andmise eelistused Eesti Puuetega Inimeste Kojal ja EPIF Nõukogul on projektide finantseerimistaotluste hindamiseks olnud järgmised prioriteedid: • puuetega inimeste (eriti noorte) hariduse edendamine; • rehabilitatsioon ja nõustamine; tööhõive küsimused; • vaba aja veetmine ja kultuuriprojektid.
E-tervise SA	Üleriigiliste e-lahenduste edendaja ja arendaja tervishoiusüsteemis. E-tervise SA loob e-lahendusi ja pakub

³¹⁵ AS Hoolekandeteenuste veebileht. <http://www.hoolekandeteenused.ee/pages/valisveeb/ettevottest/ueldinfo.php>

³¹⁶ Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsioonikeskuse veebileht. <http://www.hnrk.ee/>

³¹⁷ Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>

		teenuseid, mille eesmärk on toetada kvaliteetse ja kättesaadava tervishoiuteenuse osutamist, sh teenuste osutamisel lastele. Eesti E-tervise Sihtasutus asutati 18. oktoobril 2005. aastal ning asutajateks olid³¹⁸: • EV Sotsiaalministeerium • Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla • Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum • Aktsiaselts Ida-Tallinna Keskhaigla • Eesti Haiglate Liit • Eesti Perearstide Selts • Eesti Kiirabi Liit E-Tervise hallatav Tervise infosüsteem on riigi infosüsteemi kuuluv andmekogu, milles töödeldakse tervishoiuvaldkonnaga seotud andmeid tervishoiuteenuse osutamise lepingu sõlmimiseks ja täitmiseks, tervishoiuteenuse kvaliteedi ja patsiendi õiguste tagamiseks ning rahva tervise kaitseks, sealhulgas tervislikku seisundit kajastavate registrite pidamiseks ja tervishoiu juhtimiseks.
	Laste vaimse tervise keskused	Valdkonna arengut ning teenuste edaspidist integreeritust mõjutab ka hiljutine regionaalsete laste ja noorte vaimse tervise keskuste loomine, mille üheks ülesandeks lisaks ambulatoorsetele ja statsionaarsetele raviteenustele on koolitada ja toetada lastega töötavate spetsialistide (lastekaitsetöötajad, sotsiaaltöötajad, politsei, õpetajad jt) vahelist võrgustikutööd. Laste vaimse tervise keskused asuvad Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Kohtla-Järvel ning nende piirkondlikud harud on esindatud ka Narvas, Võrus, Valgas ja Põlvas.
Haridus- ja Teadusministeerium (HTM)	Haridus- ja Teadusministeerium	Haridus- ja Teadusministeeriumi peamiseks ülesandeks on tagada haridus-, teadus-, noorte- ja keelepoliitika sihipärane ja tõhus areng ning teadus- ja arendustegevuse kõrge tase ja konkurentsivõime. Kõige otsesemalt puutuvad valdkonnaga kokku üldharidusosakond, kutseharidusosakond ja noorteosakond, kelle ülesandeks muuhulgas on koordineerida õppekavade koostamist : • Üldhariduse osakond – hariduspoliitika alase töö koordineerimine alus-, põhi- ja üldkeskhariduse valdkonnas. • Kutsehariduse osakond – hariduspoliitika alase töö korraldamine kutseõppe valdkonnas. • Noorteosakond – ministeeriumi noortepoliitika alase töö korraldamine. Kaudselt kokku puutuvad valdkonnad: • Kõrghariduse osakond – ministeeriumi hariduspoliitika alase töö ja järelevalve korraldamine kõrghariduse, sealhulgas rakenduskõrghariduse valdkonnas, riigi rakenduskõrgkoolide tegevuse koordineerimine. • Õpetajaosakond – õpetajapoliitika alase töö korraldamine ja koordineerimine.

³¹⁸ Eesti E-tervise Sihtasutuse veebileht. <http://www.e-tervis.ee/index.php/et/ceesti-etervise-sihtasutus/ceesti-e-tervise-sihtasutus>

	• Teadusosakond – ministeeriumi teaduspoliitika alase töö korraldamine teadus- ja arendustegevuse valdkonnas. • Analüüsiosakond – tagada ministeeriumi ja valitsemisala strateegiliste eesmärkide ja tulemusmõõdikute seire, hariduse infosüsteemi haldamine, haridus-, teadus-, noorte- ja keelevaldkonnas väljatöötatava ning väljatöötatud poliitika mõju analüüs.
Innove	Riigi osalusega sihtasutus³¹⁹, mis vastutab õppe arendustegevuste koordineerimise eest. Innove korraldab kvalifikatsioonide ja õppekavade väljatöötamist, karjääri- ja õppenõustamisteenuste väljatöötamist, korraldab huviharidust. Innove struktuuriüksused on: • Rajaleidja arenduskeskus, mille põhiülesanded on karjääriteenuste ja õppenõustamise süsteemi arendamine ning karjääri- ja õppenõustamise teenuste osutamise koordineerimine piirkondlike keskuste ja pilootkoolide kaudu. • Maakondlikud Rajaleidja Keskused, mille põhiülesanded on: a) II tasandi teenuste osutamine karjääri- ja õppenõustamise valdkonnas(eripedagoogiline, logopeediline, sotsiaalpedagoogiline ja psühholoogiline nõustamine Rajaleidja keskuses); b) I tasandi teenuste osutamine õppenõustamise valdkonnas (eripedagoogiline ja psühholoogiline nõustamine alla 350 õpilasega kohalike omavalitsuse koolides); c) maakonna nõustamiskomisjoni töö korraldamine; d) üleriigilise nõustamiskomisjoni töös osalemine; e) teenuseid edendavate maakondlike projektide algatamine või osalemine; f) teenustega seotud maakondliku koostöö koordineerimine ametiasutuste ja organisatsioonide vahel.
Eesti Noorsootöö Keskus	Eesti Noorsootöö Keskuse (ENTK, valitsusasutuste hallatav riigiasutus sh ainuke valdkonnaga kokku puutuv HTM-i poolt asutatud täidesaatva võimu täitja) eesmärgiks on noorsootöö arendamine ja korraldamine. Seega on HTM-il noorsootöö valdkonnas sisuliselt kaks koordinatsiooni tasandit: üldine poliitikakujundamine on ministeeriumi vastutusalas ning selle elluviimise koordineerimine ENTK vastutada. Operatiivtasandi noorsootöö on kohalike omavalitsuste teostada ning rahastada, mistõttu noortele osutatavate teenuste ulatus sõltub KOV-ide võimekusest. Laste vaimse tervise osas on ENTK-l oluline roll erinevate vaimse tervise programme rakendamisel (nt riskilapsed ja noored).
Hariduse Infotehnoloogia SA (HITSA)	Hariduse Infotehnoloogia Sihtasutus on Eesti Vabariigi, Tartu Ülikooli, Tallinna Tehnikaülikooli, Eesti Telekom ja Eesti Infotehnoloogia- ja Telekommunikatsiooniettevõtjate Liidu poolt asutatud mittetulunduslik organisatsioon.³²⁰ Muuhulgas HITSA³²¹:

³¹⁹ Organisatsioonist. Sihtasutus Innove veebileht. <http://innove.ee/et/organisatsioonist>

³²⁰ Hariduse Infotehnoloogia Sihtasutuse veebileht. <http://www.hitsa.ee/sihtasutusest>

³²¹ Hariduse Infotehnoloogia Sihtasutuse põhikiri. <http://www.hitsa.ee/files/HITSA-P%C3%95HIKIRI.pdf>

		• haldab ja arendab haridus- ja teadusasutuste spetsiifilistele vajadustele vastavat andmesidevõrku ja võrguteenuseid (akadeemiline andmesidevõrk); • osutab haridus- ja teadusasutuste vajadustele vastavaid andmeside- ning sisuteenuseid; • haldab ja arendab teadusarvutuste taristut ja keskteenuseid, korraldab arvutusvõimsuste ühiskasutust ning pakub ja vahendab autentimise ja digitaalse sertifitseerimise teenuseid; • arendab ja haldab hariduse- ja teaduse valdkonna infosüsteeme.
	Teadusagentuur	Sihtasutus Eesti Teadusagentuur (ETAg) on riigi sihtasutus, mis alustas tegevust 1. märtsil 2012. aastal. Teadusagentuur loodi eesmärgiga korrastada teadus- ja arendustegevuse rahastamise süsteemi. ETAg loodi Eesti Teadusfondi baasil ning sellega liideti SA Archimedes teaduskoostöö keskus. ³²²
	Teadus ja arendusasutused	Sh ülikoolid jmt teadusasutused. ³²³ Koolitavad spetsialiste sh lastega töötavaid tervishoiu ja haridustöötajaid.
	Kutsekoda	Riigi osalusega sihtasutus. Kutsekoja tegevusalaks on kutsesüsteemi kui hariduse ja töömaailma liidese arendamine ning selle toimimise tagamine. Kutsekoda on tööturu osapoolte koostöökeskkonna looja konkurentsivõime, läbipaistvuse ja võrdsete võimaluste tagamiseks tööturul. Kutsekoda korraldab kutsestandardite välja töötamist ning koordineerib kutseeksamite korraldamist. ³²⁴
	Koolid	HTM-ile kuuluvad: kutseõppeasutused; rakenduskõrgkoolid; riigigümnaasiumid; sanatoorsed erikoolid. Statsionaarses õppes põhi- ja üldkeskharidust omandavale õpilasele osutatakse koolitervishoiuteenust, mille hulka kuuluvad õe tegevused. Vastavalt Põhikooli- ja gümnaasiumiseadusele tagatakse õpilasele vähemalt eripedagoogi, psühholoogi ja sotsiaalpedagoogi (edaspidi tugispetsialistid) teenus. Koolis töötab lisaks õpetajatele lastega ka noorsootöötaja/huvijuht/ringijuht. Koolil võib olla õpilaskodu, kus korraldatakse õppekavavälist tegevust, millega tagatakse õpilasele tema vajadustele ja huvidele vastavad õppimis-, elamis- ja kasvatustingimused.
	Hariduslike erivajadustega laste koolid	Riik peab koole nägemis-, kuulmis- ja kõnepuudega, liikumispuudega (kellel lisaks liikumispuudele esineb täiendav hariduslik erivajadus), liitpuudega, intellektipuudega, tundeelu- ja käitumishäiretega, kasvatuse eritingimusi vajavatele ning raskete somaatiliste haigustega õpilastele. ³²⁵
Siseministeerium	Siseministeerium	Vastutab poliitika kujundamise eest valdkondades, kus neil on kokkupuutepunktid lastega (sh varjupaiga teenused, ohvriabi, korrakaitse ja päästevaldkonna ennetus, korrakaitse) jm.
	Politsei- ja Piirivalveamet	Politsei puutub lastega kokku järgmistes tegevusvaldkondades: piirivalve, migratsioon, korrakaitse. Politsei regionaalsetes üksustes (prefektuurides) on olemas lastekaitsetalitlused ja noorsoopolitseinikud, kes

³²² Eesti Teadusagentuuri veebileht. <http://www.etag.ee/teadusagentuur/>

³²³ Teadus. Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht. <http://www.hm.ee/et/tegevused/teadus#hallatavad>

³²⁴ Sihtasutus Kutsekoda veebileht. <http://www.kutsekoda.ee/et/index>

³²⁵ Hariduslike erivajadustega õpilane. Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht. <http://www.hm.ee/et/tegevused/alus-pohi-ja-keskharidus/hariduslike-erivajadustega-opilane#hev>

	tegelevad perevägivalla juhtumitega, teevad ennetustööd abivajavate laste märkamisel ning koostööd lastekaitsetöötajate, sotsiaaltöötajate, ohvriabitöötajate jt laste vaimse tervise spetsialistidega Kõige lähemal kohalikule tasandile on kohalikud konstaablid.
Päästeamet	Päästeamet on Siseministeeriumi valitsemisalas tegutsev valitsusasutus, millel on juhtimisfunktsioon hädaolukorraks valmisoleku planeerimisel ja regionaalsete päästekeskuste operatiivteenistusel juhtimisel, samuti riikliku järelevalve ja riikliku sunni korraldamisel ning riigi päästepoliitika väljatöötamisel ja rakendamisel. ³²⁶
	Laste vaimse tervise valdkonnas puutub Päästeamet ennetustegevuste ning igapäevase tegevuse käigus kokku riskigruppidega.
Kodanikuühiskonna Sihtkapital (KÜSK)	Sihtasutus, mille asutajaõigusi teostab Siseministeerium. KÜSK-i eesmärk on aidata kaasa Eesti avalikes huvides tegutsevate mittetulundusühingute ja sihtasutuste suutlikkuse suurendamisele kodanikuühiskonna arendamisel ning kodanikuaktiivsust soodustava keskkonna kujundamisele. ³²⁷
	KÜSK-ist saavad toetust küsida ka laste vaimse tervise valdkonnas tegutsevad kolmanda sektori organisatsioonid.
Maavalitsused	Maavalitsuse ülesanne on teostada järelevalvet maakonnas osutatavate teenuste ja muu abi kvaliteedi üle ning riigi eraldatud sihtotstarbelise raha kasutamise üle ning lapsendamise korraldamine. Ülesannete täitmiseks on maavalitsustes tööl vastavalt vajadusele lastekaitsetöötajad, noorsootöötajad, sotsiaaltöötajad, sotsiaalhoolekandespetsialistid, alaealiste komisjoni sekretärid, noorsoonõunikud jt. Maavalitsuse ülesanne on korraldada asenduskodude teenust. Mõningatel juhtudel tegutseb maavalitsuste juures ka alaealiste komisjon. Maavalitsused täidavad funktsioone, mis on sätestatud Siseministeeriumi ning vastava ministeeriumi vahelises koostöölepingus. Oleme allolevalt välja toonud olulisemad sätted, mis kaudselt puudutavad laste vaimse tervise valdkonda. Maavalitsuste ülesandeks on riikliku haridus- ja noortepoliitika kujundamise ja riiklike arengukavade elluviimise koordineerimine maakonnas, sh³²⁸: • Hariduse valdkonnas: - Riikliku järelevalve läbiviimine haridus- ja teadusministri ülesandel munitsipaal-, era- ja riigi haridusasutustes; - Põhjendatud ettepanekute tegemine riigieelarvest täiendavate hariduskulude eraldamiseks kohalikele omavalitsustele. • Noorsootöö valdkonnas:

³²⁶ Päästeameti veebileht. <http://www.rescue.ee/392>

³²⁷ Kodanikuühiskonna tugistruktuurid. Siseministeeriumi veebileht. <https://www.siseministeerium.ee/kodanikuuhiskonna-tugistruktuur/>

³²⁸ Siseministeeriumi ja Haridus-ja Teadusministeeriumi vaheline koostööleping 15.12.2009, Siseministeerium

- Kohalike omavalitsuste, noorte ja noorsootööga seotud struktuuride nõustamine noorsootöö küsimustes.
- Ettepanekute tegemine Haridus- ja Teadusministeeriumile riiklikult noorsootööle eraldatud riigieelarveliste vahendite jaotamiseks ning eksperthinnangu andmine riiklikku finantseeringut taotlevatele projektidele.
- Avatud noortekeskuste tegevuse korraldamine maakonnas.
- Alaealise mõjutusvahendite seaduse rakendamine maakonna tasandil (alaealiste komisjonide töö korraldamine)³²⁹.
- Hariduslike erivajadustega laste ja õpilaste nõustamiskomisjoni moodustamine (lapsevanema ja lapse/õpilase ja kooli nõustamiseks, et otsustada lapsele vajalik koolipikendus, sobilik õppekava või õppeasutus) ja tegevuse korraldamine.

Maavalitsuste ülesanne on ka perekonnaseisutoimingute tegemine, sotsiaal- ja tervishoiutoimingute tegemine (sh lapsendamine, lapsehoiu- või asenduskoduteenuse tegevuslubade väljastamine). Samuti töötavad maavalitsuste juures **tervisedendajad**, kes koordineerivad ennetust ja tervise-edenduse tegevusi maakondlikul tasandil.

Justiitsministeerium	Justiitsministeerium	Ministeeriumi valitsemisalas on riigi õigus- ja kriminaalpoliitika kavandamine ja elluviimine. ³³⁰
	Kohus	Puutub kokku erinevate laste vaimse tervise spetsialistidega, menetleb laste ning peredega seotud juhtumeid nii kriminaal- kui ka tsiviilkohtuvaidlustes ning vaatab halduskorras läbi erinevaid laste vaimse tervise valdkonnaga seotud vaidlusi.
	Vangla	Vanglasse satuvad kõrge suitsiidiriskiga alaealised kurjategijad, kellele tuleb osutada täiendavaid teenuseid. Vanglate alla kuuluvad ka kriminaalhooldusteenused. Lastega seonduvalt on kriminaalhooldaja töö sisuks on selgitada välja alaealise kurjategija uue kuriteo toimepanemise riskid ning kavandada koos hooldusallusega abinõud uue kuriteo toimepanemise vältimiseks, tehes koostööd riigi ja omavalitsuse struktuuriüksustega ning mittetulundusühingutega.
	Prokuratuur	Prokuratuur on Justiitsministeeriumi valitsemisalas olev valitsusasutus. Prokuratuur on oma seadusest tulenevate ülesannete täitmisel sõltumatu ja tegutseb lähtudes seadustest ning nende alusel antud õigusaktidest. ³³¹ Laste vaimse tervise valdkonnas puutub prokuratuur kokku erinevate laste vaimse tervise spetsialistidega ning menetleb erinevaid alaealiste õigusrikkujate ning perevägivallaga seotud juhtumeid.
	Andmekaitse	Andmekaitse Inspeksioon on Justiitsministeeriumi valitsemisalas tegutsev valitsusasutus. Inspeksiooni põhi kokkupuude laste vaimse tervise valdkonnaga tuleneb tema funktsioonist teostada riiklikku järelevalvet

³²⁹ Alates 2016.a ühildub lastekaitseüsteemiga ning liigub Sotsiaalministeeriumi vastutusvaldkonda.

³³⁰ Justiitsministeeriumi põhimääruse kinnitamine (RT I 1997, 1, 7), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/12898206&leiaKehtiv>

³³¹ Prokuratuuri veebileht. <http://www.prokuratuur.ee/et/prokuratuur>

	Inspeksioon	inspeksiooni tegevusvaldkonda reguleerivatest õigusaktidest tulenevate nõuete täitmise üle ja vajadusel riikliku sunni rakendamine. ³³²
Kohalik omavalitsus	Kohalik omavalitsus	Vallad ja linnad on omavalitsuslikud kogukondlikkuse printsiibil põhinevad haldusüksused, mis moodustavad avaliku halduse süsteemi esmase tasandi. Vastavalt Eesti põhiseadusele otsustavad ja korraldavad kohalikud omavalitsused kõiki kohaliku elu küsimusi, tegutsedes seaduse alusel iseseisvalt. Kohalikule omavalitsusele võib kohustusi panna ainult seaduse alusel või kokkuleppel omavalitsusega. Kohaliku omavalitsuse korralduse seadusega on KOV-i kohustus korraldada antud vallas või linnas muuhulgas sotsiaalabi ja -teenuseid, vanurite hoolekannet, noorsootööd. Lisaks on KOV-i ülesandeks korraldada koolieelsete lasteasutuste, põhikoolide, gümnaasiumide ja huvikoolide, spordibaaside, turva- ja hooldekodude, tervishoiuasutuste ning teiste kohalike asutuste ülalpidamist, juhul kui need on omavalitsusüksuse omanduses. Nimetatud asutuste osas võidakse seadusega ette näha teatud kulude katmist kas riigieelarvest või muudest allikatest.³³³ KOV-is puutuvad laste vaimse tervise teemadega kokku eelkõige sotsiaaltöötajad ning KOV-i omanduses olevate lasteaedade, koolide ja noortekeskuste personal. KOV-i roll sotsiaalhoolekandes on sätestatud Sotsiaalhoolekande seaduses.³³⁴ KOV korraldab tema territooriumil asuvate tervishoiuasutuste. Kuna suurte haiglate ülalpidamine käib kohalikele omavalitsustele üle jõu, siis on levinud, et haiglate haldamiseks asutatakse mitme kohaliku omavalitsuse üksuse peale ühine asutus (üldjuhul sihtasutusena). Kohaliku omavalitsuse ülesanne on korraldada ravikindlustusega hõlmamata inimeste ravi ja kompenseerida nende ravikulud.³³⁵
	Kool	Haridusasutus. Statsionaarses õppes põhi- ja üldkeskharidust omandavale õpilasele osutatakse koolitervishoiuteenust, mille hulka kuuluvad õe tegevused. Õpilasele tagatakse vähemalt eripedagoogi, psühholoogi ja sotsiaalpedagoogi (edaspidi tugispetsialistid) teenus. Koolis töötab lisaks õpetajatele lastega ka noorsootöötaja/huvijuht/ringijuht. Koolil võib olla õpilaskodu, kus korraldatakse õppekavavälist tegevust, millega tagatakse õpilasele tema vajadustele ja huvidele vastavad õppimis-, elamis- ja kasvatustingimused.
	Lasteaed (koolieelne haridusasutus)	Koolieast noorematele lastele hoidu ja alushariduse omandamist võimaldav õppeasutus. Lasteaedade mängib olulist rolli lapse vaimse tervise edendamisel ja arengu-, käitumis- ja muude psüühiliste probleemide varajasel märkamisel, ravis ning rehabilitatsioonis. ³³⁶ Lasteasutuse töötajad on pedagoogid,

³³² Andmekaitse Inspeksiooni põhimäärus ja koosseis (RT I, 05.03.2013, 5), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/105032013005?leiaKehtiv>

³³³ Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus (RT I, 1993, 37, 558). <https://www.riigiteataja.ee/akt/126032013006>

³³⁴ Sotsiaalhoolekande seadus (RT I 1995, 21, 323), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122011047?leiaKehtiv>

³³⁵ Kohaliku omavalitsuse funktsioonid. Siseministeeriumi veebileht. <https://www.siseministeerium.ee/5979/>

³³⁶ Tervise edendamine lasteaias. Terviseinfo veebileht <http://www.terviseinfo.ee/tervise-edendamine/lasteaias>

		tervishoiutöötaja ja lasteasutuse majandamist tagavad ning õpetajaid abistavad töötajad.
Õiguskantsler		Eesti Vabariigi õiguskantsler on lasteombudsman, kelle ülesanne on laste õiguste kaitse ja edendamine. ³³⁷ Õiguskantsleri büroos laste õiguste osakond, mille tegevusvaldkonda kuuluvad kõik lapse õiguste kaitse ja edendamisega seonduvad küsimused.
Riigikontroll		Riigikontroll riigi audiitor, kes vaatab, kas avaliku sektori raha on kasutatud tulemuslikult – säästlikult, tõhusalt ja mõjusalt – ning õiguspäraselt. Riigikontrollil on sõltumatu otsustamaks, millist asutust/ valdkonda auditeerida. ³³⁸
Kultuuriministeerium	Hasartmängumaksu Nõukogu	Hasartmängumaksutulude jaotamiseks moodustatud nõukogu. Toetusest rahastatakse ka vaimse tervise valdkonnas toimuvaid projekte.
Erasektor	Perearstikeskus	Perearst ja pereõde on lapsevanemate esmatasandi kontaktid, kes jälgivad imikueas lapsi igakuiselt ning kooliikka jõudmiseni iga-aastaselt. Laste jälgimise käigus märkavad perearst ja/või pereõde laste vaimse tervise probleeme esimesena, koostavad ülevaate esialgsest olukorrast ning suunavad lapse edasi vastava vaimse tervise spetsialisti juurde.
	Teenuseosutajad	Ettevõtted, millelt KOV avalike funktsioonide teostamiseks teenuseid ostavad. Võivad osutada ka vaimse tervise alaseid teenuseid. Näiteks erapraksistes tegutsevad psühholoogid.
Kolmas sektor	Teenuseosutajad	MTÜ-d, millelt KOV avalike funktsioonide teostamiseks teenuseid ostavad. Võivad osutada ka vaimse tervise alaseid teenuseid. Vaimse tervise teenuse osutavad MTÜ-d on koondunud Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsiooni (VATEK) ³³⁹ . Teenuse osutajad võivad omada lepingulisi suhteid kõikide avaliku sektori tasandite ning organisatsioonidega.

³³⁷ Lasteombudsmani veebileht. <http://lasteombudsman.ee/>

³³⁸ Mis on Riigikontroll. Riigikontrolli veebileht. <http://www.riigikontroll.ee/Riigikontrollkuiasutus/tabid/106/language/et-EE/Default.aspx>

³³⁹ VATEK, Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsiooni veebileht. <http://vatek.ee/>

Lisa 8. Esindusliidud ja teenuseosutajad

Tabel 21. Valik esindusliitudest ja teenuseosutajatest

Nr	Nimi	Kirjeldus
1.	Avatud Meele Instituut	Avatud Meele Instituudi eesmärgiks on toetada haridus- ja sotsiaalvaldkonnas muutuste ja uuenduste elluviimiseks vajalike oskuste ning hoiakute levikut. Oleme muudatuste elluviimisel partneriks ministeeriumitele, omavalitsustele, koolidele, kõrgkoolidele, lasteadeadele ja paljudele teistele organisatsioonidele.
2.	B. G. Forseliuse Selts	TEGEVUSED teemadel: avastuspedagoogika ja teadusharidus (heuristiline e avastusõpe, õuesõpe, individuaalne uuriv õppetöö, avastusõpe); tuleviku kool (õppekavad, õpikeskkond), põhikool, elukestev õpe; identiteedikasvatus (haridusloo ja kultuuripärandi uurimine ning populariseerimine); noorsootöö, muukeelne laps; õpiturism.
3.	Eesti Eripedagoogide Liit	EELi eesmärgiks on eripedagoogide kutsehuvide esindamine ja kaitsmine; eripedagoogide ettevalmistamisele kaasaaitamine; enesetäiendamise võimaluste laiendamine koostöös eripedagooge ettevalmistavate kõrgkoolidega; osalemine kodanikualgatuse korras Eesti hariduspoliitika ja strateegia kujundamisel, sealsete seaduste täiustamisel; hariduslike erivajadustega laste õiguste kaitse.
4.	Eesti Evangeelse Luterliku Kiriku (EELK) Perekeskus	Eesti Evangeelse Luterliku Kiriku (EELK) Perekeskus töö üldeesmärgiks on pere ja laste heaolu suurendamine ning elukvaliteedi tõstmine. EELK Perekeskus pakub erinevaid vaimse tervise teenuseid nagu perenõustamine, hingehoiuteraapia, lapsevanemate kasvatusnõustamine jms.
5.	Eesti Haridusfoorum	Eesti Haridusfoorumi (EHF) tegevuse põhiideeks on olnud hariduse sõlmküsimuste analüüsimine, hariduspoliitiliste huvigruppide esindajate koondamine, osalusdemokraatia, partnerluse ja ühiskondlike kokkulepete põhimõtete edendamine Eesti hariduspoliitikas. EHF tegevus on liikunud probleemide tõstatamiselt üha enam haridusstrateegia ja hariduspoliitika põhisuundade väljatöötamisele ja kokkuleppimisele. Foorumitel on võetud vastu dokumente, mis on oluliselt mõjutanud nii hariduspoliitilise mõtte arengut kui ka hariduspoliitikat Eestis.
6.	Eesti Haridustöötajate Liit	EHLi eesmärgiks on ühistegevuse kaudu oma liikmeskonna töö- ja kutsealaste, majanduslike, ühiskondlike ning sotsiaalsete huvide ning õiguste esindamine ja kaitsmine. EHL on asutatud vabatahtlikult ühinenud haridustöötajate regionaalsetel alustel moodustatud ametiühingu organisatsioonidest ja ühendustest (liikmesorganisatsioonid).
7.	Eesti Kliiniliste Psühholoogide Selts	Eesti Kliiniliste Psühholoogide Seltsi peamiseks eesmärgiks on kliinilise psühholoogi kutse väärtustamine ja kliinilise psühholoogia valdkonna edendamine Eestis. Tegevus on suunatud vaimse tervise hoidmisele ja paranemisele ning kliinilise psühholoogia täiendõppe ja sellealase teadustegevuse arengule. Selts aitab välja töötada kliinilise psühholoogia valdkonda puudutavaid juhiseid, diagnostilisi ja metodoloogilisi materjale ning seisab kliiniliste psühholoogide õiguste ja huvide ning töö kvaliteedi tagamise eest.
8.	Eesti Koolipsühholoogide Ühing	EKÜsse kuuluvad Eestis tegutsevad koolipsühholoogid või koolipsühholoogiat aktiivselt edendavad ja toetavad inimesed. Ühingu peamiseks eesmärgiks on aidata kaasa laste ja noorukite vaimse tervise parendamisele, teadvustada laiemalt ühiskonna tasandil koolipsühholoogi professiooni, kaitsta oma liikmete huve ning pakkuda täiendkoolitust.
9.	Eesti Koostöö Kogu	Sihtasutus Eesti Koostöö Kogu (EKK) on Vabariigi Presidendi otsusega 2007. aastal asutatud valitsusväliste organisatsioonide koostöövõrgustik. Sihtasutus korraldab Eesti pikaajalist arengut mõjutavate ja võrgustiku poolt prioriteetseks peetavate teemade seiret ning töötab selle põhjal kõiki huvigruppe kaasates välja analüüse, ettepanekuid ja poliitikasoovitusi. 2014. aastal vastu võetud Harta2014, sõnastas sihtasutuse prioriteetsete tegevusvaldkondadena riigipidamise kava väljatöötamise, Rahvakogu arendamise ühisloome- ja dialoogikeskkonnana ning sisulise sotsiaalpartnerluse käivitamise pikaajaliste reformide algatamiseks ja läbiviimiseks.
10.	Eesti Külaliikumine Kodukant	Liikumisel Kodukant on 21 liiget, neist 15 on maakonnaühendused, mis on iseseisvad juriidilised isikud ja koondavad maakonnatasandil endasse nii külaliikumise lugupidavaid külavanemaid, külaseltse kui ka teisi maakonnas tegutsevaid maaelu arenguga tegelevaid organisatsioone ja üksikisikuid.
11.	Eesti Lasteaednike Liit	Eesti Lasteaednike Liit koondab alushariduse valdkonna spetsialiste, esindab nende huve riiklikul tasandil ja toetab professionaalset arengut, teeb ettepanekuid seadusloomes ning arendab koostööd erinevate huvigruppidega.
12.	Eesti Lastefond	SA Eesti Lastefond asutati 1988.a ja on vanim lastekaitsega järjepidevalt tegelev organisatsioon Eestis. ELF-i eesmärk on lastekaitse igakülgne arendamine ja teadlikult lapsesõbraliku ühiskonna kujundamine, samuti ÜRO Lapse Õiguste Konventsiooni rakendamisele kaasaaitamine.

Laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsiooni alusanalüüs

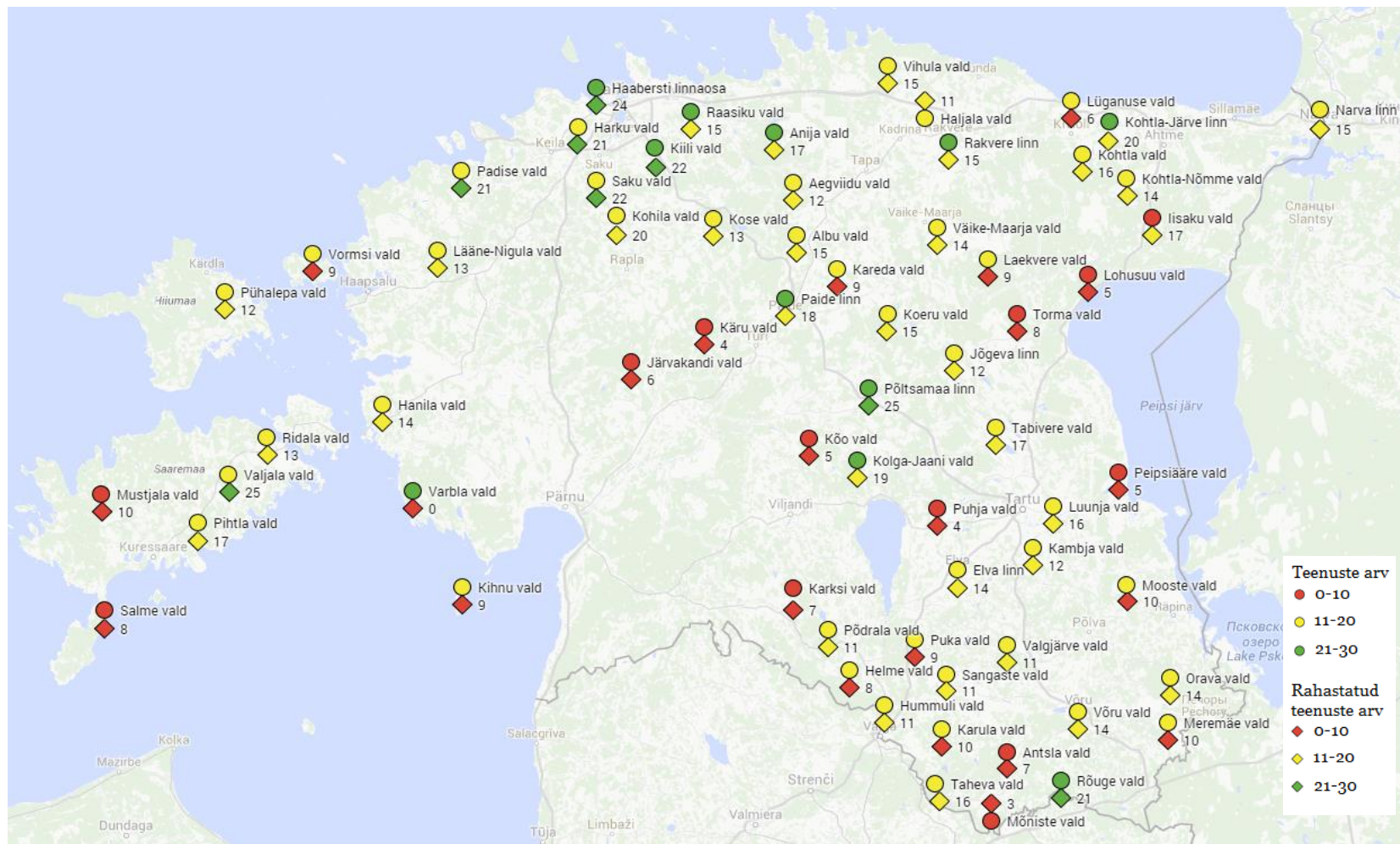
Nr	Nimi	Kirjeldus
13.	Eesti Lastekaitse Liit	Lastekaitse Liit on ühendus, mis aitab kaasa lapse õiguste tagamisele ja lapsesõbraliku ühiskonna kujundamisele. MTÜ Lastekaitse Liit visioon: Ühiskonnas lapse õigusi mõjukalt edendav organisatsioon, mis algatab ja viib ellu lastekaitsealaseid tegevusi ning toetab igakülselt oma liikmeid.
14.	Eesti Lastepsühholoogide Ühing	Informatsioon puudub.
15.	Eesti Lasterikaste Perede Liit	Eesti Lasterikaste Perede Liit (ELPL) on loodud 1996 aastal eesmärgiga toetada lasterikkaid peresid Eestis. ELPL-i põhieesmärgiks on lasterikaste perede väärtustamine ja kaitsmine, nende tegeliku olukorra uurimine ja analüüsimine ning lahendustele kaasaitamine riiklike ja ühiskondlike organisatsioonide abil. ELPL osaleb õigusaktide väljatöötamises ja rakendamises ning arendab lasterikaste perede organisatsioonide ühistegevust Eestis.
16.	Eesti Lastevanemate Liit	Eesti Lastevanemate Liidu põhitegevus on avaliku arvamuse kujundamine. Liidu tegevuse aluseks on veendumus, et vanemad on ainsad, kes parimal moel tahavad, oskavad ja suudavad lapse eest vastutada. Seda vastutust – ning sellega kaasnevat õigusi – saab mujale delegeerida vaid väga äärmuslikel juhtudel ning pärast väga põhjalikku kaalutlemist. Ilma lasteta pole riigil tulevikku. Järelikult peavad kulutused lastele olema riiklik prioriteet. Lastevanemate Liit seisab ühiskondlike mehhanismide eest, mis loovad heaolu kõigile lastele, mitte üksnes erijuhtudele. Meie tähelepanu all on eelkõige tavaline pere, tavaline laps. Hindame kõrgelt isikupära ja individuaalseid erisusi. Kasvatus ei tohi olla suunatud standardiseerimisele, vaid peab arvestama igaühe eeldusi, võimeid, huvisid. Lapsepõlv on iseseisev väärtus, mitte üksnes ettevalmistus täiskasvanueluks. Lapsel peab ka nüüd ja praegu hea olema. Lapse elu määravad otsused peab ta saama võimalust mööda ise teha. Kui aga laps pole veel küps ise otsustama, siis on otsustusõigus loomulikult tema vanematel. Last mitte tundvad inimesed võivad sekkuda vaid äärmuslikel juhtudel. Oleme vastu mehhaanilisele iibepropagandale. Kui riik kutsub üles lapsi sünnitama, siis peab ta samavõrd mõtlema ka sellele, kuidas nii need lapsed kui ka juba olemas olevad lapsed saaksid üles kasvada võimalikult inimlikes ja arendavates oludes.
17.	Eesti Logopeedide Ühing	ELÜ eesmärgiks on logopeedidest teadlaste ja praktikute organisatsiooniline ühendamine, erialaste kontaktide arendamine ja logopeedia-alaste teadmiste populariseerimine ning logopeedide kutse-etiika tõstmine.
18.	Eesti Mittetulundusühingute ja Sihtasutuste Liit (EMSL)	EMSL on avalikes huvides tegutsevate vabariiklike ühenduste liit, kes töötab selle nimel, et Eestis oleks tugev kodanikuühiskond, kus inimesed tahavad, saavad ja oskavad olla head, arukad ja aktiivsed kodanikud. EMSL-i missiooniks on aidata areneda vabariiklike ühenduste tegevust toetaval keskkonnal ja tugevdada ühenduste suutlikkust selles keskkonnas tulemuslikult tegutseda.
19.	Eesti Noorteühenduste Liit	Katusorganisatsioon, mis ühendab 43 Eestis tegutsevat noorteühingut, 15 maakondlikku noortekogu ja 70 noortevolikogu. ENLi peamisteks eesmärkideks on pakkuda noorteühendustele eestkostet, kujundada noori toetavat ühiskondlikku arvamust ja seadusandlikku keskkonda, esindada liikmete noortepoliitilisi huve Eestis ja rahvusvahelisel tasandil ning soodustada noorte aktiivset osalust ühiskonnas.
20.	Eesti Patsientide Esindusühing	Eesti Patsientide Esindusühing (EPE) on 1994. aastal asutatud sotsiaal- ja tervishoiuteenuste tarbijate huvikaitse organisatsioon, kelle tegevuses on esikohal sihtgrupi inimõiguste ja siseriiklike seadustega tagatud õiguste tagamine. EPE on projektipõhiselt töötav mittetulundusühing, mille eesmärk on esindada ühiskonna haavatavate sihtrühmade huve ja õigusi nii individuaalsel, süsteemsel kui rahvusvahelisel tasandil. EPE missioon on olla muutuste käivitaja sotsiaal- ja tervishoiusüsteemis, mis aitab inimestel tunda end turvaliselt ning saavutada hingeline, vaimne ja füüsiline tasakaal.
21.	Eesti Perearstide Selts	Ühendab perearste, kes tunnevad huvi peremeditsiini eriala arengu vastu. Selts annab võimaluse kõigile perearstidele tegeleda oma erialaga ja julgustab hoidma perearstiarstiabi kvaliteeti kõrgena.
22.	Eesti Pereteraapia Ühing	Ühingu eesmärgiks on perekonnateraapia-alaste teadmiste levitamine Eestis korraldades perekonnapsühhoterapia-alaseid vabariiklikke ja rahvusvahelisi teadusiiratusi; – organiseerib, koordineerib ja kontrollib perekonnapsüühoterapia-alast koolitust; astub otsesidemetesse väljaspool vabariiki asuvate perekonnapsüühoterapiaga tegelevate ühingute ning üksikisikutega ja arendab nendega koostööd.
23.	Eesti Psühhiaatrite Selts	Eesti Psühhiaatrite Seltsi on Eesti Vabariigi psühhiaatrite ja psühhiaatriaga piirnevate erialade kõrgharidusega spetsialistide mittetulunduslik ühendus, mis tegutseb oma liikmete omavalitsuse alusel psühhiaatriaalse arstiteaduse, täienduskoolituse, psühhiaatrilise abi ning hoolekande arendamiseks ja oma liikmete kutseõiguste kaitsmiseks.
24.	Eesti Psühhooanalüütiline Selts	Eesti Psühhooanalüütiline Selts on mittetulunduslik organisatsioon, mis ühendab kliinilisi psühholooge ja psühhiaatreid, kes tegelevad psühhooanalüütilise teraapiaga. Seltsi sihiks on pakkuda psühhooanalüütilise teraapia võimalusi Eestis ja tegeleda psühhooanalüütilise teraapia täiendkoolitusega.
25.	Eesti Psühholoogide Liit	Eesti Psühholoogide Liit on mittetulundusühing, mille eesmärgiks on kõrgetasemelise psühholoogiatega ja -praksise arendamine Eestis. Lisaks seab liit enda

Laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsiooni alusanalüüs

Nr	Nimi	Kirjeldus
		eesmärgiks psühholoogide kaitsmise ning Eesti Vabariigi elanike psüühilise heaolu saavutamise. Oma eesmärkide täitmisel osaleb Eesti Psühholoogide Liit kutseliste psühholoogide ettevalmistamisel, seisab psühholoogide õiguste eest ja aitab kaasa oma liikmete ja teiste psühholoogide ning psühholoogiateaduse saavutuste paremale rakendamisele Eesti Vabariigis, arendab psühholoogi kutse-eetikat ja jälgib sellest kinnipidamist ning analüüsib ühiskonnas toimuvat psühholoogiateaduse seisukohalt.
26.	Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing	Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing (EPRÜ) on avalikes huvides tegutsev vaimse tervise valdkonna eestkõneleja, mille eesmärk on aidata kaasa nii rahva vaimse tervise hoidmisele kui ka ravi-, rehabilitatsiooni- ja erihooletandeteenuste arendamisele Eestis.
27.	Eesti Sotsiaalpedagoogide Ühendus	Eesti Sotsiaalpedagoogide Ühendusse (ESPÜ) kuuluvad eeskätt sotsiaalpedagoogid, aga ka teised sotsiaalpedagoogikast huvitatud spetsialistid, pedagoogid, teadlased. Eesmärgiks on edendada ja arendada sotsiaalpedagoogilist tegevust Eestis ning koordineerida liikmete ja avalikkuse vahelist koostööd.
28.	Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon	Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon on Eesti Vabariigis sotsiaaltööga tööalaselt seotud ja seda väärtustavate isikute ning sotsiaaltöö valdkonnas tegutsevate mittetulundusühingute vabatahtlik ühendus, mille eesmärgiks on sotsiaaltööd tegevate ja seda väärtustavate inimeste ühendamine sotsiaalse heaolu, sotsiaaltöö ja sotsiaaltöö kultuuri edendamiseks ning sotsiaalpoliitika kujundamiseks; ühenduse liikmete kutsealaste huvide esindamine ja kaitse.
29.	Eesti Supervisiooni ja Coachingu Ühing	Eesti Supervisiooni Ühing (ESVÜ) loodi 1997.aastal ning on Eestis tegutsevate superviisorite (töönõustajate) ja <i>coachide</i> vabatahtlik ühendus. Missioon on aidata organisatsioonidel ja töötajatel hoida oma vaimset tervist ja toetada professionaalsuse tõusu.
30.	Eesti Tegevusterapeutide Liit	Liidu eesmärgiks on edendada tegevusterapiaalast õppe-, teadus- ja kutsetööd ning täiendõpet; korraldada infovahetust eesti tegevusterapeutide vahel, aidata kaasa uurimustulemuste avalikustamisele ja tegevusterapeutiliste teadmiste levitamisele; tutvustada ja propageerida tegevusterapia eriala Eestis; esindada Eesti tegevusterapeute väljaspool vabariiki; järelevalve teostamine tegevusterapeudi kutse-eetika reeglite järgimise üle.
31.	Eesti Tervisedenduse Ühing (ETÜ)	Eesti Tervisedenduse Ühing (ETÜ) on tervisedenduse praktikute ja teadurite professionaalne ühendus Eestis. Ühingu eesmärgiks ühendada rahvatervise probleemide lahendamiseks huvitatud inimesi, edendada tervist, korraldada täiendõpet tervisedenduse valdkonnas, arendada koolitus- ja nõustamistegevust, toetada paikkondade koostööd ja infovahetust. ETÜ egiidi all saab arendada nii maakondlikku kui üleriigilist tervisedendusala projekti- ja uurimustööd. Aastate jooksul on ühingu liikmed osalenud ka mitmetes rahvusvahelistes koostööprojektides.
32.	Eesti Vabade Waldorfkoolide Ühendus	Ühenduse eesmärgiks on waldorfpedagoogiliste asutuste vahelise koostöö korraldamine ning waldorfpedagoogika (www.antroposofia.ee/waldorfpedagoogika/) laiendamise ja edasiarendamine. Waldorfpedagoogilise töö toetamiseks ja süvendamiseks tegutseb ühenduse juures Tartu Waldorfpedagoogika Seminar.
33.	Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon (VATEK)	Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsioon on avalikes huvides tegutsev seltsing, mis seob endas Eesti vaimse tervise valdkonna organisatsioone. VATEK-i peamiseks sihiks on Eesti elanikkonna vaimse tervise ja heaolu edendamine ning vaimse tervise ja heaolu poliitika arendamine.
34.	Eesti Vaimse Tervise Ühing	Lastega perede psühholoogiline nõustamine ja pereteraapia. Vähekindlustatud peredele tasuta. Kriisinõustamine. Lastele ja noorukitele suunatud veebileht lapsemure.ee .
35.	Eesti Vaimse Tervise Ühingute Liit (EVTÜL)	Eesti Vaimse Tervise Ühingute Liit asutati 22. oktoobril 1997 Tallinnas. Eesti esimene vaimse tervise ühing "Meelerahu" asutati 1991. aastal Tallinnas, millest formeerus teiste ühingute lisandudes 1997. aastaks Eesti Vaimse Tervise Ühingute Liit. Liit koondab endas juriidilisi isikuid, kuid teeb koostööd ka veel ametlikult mitteregistreerunud vaimse tervise seltside ning seltsingutega. Eesti Vaimse Tervise Ühingute Liidu eesmärgiks on koondada vaimset tervist otsivaid inimesi ja aidata neil leida hea tervis; ühingute töö nõustamine; konsultatsioonide, seminaride, kursuste ja teiste põhikirjaliste eesmärkide elluviimiseks vajalike ürituste korraldamine vaimse tervise ühingute liikmetele; koostöö ravi-, teadus-, kultuuri-, majandusasutuste ja kõikide üksikisikute-professionaalidega Eestis ja välismaal.
36.	Eesti Õdede Liit	Eesti Õdede Liit (EÖL) tegeleb kutseorganisatsioonina õenduse kui kutseala arendamisega kõigil tasanditel ja ametiühinguna seisab hea õdede töötingimuste ja tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse eest. ÕL on 1923. Aastal asutatud Eesti Õdede Ühingu õigusjärgne. Enam kui 90.aastase ajalooga EÖL on arvukaim õdesid ühendav organisatsioon, kuhu kuulub üle 4000 liikme ehk rohkem kui pool Eesti õesonnast. Eesti Õdede Liitu kuuluvad nii üldõed kui ka kõikide õenduserialade õed: terviseõdedest pereõed ja kooliõed, kliinilise eriala õed nagu näiteks lasteõed ja koduõed, intensiivõed, hambaraviõed, vaimse tervise õed, õde-õpetajad ning ämmaemandid.
37.	Eesti Õpetajate Liit	Eesti Õpetajate Liit on pedagoogide vabatahtlik, sõltumatu, demokraatlik kutseühing, mis on aastatel 1917- 1940 tegutsenud Eesti Õpetajate Liidu õigusjärglane ning jätkab selle organisatsiooni tegevust. Liidu eesmärgid on: õpetaja rolli tähtsustamine ühiskonnas; rahvusliku hariduse ja kultuuri mõtestamine ja edendamine; õpetajate kutsehuvi esindamine ja kaitsmine; õpetajate ettevalmistamise ja enesetäiendamise võimaluste laiendamine ning koostöö õpetajaid ettevalmistavate kõrg- ja muude koolidega; osalemine kodanikualgatuse korras Eesti hariduspoliitika ja strateegia kujundamisel ning sellealaste seaduste täiustamisel; koostöö pedagoogikateadlastega ning teiste sama valdkonna või sellele lähedaste isikute ja ühendustega Eestis ning väljaspool Eestit; osalemine rahvusvahelistes projektides. Eesti Õpetajate Liit lähtub

Nr	Nimi	Kirjeldus
		oma eesmärkide saavutamisel pedagoogikale omastest humanistlikest ideedest ja eetikast ning demokraatia põhiprintsiipidest, tema tegevus rajaneb liikmete omaalgatusel ja ühiskondlikul aktiivsusel.
38.	Eesti Ämmaemandate Ühing	Eesti Ämmaemandate Ühing on kutseorganisatsioon, ühendades Eesti ämmaemandaide. Missiooniks on arendada ja edendada ämmaemandust ning ämmaemandusalast haridust eesmärgiga tagada naistele, lastele ja peredele pakutavate tervishoiuteenuste kvaliteet.
39.	Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI)	ERSI on eraõiguslik teadus- ja koolitusasutus, mis alustas tööd Tallinnas Karolinska Instituudi Suitsidoloogia Keskuse (NASP) ja kohalike mõttekaaslaste toel 1993. a. arendamaks nõukogude-aegset tabu-suitsiiditeemat. ERSI missiooniks on vaimse tervise kaardistamine ja edendamine, vaimse tervise probleemide ennetamine ja leevendamine teadusuuringute, koolituste, rakenduste, meedia jt rahvalgustuse kanalite kaudu. ERSI töötab põhiliselt Euroopa Komisjoni finantseeritud projektidega, sealhulgas kõrgetasemelised Euroopa Komisjoni 7. Raamprogrammi ja WHO projektid, mida vajadusel kaasfinantseerib Sotsiaalministeerium.
40.	Heateo Sihtasutus	Meie eesmärk on toetada võimalikult tõhusalt suure ühiskondliku mõjuga organisatsioone ja sotsiaalseid ettevõtteid, kaasates peamiselt ärisektori koostööpartnerite kompetentsi ning mõnel juhul aitame leida ka investoreid.
41.	Kodanikuühiskonna Sihtkapital (KÜSK)	KÜSK missioon: Panustades vabaihenduste arengusse tugevdame kodanikuühiskonda. KÜSK seab perioodiks 2014 – 2020 järgmised strateegilised eesmärgid: Eesmärk 1: Vabaihendused on võimekad ja tegutsevad tõhusalt. Eesmärk 2: Kodanikuühiskonna ja vabaihenduste areng on toetatud sihtgrupi vajadustest lähtuva soodsa tegevuskeskkonna kujundamisele kaasaaitamisega ning arendus- ja tugitegevustega.
42.	MTÜ Laste ja Noorte Kriisiprogramm	MTÜ Laste ja Noorte Kriisiprogrammi eesmärgiks on toetada traagilist sündmust või leina kogenud lapsi ja noori viisil, mis aitaks parimal moel taastada nende vaimse heaolu ja kasutada maksimaalselt arengupotentsiaali. Üldisteks eesmärkideks on ka kasvava põlvkonna kohanemist, toimetulekut ja arengut toetava keskkonna kujundamine juhindudes oma tegevuses ÜRO Laste Õiguste Konventsioonist ja humanistlikest põhimõtetest, kaasa aitamine terve ja arenemisvõimelise Eesti ühiskonna püsimisele ning laste ja noorte õiguste kindlustamisele kaasa aitamine.
43.	MTÜ Saagu Valgus	Isemajandav MTÜ Saagu valgus tegelevad toimetulekuraskustesse sattunud perede mitmekülgse abistamise, sotsiaalnõustamise, lastelaagrite, huvihariduse jms pakkumisega.
44.	Perekeskus Sina ja Mina	Perekeskuse eesmärk on teadvustada tervete peresuhete olulisust ning propageerida tõhusaid kasvatuspraktikaid. Meie otsene roll on aidata kaasa peresuhete paremaks muutmisele läbi sotsiaalsete oskuste õpetamise eelkõige vanematele, aga ka õpetajatele.
45.	SA Kiusamise Vastu	KiVa programm sisaldab nii ennetustööd kui kiusamisjuhtumite lahendamise mudelit, tegevustesse kaasatakse kooli personal, õpilased ja lapsevanemad.
46.	SA Väärtustades Elu	Sihtasutus Väärtustades Elu põhilisteks tegevusvaldkondadeks on kriisirasedusega kaasnevaid probleeme ennetava ja neid lahendava tugisüsteemi arendamine ja varaline toetamine ning pereväärtuste propageerimine ühiskonnas. Sihtasutuse eesmärgiks on rasedatele naistele ja nende lähedastele asjakohase nõustamise kättesaadavuse võimaldamine, tegemaks informeeritud otsuseid rasedusega seonduvates küsimustes sh (ka abordi osas), teades võimalikke kaasnevaid terviseriske ja olles informeeritud riigi poolt tagatud tugiteenustest ja toetusest.
47.	Tallinna Perearstide Selts	Tallinna Perearstide Selts ühendab Tallinnas praktiseerivaid perearste, loob mitmeid võimalusi erialaseks täiendamiseks, omavaheliseks suhtlemiseks ja võimaldab patsiente paremini ravida.
48.	Vabatahtliku Tegevuse Võrgustik	Võrgustik koondab mõjusamad vabatahtlikku tegevust edendavad ühendused, et ühiselt kaasa rääkida vabatahtliku tegevusega seotud poliitika kujundamisel; hea seista vabatahtlikke kaasavate organisatsioonide huvide eest; olla järjepidev partner valdkonda koordineerivatele ametiasutustele ja Siseministeeriumile; ühiselt jagada võimalusi ja kohustusi valdkonna arendamisel. Kodanikuühiskonnas uueks jõuks koondunud ühendused peavad oluliseks vabatahtliku tegevuse propageerimist ning tunnustamist, nii et sellest kujuneks Eesti ühiskonnas kõrgelt hinnatud ning loomulik ühisesse heaolusse panustamise viis.
49.	Ühiskondlik Pedagoogika Uurimise Instituut (ÜPUI)	Ühiskondlik Pedagoogika Uurimise Instituut on uurivate õpetajate organisatsioon – organisatsioon, mis aitab ja toetab teaduslikust uurimistööst huvitatud õpetajaid. Õpetajaid, kes ühendavad oma igapäevase töö vastuste otsimisega küsimustele kasvatus ja õpetamise mõtte ja meetodite kohta, kes püüavad välja selgitada lapse ja õpetaja edu ja edutuse põhjusi ja tagajärgi.

Lisa 9. KOV-i poolt osutatud ja rahastatud teenuste arv



Joonis 46. Teenuste osutamine ja rahastus KOV-ide poolt (max teenuste arv = 35; n = 66)

Lisa 10. Laste vaimse tervise teenused ja teenuseid osutavad spetsialistid

Teenust osutav spetsialist	Teenus	Teenuse tasand: 1 – univ.ennetus 2 – teisene sekkumine 3 – kolmandane sekkumine	Vanemale/ täiskasva- nule	Lapsele
Psühhiaatriline abi				
Psühhiaater	1. Psühhiaatri vastuvõtt	3	✓	
	2. Psühhiaatriline statsionaarne ravi	3	✓	
Lastepsühhiaater	3. Lastepsühhiaatri vastuvõtt	3		✓
	4. Lastepsühhiaatriline statsionaarne ravi	3		✓
	5. Päevaravi	3	✓	✓
	6. Psühhiaatri konsultatsioon teises üksuses või asutuses	3	✓	✓
	7. Mobiilse kriisimeeskonna teenus	3	✓	✓
Kliiniline psühholoog (suunamisel)	8. Kliinilise psühholoogi vastuvõtt	3	✓	✓
	9. Mobiilse kriisimeeskonna teenus	3	✓	✓
	10. Kliinilise psühholoogi diagnostiline uuring (isikus või kognitiivne fn)	3	✓	✓
	11. Individuaalne psühhoteraapia	3	✓	✓
	12. Psühhoteraapia perega	3	✓	✓
	13. Grupiteraapia	3	✓	✓
Vaimse tervise õde	14. Vastuvõtt	2	✓	✓
	15. Mobiilse kriisimeeskonna teenus	3	✓	✓
	16. Koduvisiit	2	✓	✓
	17. Grupiteraapia	3	✓	✓
(Kliiniline) Logopeed	18. Vastuvõtt ³⁴⁰	3		✓

³⁴⁰ Eriarsti suunamisel

Teenust osutav spetsialist	Teenus	Teenuse tasand: 1 – univ.enetus 2 – teisene sekkumine 3 – kolmandane sekkumine	Vanemale/ täiskasva- nule	Lapsele
Tegevusterapeut	19. Kompleksuuring	3		✓
	20. Kõneravi	3		✓
	21. Tegevusteraapia seanss	2		✓
Loovterapeut	22. Loovteraapia	2		✓
Sotsiaaltöötaja	23. Juhtumikorraldus, sh võrgustikutöö	2		✓
	24. Mobiilse kriisimeeskonna teenus	3	✓	✓
	25. Nõustamine	2		✓
Esmatasandi tervishoiu teenused				
Perearst	26. Perearsti vastuvõtt	3	✓	✓
	27. Perearsti koduvisiit	2	✓	✓
	28. Raseda jälgimine	1	✓	✓
	29. Patsiendi vaimse tervise hindamine/diagnoosimine	3	✓	✓
	30. Kergemate psüühikahäirete ravi (sh haiguse jälgimine)	3	✓	✓
Pereõde	31. Pereõde vastuvõtt	3	✓	✓
	32. Pereõde koduvisiit	1	✓	✓
Vaimse tervise õde	33. Vaimse tervise õde vastuvõtt (tervisekeskuses) ³⁴¹	2	✓	✓
	34. Vaimse tervise õde koduvisiit ³⁴²	1	✓	✓
Õde	35. Õe teenus lasteaia ³⁴³	2		✓
	36. Õe teenus koolieelses haridusasutuses erivajadusega lapsele	2		✓
	37. Õe teenus koolis	2		✓
	38. Õe teenus koolis erivajadusega lapsele	2		✓

³⁴¹ Teenust ei osutata veel

³⁴² Teenust ei osutata veel

³⁴³ Riigi tasandil on otsustatud, et lasteaia ei osutata tervishoiuteenust ja lasteaialapsi teenindatakse perearsti ja –õe poolt. Samuti on kaalutud ettepanekut koolitervishoiuteenust laiendada lasteaedadele.

Teenust osutav spetsialist	Teenus	Teenuse tasand: 1 – univ.ennetus 2 – teisene sekkumine 3 – kolmandane sekkumine	Vanemale/ täiskasva- nule	Lapsele
Ämmaemand	39. Nõustamine noortekabinetis: ämmaemanda vastuvõtt (raseduse jälgimine, nõustamine sh. Raseduskriisinõustamine)	3		✓
	40. Ämmaemanda vastuvõtt (raseduse jälgimine, nõustamine sh. raseduskriisi nõustamine)	1	✓	✓
	41. Ämmaemanda koduvisiit	1	✓	✓
Raseduskriisinõustaja	42. Raseduskriisinõustamine	2	✓	
Naistearst	43. Nõustamine noortekabinetis (kontratseptsioon, raseduse jälgimine, suguhaigused)	3		✓
Sotsiaal- ja hoolekandeteenused				
Sotsiaaltöötajad ja sotsiaalteenuste osutajad	44. Rehabilitatsiooniteenus arengu -või psüühikahäiretega lapsele/noorukile	3		✓
	45. Statsionaarne ja/või ambulatoorne rehabilitatsiooniteenus püsiva ja raske puudega psüühikahäirega alaealisele = erihoolekandeteenus + haridusteenus + tervishoiuteenus	3		✓
	46. Ambulatoorne/ päevaravil põhinev või statsionaarne rehabilitatsiooniteenus sõltuvushäirete korral	3	✓	✓
	47. Erihoolekandeteenus	3	✓	✓
	48. Tugiisikuteenus	3		✓
	49. Pere tugiisikuteenus sotsiaalseks rehabilitatsiooniks	3	✓	
	50. Sotsiaalnõustamine/lastekaitsetöötaja vastuvõtt	2	✓	✓
	51. Valvelastekaitse 24/7	2		✓
	52. Igapäevaelu toetamise teenus	2	✓	
	53. Toetatud elamise teenus	2	✓	
	54. Kogukonnas elamise teenus	2	✓	
	55. Lapsehoiuteenus	2	✓	
	56. Koduteenused	2	✓	
	57. Eluasemeteenused	2	✓	
	58. Hooldamine perekonnas	2		✓

Teenust osutav spetsialist	Teenus	Teenuse tasand: 1 – univ.ennetus 2 – teisene sekkumine 3 – kolmandane sekkumine	Vanemale/ täiskasva- nule	Lapsele
	59. Asenduskoduteenus	3		✓
	60. Hooldamine hoolekandenasutuses	3		✓
	61. Ohvriabi	2	✓	✓
	62. Päevakeskuse teenus	2	✓	✓
	63. Alternatiivne lastehoiuteenus (õhtu/öö)	2		✓
	64. Sotsiaalkoduteenus	2	✓	
	65. Varjupaigateenus	2	✓	✓
	66. Toetatud või tasuta juristi teenus	2	✓	
Psühholoogiteenus väljaspool tervishoiusüsteemi				
Psühholoogid, kliinilised psühholoogid ja teised teenuseosutajad	67. Psühholoogiline nõustamine	2	✓	✓
	68. Pereteraapia	2	✓	✓
	69. Individuaalne psühhoteraapia	3	✓	✓
	70. Grupiteraapia	2	✓	✓
	71. Vanemaharidus (nt Gordoni perekool)	2	✓	
Kooli ja koolieelse lasteasutuse teenused				
HEV ³⁴⁴ -koordinaator	72. Nõustamine haridusliku erivajaduse osas	2		✓
	73. Koolipsühholoogiteenus	2		✓
Psühholoog	74. Koolieelse haridusasutuse psühholoogiteenus	2		✓
	75. I tasandi psühholoogiteenus Rajaleidja keskuses	2		✓
	76. II tasandi psühholoogiteenus Rajaleidja keskuses	2	✓	
Sotsiaalpedagoog	77. Sotsiaalpedagoogiteenus	2		✓
Logopeed	78. Logopeediteenus haridusasutuses	2		✓
	79. Logopeediteenus koolieelses haridusasutuses	2		✓

³⁴⁴ HEV – hariduslik erivajadus

Teenust osutav spetsialist	Teenus	Teenuse tasand: 1 – univ.ennetus 2 – teisene sekkumine 3 – kolmandane sekkumine	Vanemale/ täiskasva- nule	Lapsele
Eripedagoog	80. Eripedagoogi teenus haridusasutuses	2		✓
	81. I tasandi eripedagoogiteenus Rajaleidja keskuses	2		✓
	82. II tasandi eripedagoogi teenus Rajaleidja keskuses	2	✓	
Õpetaja	83. Haiglakool statsionaarsel ravil olevatele lastepsühhiaatrilistele patsientidele	3		✓
Õpetaja/ huviringi koordinaator	84. Huvihariduse teenused	1		✓
Kodanikualgatuse teenused				
Sarnaste probleemidega isikud	85. Regulaarse koolitusega tugigrupp	2	✓	✓
	86. Foorumid	1	✓	✓
	87. Vastastikuse abi grupid	2	✓	✓
Vaimulikud/ kaplanid	88. Hingehoiuteenus	2	✓	✓
	89. Kristlik nõustamine	2	✓	✓
MTÜ-d jt teenuseosutajad	90. Haridus	1	✓	✓
	91. Nõustamine	2	✓	✓
	92. Süstlavahetus	2	✓	✓
	93. Tugiisikud	2	✓	✓
	94. Hingehoiuteenus	2	✓	✓
	95. Lasteabitelefoni	2		✓
	96. Usaldustelefon	2	✓	✓
	97. Huvihariduse teenused	1		✓
	98. Vanemaharidus	2	✓	
	99. Kriisiabi teenused	2	✓	✓

Lisa 11. Rahastatud projektid ning toetuste saajad

Tabel 22. Euroopa Liidu Struktuurfondide ning Norra ja EMP rahastatud projektide loetelu

Projekti üldinfo						Rahastus aastate lõikes			
	Toetuse saaja	Projekt	Toetuse suurus	Projekti algus	Projekti lõpp	2013	2014	2015	2016
Riskilapsed ja noored	Eesti Koolipsühholoogide Ühing	Põhikooli õpilaste psüühiliste protsesside hindamisvahendite komplekti koostamine ja tugispetsialistide koolitamine	253 624	1.07.2014	30.04.2016	0			
	Eesti Noorsootöö Keskus	Kahepoolsed suhted	114 794	7.11.2012	31.12.2015	8 127	10 817	95 846	0
	Eesti Noorsootöö Keskus	Programmi Riskilapsed ja -noored juhtimiskulud	552 786	7.11.2012	30.04.2017	127 789	165 130	149 643	110 224
	MTÜ Eesti Avatud Noortekeskuste Ühendus	Riskilaste toetusprogrammi rakendamine läbi noortekeskuste	488 462	17.03.2014	16.03.2016	0	256 339	171 997	60 126
	MTÜ Hea Algus	Laps turvalises haridussüsteemis: kaasamine ja sekkumine kõigi laste huvides	193 240	11.08.2014	30.04.2016	0	64 413	64 413	64 413
	MTÜ ProDia	Uusimmigrant-lastele ja roma lastele suunatud õppenõustamise kvaliteedi parandamine	189 909	19.06.2014	30.04.2016	0	63 303	63 303	63 303
	SA Archimedes Euroopa Noored Eesti Büroo	HUKK-AP ehk HUviKoolide Kaasamise ja Arengu Programm	379 738	1.02.2014	31.01.2016	0	190 663	163 361	7 934
	SA Omanäolise Kooli Arenduskeskus	Noorte sotsiaalne toimetulek koostöövõrgustiku ja motivatsiooniprogrammi toel	149 999	1.05.2014	29.02.2016	0	49 991	88 245	11 763
	Sotsiaalministeerium	Riskilaste ja –noorte tugisüsteemi väljaarendamine	3 015 992	23.04.2013	30.04.2016	52 580	987 804	987 804	987 804
	Tartu Linnavalitsus	Tõenduspõhine uus lähenemine – uus koolikultuur Eestis (TULUKE)	680 014	18.06.2014	30.04.2016	0	226 671	226 671	226 672
	MTÜ Lastekaitse Liit	Kiusamisest vaba lasteaed ja kool	419 666	19.06.2014	30.04.2016	0	139 888	139 889	139 889
	Tartu Ülikool	Vahendite loomine ja kohandamine eelkooliealiste laste arengu hindamiseks	233 403	19.06.2014	30.04.2016	0	77 801	77 801	77 801
	Imavere Vallavalitsus	Kogukond märkab, toetab ja abistab	31 782	20.10.2014	19.02.2016	0	3 903	26 099	1 780
	SA Turvaline Saaremaa	Riskinoorte ja –laste heaolu eest Saaremaal“	47 060	10.10.2014	29.02.2016	0	14 951	29 201	2 908

Projekti üldinfo			Rahastus aastate lõikes						
Võru Maavalitsus	Laste suhtlemise ja probleemilahenduslike oskuste arendamine	50 989	1.08.2014	30.09.2015	0	30 210	20 779	0	
Nõmme Linnaosavalitsus	Ühise mure meetodi juurutamine kiusamisjuhtumite lahendamiseks Nõmme linnaosa haridusasutustes	11 880	1.09.2014	19.02.2016	0	5 314	6 566	0	
MTÜ Tähe Noorteklubi	Noor pole probleem, vaid tugevus!	34 940	1.08.2014	26.02.2016	0	6 041	25 707	3 192	
Rapla Maavalitsus	Kogukondlik ennetustegevus riskinoortega ja võrgustikutöö edendamine Rapla Maakonnas	54 555	1.07.2014	31.12.2015	0	18 960	35 595	0	
Rõuge Avatud Noortekeskus	Hooliv kogukond	21 578	1.08.2014	31.12.2015	0	5 310	16 268	0	
MTÜ Hiiumaa Lastekaitse Ühing	Hiiumaa riskilaste ja –noorte ennetusprogramm HELP	33 361	1.08.2014	31.12.2015	0	11 133	22 228	0	
Vabatahtlaste Fond	Sihtasutus Eesti Inimõiguste Keskus	"Võrdse kohtlemise võrgustik"	73 359	1.04.2013	31.01.2015	36 680	29 344	7 336	0
	SA Eesti Agrenska Fond	"Võitle võimekuse nimel!"	77 393	1.04.2013	28.02.2015	38 697	25 457	13 240	0
	Tallinna Lasteaedade Hoolekogude Liit	"Liit ühendab hoolekogud!"	18 511	1.08.2013	31.01.2015	9 256	9 256	0	0
	MTÜ Lastekaitse Liit	“Lapse hääl!”	90 000	1.03.2013	28.02.2015	45 000	36 000	9 000	0
	MTÜ Eesti Erinoorsootöö Ühing noOR	"Avatud meeled" töötoad koolides ja lasteaedades	30 137	1.03.2013	31.08.2014	22 603	7 534	0	0
	Eesti Noorteühenduste Liit	"Noorte Varivalimised 2013"	39 754	1.03.2013	31.12.2013	36 000	3 754	0	0
	MTÜ Miikaeli Ühendus	"Nõustamiskeskuse loomine, et tõsta koolide suutlikkust HEV õpilaste õppesse kaasamiseks"	36 000	1.09.2013	28.02.2015	9 000	23 400	3 600	0
	Eesti Patsientide Esindusühing	"Sotsiaalne turvalisus on inimõigus"	40 000	18.03.2013	18.03.2014	30 000	10 000	0	0
	Inimõiguste Instituut	"Inimõigused haridussüsteemis - võrgustumine, õpetajakoolitus ning noorte võimestamine"	40 000	1.04.2013	30.09.2014	20 000	20 000	0	0
	Sihtasutus DHARMA	"Märka ja aita! Ühiskonnaliikmete kaasamise kaudu lastele turvalise, toetava ja arendava keskkonna loomine"	7 261	5.03.2013	30.11.2013	6 687	574	0	0
	Tallinna Laste Tugikeskus	"Tegus Laste Tugikeskus!"	6 128	1.03.2013	1.12.2013	5 519	609	0	0

Projekti üldinfo		Rahastus aastate lõikes						
Sillamäe Lastekaitse Ühing	MTÜ Sillamäe Lastekaitse Ühing - jätkusuutlik organisatsioon	7 499	5.03.2013	31.12.2013	6 750	749	0	0
Sihtasutus Maarja Küla	"Sihtasutuse Maarja Küla tegutsemisvõimekuse tõstmine"	6 768	1.03.2013	30.09.2013	6 768	0	0	0
Mittetulundusühing Pereprojekt	"Kanisteraapia meetodi käivitamine Eestis puuetega laste rehabilitatsiooniks"	7 422	1.04.2013	31.01.2014	5 567	1 855	0	0
MTÜ Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI)	Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsiooni kui eestkõneleja ja poliitikakujundaja võimekuse tõstmine	76 696	17.03.2014	16.03.2015	0	33 418	28 486	14792
Eesti Inimõiguste Keskus	Strateegiline hagelemine	39 974	1.04.2014	28.02.2015	0	18 655	21 319	0
Eesti Avatud Noortekeskuste Ühendus MTÜ	Eesti ANK eestkoste tagamine	39 306	1.04.2014	30.09.2014	0	20 049	19 257	0
MTÜ Eesti Puuetega Inimeste Koda	PANEME SEADUSE KEHTIMA! Eestkosteplaani väljatöötamine Ehitusseadus ligipääsetavuse nõuete täitmiseks, teavitamine ja plaani elluviimise võrgustiku jõustamine	75 000	10.03.2014	9.03.2016	0	32 678	27 857	14465
Eesti Seksuaaltervise Liit	Seksuaalõiguste kui inimõiguste käsitlemine koolis ja sellealase teadlikkuse edendamine eelkõige vene noorte kogukonnas	36 713	19.03.2014	31.05.2015	0	25 073	11 641	0
Eesti LGBT Ühing	Noorsootöötajate koolitusprogramm	38 490	15.03.2014	31.10.2015	0	19 631	18 859	0
SA Noored Kooli	„Tagasi kooli“ paranenud tegutsemisvõimekus ja -keskkond	6 696	24.03.2014	24.12.2014	0	6 026	670	0
MTÜ Viljandimaa Tervist Edendavad Lasteaiad	Tervise-lasteaiad – paikkonna elu edendajad	7 438	3.03.2014	30.11.2014	0	6 694	744	0
MTÜ Ühiselt	Ühiselt võimekamaks! MTÜ Ühiselt pädevuse tõstmine puuetega inimestele pakutavate teenuste osutamisel	6 134	1.03.2014	30.11.2014	0	5 520	613	0
MTÜ Ökokratt	Erivajadus nõuab erilähenedmist	7 500	1.03.2014	30.11.2014	0	6 750	750	0
MTÜ Lastehoiuselts Läte	Läte sirgub suuremaks	6 707	28.02.2014	27.11.2014	0	6 036	671	0
MTÜ Naiste Tugi- ja Teabekeskus	Tartu Naiste Varjupaiga võimekuse arendamine venekeelsete klientidega töötamisel ja vene noorte perevägivalda-alase teadlikkuse tõstmine	6 743	1.04.2014	31.12.2014	0	6 068	674	0

Soolise võrdõiguslikkuse ning töö- ja pereelu tasakaal	Projekti üldinfo			Rahastus aastate lõikes					
	MTÜ Pereprojekt	Kanisteraapia meetodi arendamine Eestis, II etapp	7 500	15.03.2014	15.12.2014	0	7 500	0	0
	MTÜ Lapsele Oma Kodu	MTÜ Lapsele Oma Kodu organisatsioonilise võimekuse tõstmine	7 122	1.04.2014	31.12.2014	0	6 410	712	0
	MTÜ Kuusalu Lastekaitse Selts	Lastele turvaline ja arengut soodustav keskkond – koostöö võti ja võimalused	7 112	1.03.2014	1.05.2015	0	6 401	711	0
	Eesti Naisteühenduse Ümarlaia Sihtasutus	SIHT – Soospekti Integreerimine õpetajaHaridusse ja Täiendkoolitusse	224 808	02/01/2014 (leping allkirjastati 04/05/2014)	31.12.2015	0	94 260	130 548	0
	Mittetulundusühing Vastutustundliku Ettevõtluse Foorum	Töö-, pere- ja eraelu ühitamist soodustavate ettevõtete	170 000	01/11/2013 (leping allkirjastati 11/02/2014)	30.11.2015	0	42 569	127 431	0
	Sihtasutus Poliitikauuringute Keskus PRAXIS	Soolise võrdõiguslikkuse alane õppeprogramm õpetajakoolituse ja sotsiaalteaduste tudengitele ja täienduskoolitus haridustöötajatele	180 677	01/11/2013 (leping allkirjastati 13/05/2014)	31.12.2015	0	45 169	135 508	0
	Soolise võrdõiguslikkuse ja võrdse kohtlemise volinik	Eeldef. projekt: Soolõime ja õiguskaitse sugude võrduseni	700 000	Leping allkirjastati 25/03/2013	31.12.2015	186 526	60 527	452 947	0
	Sotsiaalministeerium	Kahepoolsete suhete fond (sooline võrdõiguslikkus)	65 000	2.03.2013	30.06.2016	7 623	5 943	51 434	0
	Statistikaamet	Eeldef. projekt: Palgaerinevuste statistika parem kättesaadavus	227 762	Leping allkirjastati 25/03/2013	31.12.2015	31 600	18 000	178 162	0
	Tallinna Tehnikaülikool	Efektiivsus ja õiglus lasteaiakohtade jagamisel: mehhanismi disain (EEMD)	170 000	01/01/2014 (leping allkirjastati 18/03/2014)	31.12.2015	0	69 464	100 536	0
	Tartu Ülikool	SooKool – Sooteadliku õppe edendamine üldhariduskoolides	42 402	01/09/2014 (leping on allkirjastamisel)	28.02.2016	0	0	42 402	0
	BPW Estonia (EENA – Eesti Ettevõtlike Naiste Assotsiatsioon)	Naistele meestega võrdsed õigused, kohustused, võimalused ja vastutus	48 403	01/10/2014 (leping on allkirjastamisel)	31.12.2015	0	0	48 403	0
	Mittetulundusühing Oma Tuba	Oma hää	49 990	01/10/2014 (leping on allkirjastamisel)	30.09.2015	0	0	49 990	0

Projekti üldinfo				Rahastus aastate lõikes					
Rahvatervis	Tallinna Ülikool	Teadlase karjäärimudeli arendamine naiste karjäärirtee toetamiseks	42 981	01/09/2014 (leping on allkirjastamisel)	31.12.2015	0	0	42 981	0
	Sihtasutus Omanäolise Kooli Arenduskeskus	Sootundliku arengukeskkonna loomine koolis ja kodus	50 000	01/09/2014 (leping on allkirjastamisel)	29.02.2016	0	0	50 000	0
	MTÜ Naiste Tugi- ja Teabekeskus	Üksikvanemate huvide kaitseks - ühiskonna nõrgema osa vaesuse vähendamine	35 974	01/10/2014 (leping on allkirjastamisel)	31.03.2016	0	0	35 974	0
	Eesti Seksuaaltervise Liit	Seksuaaltervisealase internetinõustamisteenuse korraldamine ning vaimse- ning reproduktiivtervisealaste veebipõhiste nõustamisteenuste kvaliteedijuhendi välja töötamine	171 897	1.01.2014	31.12.2015	0	85 948	85 949	0
	Justiitsministeerium	Justiitsministeeriumi eelnevalt kindlaksmääratud projekt "Nakkushaiguste ennetamise ja ravisüsteemi tugevdamine vanglates"	800 000	1.04.2013	31.12.2015	266 666	266 667	266 667	0
	MTÜ Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut	AppsTerv – veebipõhised rakendused vaimse tervise heaks	204 860	1.01.2014	31.12.2015	0	102 430	102 430	0
	Peaasjad MTÜ	Peaasi.ee - Eesti noorte vaimse tervise alane e-nõustamine, veebiplatvorm ja e-lahendused	218 159	6.12.2013	31.12.2015	0	109 079	109 080	0
	Sihtasutus Pärnu Haigla	„Pärnumaa laste ja noorte vaimse tervise keskus“	425 000	21.11.2013	31.12.2015	141 666	141 667	141 667	0
	Sihtasutus Tallinna Lastehaigla	SA Tallinna Lastehaigla eeldefineeritud projekt: Laste Vaimse Tervise Keskuse rajamine	4 165 000	1.05.2013	30.04.2016	1 041 250	1 041 250	1 041 250	1 041 250
	Sotsiaalkindlustusamet	Sotsiaalkindlustusameti eeldefineeritud projekt rehabilitatsiooniteenuste arendamiseks psüühilise erivajadusega lastele	1 728 000	1.04.2013	31.12.2015	576 000	576 000	576 000	0
	Sotsiaalministeerium	Sotsiaalministeeriumi laste ja perede osakonna eelnevalt kindlaksmääratud projekt "Integreeritud teenuste kontseptsiooni loomine laste vaimse tervise parandamiseks"	200 000	1.07.2013	1.08.2015	66 666	66 667	66 667	0
	Tartu Ülikooli Kliinikum SA	„Ida-Virumaa laste ja noorukite vaimse tervise keskuse loomine"	425 000	21.11.2013	31.12.2015	141 666	141 667	141 667	0
	Tartu Ülikooli Kliinikum SA	„Lõuna-Eesti laste ja noorukite vaimse tervise keskuse loomine"	425 000	21.11.2013	31.12.2015	141 666	141 667	141 667	0

Projekti üldinfo		Rahastus aastate lõikes							
Kodune ja sooline vägivald	Tervise Arengu Instituut	Rahvatervise alase pädevuse suurendamine Eesti paikkondades	194 731	1.07.2014	31.12.2015	0	97 365	97 366	0
	Tallinna Ülikool	Tervise ilmajaam – koolitus kogukondadele	186 243	1.07.2014	31.12.2015	0	93 121	93 122	0
	Terve Eesti SA	Sotsiaalne liikumine Joome poole vähem	260 190	1.09.2014	31.12.2015	0	130 095	130 095	0
	MTÜ Eesti Karskusliit	Passiivse alkoholitartumise termini juurutamine ja seeläbi hoiakute ja käitumise muutmine alkoholi liigtartumise suhtes	228 845	1.09.2014	31.12.2015	0	114 422	114 423	0
	Eesti Naiste Varjupaikade Liit	Soopõhise vägivalda ohvritele paremate abiteenuste pakkumine, asutustevahelise koostöö tugevdamine ja avalikkuse teadlikkuse tõstmine	908 510	25.03.2013	31.12.2015	226355	350500	331655	0
	Eesti Seksuaaltervise Liit	Seksuaalvägivalda ohvrite abistamiseks laiapõhjalise koostöövõrgustiku loomine ja võimestamine	230 163	27.05.2014	30.04.2016	0	57500	120063	52600
	Mittetulundusühing ELULIIN	Seksuaalse ekspluateerimise eesmärgil toimunud inimkaubanduse ohvrite abistamine läbi rehabilitatsioonikeskus ATOLL ja varjupaik Vega teenuste arendamise	250 378	25.03.2013	31.12.2015	61280	89000	100098	0
	Mittetulundusühing Living for Tomorrow	Inimkaubanduse ennetamise ja ohvrite abistamise nõustamisliini 6607 320 teenus	170 598	25.03.2013	31.12.2015	41467	50131	79000	0
	MTÜ Eesti Avatud Ühiskonna Instituut	Ühtse süsteemi ülesehitamine lähisuhte vägivalda tõkestamiseks Eestis	260 000	28.11.2013	31.12.2015	0	124800	135200	0
Kokku:						3 397 452 €	6 819 991 €	7 897 937 €	2 880 916 €

Lisa 12. Valdkonnas tegutsevad teenuseosutajad ning nende osutatavad teenused

Tabel 23. Teenuseosutajad ja nende poolt osutatavad teenused 66 kohaliku omavalitsuse näitel lähtuvalt ankeetküsitluse tulemustest

Teenuseosutaja	Individaalne psühholoogiline nõustamine	Asendushooldusteenus	Rehabilitatsiooniteenus	Pereteraapia	Beebikool	Individaalne psühhoteraapia	Lastepsühhiaatri teenus	Kliinilise psühholoogi teenus	Perekool	Lapsehoiuteenus	Sotsiaalnõustamine	Õe teenus koolis	Kliinilise logopeedi teenus	Õe teenus lasteaias	Sotsiaaltransporditeenus	Psühholoogiteenus koolis	Psühholoogiteenus lasteaias	Tugisikuteenus	Vanemaharidus (nt Gordoni perekool)	Õe teenus erivajadusega lapsele	Pere tugisikuteenus sotsiaalseks rehabilitatsiooniks	Grupiteraapia	Paariteraapia (nt PREP)	Tegevusterapeudi teraapiad	Loovteraapiad	Isikliku abistaja teenus	Logopeeditenus koolis	Abitelefoni / usaldustelefon	Logopeeditenus lasteaias	Eripedagoogi teenus lasteaias	Eripedagoogi teenus koolis	Sotsiaaleluasemeteenus	Sotsiaalpedagoogi teenus koolis	Eluruumi kohandamise teenus
SA Innove / Rajaleidja Keskus	12						1	1			2					13	9		1								3		2	2	2		2	
MTÜ Läbi Tähevärava	1															2	1		1			1		1		1		1	1	1				
MTÜ Perekoolitusühing Sina ja Mina (Perekeskus Sina ja Mina)	1			1	1	1			1							1	1		1			1	1											
MTÜ Perede ja Laste Nõuandekeskus	4			4		1											1								1	1								
SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH)				1		1	3	3														1	1											
OÜ Mari Viik	1			2		1	1	1																				1						
OÜ Promelauks			1		1				1		1		1							1														
Paide Sotsiaaltöökeskus (Järvamaa Lasteabikeskus)	1	1									1				1	1	1																	
MTÜ Tartu Laste Tugikeskus	4			4		1	1	1																										
SA Pärnu Haigla	1		2				1	1	2																									
SA Kuressaare Haigla			2					1	1				1						1															
AS Põlva Haigla			1		1											1	1								1									
MTÜ Perekeskus Männikäbi					1				1										1				1		1									
OÜ Saaremaa Perenõuandla	1			1		1																1	1											
SA Elva Perekodu		1	1							1					1		1																	

Teenuseosutaja	Individaalne psühholoogiline nõustamine	Asendushooldusteenus	Rehabilitatsiooniteenus	Pereteraapia	Beebikool	Individaalne psühhoteraapia	Lastepsühhiaatri teenus	Kliinilise psühholoogi teenus	Perekool	Lapsehoiuteenus	Sotsiaalhooldamine	Õe teenus koolis	Kliinilise logopeedi teenus	Õe teenus lasteaias	Sotsiaaltransporditeenus	Psühholoogiteenus koolis	Psühholoogiteenus lasteaias	Tugiisikuteenus	Vanemaharidus (nt Gordoni perekool)	Õe teenus erivajadusega lapsele	Pere tugiisikuteenus sotsiaalseks rehabilitatsiooniks	Grupiteraapia	Paariteraapia (nt PREP)	Tegevusterapeudi teraapiad	Loovteraapiad	Isikliku abistaja teenus	Logopeediteenus koolis	Abitelefoni/ usaldustelefon	Logopeediteenus lasteaias	Eripedagoogi teenus lasteaias	Eripedagoogi teenus koolis	Sotsiaaleluasemeteenus	Sotsiaalpedagoogi teenus koolis	Eluruumi kohandamise teenus		
SA Rakvere Haigla			1		1						1									1				1												
SA Tartu Ülikooli Kliinikum	1						4	1					3																							
MTÜ Süda-Eesti Sotsiaalkeskus				1		1												2				1														
OÜ Gorriigo	2			1																			1	1												
Narva linna sotsiaalabiamet	1										1											1													1	
SA Viljandi Haigla						1	1	1					1																							
Tallinna Perekeskus	1			1														1				1														
Kuressaare Perekodu		2	2							2																										
SA Elva Haigla TM	2		1																					1												
Kohtla-Järve Sotsiaalhoolekandekeskus	1										1											1														
Narva Sotsiaalhoolekandekeskus			1								1		1																							
OÜ Kambja Perekool												1	1								1															
OÜ Muutuja	1			1																1																
OÜ Tõstamaa Tervisekeskus												1	1								1															
SA Järvamaa Haigla			1				1		1																											
SA Lõuna-Eesti Haigla	1								1								1																			
Puuetega Inimeste Koda																		2								1										
AS Hoolekandeteenused		1																			1															
AS Medicum												1	1																							
Astangu Kutserehabilitatsiooni-keskus			1																					1												

Teenuseosutaja	Individaalne psühholoogiline nõustamine	Asendushooldusteenus	Rehabilitatsiooniteenus	Pereteraapia	Beebikool	Individaalne psühhoteeraapia	Lastepsühhiaatri teenus	Kliinilise psühholoogi teenus	Perekool	Lapsehoiuteenus	Sotsiaalnõustamine	Õe teenus koolis	Kliinilise logopeedi teenus	Õe teenus lasteaias	Sotsiaaltransporditeenus	Psühholoogiteenus koolis	Psühholoogiteenus lasteaias	Tugiisikuteenus	Vanemaharidus (nt Gordoni perekool)	Õe teenus erivajadusega lapsele	Pere tugiisikuteenus sotsiaalseks rehabilitatsiooniks	Grupiteraapia	Paariteraapia (nt PREP)	Tegevusterapeudi teraapiad	Loovteraapiad	Isikliku abistaja teenus	Logopeediteenus koolis	Abitelefoni/ usaldustelefon	Logopeediteenus lasteaias	Eripedagoogi teenus lasteaias	Eripedagoogi teenus koolis	Sotsiaaleluasemeteenus	Sotsiaalpedagoogi teenus koolis	Eluruumi kohandamise teenus		
Haabersti Sotsiaalkeskus											1														1											
Hiiumaa Lastekaitseühing				1																		1														
MTÜ Eluliin				1																									1							
MTÜ Jõgeva Perekeskus					1				1																											
MTÜ Jõgevamaa Nõustajate Ühendus (Jõgevamaa Nõustamiskeskus)	1			1																																
MTÜ Rapla Maakonna Psühholoogiateenistus	1																												1							
MTÜ Virumaa Laste ja Pere Tugikeskus				1									1																							
Narva linnavalitsuse kultuuriosakond			1										1																							
OÜ Kärkla Perearstid												1		1																						
OÜ PA Lega												1		1																						
OÜ Terviseagentuur												1		1																						
OÜ Tiit Tandre	1						1																													
OÜ Tõrva Tervisekeskus												1		1																						
OÜ Venorest												1		1																						
SA Ida-Viru Keskhaigla					1							1																								
SA Sotsiaalmaja															1																			1		
Saaremaa Puuetega Inimeste Koda																					1					1										
Haiba Lastekodu		2																																		
Marienthali Psühhiaatria ja Psühholoogia Keskus OÜ							2																													
SA Taheva Sanatoorium		2																																		
Siimusti Lastekodu		2																																		

Teenuseosutaja	Individaalne psühholoogiline nõustamine	Asendushooldusteenus	Rehabilitatsiooniteenus	Pereteraapia	Beebikool	Individaalne psühhoteeraapia	Laste psühhiaatri teenus	Kliinilise psühholoogi teenus	Perekool	Lapsehoiuteenus	Sotsiaalhoustamine	Õe teenus koolis	Kliinilise logopeedi teenus	Õe teenus lasteaias	Sotsiaaltransporditeenus	Psühholoogiteenus koolis	Psühholoogiteenus lasteaias	Tugiisikuteenus	Vanemaharidus (nt Gordoni perekool)	Õe teenus erivajadusega lapsele	Pere tugiisikuteenus sotsiaalseks rehabilitatsiooniks	Grupiteraapia	Paariteraapia (nt PREP)	Tegevusterapeudi teraapiad	Loovteraapiad	Isikliku abistaja teenus	Logopeediteenus koolis	Abitelefoni/ usaldustelefon	Logopeediteenus lasteaias	Eripedagoogi teenus lasteaias	Eripedagoogi teenus koolis	Sotsiaalelasemeteenus	Sotsiaalpedagoogi teenus koolis	Eluruumi kohandamise teenus	
Metsatareke																																			
Valga Lastekodu Kurepesa		2																																	
Adeli Rehabilitatsioonikeskus			1																																
AS Termaki Autopargi															1																				
Astermed OÜ																				1															
Elva Huviala- ja Kultuurikeskus Sinilind					1																														
FIE Anni Vaher	1																																		
FIE Anu Taal	1																																		
FIE Galina Lulla (Päikseke päevahoiukeskus)										1																									
FIE Rein Sula															1																				
Haabersti Vaba Aja Keskus																		1																	
Hellamaa Perekeskus															1																				
Ida-Virumaa Laste ja noorte vaimse tervise keskus						1																													
Ida-Virumaa Õppenõustamiskeskus	1																																		
Imastu Koolkodu		1																																	
Keila SOS Lasteküla		1																																	
Koeru Perekodu		1																																	
Kohtla-Järve Lastekodu		1																																	
Kohtla-Järve Noortekeskus								1																											
Kohtla-Nõmme Lastekodu		1																																	

Teenuseosutaja	Individaalne psühholoogiline nõustamine	Asendushooldusteenus	Rehabilitatsiooniteenus	Pereteraapia	Beebikool	Individaalne psühhoteraapia	Lastepsühhiaatri teenus	Kliinilise psühholoogi teenus	Perekool	Lapsehoitteenus	Sotsiaalhõustamine	Õe teenus koolis	Kliinilise logopeedi teenus	Õe teenus lasteaias	Sotsiaaltransporditeenus	Psühholoogiteenus koolis	Psühholoogiteenus lasteaias	Tugiisikuteenus	Vanemaharidus (nt Gordoni perekool)	Õe teenus erivajadusega lapsele	Pere tugiisikuteenus sotsiaalseks rehabilitatsiooniks	Grupiteraapia	Paariteraapia (nt PREP)	Tegevusterapeudi teraapiad	Loovteraapiad	Isikliku abistaja teenus	Logopeediteenus koolis	Abitelefoni/ usaldustelefon	Logopeediteenus lasteaias	Eripedagoogi teenus lasteaias	Eripedagoogi teenus koolis	Sotsiaaleluasemeteenus	Sotsiaalpedagoogi teenus koolis	Eluruumi kohandamise teenus	
Kärdla Sotsiaalkeskus		1																																	
Lõuna-Eesti laste ja noorukite Vaimse Tervise Keskus	1																																		
Maidla Lastekodu		1																																	
MTÜ Arengukeskkond Nalle					1																														
MTÜ Diana Arenduskeskus			1																																
MTÜ Hilaro Võru Loovuskool					1																														
MTÜ Johannes Mihkelsoni Keskus																						1													
MTÜ Jõgevamaa Tugikeskus																		1																	
MTÜ Kambja Tervisekeskus			1																																
MTÜ Kohila Turvakeskus						1																													
MTÜ Lapsele oma kodu	1																																		
MTÜ Lepatriinu Mängumaa										1																									
MTÜ Noored Toredate Mõtetega					1																														
MTÜ Päevakeskus LAD										1																									
MTÜ Reipa Sammuga			1																																
MTÜ Toetus	1																																		
Mustamäe Lastehaigla													1																						
Narva Laste Varjupaik	1																																		
OÜ Anni juures										1																									
OÜ Audams	1																																		

Teenuseosutaja	Individaalne psühholoogiline nõustamine	Asendushooldusteenus	Rehabilitatsiooniteenus	Pereteraapia	Beebikool	Individaalne psühhoteraapia	Lastepsühhiaatri teenus	Kliinilise psühholoogi teenus	Perekool	Lapsehoiuteenus	Sotsiaalnõustamine	Õe teenus koolis	Kliinilise logopeedi teenus	Õe teenus lasteaias	Sotsiaaltransporditeenus	Psühholoogiteenus koolis	Psühholoogiteenus lasteaias	Tugiisikuteenus	Vanemaharidus (nt Gordoni perekool)	Õe teenus erivajadusega lapsele	Pere tugiisikuteenus sotsiaalseks rehabilitatsiooniks	Grupiteraapia	Paariteraapia (nt PREP)	Tegevusterapeudi teraapiad	Loovteraapiad	Isikliku abistaja teenus	Logopeediteenus koolis	Abitelefoni/ usaldustelefon	Logopeediteenus lasteaias	Eripedagoogi teenus lasteaias	Eripedagoogi teenus koolis	Sotsiaaleluasemeteenus	Sotsiaalpedagoogi teenus koolis	Eluruumi kohandamise teenus	
Konsultatsioonid																																			
OÜ Flomed																				1															
OÜ Jaanson & Lääne	1																																		
OÜ JAPI Projektid					1																														
OÜ Majaemand										1																									
OÜ Otepää Ravikeskus			1																																
OÜ Perekonsultatsioonid				1																															
OÜ Permer																				1															
OÜ SENSUS ETC (Psühhiaatria ja Psühhoteraapia Keskus SENSUS)	1																																		
OÜ Tibupoeg (Lastehoid Tibupoeg)										1																									
OÜ Transtime															1																				
OÜ Vaimne Tervis						1																													
Põhja-Eesti Pimedate Ühing																										1									
Põlvamaa Nõustamiskeskus											1																								
Põlvamaa Õppenõustamiskeskus	1																																		
Rakvere Sotsiaalabikeskus																										1									
SA Innove																											1								
SA Kelmiküla Lapsed										1																									
SA Kesk-Eesti Noorsootöö Keskus																1																			
SA Narva Linnaelamu																																		1	
SA Põltsamaa Tervis																				1															
SA Rapla								1																											

Teenuseosutaja	Individaalne psühholoogiline nõustamine	Asendushooldusteenus	Rehabilitatsiooniteenus	Pereteraapia	Beebikool	Individaalne psühhoteraapia	Lastepsühhiaatri teenus	Kliinilise psühholoogi teenus	Perekool	Lapsehoiuteenus	Sotsiaalhoostamine	Õe teenus koolis	Kliinilise logopeedi teenus	Õe teenus lasteaias	Sotsiaaltransporditeenus	Psühholoogiteenus koolis	Psühholoogiteenus lasteaias	Tugiisikuteenus	Vanemaharidus (nt Gordoni perekool)	Õe teenus erivajadusega lapsele	Pere tugiisikuteenus sotsiaalseks rehabilitatsiooniks	Grupiteraapia	Paariteraapia (nt PREP)	Tegevusterapeudi teraapiad	Loovteraapiad	Isikliku abistaja teenus	Logopeediteenus koolis	Abitelefoni/ usaldustelefon	Logopeediteenus lasteaias	Eripedagoogi teenus lasteaias	Eripedagoogi teenus koolis	Sotsiaalelasemeteenus	Sotsiaalpedagoogi teenus koolis	Eluruumi kohandamise teenus	
Maakonnahaigla																																			
Saaremaa Õppenõustamiskeskus																1																			
Samaaria Eesti Misjon	1																																		
Tallinna Lastekodu		1																																	
Viimsi Perekodu		1																																	
Vinni Perekodu		1																																	
Võru Puuetega Inimeste Koda															1																				

Lisa 13. Teenuste integreeritus ja vajadus

Sihtgrupp	Milliseid LVT teenuseid võib sihtgrupp vajada?	Vanemale/ täiskasvanule	Lapsele
Tervishoius määratletavad grupid			
Orgaanilised - k.a sümptomaatilised - psüühikahäired	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid sh ka nt ambulatoorse individuaalse psühhoteraapia või pereteraapia jätkamine	✓	✓
	Haiglakool statsionaarsel ravil olevatele lastepsühhiaatrilistele patsientidele		✓
	Sh regionaalsed vaimse tervise kabinetid		✓
	Perearsti vastuvõtt	✓	✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt perearstikeskuses	✓	✓
+ võimalik hariduslik erivajadus	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Koolipsühholoogiteenus		✓
	Logopeediteenus haridusasutuses		✓
	Eripedagoogi teenus haridusasutuses		✓
+ funktsioonihäire või puue	Rehabilitatsiooniteenus arengu -või psüühikahäiretega lastele/noorukitele		✓
	Vanemaharidus	✓	
Psüühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired (sh alkohol, tubakas ravimid, opioidid, hallutsinogeenid jm)	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid	✓	✓
	Haiglakool statsionaarsel ravil olevatele lastepsühhiaatrilistele patsientidele		✓
	Sh regionaalsed vaimse tervise kabinetid		✓
	Out-reach teenus		✓
	Muud sotsiaalteenused vastavalt pere või lapse probleemile	✓	✓
	Perearsti vastuvõtt	✓	✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt perearstikeskuses	✓	✓
+ võimalik hariduslik erivajadus	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Koolipsühholoogiteenus		✓
	Logopeediteenus haridusasutuses		✓
	Eripedagoogi teenus haridusasutuses		✓
+ funktsioonihäire või puue	Pikaajaline ambulatoorne ja/või statsionaarne rehabilitatsioon sõltuvushäirete korral (koos või eraldi erivajadusi arvestava õppevormiga)		✓
	Vanemaharidus	✓	
	Pereteraapia	✓	✓
	Kogemusnõustamine	✓	✓
	Sotsiaalnõustamine	✓	
Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid	✓	✓
	Haiglakool statsionaarsel ravil olevatele lastepsühhiaatrilistele patsientidele		✓

Sihtgrupp	Milliseid LVT teenuseid võib sihtgrupp vajada?	Vanemale/ täiskasvanule	Lapsele
	<i>Out-reach</i> teenus		✓
	Perearsti vastuvõtt	✓	✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt perearstikeskuses	✓	✓
	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Koolipsühholoogiteenus		✓
	Logopeediteenus haridusasutuses		✓
	Eripedagoogi teenus haridusasutuses		✓
+ funktsioonihäire või puue	Statsionaarne ja/või ambulatoorne rehabilitatsiooniteenus püsiva ja raske puudega psüühikahäirega alaealisele=erihooldekandeteenus+haridusteenus+tervishoiuteenus		✓
	Vanemaharidus	✓	
	Pereteraapia	✓	✓
	Kogemusnõustamine	✓	✓
	Sotsiaalnõustamine	✓	
Meeleoluhäired (sh depressioon, bipolaarne meeleoluhäire jm)	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid	✓	✓
	Haiglakool statsionaarsel ravil olevatele lastepsühhiaatrilistele patsientidele		✓
+ funktsioonihäire või puue	Statsionaarne ja/või ambulatoorne rehabilitatsiooniteenus püsiva ja raske puudega psüühikahäirega alaealisele=erihooldekandeteenus+haridusteenus+tervishoiuteenus		✓
Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid	✓	✓
+ funktsioonihäire või puue	Statsionaarne ja/või ambulatoorne rehabilitatsiooniteenus püsiva ja raske puudega psüühikahäirega alaealisele=erihooldekandeteenus+haridusteenus+tervishoiuteenus		✓
Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid (sh söömishäired, sõltuvust mittepõhjustavate ainete kuritarvitamine, sünnitusjärgse perioodiga seotud psüühikahäired jm)	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid	✓	✓
lisaks funktsioonihäire või puue	Statsionaarne ja/või ambulatoorne rehabilitatsiooniteenus püsiva ja raske puudega psüühikahäirega alaealisele=erihooldekandeteenus+haridusteenus+tervishoiuteenus		✓
Vaimne alaareng	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid	✓	✓
+ funktsioonihäire või puue	Rehabilitatsiooniteenus arengu -või psüühikahäiretega lastele/noorukitele		✓
	Statsionaarne ja/või ambulatoorne rehabilitatsiooniteenus püsiva ja raske puudega psüühikahäirega alaealisele=erihooldekandeteenus+haridusteenus+tervishoiuteenus		✓
	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Koolipsühholoogiteenus		✓
	Logopeediteenus haridusasutuses		✓
	Eripedagoogi teenus haridusasutuses		✓

Sihtgrupp	Milliseid LVT teenuseid võib sihtgrupp vajada?	Vanemale/ täiskasvanule	Lapsele
	Erihoolekandeteenus		✓
	Vanemaharidus	✓	
	Pereteraapia	✓	✓
	Kogemusnõustamine	✓	
	Sotsiaalnõustamine	✓	
Psühholoogilise arengu häired e psüühilise arengu spetsiifilised häired (sh kõne ja keele, õpivõimused, motoorika, pervasiivsed arenguhäired jm)	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid		✓
Autismispektrumi häirega	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid		✓
	Sh regionaalsed vaimse tervise kabinetid		✓
	Perearsti vastuvõtt	✓	✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt perearstikeskuses	✓	✓
	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Vanemaharidus	✓	
	Kogemusnõustamine	✓	
Tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäired (sh hüperkineetilised häired, suhtlemishäired, käitumishäired, tikid jm)	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid	✓	✓
	Sh regionaalsed vaimse tervise kabinetid	✓	✓
	Perearsti vastuvõtt		✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt perearstikeskuses		✓
	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Out-reach teenus		✓
+ funktsioonihäire või puue	Rehabilitatsiooniteenus arengu -või psüühikahäiretega lastele/noorukitele		✓
Hüperkineetiline häire	Kogemusnõustamine	✓	
Täpsustamata psüühikahäire	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid	✓	✓
	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Perearsti vastuvõtt		✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt perearstikeskuses		✓
	Vanemaharidus	✓	
	Ämmaemanda vastuvõtt (raseduse jälgimine, nõustamine sh Raseduskriisi nõustamine)	✓	
Rasedad	Ämmaemanda koduviit	✓	
	Raseduskriisinõustamine	✓	
	Pere tugisik	✓	
	Perearsti vastuvõtt	✓	
	Vaimse tervise õe vastuvõtt perearstikeskuses	✓	
	Ämmaemanda vastuvõtt (raseduse jälgimine, nõustamine sh. Raseduskriisi nõustamine)		✓
Alaealised rasedad	Ämmaemanda koduviit		✓

Sihtgrupp	Milliseid LVT teenuseid võib sihtgrupp vajada?	Vanemale/ täiskasvanule	Lapsele
	Raseduskriisinõustamine		✓
	Pere tugiisik		✓
	Noortekabineti teenus		✓
	Individuaalne psühhoteraapia		✓
	Pereteraapia	✓	✓
	Perearsti vastuvõtt		✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt perearstikeskuses		✓
	Sotsiaalnõustamine	✓	✓
	Vanemaharidus	✓	✓
Aborte teinud alaealised	Noortekabineti teenus		✓
	Ämmaemanda vastuvõtt		✓
	Perearsti vastuvõtt		✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt perearstikeskuses		✓
Enneaegselt sündinud	Individuaalne psühhoteraapia	✓	
	Pereteraapia	✓	
	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid		✓
	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Perearsti vastuvõtt		✓
	Pereõe koduvisiit		✓
	Ämmaemanda koduvisiit		✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt perearstikeskuses		✓
+ võimalik hariduslik erivajadus	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Koolipsühholoogiteenus		✓
	Logopeediteenus		✓
	Eripedagoogi teenus		✓
+ funktsioonihäire või puue	Rehabilitatsiooniteenus arengu -või psüühikahäiretega lastele/noorukitele		
Sagedasi või raskeid haiguseid põdenud	Individuaalne psühhoteraapia	✓	✓
	Pereteraapia	✓	✓
	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid		✓
	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Perearsti vastuvõtt	✓	✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt perearstikeskuses	✓	✓
	Out-reach teenus		✓
	Kogemusnõustamine	✓	✓
Ründe ohvrid	Varjupaigategenus		✓
	Ohvriabiteenus		✓
	Lasteabitelefoni		✓
	Valvelastekaitse		✓
	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid		✓

Sihtgrupp	Milliseid LVT teenuseid võib sihtgrupp vajada?	Vanemale/ täiskasvanule	Lapsele
Väärkoheldud	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Lasteabitelefoni		✓
	Ohvriabiteenus		✓
	Varjupaigategenus		✓
	Valvelastekaitse		✓
	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid		✓
Suitsiidised	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid	✓	✓
	Out-reach teenus		✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt perearstikeskuses	✓	✓
	Perearsti vastuvõtt	✓	✓
	Vanemaharidus	✓	
	Pereteraapia	✓	✓
	Kogemusnõustamine	✓	✓
End tahtlikult kahjustanud	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Vastavalt seisundile ravi erinevatel etappidel kõiki olemasolevaid psühhiaatrilises abis rakendatavaid tervishoiuteenuseid		✓
	Out-reach teenus		✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt perearstikeskuses	✓	✓
	Perearsti vastuvõtt		✓
	Vanemaharidus	✓	
	Pereteraapia	✓	
	Kogemusnõustamine	✓	
Füüsilise puudega	Sotsiaalnõustamine		✓
	Kogemusnõustamine		✓
	Vanemaharidus	✓	
Toimetulekuraskustega seotud grupid			
Ebastabiilse struktuuriga perekond (elukaaslased vahelduvad lühikese aja jooksul)	Vanemaharidus	✓	
	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Muud sotsiaalteenused vastavalt pere või lapse probleemile	✓	
	Perearsti vastuvõtt		✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt perearstikeskuses		✓
	Sotsiaalnõustamine	✓	
Puudulike toimetulekuoskustega (nii tava- kui stressiolukorras)	Pere tugisik	✓	
	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Pere tugisik	✓	
	Muud sotsiaalteenused vastavalt pere või lapse probleemile	✓	✓
Mittetöötavates leibkondades elavad	Vanemaharidus	✓	
	Sotsiaalnõustamine	✓	✓

Sihtgrupp	Milliseid LVT teenuseid võib sihtgrupp vajada?	Vanemale/ täiskasvanule	Lapsele
lapsed ja täiskasvanud	Pere tugiisik	✓	
Kehvade elamistingimustega pered	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Päevakeskus		✓
Toimetulekuraskustega, vaesuses elavad	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Pere tugiisik	✓	
Üksielavad lapsed	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Päevakeskus		✓
	Pere tugiisik		✓
Lapsed, kelle vanem(ad) töötavad välismaal	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Päevakeskus		✓
	Pere tugiisik		✓
Lapsed, kelle vanem(ad) töötavad lapse hooldamise ja kasvatamise mõttes ebasobiva töögraafikuga	Päevakeskus		✓
	Alternatiivne lastehoiuteenus		✓
Toimetulekutoetust saavad lastega pered	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Pere tugiisik	✓	
Laps, kelle vanema(te)l on laste isikuhooldusõigus piiratud või peatatud	Vanemaharidus	✓	
	Individuaalne psühhoteraapia või nõustamine		✓
Vanavanemate poolt kasvatatavad lapsed	Vanemaharidus	✓	
	Psühholoogiline nõustamine	✓	
	Pereteraapia	✓	✓
Puude või kroonilise haigusega vanematega/hooldajatega pered	Pere tugiisik	✓	
	Vanemaharidus	✓	
	Psühholoogiline nõustamine	✓	
	Pereteraapia	✓	✓
	Toetatud või tasuta juristi teenus	✓	
	Individuaalne psühhoteraapia	✓	✓
	Kogemusnõustamine	✓	✓
Vanemliku hoolitsuseta ja abivajavad lapsed	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas	✓	✓
	Lastepsühhiaatri vastuvõtt		✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt		✓
Lähisuhtevägivallaga tunnustega grupid			
Paarisuhte vägivalda kogenud/pealt näinud	Kogemusnõustamine tugigrupis	✓	✓
	Varjupaigateenus	✓	✓
	Toetatud või tasuta juristi teenus	✓	
	Abitelefoniid	✓	✓
	Ohvriabiteenus	✓	✓
	Psühhiaatrilise abi teenus vastavalt seisundile	✓	✓
Paarisuhte vägivalda põhjustanud/tekitanud lapsevanem	Kogemusnõustamine tugigrupis	✓	
	Individuaalne psühhoteraapia	✓	
	Psühhiaatrilise abi teenus vastavalt seisundile	✓	
Karistust kandnud/kandev	Sotsiaalnõustamine	✓	

Sihtgrupp	Milliseid LVT teenuseid võib sihtgrupp vajada?	Vanemale/ täiskasvanule	Lapsele
Varjupaigategenusel viibinud või viibivad	Psühholoogiline nõustamine	✓	✓
	Sotsiaalnõustamine	✓	
Alaealiste komisjoni suunatud noored	Vanemaharidus	✓	
	Pereteraapia	✓	✓
	Individuaalne psühhoteraapia		✓
	Lastepsühhiaatri vastuvõtt		✓
	Psühhiaatri vastuvõtt	✓	
	Toetatud või tasuta juristi teenus	✓	
	Sotsiaalnõustamine	✓	
Keeruliste peresuhetega grupid			
Lahutatud vanemate lapsed	Vanemaharidus	✓	
	Pereteraapia	✓	✓
	Individuaalne psühhoteraapia	✓	✓
	Lastepsühhiaatri vastuvõtt		✓
	Psühhiaatri vastuvõtt	✓	
	Toetatud või tasuta juristi teenus	✓	
	Sotsiaalnõustamine	✓	
Üksikvanema leibkonnas elavad	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Toetatud või tasuta juristi teenus	✓	
	Päevakeskus		✓
	Vanemaharidus	✓	
	Psühholoogiline nõustamine	✓	
	Individuaalne psühhoteraapia	✓	✓
	Pereteraapia	✓	✓
	Psühhiaatri vastuvõtt	✓	
Mitmepereleibkonnas elavad	Lastepsühhiaatri vastuvõtt		✓
	Vanemaharidus		✓
	Psühholoogiline nõustamine	✓	
	Pereteraapia	✓	✓
	Individuaalne psühhoteraapia	✓	✓
	Toetatud või tasuta juristi teenus	✓	
Lapsed, keda kasvatab vanavanem või kolmas isik, kes pole lapse vanem	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Vanemaharidus	✓	
	Psühholoogiline nõustamine	✓	
	Pereteraapia	✓	✓
	Toetatud või tasuta juristi teenus	✓	
	Individuaalne psühhoteraapia	✓	✓
	Pereteraapia	✓	✓
	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Lastepsühhiaatri vastuvõtt		✓
	Psühhiaatri vastuvõtt	✓	

Sihtgrupp	Milliseid LVT teenuseid võib sihtgrupp vajada?	Vanemale/ täiskasvanule	Lapsele
Eestkostel olevad lapsed	Vaimse tervise õe vastuvõtt	✓	✓
	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Psühholoogiline nõustamine	✓	
	Toetatud või tasuta juristi teenus	✓	
	Vanemaharidus	✓	
	Individuaalne psühhoteraapia	✓	✓
	Pereteraapia	✓	✓
	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Lastepsühhiaatri vastuvõtt		✓
	Psühhiaatri vastuvõtt	✓	
	Vaimse tervise õe vastuvõtt		✓
Lapsendatud lapsed	Vanemaharidus	✓	
	Psühholoogiline nõustamine	✓	
	Individuaalne psühhoteraapia	✓	✓
	Pereteraapia	✓	✓
	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Lastepsühhiaatri vastuvõtt		✓
	Psühhiaatri vastuvõtt	✓	
	Vaimse tervise õe vastuvõtt	✓	✓
Asenduskodudes elavad lapsed	Supervisioon	✓	
	Vanemaharidus	✓	
	Täiendõpe	✓	
	Out-reach teenus	✓	✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt		✓
	Perearsti vastuvõtt		✓
	Rehabilitatsiooniteenus arengu -või psüühikahäiretega lastele		✓
	(Laste)psühhiaatri konsultatsioon asutuses	✓	✓
	Lastepsühhiaatri vastuvõtt		✓
Perekonnas hooldamisele võetud lapsed	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Toetatud või tasuta juristi teenus	✓	
	Psühholoogiline nõustamine	✓	
	Individuaalne psühhoteraapia	✓	✓
	Pereteraapia	✓	✓
	Psühhiaatri vastuvõtt	✓	
	Rehabilitatsiooniteenus arengu -või psüühikahäiretega lastele		✓
	Lastepsühhiaatri vastuvõtt		✓
	Out-reach teenus		✓
	Pereõe vastuvõtt		✓
	Pereõe koduvisiit		✓
	Perearsti vastuvõtt		✓
Vanemliku hoolitsuseta abivajavad	Sotsiaalnõustamine	✓	

Sihtgrupp	Milliseid LVT teenuseid võib sihtgrupp vajada?	Vanemale/ täiskasvanule	Lapsele
lapsed	<i>Out-reach</i> teenus		✓
	Politsei patrull		✓
	Noorsoopolitsei patrull		✓
	Turvakoduteenus		✓
	Individuaalne psühhoterapia		✓
	Pereterapia	✓	✓
	Lastepsühhiaatri vastuvõtt		✓
	Pereõe vastuvõtt		✓
	Perearsti vastuvõtt		✓
Määratlemata kodakondsusega lapsed	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Toetatud või tasuta juristi teenus	✓	
Hariduse valdkonna riskigrupid			
Õpingud katkestanud lapsed	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Vaimse tervise õe vastuvõtt		✓
	Rehabilitatsiooniteenus arengu -või psüühikahäiretega lastele		✓
	Lastepsühhiaatri vastuvõtt		✓
	Perearsti vastuvõtt		✓
Klassikursust kordavad lapsed	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Kooliõe teenus		✓
	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Koolipsühholoogi teenus		✓
	Sotsiaalpedagoogi teenus		✓
	Koolilogopeedi teenus		✓
	Vanemaharidus	✓	
	Rehabilitatsiooniteenus arengu -või psüühikahäiretega lastele		✓
	Lastepsühhiaatri vastuvõtt		✓
Koolikiusamise all kannatavad lapsed	Koolipsühholoogi teenus		✓
	Kooliõe teenus		✓
	Sotsiaalpedagoogi teenus		✓
	Koolilogopeedi teenus		✓
	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Vanemaharidus	✓	
	Pereterapia	✓	✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt		✓
	Perearsti vastuvõtt		✓
Lasteaiakiusamise all kannatavad lapsed	(Lasteaia) koolipsühholoogi teenus		✓
	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Vaimse tervise õe vastuvõtt		✓

Sihtgrupp	Milliseid LVT teenuseid võib sihtgrupp vajada?	Vanemale/ täiskasvanule	Lapsele
Huvitegevuseta lapsed	Pereteraapia	✓	✓
	Vanemaharidus	✓	
	Lastepsühhiaatri vastuvõtt		✓
	Päevakeskuse teenus		✓
	Sotsiaalnõustamine	✓	
Erivajadustega laste koolide õpilased	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas	✓	
	Kooliõe teenus erivajadusega lapsele		✓
	Rehabilitatsiooniteenus arengu -või psüühikahäiretega lastele/noorukitele		✓
	Lastepsühhiaatri vastuvõtt		✓
	Koolipsühholoogi teenus		✓
Noored, kes ei tööta ega õpi	Sotsiaalpedagoogi teenus		✓
	Nõustamine haridusliku erivajaduse osas		✓
	Sotsiaalnõustamine	✓	
	Out-reach teenus		✓
	Vaimse tervise õe vastuvõtt		✓
	Rehabilitatsiooniteenus arengu -või psüühikahäiretega lastele/noorukitele		✓
	Lastepsühhiaatri vastuvõtt		✓
	Perearsti vastuvõtt		✓
Spetsialistid			
Hariduse valdkonna spetsialistid	Supervisioon	✓	
	Täiendõpe	✓	
	Põhiväljaõpe	✓	
Sotsiaalvaldkonna spetsialisti	Supervisioon	✓	
	Täiendõpe	✓	
	Põhiväljaõpe	✓	
Tervishoiuspetsialistid	Supervisioon	✓	
	Täiendõpe	✓	
	Põhiväljaõpe	✓	
Justiitsüsteemi spetsialistid	Supervisioon	✓	
	Põhiväljaõpe	✓	
	Täiendõpe	✓	

Lisa 14. Sihtgruppide ja riskigruppide statistika

Tabel 24. Vaimse tervise teenuste sihtgrupid (lapsed), kelle puhul on sekkumisvajadus diagnoosipõhiselt tuvastatud

Sihtgrupp	Sihtgrupi suurus	Muutus eelneva aastaga võrreldes	Kriitiline sihtgrupp	Kriitiliseks sihtgrupiks valimise põhjendus
Orgaanilised - k.a sümptomaatilised – psüühikahäired	38	↓		
Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired (sh alkohol, tubakas ravimid, opioidid, hallutsinogeenid jm)	82	↓	✓	Peegeldab hästi integreeritud teenuse vajadust ja kättesaadavust sh on teenused teadaolevalt regionaalselt ebaühtlaselt kättesaadavad.
Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired	44	↓		
Meeleoluhäired (sh depressioon, bipolaarne meeleoluhäire jm)	508	↑	✓	Käsitletakse tavaliselt koos järgneva indikaatoriga „Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired“. Oluline, kuna on grupp, millele peaks olema tagatud ambulatoorse abi kättesaadavus üle Eesti.
Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired	1 065	↓	✓	Vt „Meeleoluhäired (sh depressioon, bipolaarne meeleoluhäire jm)“.
Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid (sh söömishäired, sõltuvust mittepõhjustavate ainete kuritarvitamine, sünnitusjärgse perioodiga seotud psüühikahäired jm)	146	↓		
Vaimne alaareng	416	↑		
Psühholoogilise arengu häired e psüühilise arengu spetsiifilised häired (sh kõne ja keele, õpivõimuste, motoorika, pervasiivsed arenguhäired jm)	1 622	↑		
Autismispektrumi häired	~345	-		

³⁴⁵ Statistika ei ole avalikest andmebaasidest kättesaadav

Sihtgrupp	Sihtgrupi suurus	Muutus eelneva aastaga võrreldes	Kriitiline sihtgrupp	Kriitiliseks sihtgrupiks valimise põhjendus
Tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäired (sh hüperkineetilised häired, suhtlemishäired, käitumishäired, tikid jm)	1 504	↑		
Hüperkineetiline häire	- ³⁴⁶	-	✓	Ravita jätmise toob kaasa palju otseseid ja kaudseid kulusid ning võib olla hüppelaud sõltuvushäiretele.
Täpsustamata psüühikahäire	- ³⁴⁷			

³⁴⁶ Statistika ei ole avalikest andmebaasidest kättesaadav.

³⁴⁷ Statistikat ei koguta

Tabel 25. Vaimse tervise teenuste riskigrupid

Sihtgrupp	Riski- grupi suurus	Muutus eelneva aastaga võrreldes	Kriitiline riski- grupp	Kriitiliseks riskigrupiks valimise põhjendus
Alaealised rasedad ³⁴⁸	141 ³⁴⁹	↑		
Aborte teinud rasedad ³⁵⁰	223 ³⁵¹	↓		
Enneaegselt sündinud ³⁵²	854 ³⁵³	↓		
Haridusliku erivajadusega lapsed	~354	-	✓	Sihtgrupp, mille kohta info koondumine peab tekkima. Nimetuse alla liigenduvad mitme riskigrupi lapsed.
Sagedasi või raskeid haigusi põdenud lapsed	~355	-		
Lapsed, kes on sattunud ründe ohvriks ³⁵⁶	514 ³⁵⁷	↓		
Väärkoheldud lapsed	~358	-		Sihtgrupp, mille kohta info koondumine peab tekkima
Suitsiidsed lapsed	~359	-		Sihtgrupp, mille kohta statistika kättesaadavus on piiratud, kuid mille osas peab tekkima selgus.
End tahtlikult kahjustanud lapsed ³⁶⁰	41 ³⁶¹	↓		
Puudega lapsed ³⁶²	9 862 ³⁶³	↑		
Toimetulekuraskustega seotud grupid				
Ebastabiilse struktuuriga perekon (elukaaslased vahetuvad pidevalt)	~364	-		
Puudulike	~365	-	✓	Riskipered võivad vajada sekkumist.

³⁴⁸ Elussünnid vanuserühma ja maakonna järgi 10-17 a, 2013. a (SR01), Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>.

³⁴⁹ Sihtgrupi suurus kajastab 10-17 a rasedate elussünnide 2013. a seisuga. Alaealiste rasedate statistikat eraldi ei koguta. Leidmine põhimõtteliselt võimalik koondades elussünnide statistika ja aborte teinud alaealised.

³⁵⁰ Abortide arv naise vanuserühma ja elukoha järgi 10-17 a, 2013. a (RK01), Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>.

³⁵¹ Sihtgrupi suurus kajastab aborti teinud 10-17 a lapsi 2013. a seisuga.

³⁵² Sünnikaal ja sündide arv raseduskestuse või elulisuse ja maakonna järgi, enneaegsed lapsed, 2013. a (SR30), Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>

³⁵³ Sihtgrupi suurus kajastab enneaegselt sündinud laste arvu 2013. a seisuga.

³⁵⁴ Statistika ei ole avalikest andmebaasidest kättesaadav. HEV temaatika on mitmetahuline ja absoluutarvude esitamisel tekib alati tõlgendamise probleem kasvõi sellest tulenevalt, kas lugeda ajutine õpiraskus või spetsiifiline õpiraskus HEVs või mitte.

³⁵⁵ Statistikat ei koguta.

³⁵⁶ Vigastuste esmajärguliste välispõhjused tegevuse, soo ja vanuserühma järgi, rünne, 0-14 a, 2012. a (EH30). Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>

³⁵⁷ Sihtgrupi suurus kajastab 0-14 a ründe ohvrite lapsi 2012. a seisuga.

³⁵⁸ Arvulised andmed väärkoheldud laste kohta erinevad ametkonniti ning ühest statistikat välja tuua võimalik ei ole.

³⁵⁹ Puudub terviklik statistika kõigi laste kohta. Suitsiidikatse võib andmebaasides olla ebaselgelt kodeeritud või peituda mõne teise indikaatori taha. Uuringust nähtub, et 10% 13-15 a kooliõpilastest on enesetapumõtetest.

³⁶⁰ Vigastuste esmajärguliste välispõhjused tegevuse, soo ja vanuserühma järgi, tahtlik enesekahjustamine 0-14 a, 2012. a (EH30). Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>

³⁶¹ Sihtgrupi suurus kajastab 0-14 a laste tahtlikku enesekahjustamist 2012. a seisuga. Terviklik statistika end tahtlikult kahjustanud laste kohta puudub. Uuringu³⁶¹ kohaselt on vähemalt korra elu jooksul ennast mingil viisil tahtlikult vigastanud kolmandik kooliõpilastest.

³⁶² Puudega inimesed vanuserühma, soo ja maakonna järgi, 1. jaanuar, 2014. a, 0-15 a (THV23), Statistikaamet. http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/13Tervishoid/03Puudega_inimesed/10Uldandmed/10Uldandmed.asp

³⁶³ Sihtgrupi suurus kajastab 0-15 a puudega lapsi 2014. a seisuga.

³⁶⁴ Statistikat ei koguta, kuna see oleks liiga keeruline.

Sihtgrupp	Riski-grupi suurus	Muutus eelneva aastaga võrreldes	Kriitiline riski-grupp	Kriitiliseks riskigrupiks valimise põhjendus
toimetulekuoskustega (nii tava- kui stressiolukorras)				
Mittetöötavates leibkondades elavad lapsed ja täiskasvanud ³⁶⁶	8,4% ³⁶⁷	↓	✓	Sihtgrupp, mille kohta oleks vaja koguda infot.
Sügavas materiaalses ilmajäetuses elavad lapsed ³⁶⁸	7% ³⁶⁹	↓		
Lapsed, kelle vanem(ad) töötavad välismaal	~370	-		
Lapsed, kelle vanem(ad) töötavad lapse hooldamise ja kasvatamise mõttes ebasobiva töögraafikuga	~371	-		
Toimetulekutoetust saavad lastega pered	~372	-		
Laps, kelle vanema(te)l on laste isikuhooldusõigus piiratud või peatatud ³⁷³	252 ³⁷⁴	↑		
Puude või kroonilise haigusega vanematega/hooldajatega pered ³⁷⁵	1 101 ³⁷⁶	↓		
Vanemliku hoolitsuseta ja abivajavad lapsed ³⁷⁷	6 311 ³⁷⁸	↑		

³⁶⁵ Statistikat ei koguta.

³⁶⁶ Elanike osatähtsus mittetöötavates leibkondades vanuserühma ja soo järgi, 0-17 a, 2013. a (LES10), Statistikaamet.

http://pub.stat.ee/px-web.2001/Databse/SOTSIAALELU/12SOTSIAALNE_TERJUTUS_LAEKENI_INDIKAATORID/01VAESUS_JA_EBAVERDSUS/01VAESUS_JA_EBAVERDSUS.asp

³⁶⁷ Sihtgrupi suurus kajastab 0-17 a laste arvu protsenti mittetöötavates leibkondades 2013 a seisuga.

³⁶⁸ Laste vaesuse ja materiaalse ilmajäetuse määr vanuserühma ja soo järgi, 0-17 a, 2013. a (LES81). Statistikaamet. http://pub.stat.ee/px-web.2001/Databse/Sotsiaalelu/12Sotsiaalne_terjutus_Laeken_i_indikaatorid/001Laste_vaesus_ja_toimetulek/001Laste_vaesus_ja_toimetulek.asp

³⁶⁹ Sihtgrupi suurus kajastab sügavas materiaalses ilmajäetuses olevate laste protsenti 2011a seisuga.

³⁷⁰ Lapsi kajastavat statistikat ei ole. Statistika on olemas leibkondade kohta, mille vähemalt üks liige töötab välismaal. Leibkond ei pruugi aga sisaldada lapsi.

³⁷¹ Statistikat ei koguta. Mingil määral on see ja eelmine riskigrupp hõlmatud üksi elavate laste statistikaga 2013. a seisuga³⁷¹, mille kohaselt elab üksi ca 600 last.

³⁷² Võimalik saada Sotsiaalministeeriumi andmekogust STAR. Avalik ligipääs sinna puudub.

³⁷³ Vanemliku hoolitsuseta ja abivajavad lapsed (kehtiv), Aasta jooksul perekonnast eraldatud lapsed otsuste järgi (aruandeaasta lõpus), 2013. Sotsiaalministeeriumi S-veebi andmebaas. <https://sveeb.sm.ee/>

³⁷⁴ Sihtgrupi suurus kajastab koondatud statistikat piiratud, peatatud ja täielikult ära võetud vanema(te) lapse isikuhooldusõiguse kohta 2013. a seisuga.

³⁷⁵ Riikliku sotsiaalkindlustuse statistika (2013), Sotsiaalkindlustusamet.

http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/public/statistika_ja_eelarve/RSK_2013IV.vls

³⁷⁶ Sihtgrupi suurus kajastab igakuiselt kuni 16-aastast last ja põhikoolis, gümnaasiumis või kutseõppeasutuses õppivat kuni 19-aastast last kasvatavaid puudega vanemaid, võõrasvanemaid, eestkostjaid ja teisi hooldajaid, kellega on sõlmitud seaduse alusel perekonnas hooldamise leping 2013. a seisuga.

³⁷⁷ Vanemliku hoolitsuseta ja abivajavad lapsed (kehtiv), Arvele võetud orvud, vanemliku hoolitsuseta ja abivajavad lapsed, 2013.

Sotsiaalministeeriumi S-veebi andmebaas. <https://sveeb.sm.ee/>

³⁷⁸ Sihtgrupi suurus kajastab 2013. aruandeaasta lõpu seisuga arvele jäänud laste arvu.

Sihtgrupp	Riski- grupi suurus	Muutus eelneva aastaga võrreldes	Kriitiline riski- grupp	Kriitiliseks riskigrupiks valimise põhjendus
Lähisuhtevägivalda tunnustega grupid				
Paarisuhte vägivalda kogenud/pealt näinud lapsed	-379	-		
Karistust kandnud/kandvad lapsed ³⁸⁰	412 ³⁸¹	↓		
Varjupaigategenusel viibinud või viibivad lapsed ³⁸²	1 286 ³⁸³	↑		
Alaaliste komisjoni suunatud noored ³⁸⁴	1 633 ³⁸⁵	↓		
Keeruliste peresuhetega grupid				
Lahutatud vanemate lapsed ³⁸⁶	1 757 ³⁸⁷	↑		
Üksikvanema leibkonnas elavad lapsed ³⁸⁸	55 655 ³⁸⁹	↑	✓	Uuringud on näidanud, et sihtgrupiga kaasnevad mitmed toimetulekut halvendavad ja laste vaimse tervise häiretega seostuvad tegurid, siis oleks vajalik, et sihtgrupiga seotud statistika sh abivajadused olema võimalikult hästi kaardistatud.
Mitmepereleibkonnas elavad lapsed ³⁹⁰	11 500 ³⁹¹	↓		
Lapsed, keda kasvatab vanavanem või kolmas isik, kes pole lapse vanem ³⁹²	1 700 ³⁹³	↓		
Emotsionaalselt hüljatud	-394	-		

³⁷⁹ Statistikat ei koguta.³⁸⁰ Kohtusse saadetud isikud menetlusliigi järgi, menetlused kokku, alaaliste arv, 2013. a (JS006). Statistikaamet. http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/17Eigus_ ja_turvalisus/02Kuritegevus/02Kuritegevus.asp³⁸¹ Sihtgrupi suurus kajastab kohtusse saadetud alaaliste arvu 2013. a seisuga.³⁸² Varjupaigategenust saanud isikud soo, vanuse ja pöördumise peamise põhjuse järgi (aruandeaasta jooksul), 0-17 a, 2012.Hoolekandestatistika andmebaas. <https://hveeb.sm.ee>³⁸³ Sihtgrupi suurus kajastab varjupaigategenust saanud lapsi vanuses 0-17 a 2012. a seisuga³⁸⁴ Alaaliste komisjonide 2013. aasta statistika ülevaade EHISe andmete põhjal (2013). Eesti Noorsootöö Keskus.<http://www.entk.ee/sites/default/files/AEK%20%C3%BClevaade%202013.pdf>³⁸⁵ Sihtgrupi suurus kajastab alaaliste komisjoni suunatud noori 2013. a seisuga.³⁸⁶ Lahutused ühiste alaaliste laste arvu, mehe elukoha ja asustusiüksuste liigi järgi, 1 või enam last, 2013. a (RV35). Statistikaamet.<http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/03Rahvastikusundmused/04Abielulahutused/04Abielulahutused.asp>³⁸⁷ Sihtgrupi suurus kajastab lahutatud vanemate laste arvu 2013. a seisuga.³⁸⁸ Üksikvanematest Eestis, 2011.a statistika (2014) Eesti Statistikaamet.<http://statistikaamet.wordpress.com/2014/01/30/üksikvanematest-estis/>³⁸⁹ Sihtgrupi suurus kajastab üksikvanema leibkonnas elavaid lapsi 2011. a seisuga. Võrdlusallikas 2008. a statistika. Regioonide lõikes statistikat ei koguta.³⁹⁰ Laste heaolu (2013) Eesti Statistika. http://www.stat.ee/publication-download-pdf?publication_id=34248³⁹¹ Sihtgrupi suurus kajastab mitmepereleibkonnas (kärghperedes) elavaid lapsi 2011. a seisuga. Muutust näitav statistika pärineb aastast 2000.³⁹² Laste heaolu (2013) Eesti Statistika. http://www.stat.ee/publication-download-pdf?publication_id=34248³⁹³ Sihtgrupi suurus kajastab mitme liikmega mitmepereleibkonnas elavate laste arvu 2011. a seisuga. Muutust näitav statistika pärineb aastast 2000. Statistika onoleb allikatest. Laste õiguste ja vanemluse monitooringu kohaselt elas 3% 4-12. klassi laste mõlemad vanemad mujal.³⁹³³⁹⁴ Statistikat ei koguta

Sihtgrupp	Riski- grupi suurus	Muutus eelneva aastaga võrreldes	Kriitiline riski- grupp	Kriitiliseks riskigrupiks valimise põhjendus
materiaalselt kindlustatud peredest lapsed				
Eestkostel olevad lapsed ³⁹⁵	1 332 ³⁹⁶	↑		
Lapsendatud lapsed ³⁹⁷	1 317 ³⁹⁸	↑		
Asenduskodudes elavad lapsed ³⁹⁹	1 071 ⁴⁰⁰	↓	✓	Kõrge riskiga grupp – ligi 90%-l juhtudel võivad olla psüühikahäired.
Erikoolides ja vanglates õppivad lapsed ⁴⁰¹	115	↓		Aktiivsus- ja tähelepanuhäired on uuritud kriteeriumide esinemissageduse kohaselt potentsiaalselt diagnoositav 62%-lkinniste asutuste laste valimist, kuid mitte ühelgi üldhariduskoolide õpilaste valimist. ⁴⁰²
Perekonnas hooldamisele võetud lapsed ⁴⁰³	226 ⁴⁰⁴	↓	✓	Tuginedes teiste riikide kogemusele on oluline sihtgrupp, millele teenused peavad olema kättesaadavad.
Vanemliku hoolitsuseta abivajavad lapsed	- ⁴⁰⁵	-		
Määratlemata kodakondsusega lapsed ⁴⁰⁶	2 475 ⁴⁰⁷	↓		
Hariduse valdkonna riskigrupid				
Õpingud katkestanud lapsed ⁴⁰⁸	305 ⁴⁰⁹	↓	✓	Õpingute katkestamise üks võimalikke põhjuseid on psüühikahäired.
Klassikursust kordavad lapsed ⁴¹⁰	1 359 ⁴¹¹	↓		
Koolikiusamise all	41% ⁴¹³	↓	✓	Koolikiusamine võib olla nii

³⁹⁵ Vanemliku hoolitsuseta ja abivajavad lapsed (kehtiv), Eestkostepered ja eestkostja juures elavad lapsed, aastalõpu seisuga, 2013.

Sotsiaalministeeriumi S-veebi andmebaas. <https://sveeb.sm.ee/>

³⁹⁶ Sihtgrupi suurus kajastab eestkosteperedes ja eestkostja juures elavaid lapsi 2013. a lõpu seisuga.

³⁹⁷ Vanemliku hoolitsuseta ja abivajavad lapsed (kehtiv), Lapsendatud ja eestkostja juures elavad lapsed aasta alguses ning aasta jooksul lapsendatud ja eestkostja juurde elama võetud lapsed, 2013. Sotsiaalministeeriumi S-veebi andmebaas. <https://sveeb.sm.ee/>

³⁹⁸ Sihtgrupi suurus kajastab aasta jooksul lapsendatud ja eestkostja juurde elama võetud lapsi 2013. a seisuga.

³⁹⁹ Asenduskoduteenuste kasutajad maakonna järgi, 31. detsember, 2013. a (SK03). Statistikaamet. http://pub.stat.ee/px-web.2001/Databse/Sotsiaalelu/11Sotsiaalne_kaitse/02Sotsiaalabi/07Vanemliku_hoolitsuseta_lapsed/07Vanemliku_hoolitsuseta_lapsed.asp

⁴⁰⁰ Sihtgrupi suurus kajastab asenduskodudes elavate laste arvu 2013. a seisuga. Asenduskodudes elavad ka KOV ja riigi eestkostel lapsed.

⁴⁰¹ Laste heaolu (2013) Eesti Statistika. http://www.stat.ee/publication-download-pdf?publication_id=34248

⁴⁰² Kinnises asutuses viibivate laste kognitiivsete ja isiksuslike omaduste ning vaimse tervise, sõltuvuskäitumise ja sotsiaalse tausta uuring. (2014) Justiitsministeerium.

⁴⁰³ Perekonnas hooldamisel olevad lapsed aasta lõpus, laste arv kokku, 2013. Sotsiaalministeeriumi S-veebi andmebaas

<https://sveeb.sm.ee/>

⁴⁰⁴ Sihtgrupi suurus kajastab perekonnas hooldamisel olevate 0-17 a (erandjuhul kuni 19a) laste arvu 2013. a lõpus.

⁴⁰⁵ Statistikat ei koguta.

⁴⁰⁶ Rahvastik põlisuse, kodakondsuse, soo, vanuserühma ja maakonna järgi, 31. detsember 2011, kodakondsus määramata, 0-19 a (RL0529). Statistikaamet. http://pub.stat.ee/px-web.2001/Databse/Rahvaloendus/REL2011/06Pelisus_ja_ranne/05Polis_ja_valis_rahvastik/05Polis_ja_valis_rahvastik.asp

⁴⁰⁷ Sihtgrupi suurus kajastab määramata kodakondsusega 0-19 a laste arvu 2011. a seisuga. Rahvastikuloenduse andmed. Võrdlusandmed 2000. aastast, kui määratlemata kodakondsusega 0-19 a laste arv oli 42 431.

⁴⁰⁸ Õpingute katkestajad üldhariduses soo, õppekeele ja õppevormi järgi, 2013. a (HT2328). Statistikaamet. <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Databse/Sotsiaalelu/05Haridus/14Uldharidus/14Uldharidus.asp>

⁴⁰⁹ Sihtgrupi suurus kajastab õpingud katkestanud lapsi üldhariduses 2013. a seisuga.

⁴¹⁰ Klassikursuse kordajad üldhariduses õppevormi, klassi ja soo järgi, 2013. a (HT231). Statistikaamet. <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Databse/Sotsiaalelu/05Haridus/14Uldharidus/14Uldharidus.asp>

⁴¹¹ Sihtgrupi suurus kajastab klassikursust kordavaid lapsi 2013. a seisuga.

Sihtgrupp	Riski- grupi suurus	Muutus eelneva aastaga võrreldes	Kriitiline riski- grupp	Kriitiliseks riskigrupiks valimise põhjendus
kannatavad lapsed ⁴¹²				psüühikahäire ajend kui ka põhjus.
Lasteaiakiusamise all kannatavad lapsed	~414	-		
Huvitegevuseta lapsed	~415	-		
Erivajadustega laste koolide õpilased ⁴¹⁶	3 385 ⁴¹⁷	↓		
Noored, kes ei tööta ega õpi ⁴¹⁸	~ 40 000 ⁴¹⁹	↓	✓	Psüühikahäirete osakaalu ja abita jäämise mõttes oluline sihtgrupp.

⁴¹³ Statistika varieerub sõltuvalt indikaatorist. 41% kajastab lapsi, kes on kiusamist kogenud vähemalt ühe korra. Kui kasutada indikaatorina 2-3 korda kuus kiusatavaid lapsi, on vastav statistika 7,4%

⁴¹² Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine: 2009/2010. õppeaasta Eesti HBSC uuringu raport (2012), Tervise Arengu Instituut.
<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5577/1/Aasvee2012.pdf>

⁴¹⁴ Statistikat ei koguta.

⁴¹⁵ Statistikat ei koguta. KOV-idel tõenäoliselt info olemas.

⁴¹⁶ Õpe erivajadusega laste koolis õppekeele järgi, 2013. a (HT142). Statistikaamet. <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Databas/Sotsiaalelu/05Haridus/14Uldharidus/14Uldharidus.asp>

⁴¹⁷ Sihtgrupi suurus kajastab kõiki õpilasi erivajadustega laste koolides 2013. a seisuga.

⁴¹⁸ Kasearu, K., Trumm, A. (2013) Noorteseire Eestis: NEET – Noored, kellega keegi ei arvesta ja kes kuskil ei käi?
http://prav.is.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Too-ja_Sotsiaalpoliitika/08_46_56_300_Poliitikaylevaade_5_veeb.pdf

⁴¹⁹ Sihtgrupi suurus kajastab 15-29 a Eestis elavaid noori, kes ei tööta ega õpi.

Lisa 15. Valdkonnas tegutsevad spetsialistid

Tabel 26. Peamised teenuseosutajad ametikohtade lõikes tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusvaldkonnas

Tervise- valdkond	Spetsialist	Arv	Roll laste vaimse tervise valdkonnas	Nõutud kvalifikatsioon
		Lapsi spetsialisti kohta		
Tervise- valdkond	Vaimse tervise õde⁴²⁰	27 ⁴²¹	Puudub teenusstandard ja selge roll. Spetsialistide sõnul osutab elanikkonnale õendusabi reaalsete ja potentsiaalsete vaimse tervise probleemide puhul ning tegeleb vaimse tervise alase edenduse- ja ennetustööga. Vaimse tervise õde osutab õendusabi kas iseseisvalt või koos eriarstiga, ta teeb koostööd teiste tervishoiuameeskonna liikmetega ning vajaduse korral ka sotsiaalabiasutustega.	Selge teenusstandard ja kvalifikatsiooninõuded puuduvad. Õenduserialadel puudub hetkel ka kehtiv kutsestandard.
Tervise- valdkond	Pereõde	71 ⁴²²	Alusdokument: Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend.	Õendusala kõrgharidus (rakendus-, bakalaureuse-, kutsekõrgharidus) magistrikraad ka võimalik Terviseõe erialakoolitus.
		376 ⁴²⁴ (821 ⁴²⁵)	Piiratud õigused ja tegevus vaimse tervise valdkonnas. Võtab vastu sünnitusjärgseid emasid ning tegeleb nendega. Võimalik reeglina soovitada psühholoogi ja psühhiaatri poole pöördumist. ⁴²³	
Tervise- valdkond	Kooliõde	114 ⁴²⁶	Tegevuste ulatus tuleb täpsemalt välja määrusest ⁴²⁷ . Sisuliselt peab kontrollima lapsi kõigi tervisehäda osas, viima läbi vaksineerimisi, viitama lapsi edasi lastekaitse, koolipsühholoogide juurde, võtma ühendust lapsevanematega, suhtlema direktiooniga, rahustama konfliktseid osapoole ja suunama lapsi edasi erinevate spetsialistide poole.	Õdede kvalifikatsiooninõuded on varieeruvad alates riiklikult tunnustatud kõrgharidusest (rakendus-, bakalaureus-, kutsekõrgharidus) kuni kutsealase töökogemuse ja koolitusteni. Hetkel õdede kohta kehtiv kutsestandard aga puudub.

⁴²⁰ Eriõde. Tartu Tervishoiu Kõrgkooli veebileht. <http://www.nooruse.ee/est/sisseastumine/oppekavad/rakenduskorgharidus/eriodde/>

⁴²¹ Osutajate arv kajastab tervishoiutöötajate registris registreeritud vaimse tervise õdede arvu.

⁴²² Osutajate arv kajastab tervishoiutöötajate registris registreeritud pereõdede arvu.

⁴²³ Pereõde fookusgrupist

⁴²⁴ Statistikaamet: Laste arv vanuses 0-19 a 2014 kohta 269 339

⁴²⁵ Statistikaamet: Lastega leibkonnaliikmete arv 2012 a kohta 588,9 tuhat, eeldusel, et pereõde fookuses on pered, mitte vaid lapsed.

⁴²⁶ Osutajate arv kajastab tervishoiutöötajate registris registreeritud kooliõdede arvu.

⁴²⁷ Kutsestandard: Ammaemand, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda. <https://www.riigiteataja.ee/akt/108122011010>

Spetsialist	Arv	Roll laste vaimse tervise valdkonnas	Nõutud kvalifikatsioon
Tervise-valdkond	Perearst	1054⁴²⁸	Lõpetatud Tartu Ülikooli või vastava välisülikooli arstiõpe, millele lisandub peremeditsiini residentuur 3-aastase õppena, kokku 36 kuud sealhulgas 3 puhkusekuud. ⁴³⁰
	559⁴³¹	§ 3 lg 2: tervise edendamine, haiguste ennetamine, haiguste diagnoosimine, haiguste ravimine ja nõustamine, patsiendi edasisele ravile suunamine, tervishoiuteenustega seotud dokumentide vormistamine, tervishoiustatistika koostamine, tervishoiualase majandustegevuse aruannete koostamine. Tegevus laste vaimse tervise valdkonnas on piiratud. Sisulisemat tööd teevad tihtipeale õed. Perearstid sarnaselt õdedele märkavad lapsi ja suunavad neid vajadusel edasi psühholoogi või psühhiaatri juurde.⁴²⁹	
Tervise-valdkond	Koolipsühholoog⁴³²	264⁴³³	Koolipsühholooge valmistatakse ette ülikoolis, nõutav on psühholoogiaalase magistriõppe läbimine.
	831⁴³⁴	Laste vaimse tervise alal hindab laste arengut, kavandab ja viib läbi sekkumisi, töötab koostöövõrgustikus teiste erialade spetsialistidega ning nõustab lapsi ja lapsevanemaid probleemide lahendamisel.	
Tervise-valdkond	Lastepsühholoog⁴³⁵	Pole teada	Kliinilisi psühholooge valmistatakse ette ülikoolis. 7. taseme kliiniliselt psühholoogilt on nõutav psühholoogia bakalaureuse- ja magistriõppe läbimine ja sellele järgnev kutseasta, mis sisaldab spetsialiseerumiskursuseid ja juhendatud praktikat.

⁴²⁸ Osutajate arv kajastab tervishoiutöötajate registris registreeritud perearstide arvu

⁴²⁹ Allikas: fookusgrupiarutelu

⁴³⁰ Residentuuri programm peremeditsiini erialal (2011), Tartu Ülikool. <http://www.med.ut.ee/sites/default/files/med/peremeditsiiniresidentuuriprogramm2011.pdf>

⁴³¹ Lastega leibkonnaliikmete arv 2012 a kohta 588,9 tuhat, eeldusel, et perearsti fookuses on pered, mitte vaid lapsed.

⁴³² Kutsestandard: Koolipsühholoog, tase 7. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10517093/lae/koolipsuhholoog-iv-tase-7-14pdf>

⁴³³ Kutsetunnistusega III, IV ja V taseme koolipsühholooge on 66. Märgitud osalejate arv tuleneb 2012. a uuringust.

⁴³⁴ Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee 2013/14 andmed: Laste arv üldhariduskoolides 1., 2., 3. astmel ja gümnaasiumis 140 467. Koolieelses lasteasutuses koolipsühholoogid puuduvad.

⁴³⁵ Kutsestandard: Kliiniline psühholoog, tase 7. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10489529/pdf/kliiniline-psuhholoog-tase-7.5.et.pdf>

	Spetsialist	Arv	Roll laste vaimse tervise valdkonnas	Nõutud kvalifikatsioon
Tervise-valdkond	Psühholoog ⁴³⁶	Pole teada	Laste psühholoogiline nõustamine. Eestis pole psühholoogi nimetuse kasutamine õigusaktidega määratletud. Eelkõige tegeleb psühholoog psühholoogilise nõustamisega.	Kõige laiemas mõttes on psühholoog igaüks, kes on saanud akadeemilise kraadi kliinilise psühholoogia, psühholoogilise nõustamise, tööstuspsühholoogia, hariduspsühholoogia või mõnel muul sarnasel erialal ja töötab neid teadmisi kasutades terapeudi, nõustaja, teaduri, õpetaja või konsultandina. Sõna selles tähenduses ei eelda psühholoogi amet kutsetunnistust.
Tervise-valdkond	Kliiniline psühholoog ⁴³⁷	68 ⁴³⁸	Inimese isiksuseomaduste, psüühiliste protsesside ja probleemide hindamine ja mõõtmine kehaliste ja psüühiliste haiguste ning inimese psühhosotsiaalse funktsioneerimise raskendatuse puhul; psüühika- ja käitumishäirete psühholoogiline diagnostika; toetav psühhoteraapia; nõustamine; konsulteerimine; õpetamine ja nooremate kolleegide töö juhendamine; eksperthinnangute andmine kliinilise psühholoogia valdkonda kuuluvates küsimustes; koostöö teiste erialade spetsialistidega. Kliinilise psühholoogi töö meetod seisneb tööhüpoteeside püstitamises ja kontrollimises ning oma kutseoskuste ja teadmiste rakendamises iga inimese või grupi puhul vastavalt tema eripärale. Kliinilised lastepsühholoogid tegelevad spetsiifiliselt laste probleemidega.	7. tase: Õppekava kestus vähemalt 5 aastat (300 EAP); võib olla jaotatud kaheks osaks: 180 EAP bakalaureuse- ja 120 EAP magistriõppes. Lisaks juhendatud praktika kestusega vähemalt 1 aasta (60 EAP) või sellega võrdne maht. Kokku 6 aastat ehk 360 EAP õpinguid. Varasemalt kehtib ka 4. ja 5. tase.
Tervise-valdkond	Psühhiaater ⁴³⁹	272 ⁴⁴⁰	Psüühika- ja käitumishäirete hindamine ning ravimine. Lastega tegelevad lastepsühhiaatrid. Lastepsühhiaatri	Tervishoiutöötajate registreerimise aluseks olevate kvalifikatsiooni tõendavate dokumentide loetelu § 4 lg

⁴³⁶ Kuna puudub regulatsioon, puudub ka võimalus viidata. Kvalifikatsioon toodud pakutava hariduse järgi, kuigi ei saa välistada, et ei ole mingisugust kvalifikatsiooni üldse vaja, et end psühholoogiks, psühholoogiliseks nõustajaks vms nimetada

⁴³⁷ Kutsestandard: Kliiniline psühholoog, tase 7. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10489529/pdf/kliiniline-psuhholoog-tase-7.5.et.pdf>

⁴³⁸ Osutajate arv hõlmab endast kutsetunnistusega 7. ja 8. kliinilise psühholoogide arvu koos võimalike spetsialiseerumistega

⁴³⁹ Residentuuri programmpsühhiaatria erialal (2011), Tartu Ülikool. <http://www.med.ut.ee/sites/default/files/med/psuhhiaatriaresidentuuriprogramm2011.pdf>

⁴⁴⁰ Osutajate arv hõlmab endas terviseameti tervishoiutöötajate registris registreeritud psühhiaatrite arvu

Spetsialist	Arv	Roll laste vaimse tervise valdkonnas	Nõutud kvalifikatsioon
	990 ⁴⁴¹ (2165) ⁴⁴²	puudumisel on psühhiaatrid sunnitud tegelema ka lastega.	3: Eriarstina registreeritakse Tartu Ülikoolis arstiõppe ja residentuuri läbinud isik, kes omab sotsiaalministri 28. novembri 2001. a määruse nr 110 «Eriarstiabi erialade loetelu» §-s 3 loetletud eriarsti eriala Lõpetatud Tartu Ülikooli või vastava välisülikooli arstiõppe, millele lisandub psühhiaatria residentuur 4-aastase õppena, kokku 44 kuud, lisaks kokku 4 puhkusekuud.
Tervise-valdkond	Lastepsühhiaater ⁴⁴³	Pole teada ⁴⁴⁴	Spetsialiseerunud laste psüühika- ja käitumishäirete hindamisele ning ravimisele. Lapseas esinevate või algavate psüühikahäirete diagnoos ja ravi, krooniliste psüühikahäiretega laste ja noorukite pikaajaline ravi ja jälgimist, koostöö teiste spetsialistide ja erialaarstidega, rakendab vajadusel laste rehabilitatsioonisüsteemi.
Tervise-valdkond	Pereterapeut ⁴⁴⁵	Pole teada	Lõpetatud Tartu Ülikooli või vastava välisülikooli arstiõppe, millele lisandub psühhiaatria residentuur 5-aastase õppena, kokku 55 kuud, lisaks kokku 5 puhkusekuud.
Tervise-valdkond	Psühhoteraapeut ⁴⁴⁶	14 ⁴⁴⁷	Sisuliselt on tegemist psühhoteraapeudi alaliigiga ja kehtivad samad nõuded. Pereterapeut kasutab erinevad tehnikaid eesmärgiga tuua muutust pere suhtlemismustritesse, probleemikäsitlusse ning rollijaotusesse. Tegeleb nii lastega eraviisiliselt, haiglates kui ka terve perega, sh lapsevanematega, kes võivad samuti nõustamist vajada. Tõendus põhise psühhoteraapia läbiviimine.
Tervise-valdkond	Psühhoteraapeut ⁴⁴⁶	14 ⁴⁴⁷	Psühhoteraapeudi mõiste pole Eestis õigusaktidega määratletud. Vastavalt kliinilise psühholoogi kutsestandardi alaspetsialiseerumisele tegeleb viib läbi alljärgnevaid tegevusi: 1) hindab patsiendi seisundit, probleeme ja teraapiasse sobivust, lähtudes patsiendi tervises seisundist ja oma teraapiakoolkonna põhimõtetest; 2) püstitab teraapia eesmärgid ja kavandab teraapiaprogrammi, lähtudes
			Psühhoteraapeudi lisapädevuse taotlemiseks peab olema läbitud väljaõpe mõnes tunnustatud psühhoteraapiakoolkonnas. Täies mahus psühhoteraapiaväljaõpe kestab aastaid, sisaldab nii teoreetilisi kui ka praktilisi õpinguid ja seejärel töötamist vilunud psühhoteraapeudi juhendamisel. Kui täielik pädevus on saavutatud, annab teraapiaühing

⁴⁴¹ Statistikaamet: Laste arv vanuses 0-19 a 2014 kohta 269 339

⁴⁴² Statistikaamet: Lastega leibkonnaliikmete arv 2012 a kohta 588,9 tuh, eeldusel, et psühhiaater teenindab eelkõige täiskasvanuid, mitte vaid lapsi.

⁴⁴³ Residentuuri programmpsühhiaatria erialal, kõrvaleriala: laste- ja noorukitepsühhiaatria (2011), Tartu Ülikool. <http://www.med.ut.ee/sites/default/files/med/lastepsresidentuuriprogramm2011.pdf>

⁴⁴⁴ Kuna lastepsühhiaatria ei ole klassifitseeritud eraldi erialana, ei ole võimalik saada tervishoiutöötajate registrist väljavõtet tegutsevate lastepsühhiaatrite tegeliku arvu kohta

⁴⁴⁵ Pereteraapiast. Eesti Pereteraapia Ühingu veebileht. <http://pereterapeudid.ee/pereteraapiast/>

⁴⁴⁶ Kutsestandard: Kliiniline psühholoog, tase 7. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10489529/pdf/kliiniline-psuhholoog-tase-7.5.et.pdf>

⁴⁴⁷ Osutajate arv kajastab kliiniliste psühholoogide-psühhoteraapeutide arvu. Lisaspetsialiseerumisega psühhiaatrite kohta andmed puuduvad.

Spetsialist	Arv	Roll laste vaimse tervise valdkonnas	Nõutud kvalifikatsioon	
		patsiendi vajadustest ja oma teraapiakoolkonna põhimõtetest; 3) viib teraapia ellu, lähtudes patsiendi tervisevajadustest ja kasutades oma teraapiakoolkonna meetodeid; 4) analüüsib teraapia tulemusi ja vajadusel korrigeerib plaani, lähtudes patsiendi tervise vajadustest; 5) korraldab järelhindamise ja toetusseansid, lähtudes patsiendi tervisevajadustest ja kasutades oma teraapiakoolkonna meetodeid. Tegelevad sarnaselt nii laste kui täiskasvanutega.	selle kohta tunnistuse. Eestis tegelevad süstemaatilise psühhoterapeutide väljaõppega Eesti Kognitiivse ja Käitumisteraapia Assotsiatsioon, Eesti Pereteraapia Ühing, Eesti Psühhoanalüütiline Selts jt koolkonnad. ⁴⁴⁸	
Tervise-valdkond	Tegevusterapeut ⁴⁴⁹	11 ⁴⁵⁰	Tema töö eesmärk on häirunud tegevusvõimega isiku tegevusvõime säilitamine ja edendamine. Tegevusterapia on suunatud inimese iseseisvuse suurendamisele igapäevaelus. Info hankimine isiku tervisliku seisundi kohta, inimese tegevusvõime hindamine, tegevusterapia planeerimine ja tegevusterapia rakendamine vastavalt tema vajadustele kas individuaal- või rühmatööna. Tegevusterapeut annab vajaduse korral erialast abi ja nõu oma kolleegidele, teistele erialaspetsialistidele, samuti häirunud tegevusvõimega isiku lähedastele. Nõustamine ja juhendamine on suunatud inimese igapäevaelu tegevustega toimetuleku säilitamisele ja edendamisele. Tegevusterapeudi ülesanded on tegevusterapia protsessi juhtimine ja erialase identiteedi arendamine. Laste vaimse tervise valdkonnas töötab tegevusterapeut suuresti koostöös teiste spetsialistidega.	Erialane kõrgharidus. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool õppekava maht on 160 ainepunkti ning õppeaeg on 4 aastat. Praktika moodustab sellest ajast ligi veerandi.
Tervise-valdkond	Ämmaemand ⁴⁵¹	817 ⁴⁵²	Juhendab, jälgib, hooldab ja nõustab naisi raseduse ja sünnituse ajal, sünnitusjärgsel perioodil ning günekoloogiliste probleemide lahendamisel; juhib sünnitusi omal vastutusel; hooldab ja jälgib vastsündinuid ja imikuid. Ta osaleb tervisekasvatuses ja pereplaneerimises üksikisiku, perekonna ja ühiskonna tasandil. Ämmaemand korraldab ämmaemandus-tegevust koostöös kolleegide, arstide,	Ämmaemand, tase 6 esmane kutse. Esmase kutsega ämmaemand on läbinud kutsealase rakenduskõrghariduse õppekava ja saanud ettevalmistuse iseseisvaks töötamiseks ämmaemanda või õena.

⁴⁴⁸ Katri-Evelin Kalaus: psühholoogid, psühhiaatrid, terapeutid ja kõik teised, Postimees (15.03.2011). <http://arvamus.postimees.ee/403090/katri-evelin-kalaus-psuhholoogid-psuhhiaatrid-terapeudid-ja-koik-teised>

⁴⁴⁹ Kutsestandard: Kliiniline psühholoog, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10453817/pdf/tegevusterapeut-tase-6.5.et.pdf>

⁴⁵⁰ Osutajate arv kajastab kutsetunnistusega tegevusterapeutide arvu. Tegevusterapeutide Liidu kutsekirjelduse kohaselt on tegevusterapeute üle 50, kellele lisanduvad Tervise Arengu Instituudis tegevusterapeudi assistendi koolituse läbinud, kes võivad töötada rehabilitatsiooniasutuses tegevusterapia alase kõrgharidusega spetsialisti puudumisel.

⁴⁵¹ Kutsestandard, Ämmaemand, tase 6, AS Kutsekoda, Kutsekoda veebileht. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10470049/pdf/ammaemand-tase-6.7.et.pdf>

⁴⁵² Osutajate arv kajastab tervishoiutöötajate registris registreeritud ämmaemandate arvu.

Spetsialist	Arv	Roll laste vaimse tervise valdkonnas	Nõutud kvalifikatsioon	
		patsientide ja teiste meeskonna liikmetega.		
Tervise-valdkond	Terviseedendaja ⁴⁵³	Pole teada	Tervisedendaja töö eesmärk on tervist toetava keskkonna ja võrdsete võimaluste loomine erinevatele sotsiaalsetele gruppidele nende tervisepotentsiaali igakülgselt arendamiseks ja ebavõrdsuse vähendamiseks tervises. Tervist edendavad tegevused koosnevad programmidest, poliitikatest jm organiseeritud sekkumistest, mis on oma olemuselt võimendavad (st suurendavad üksikisikute, gruppide ja rahvastiku suutlikkust teha tervist toetavaid valikuid), terviklikud (holistlikud), intersektoraalsed, osalusel põhinevad, jätkusuutlikud ja multistrateegilised.	Üldjuhul on tervisedendaja erialase või muu kõrgharidusega, erialase täiendkoolituse läbinud ja erialase töökogemusega isik. Kehtiv kutsestandard sätestab nõuded terviseedendaja tasemel 6. 6. taseme terviseedendaja kutsetunnistusega isikuid registris ei ole.
Sotsiaal-valdkond	Lastekaitsetöötaja ⁴⁵⁴	183 ⁴⁵⁵ <		

⁴⁵³ Kutsestandard: Tervisedendaja, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda. <http://kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10515907/pdf/tervisedendaja-tase-6.4.et.pdf>

⁴⁵⁴ Kutsestandard: Sotsiaaltöötaja, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10536213/pdf/sotsiaaltootaja-tase-6.7.et.pdf>

⁴⁵⁵ Sotsiaalministeeriumi S-veebi andmebaas. <https://sveeb.sm.ee/>; Osutajate arv kajastab lastekaitsetöötajate arvu 2013a seisuga.

⁴⁵⁶ Statistikaamet: Laste arv vanuses 0-19 a 2014 kohta 269 339

⁴⁵⁷ Lastega leibkonnaliikmete arv 2012 a kohta 588,9 tuhat, eeldusel, et lastekaitsetöötaja fookuses on pered, mitte vaid lapsed.

	Spetsialist	Arv	Roll laste vaimse tervise valdkonnas	Nõutud kvalifikatsioon
			kohased teenused.	
Sotsiaal-valdkond	Sotsiaaltöötaja⁴⁵⁸	Pole teada ⁴⁵⁹	Edendab inimeste heaolu ja sotsiaalset ühtekuuluvust, aitab kaasa sotsiaalsetele muutustele ja arengule nii üksikisiku, organisatsiooni kui ühiskonna/kogukonna tasandil. Põhiülesanneteks on ennetustöö, klientide ja nende lähedaste nõustamine ning nendega koostöös toetavate tegevuste kavandamine ja elluviimine. Vajalik on spetsialiseerumine kindlale valdkonnale. Täpset rolli laste vaimse tervise toetamisel võimalik välja tuua ei ole, kuna sotsiaaltöötaja võib spetsialiseeruda erinevatele valdkondadele, mh laste ja pere valdkonnale, lastekaitse valdkonnale, ohvriabi valdkonnale jt.	Tavaliselt on 6. taseme sotsiaaltöötajal erialane bakalaureuse- või rakenduskõrgharidus ning spetsialiseerumisele vastava koolituse ja töö käigus omandatud kutseoskused.
Sotsiaal-valdkond	Haigla sotsiaaltöötaja⁴⁶⁰	Pole teada	Ametlik info puudub tervikuna. Ametlik teenusstandard puudub. Teisestest allikatest tuleneb, et haigla sotsiaaltöötaja ülesanded on: Jagab infot: sotsiaalhoolekannet puudutavate seaduste kohta, riiklike ja kohaliku omavalitsuse makstavate toetuste ja nende taotlemise korra kohta, sotsiaalteenuste kohta, riiklike pensionide kohta, hooldusteenuste (koduõenduse, koduteenuse) kohta. Nõustab: haiguse või puudega seotud raskuste ja probleemide korral (aktiiv- ja hooldusravi vältel ning raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil), majandusliku toimetulematuse korral, eluaseme puudumise ja/või töötuse korral, valikuvõimaluste osas haiglast väljakirjutamisel, patsiendi toimetulekuvõime tõstmise asjus. Abistab: patsiendi kojumineku organiseerimisel (auto tellimisel), vajaliku dokumentatsiooni täitmisel (isikut tõendava dokumendi taotlemisel, töövõimetuspensioni määramisel AEK lehe täitmisel ja edastamisel, abivahenditeenuse taotlemisel, koduteenuse taotlemisel, hooldekodu koha taotlemisel, erinevate sotsiaaltoetuste (sh	

⁴⁵⁸ Kutsestandard: Sotsiaaltöötaja, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseresister/kutsestandardid/10536213/pdf/sotsiaaltootaja-tase-6.7.et.pdf>

⁴⁵⁹ Teenuse üldisus ei võimalda välja tuua ka laste vaimse tervisega seotud sotsiaaltöötajate rolli.

⁴⁶⁰ Sotsiaalnõustamine haiglas (2007), Ida-Tallinna Keskhaigla. http://www.itk.ee/upload/files/Patsiendi-infomaterjal/ITK443_Sotsiaalnoustamine_haiglas.pdf

Spetsialist	Arv	Roll laste vaimse tervise valdkonnas	Nõutud kvalifikatsioon
		peretoetuste ja vanemahüvitise) taotlemisel). Eelduslikult sarnased teenused ka lapsevanematele ja vastavas osas ka lastele.	
Sotsiaal-valdkond	Juhtumikorraldaja	Pole teada	Kvalifikatsiooninõudeid pole kehtestatud.
		Sotsiaalhoolekande seadus § 29 ¹ lg 2: Abi osutamine juhtumikorralduse põhimõttel hõlmab: 1) isiku juhtumi hindamist; 2) eesmärkide püstitamist ja tegevuste planeerimist; 3) juhtumiplaani ja selle juurde kuuluva tegevuskava koostamist; 4) isiku nõustamist ja juhendamist tegevuskava täitmisel; 5) tegevuste läbiviimist erinevate isikute või asutuste poolt; 6) tulemuste hindamist ja vajaduse korral juhtumiplaani ning selle juurde kuuluva tegevuskava muutmist. Spetsialistide sõnul tegelevad vastava valdkonna erinevate töötajad koostöö koordineerimise, samuti laste ja perede nõustamise, kohapealsete visiitide, juhendamise ja juhtumiplaanide väljatöötamisega	
Sotsiaal-valdkond	Ohvriabitöötaja	Pole teada	Ohvriabi seadus § 5 lg 3 kohaselt peavad füüsilisel isikul olema ohvriabitöökaks vajalikud kõlbelised omadused ja pädevus. Paljud siiski spetsialiseerunud sotsiaaltöötajad, kellele kehtivad samad nõuded.
		Ohvriabi seadus § 3 lg 2: Ohvriabiteenuse osutamine seisneb: 1) ohvri nõustamises; 2) ohvri abistamises suhtlemisel riigi- ja kohaliku omavalitsuse asutustega ning juriidiliste isikutega; 3) turvalise majutuse tagamises; 4) toitlustuse tagamises; 5) vajalike tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamises; 6) vajaliku materiaalse abi andmises; 7) vajaliku psühholoogilise abi andmises; 8) vajaliku tõlketeenuse võimaldamises ohvriabiteenuse raames osutatavate teenuste saamiseks; 9) muude ohvri füüsiliseks ja psühhosotsiaalseks taastumiseks vajalike teenuste osutamises. Tegelevad sarnaste teenuste osutamisega lastele. Seksuaalsete ja vaimsete traumadega laste ülekuulamine, toetamine, nõustamine. Võtab ühendust erinevate spetsialistidega (psühhiaatriga, psühholoogiga jne).	

	Spetsialist	Arv	Roll laste vaimse tervise valdkonnas	Nõutud kvalifikatsioon
Haridus-valdkond	Koolieelse lasteasutuse õpetaja ⁴⁶¹	6924 10 ⁴⁶²	Kavandab iseseisvalt ja koos teiste õpetajatega õpitegevust, õpetab ja kujundab selleks õppija arengut toetava õpi- ja kasvukeskkonna. Ta rakendab õpetamisel mängu ja teisi aktiivset õppimist ning loovust toetavaid meetodeid. Ta reflekteerib oma tegevust professionaalse arengu eesmärgil. Vajadusel toetub ta oma töös nõustamisele ja mentorlusele ning nõustab ise õppijaid ja lapsevanemaid.	Õpetajate koolituse raamnõuded § 9 lg 3: Koolieelse lasteasutuse õpetaja õpetajakoolituse õppekavas määratud õpetajakoolituse maht on vähemalt 180 ainepunkti.
Haridus-valdkond	Õpetaja ⁴⁶³	14203 ⁴⁶⁴	Õpetaja kavandab iseseisvalt ja koos teiste õpetajatega õpitegevust, õpetab ja kujundab selleks õppija arengut toetava õpikeskkonna. Professionaalse arengu eesmärgil reflekteerib oma tegevust. Vajadusel toetub oma töös nõustamisele ja mentorlusele ning nõustab ise õppijaid ja lapsevanemaid. Õpetaja osaleb meeskonna liikmena haridusasutuse arendus- ja loometegevuses, teeb koostööd kolleegide, tugispetsialistide, lapsevanemate ja õppijatega.	Õpetajakoolitus ⁴⁶⁵ koosneb järgnevatest osadest: 1) üldhariduslikud õpingud; 2) aine- või erialased õpingud; 3) kutseõpingud; 4) pedagoogilist uurimuslikku tööd sisaldav vastava kõrgharidusastme lõputöö või -eksam. Klassiõpetaja õpetajakoolituse õppekavas määratud õpetajakoolituse maht on 300 ainepunkti.
Haridus-valdkond	Eripedagoog	153 ⁴⁶⁶ 86 ⁴⁶⁷	Määrus tugispetsialistide teenuse kirjeldus, selle teenuse riigi poolt osutamise ulatus, tingimused ja kord ning teenuste hinnad § 1 lg 2: Eripedagoogi (sh logopeedi) vahetu teenus koolis seisneb: 1) erivajadustega õpilase arengutaseme ja probleemide väljaselgitamises; 2) õpiabirühma- või individuaaltundide ettevalmistamises ja läbiviimises; 3) õpetajate juhendamises ja nõustamises erivajadustega õpilase õppe planeerimisel ja läbiviimisel; 4) õpetajate ja tugispetsialistide vahelise koostöö korraldamises koolis ning õpilasele rakendatud tugimeetmete tulemuslikkuse analüüsimises, vajadusel ettepanekute tegemises spetsialistide kaasamiseks väljastpoolt kooli; 5) lapsevanema nõustamises arenguliste erivajaduste ja lapse toetamisega seotud küsimustes.	Määrus direktori, õppealajuhataja, õpetajate ja tugispetsialistide kvalifikatsiooninõuded § 4 lg 1: Eripedagoogi (sh logopeedi) kvalifikatsiooninõuded on erialane magistrikraad või sellele vastav kvalifikatsioon või eripedagoogi (logopeedi) kutse.

⁴⁶¹ Kutsestandard: Õpetaja, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10494424/pdf/opetaja-tase-6.1.et.pdf>

⁴⁶² Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee. 2013/14 andmed: Laste arv koolieelses lasteasutuses 68 684, alushariduse õpetajate arv 6841, alushariduse erirühma ja sobitusrühma õpetajate arv 83

⁴⁶³ Kutsestandard: Õpetaja, tase 7. Sihtasutus Kutsekoda. <http://kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10494558/pdf/opetaja-tase-7.5.et.pdf>

⁴⁶⁴ Üldhariduse pedagoogide kohta käiv statistika. Eesti Hariduse Infosüsteemi veebileht. <http://www.hm.ee/ehis/statistika.html>. Teenuseosutajate arv kajastab õpetajaskonna jaotust soo ja vanuse lõikes 2012/2013 õppeaastal.

⁴⁶⁵ Õpetajate koolituse raamnõuded (RT I 2000, 87, 575), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/128082013002>

⁴⁶⁶ Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee: Eripedagoogide arv üldhariduskoolides 2013/14 a

⁴⁶⁷ Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee: Eripedagoogide arv koolieelsetes lasteasutustes 2013/14 a

Spetsialist	Arv	Roll laste vaimse tervise valdkonnas	Nõutud kvalifikatsioon
Haridus- valdkond	Logopeed ⁴⁶⁸ 279 ⁴⁶⁹ 343 ⁴⁷⁰ (51 ⁴⁷¹) 503 ⁴⁷² 200 ⁴⁷³	Logopeedi põhilisteks tööülesanneteks on: kommunikatsiooni- ja neelamishäirete väljaväljaselgitamine (logopeediline diagnostika); kommunikatsiooni- ja neelamishäirete ennetamine (preventsioon); kommunikatsioonivõime ja/või neelamisfunktsiooni arendamine, taastamine ja kompenseerimine; kommunikatsiooni- ja/või neelamishäirega isiku, tema lähedaste ja teiste erialade spetsialistide nõustamine.	Logopeedil ja kliinilisel logopeedil on erialane kõrgharidus magistritasemel.
Haridus- valdkond	Sotsiaalpedagoog ⁴⁷⁴ 227 ⁴⁷⁵ 619 ⁴⁷⁶	Sotsiaalpedagoogi töö eesmärk on kohanemis-, käitumis- ja õpiprobleemidega, sõltuvusprobleemidega, sotsiaalse tõrjutuse ja hooletusse jätmiste probleemidega õpilaste ning nende vanemate sotsiaalse tegutsemisvõime ja toimetuleku toetamine.	Tavaliselt on 6. taseme sotsiaalpedagoogil erialane bakalaureusekraad ning kompetentside saavutamiseks vajalik töökogemus. Muu eriala bakalaureusekraadi omamisel peab olema läbitud sotsiaalpedagoogika- alane täiendkoolitus.
Haridus- valdkond	Noorsootöötaja ⁴⁷⁷ 16 ⁴⁷⁸	Individaalne töö noore ja noortegruppidega; koostöö noorte, nende vanemate, teiste huvi- ja sidusgruppide ning valdkondade spetsialistidega; noorega usaldusliku suhte loomine ning hoidmine; tingimuste loomine noore omaalgatuse ja vastutuse arenguks; noorsootöö tegevuste elluviimine; noorteinfo vahendamine. Tema eesmärk on juhendada noorte mitteformaalse õppimise protsessi, kasutades noortele arendavateks võimalusteks loodud tingimusi, toetada noorte arengut ning sotsialiseerumist. Noorsootöötaja töötab nii iseseisvalt kui ka meeskonna liikmena, arendustegevuses ja võrgustikutöös osaleb kõrgema taseme noorsootöötaja juhendamisel.	4. taseme noorsootöötaja kvalifikatsiooninõue on keskharidus, töö käigus omandatud kutseoskused ning läbitud erialane koolitus.

⁴⁶⁸ Kutsestandard: Logopeed, tase 7. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10463859/pdf/logopeed-tase-7.8.et.pdf>

⁴⁶⁹ Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee. 2013/14 andmed: Logopeedide arv üldhariduskoolides

⁴⁷⁰ Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee. 2013/14 andmed: Logopeedide arv koolieelsetes lasteasutustes

⁴⁷¹ Osutajate arv kajastab kutsetunnistusega 7. ja 8. taseme logopeede.

⁴⁷² Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee. 2013/14 andmed: Laste arv üldhariduskoolides 1., 2., 3. astmel ja gümnaasiumis 140 467. Koolieelses lasteasutuses koolipsühholoogid puuduvad.

⁴⁷³ Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee. 2013/14 andmed: Laste arv koolieelses lasteasutuses 68 684

⁴⁷⁴ Kutsestandard: Sotsiaalpedagoog, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10499791/pdf/sotsiaalpedagoog-tase-6.1.et.pdf>

⁴⁷⁵ Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee. 2013/14 andmed: Sotsiaalpedagoogide arv üldhariduskoolides

⁴⁷⁶ Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee. 2013/14 andmed: Laste arv üldhariduskoolides 1., 2., 3. astmel ja gümnaasiumis 140 467. Koolieelses lasteasutuses sotsiaalpedagoogid puuduvad.

⁴⁷⁷ Kutsestandard: Noorsootöötaja, tase 4. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10452095/pdf/noorsootootaja-tase-4.4.et.pdf>

⁴⁷⁸ Osutajate arv kajastab 4. 6. ja 7. taseme kutsetunnistusega noorsootöötajaid

	Spetsialist	Arv	Roll laste vaimse tervise valdkonnas	Nõutud kvalifikatsioon
Julgeoleku-valdkond	Politsei	2776 ⁴⁷⁹	Politsei ülesanded on täpsemalt reguleeritud politsei ja piirivalve seaduse § 3 lg-s 1. Üldistatult on politsei ülesandeks avaliku korra tagamine, dokumentide ja tegevuslubade väljastamine, otsingu ja päästetööd, kodakondsuse ja migratsiooni valdkonnaga seotud asjade korraldamine, süütegude menetlemine ja karistuste täideviimine seaduses sätestatud alustel ja korras jt seadusest tulenevate ülesannete täitmine. Laste vaimse tervise valdkonnas kannab olulisemat rolli reeglina noorsoopolitsei. Politsei töö olulisemad aspektid hõlmavad pere- ja muu vägivallaga seotud süütegude menetlemist ning abivajavate laste varajast märkamist.	Politseiametnikul peab olema vähemalt keskharidus ja kutseharidus politsei või piirivalve erialal või kõrgharidus politsei või piirivalve erialal. Politseiharidust ei pea olema isikutel, kes on läbinud erialase koolituse ja kellel on muu kutseharidus või muu kõrgharidus või kellel on keskharidus ja laevapere liikme kvalifikatsiooni tõendav tunnistus. Samuti kuulub politseinike kvalifikatsiooninõuete hulka erinevad kehalise ettevalmistus ja eriettevalmistus.
Julgeoleku-valdkond	Kriminaalhooldaja	206 ⁴⁸⁰	Kriminaalhooldaja valvab kriminaalhooldusalse käitumise ja temale kohtu või prokuröri poolt pandud kohustuste täitmise järele ning soodustab kriminaalhooldusalse sotsiaalset kohanemist eesmärgiga mõjutada teda hoiduma kuritegude toimepanemisest kriminaalhooldusalse § 1 lg 1 kohaselt. Tegeletakse vaid alaealistega.	Vastavalt kriminaalhooldusalse § 13 lg 1 võib kriminaalhooldusametnikuks nimetada isiku, kellel on kriminaalhooldustööks vajalikud kõlbelised omadused ning vastav rakenduslik või akadeemiline kõrgharidus.
Julgeoleku-valdkond	Noorsoopolitsei	Pole teada	Seaduse tasandil noorsoopolitseiniku rolli ei eristata. Praktikas tegelevad siiski laste poolt ja laste suhtes toime pandud korrariikkumiste menetlemise, laste õiguste kaitse ja korrariikkumiste ennetamisega.	Samad kvalifikatsiooninõuded, mis teistelegi politseinikele.

⁴⁷⁹ Statistikaamet. http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/RAHVALOENDUS/REL2011/o8RAHVASTIKU_MAJANDUSLIK_AKTIIVSUS/o2HOIVATUD_JA_TOORANNE/o2HOIVATUD_JA_TOORANNE.asp Teenuse osutajate arv kajastab politseiinspektorite, uurijate ja politseinike arvu 31. detsember 2011. a seisuga. Hõivatud ametiala ja soo järgi 31. detsember 2011. a, politseiinspektori ja uurijad, politseinikud (RL0159).

⁴⁸⁰ Vanglateenistuse 2013. aasta ülevaade. Vanglateenistuse veebileht. <http://www.vangla.ee/57860>. Teenuseosutajate arv kajastab Tallinna, Tartu ja Viru vangla koosseisu kuuluvaid, kuid väljaspool vangla territooriumi asuvaid kriminaalhooldusametniku töökohti 2013. a seisuga.

Lisa 16. Valdkonda reguleerivad õigusaktid

1. Alaealise mõjutusvahendite seadus
2. Elatisabi seadus
3. Haldusmenetluse seadus
4. Haridus- ja teadusministri määrus Direktori, õppealajuhataja, õpetajate ja tugispetsialistide kvalifikatsiooninõuded
5. Haridus- ja teadusministri määrus Hariduslike erivajadustega õpilaste klassides ja rühmades õppe ja kasvatuse korraldamise alused ning õpilaste klassi või rühma vastuvõtmise või üleviimise, klassist või rühmast väljaarvamise ning ühe õpilase õpetamisele keskendatud õppe rakendamise tingimused ja kord
6. Haridus- ja teadusministri määrus Koduõppe ja haiglaõppe tingimused ja kord
7. Haridus- ja teadusministri määrus Kooli õppenõukogu ülesanded ja töökord
8. Haridus- ja teadusministri määrus Lapse erilasteaeda või -rühma vastuvõtmise ning väljaarvamise alused ja kord
9. Haridus- ja teadusministri määrus Nõustamiskomisjonile taotluse esitamise tingimused ja kord
10. Haridus- ja teadusministri määrus tugispetsialistide teenuse kirjelduse kohta
11. Haridus- ja teadusministri määrus Tugispetsialistide teenuse kirjeldus, selle teenuse riigi poolt osutamise ulatus, tingimused ja kord ning teenuste hinnad
12. Haridusministri määrus Alaealiste komisjoni poolt määratud isiku juurde vestlusele suunamise, kasvatuse eritingimusi vajavate õpilaste kooli suunamise ja noorteprogrammides osalemise kord
13. Haridusministri määrus Koolieelse lasteasutuse pedagoogide kvalifikatsiooninõuded
14. Haridusministri määrus Koolieelse lasteasutuse personali miinimumkoosseisu kinnitamine
15. Haridusministri määrus Pedagoogide atesteerimise tingimused ja kord
16. Isikuandmete kaitse seadus
17. Justiitsministri määrus Kriminaalhooldusametniku täiendavate kvalifikatsiooninõuete kehtestamine ning tööülesannete loetelu, mille täitmisel ei pea ametnikul olema vastavat rakenduslikku või akadeemilist kõrgharidust
18. Karistusseadustik
19. Koolieelse lasteasutuse seadus
20. Kriminaalhooldusseadus
21. Kriminaalmenetluse seadustik
22. Kutseseadus
23. Lastekaitse seadus
24. Ohvriabi seadus
25. Perekonnaseadus
26. Psühhiaatrilise abi seadus
27. Põhikooli ja gümnaasiumi seadus
28. Rahvastikuregistri seadus
29. Rahvatervise seadus
30. Ravikindlustuse seadus
31. Sotsiaalhoolekande seadus
32. Sotsiaalministri määrus Asenduskodule, koolkodule või noortekodule esitatavad nõuded lapse ajutiselt perekonda andmise korraldamiseks
33. Sotsiaalministri määrus Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused
34. Sotsiaalministri määrus Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused
35. Sotsiaalministri määrus Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord
36. Sotsiaalministri määrus Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika

37. Sotsiaalministri määrus Koolikohustuse täitmise edasilükkamise tingimused ja kord
38. Sotsiaalministri määrus koolitervishoiuteenust osutava õe tegevused ning nõuded õe tegevuste ajale, mahule, kättesaadavusele ja asukohale
39. Sotsiaalministri määrus Lapse perekonnas hooldamisele ja selle korraldamisele ning hooldamisel kasutatavatele ruumidele esitatavad nõuded
40. Sotsiaalministri määrus Laste hoolekandetasutuse tervisekaitsenõuded
41. Sotsiaalministri määrus Ohjeldusmeetmete rakendamise jälgimise sagedus, ohjeldusmeetme rakendamise järgse vestluse läbiviimise ning ohjeldusmeetme rakendamise kohta isikule selgituste andmise tingimused ja kord ning Terviseametile ohjeldusmeetmete rakendamisest teavitamise kord ja esitatavate andmete loetelu
42. Sotsiaalministri määrus Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend
43. Sotsiaalministri määrus Psühhiaatrilise sundravi osutajale esitatavad nõuded, psühhiaatrilise sundravi nõuded ja tervishoiuteenuse osutaja töökorraldus kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi kohaldamisel
44. Sotsiaalministri määrus Tervisekaitsenõuded asenduskoduteenusele
45. Sotsiaalministri määrus Tervisekaitsenõuded koolieelses lastetasutuses tervise edendamisele ja päevakavale
46. Sotsiaalministri määrus Tervisekaitsenõuded lapsehoiuteenusele
47. Sotsiaalministri määrus Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni töökord, tervishoiuteenuse kvaliteedile hinnangu andmise kord ja komisjoni moodustamine
48. Sotsiaalministri määrus Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded
49. Sotsiaalministri määrus Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded
50. Sotsiaalministri määrus Õendusabi erialade loetelu
51. Sotsiaalministri määrus Õendushaiglas iseseisvalt osutada lubatud õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning nõuded statsionaarse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikule töötajate koosseisule, ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele
52. Tervise infosüsteemi põhimäärus
53. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus
54. Tsiviilkohtumenetluse seadustik
55. Tsiviilseadustiku üldosa seadus
56. Vabariigi Valitsuse määrus Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavate teenuste loetelu, teenuste hindade ja teenuse maksimaalse maksumuse kehtestamine
57. Vabariigi Valitsuse määruse „Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu“
58. Võlaõigusseadus
59. Väärteomenetluse seadustik

Lisa 17. Illustratiivne juhtumiuuring võimalike arengustsenaariumitega

5-aastane Paul on 1. aastat uues lasteaias, ema-isa 33. a, noorem vend 2. a. Ema läinud 4 kuud tagasi tööle. Isa sõjaväelane, on just naasnud 3 kuud kestnud lähetusest, lähimad 6 kuud tegutseb Eestis. Vanavanemad ei aita. Lasteaiast mured novembris: "nagu ei kuuleks", on sõnakuulmatu, püsimatu ja teiste suhtes agressiivne. Laps sageli haige ja puudub palju. Teiste laste vanemad tõrjuvaks muutumas.

I stsenaarium

Aeg	Olukord	Olulised eeldused vastava etapi edukaks läbimiseks
Novembri I nädal	Lasteaia õpetaja vestleb perega, teadvustab pere keerulise olukorra ja elukaare etapi. Kõik loodavad, et isa kohalolek aitab lapsel taas rahuneda. Lepitakse kokku, et probleemide püsimisel kaastakse Rajaleidja keskuse spetsialist lasteaeda nõustama ning antakse info kuidas jõuda perekeskusesse nõustamisele. Lasteaed teavitab aegsasti Rajaleidja keskust võimalikus vajadusest lapse vaatluseks aega planeerida. Vanematel soovitatakse koostöös perearstiga teha selgeks kas rahutuse põhjuseks ei ole mõni kehaline haigus. Olemasolul võib vestluse juures olla lasteaia tervisehoiutöötaja.	Vanematega vestlused on planeeritud lasteaiaõpetaja päevakavasse ja rühmas on alati vähemalt kaks täiskasvanut tööl. Lasteaia tervisehoiutöötaja puudumisel on vaja koostöös vanematega sisulist kontakti perearstikeskuse vaimse tervise õega. Personalile on tagatud täiendõpe ja supervisioon.
Novembri III nädal	Perearst leiab, et lapse kehaline tervis on korras. Vaimse tervise õde palub vanematel täita aktiivsus- ja tähelepanuhäire sõelküsimumstiku. Tulemused viitavad ATH-le ja laps suunatakse lastepsühhiaatri vastuvõtule koos täidetud saatekirjaga. Vaimse tervise õde selgitab vanematele, et lastepsühhiaatri vastuvõtule on vaja kaasa võtta kõik seni koostatud arvamused, lasteaia iseloomustus ja palub vanematel viia ATH sõelküsimumstik täitmiseks ka lasteaeda. Vanematele antakse info ATH tugiliidu ja muude infoallikate kohta. Vaimse tervise õde selgitab välja lapse päevakava ja toitumisharjumused ning nõustab vanemaid vajadusel muudatuste tegemiseks. Kuna ema puhkeb vestlusel mitu korda nutma lepitakse kokku korduv kohtumine süvenemaks ema võimalikku depressiooni. Kuna selgub, et ema on pikki perioode kahe lapsega kahekesi on vaja luua kontakt KOV lastekaitsega, kes leiaks vajadusel tagala olukordadeks, kus ema peab üksi lastega hakkama saama. Nt. ei saa vajadusel külastada õhtuti ATH tugiliidu kohtumisi või minna enda depressiooniga arsti juurde kuna pole võimalik leida kedagi lapsi hoidma.	Vaimse tervise õde töötab perearstikeskuses, küsimustikud on tõlgitud, valideeritud ja kasutamine selgeks õpitud. Perearsti täiendkoolitus sisaldab teadmist laste rahutu ja püsimatu käitumise olulistest põhjustest. Õega kohtumisteks kulub vähemalt tund aega.
Detsembri III nädal	Laps viibib koos perega 4 päeva lastepsühhiaatria päevastatsionaaris uuringutel, mille kokkuvõttes selgub, et lapsel põhidiagnoosiks on ATH diagnoos, mis käesolevalt ei vaja meditsiinilist ravi, vaid jätkuvat keskkonna kohandamist lapse vajadustele vastavaks. Vanemad annavad tagasiside nii lasteaeda kui Rajaleidjasse, kes jätkavad koostöös eakohase arenguga, kuid ATH diagnoosiga lapse aitamist tavarühmas. Vanematel soovitatakse liituda ATH tugiliidu koolituste ja tugirühmaga.	Järjekorra pikkus ei ole 12 kuud, sest esmatasandi sekkumised on vähendanud põhjendamatute pöördumiste hulka ja ennetavad kiireid ägenemisi.

Aeg	Olukord	Olulised eeldused vastava etapi edukaks läbimiseks
	Koostöös lasteaia, Rajaleidja ja KOV-ga soovitatakse vajadusel leida lapsele koolieelseks õppeaastaks tugiisik kui olukord rühmas ei parane Rajaleidja juhendamisel rakendatavate eripedagoogiliste sekkumiste foonil. Soovitus jätkata koostööd perekeskusega vastavalt vajadusele. Haigla sotsiaaltöötaja kontakt KOV-i lastekaitsega, et tagada emale vajadusel abi. Lastepsühhiaater julgustab ema perearsti juures oma depressiooni ravima.	
Jaanuari I nädal	Pere jõuab perenõustamisele, kus lapse probleemi arutades selgub ka vanemate paarisuhte probleem ja mõlema abitus kahe väikese lapse kasvatamisel. Lepitakse kokku esmased 6 kohtumist sagedusega 1-2 korda kuus, et selgitada, mida teha lapse arengu toetamiseks ja agressiivse käitumise vähendamiseks ning paarisuhte väljakutsete lahendamiseks.	Mõlema vanema tööandja toetab vajadusel tööajast perenõustamisel käimist.
Jaanuari III nädal	Vanemad perekeskuses. Ema loeb kodus ATH tugiliidu koduleheküljelt materjale.	
Jaanuari III nädal	Rajaleidja spetsialisti ja lasteaiakasvataja kontakt (Skype, telefon) olukorra hindamiseks ja vajadusel uute soovitude andmiseks. Vanemad perekeskuses. Laste õhtune käitumine on rahulikum kuna vanemad leiavad enam jõudu nendega mängida ja teadvustavad vajadust oma vanem poeg õigel ajal magama panna. Lasteaias on olukord mõnevõrra parem, vanemate hirm lastele järgi minnes halbu uudiseid kuulda on vähenenud.	
Veebruari II nädal	Vanemad perekeskuses. Otsustavad mitte lahutada, vaid leida võimalusi paarisuhte parandamiseks.	
Veebruari III nädal	Vanemad perekeskuses. Mõlemad vanemad loevad ja arutavad ATH tugiliidu koduleheküljelt materjale ja on otnud endale soovitud	
Märtsi I nädal	Rajaleidja spetsialisti ja lasteaiakasvataja kontakt (Skype, telefon) olukorra hindamiseks ja vajadusel uute soovitude andmiseks. Lasteaed jätkab lapse toetamist.	
Märtsi IV nädal	Vanemad perekeskuses. Mõlemad vanemad loevad ja arutavad ATH tugiliidu koduleheküljelt materjale.	
Aprilli I nädal	Vanemad perekeskuses. Lepivad kokku järgmised kohtumised või lõpetavad visiidid, kuid lepivad kokku kuidas pöörduda probleemide korral.	
Mai I nädal	Lasteaia teadvustatakse, et algab isa 3 kuuline lähetus ja väike poiss koos emaga võib vajada enam toetust.	
6. eluaasta enne kooli	Ema pöördub koos Pauliga lastepsühhiaatri ambulatoorsesse vastuvõttu seisundi vahehindamiseks, et aidata leida õige õppevorm ja vajadusel alustada med. raviga. Kaasas iseloomustus lasteaia ja koolivalmiduskaart, kui see on juba koostatud. Lapse käitumine rühmas on rahuldav, kuid õppetöö juures segab häiritud keskendumine. Ravimit ei ole vaja rakendada kuna üldine toimetulek ja koolieelne ettevalmistus sujuvad rahuldavalt, õppetöö ajal aitab last individuaalselt abiõpetaja. Vanemad on kontaktis ATH tugiliiduga, külastavad aeg-ajalt	

Aeg	Olukord	Olulised eeldused vastava etapi edukaks läbimiseks
	teadmiste uuendamiseks või vahetamiseks koolitusi/tugigruppe. Ema ootab peale perearsti poolt läbi viidud 7-kuulist depressiooni ravi III last ning on perearsti ja ämmaemanda jälgimisel.	
	Koos lastepsühhiaatriga planeeritakse kohtumine I õppeaasta I veerandi lõppu, et hinnata koolis toimetulekut, planeerida täiendavat abi sh. alustada med. raviga. Vajadusel toimub juba enne kooli võrgustikukohtumine klassijuhataja ja vanematega.	
7. eluaastast edasi	Ilma käitumishäireta ATH-ga lapse õpib tavakoolis üldklassis. Kool on teadvustanud lapse probleeme ja teab, millal pöörduda Rajaleidjasse või lastepsühhiaatri poole. Vanematel on oskused ATH-ga last kasvatada, nad on teadvustanud, kuidas ja millal abi küsida ja teavad eeldatavasti, kuidas ennetada ema järgmist depressiooni episoodi. Vanemad ei lahuta, ei loobu töökohast, ATH-ga laps lõpetab põhikooli, omandab eriala ja asub tööle. Teine laps jätkab lasteaias, kus on kogemus vaimse tervise probleemidega laste aitamiseks.	

II Stsenaarium

Aeg	Olukord
Novembri I nädal	Lasteaiaõpetaja vestleb perega. Kõik loodavad, et ajaga lapse käitumine paraneb. Mõlemad lapsed on olnud nädala palavikuga kodus. Vanematel soovitatakse koostöös perearstiga teha selgeks, kas rahutuse põhjuseks ei ole mõni kehaline haigus.
Novembri III nädal	Perearst leiab, et Pauli kehaline tervis on korras.
Detsembri III nädal	Teised lapsevanemad koostavad lasteaia juhatajale kirja eemaldada Paul agressiivsuse tõttu rühmast. Ema kuuleb sellest neljapäeval Paulile järele minnes
Detsembri III nädal	Pere pöördub koos mõlema ägedalt haigestunud väikevenna ja nohuse Pauliga reede õhtul lastehaigla valvearsti poole. Emal pisarais, rahulolematu valvearsti pika järjekorraga, jääb mõlema lapsega kolmeks päevaks haiglasse. Võtab haiguslehe ja jääb kuni aastavahetuseni lastega koju.
Jaanuari I nädal	Paul läheb lasteaeda, kus juba I päeva õhtuks avaldatakse vanematele rahulolematust tema sõnakuulmatuse pärast. Ema vestlus ülemusega sagedaste haiguspäevade pärast.
Veebruari I nädal	Rahulolematus lasteaias süvenenud. Ema nutab, ei maga öösel. Vanemad otsustavad, et ema tuleb töölt ära ja jääb lastega koju.
Märtsi I nädal	Ema ja isa tülid sagenevad, ema pettunud, pisarais ja abikaasat süüdistav, kuna pidi loobuma erialasest tööst ja kahe rahutu lapsega päevad on rasked. Isa süüdistav ja õhtuti sageli sõpradega väljas, alkoholi kuritarvitamine.
Märtsi IV nädal	Sõbranna soovitab Rajaleidjasse pöörduda, et Pauli osas nõu saada ning lohutab ema, et ta suudaks olukorraga leppida, sest üksi on lapsi veel raskem kasvatada.
Aprilli IV nädal	Kohtumine Rajaleidjas, kus leitakse, et Paulil võiks tegemist olla ATH-ga ning asutakse otsima uut lasteaeda. Suunatakse lastepsühhiaatri juurde.
Mai III nädal	Isa läheb taas 3 kuuks lähetusele. Selgub uus lasteaed, kuhu Paul saab asuda augustis.
Juuli	Ema unetu, nutab öösel laste eest salaja, ootab augustit. Lapsed rahutud, kaklevad pidevalt. On unustanud lastepsühhiaatri vastuvõtule aega kinni panna.

Aeg	Olukord
August	Paul ei saa veel lasteaeda minna kuna on taas nohune, ema käib temaga perearsti juures. Ema nutune, abikaasat süüdistav ja kurnatud.
September	Paul asub uude lasteaeda, kus juba I nädalal algavad probleemid. Isa teatab emale, et on leidnud uue elukaaslase ning kolib välja.
Oktoober	Paul taas haige. Meeleheitel ema sõidab laupäeval mõlema lapsega lastehaiglasse, kus jäetakse 2 päevaks ravile. Pediaater kutsub lastepsühhiaatri nutva ema juurde. Emal diagnoositakse depressioon. Paulile leitakse novembris uuringute aeg. Emal raskused sissetulekuga.
November	Paul viibib koos ema ja vennaga 4 päeva lastepsühhiaatria päevastatsionaaris uuringutel, mille kokkuvõttes selgub, et Pauli põhidiagnoosiks on ATH diagnoos, kaasnevaks kohanemishäire seoses vanemate lahutuse ja ema depressiooniga. Enne med. ravi vajalik keskkonna kohandamine lapse vajadustele vastavaks ja ambulatoorne pereteraapia haigla pereterapeudi juures lahutatud vanematele oma laste toetamiseks ja vanemliku rolli jätkamiseks. Koostöös lasteaia, Rajaleidja ja KOV-iga soovitatakse kindlasti leida lapsele koolieelseks poolaastaks rühma tugiisik. Haigla sotsiaaltöötaja kontakt KOV-i lastekaitsega, et tagada emale vajadusel abi, kuna ema sissetulek on ebapiisav toimetulekuks. Lastepsühhiaater suunab ema perearsti juures oma depressiooni ravima. Paulile leitakse võimalus loovteraapiaks, kuid emal on esialgu raske seda organiseerida kuna käib taas tööl. Vanematel soovitatakse liituda ATH tugiliidu koolituste ja tugirühmaga. Perega toimuvast eemale jäänud isa umbusaldav nii arstide kui ema suhtes, on hakanud alkoholi tarbima, uus elukaaslane ootab last, isal ei jätku väidetavalt sissetulekuid laste toetamiseks. Ema annab tagasiside nii lasteaeda kui Rajaleidjasse. Lasteaias nõutakse med. ravi, tugiisiku plaani suhtes ollakse umbusaldavad.
6. eluaasta, veebruar enne kooli.	Paul pöördub planeeritud lastepsühhiaatri ambulatoorseks vastuvõtuks seisundi hindamiseks, et hinnata lapse seisundit ja soovitude mõju lapse olukorrale. Kaasas iseloomustus lasteaiast, koolivalmiduskaart, kui see on juba koostatud. Ema on seni käinud üksi 4 korda pereterapeudi juures. Pauli käitumine rühmas on rahuldav, kuid õppetöö juures segab häiritud keskendumine ja käitumine on tihti probleemne. Jaanuariks leiti tugiisik. Õhtuti kodus esineb raevuhooge, nutlikkust ja vihasena pea vastu seina löömist. Ema on lugenud ATH tugiliidu materjale, alustanud kuu aega tagasi ravi antidepressandiga. Lastepsühhiaater alustab Pauli ravi antidepressandiga ja leitakse uus võimalus loovteraapiaks.
Veebruar-märts	Paul käib med. ravi alustamise ja seisundi jälgimise foonil kaks korda kuus psühhiaatri vastuvõtul.
Aprill-september	Paul käib psühhiaatri vastuvõtul kord kuus. Paar korda Rajaleidjas, et saada korda väikeklassi suunamine. Astub loodetavasti väikeklassi.
7. eluaasta ja edasi	Suure tõenäosusega hakkab hiljemalt II klassis med. ravi saama (pikatoimeline metüülfenidaat). I-III klass psühhiaatri amb. vastuvõtul vähemalt 8 korda aastas. Lõpetab kodus elades 9-klassi ja asub ametit õppima. Ema jõuab vahepeal laste kõrvalt ATH tugiliidu kohtumistele.

III stsenaarium

Aeg	Olukord
Novembri I nädal	Lasteaiaõpetaja vestleb perega. Kõik loodavad, et ajaga lapse käitumine paraneb. Mõlemad lapsed on olnud nädala palavikuga kodus. Vanematel soovitatakse koostöös perearstiga teha selgeks, kas rahutuse põhjuseks ei ole mõni kehaline haigus.
Novembri III nädal	Perearst leiab, et Pauli kehaline tervis on korras.
Detsembri III nädal	Teised lapsevanemad koostavad lasteaia juhatajale kirja eemaldada Paul agressiivsuse tõttu rühmast. Ema kuuleb sellest neljapäeval Paulile järele minnes
Detsembri III nädal	Pere pöördub koos mõlema ägedalt haigestunud väikevenna ja nohuse Pauliga reede õhtul lastehaigla valvearsti poole. Emal pisarais, rahulolematu valvearsti pika järjekorraga, jääb mõlema lapsega kolmeks päevaks haiglasse. Võtab haiguslehe ja jääb kuni aastavahetuseni lastega koju.
Jaanuari I nädal	Paul läheb lasteaeda, kus juba I päeva õhtuks avaldatakse vanematele rahulolematust tema sõnakuulmatuse pärast. Ema vestlus ülemusega sagedaste haiguspäevade pärast.
Veebruari I nädal	Rahulolematus lasteaias süvenenud. Ema nutab, ei maga öösel. Vanemad otsustavad, et ema tuleb töölt ära ja jääb lastega koju.
Märtsi I nädal	Ema ja isa tülid sagenevad, ema pettunud, pisarais ja abikaasat süüdistav kuna pidi loobuma erialasest tööst ja kahe rahutu lapsega päevad on rasked. Isa süüdistav ja õhtuti sageli sõpradega väljas, alkoholi kuritarvitamine.
Märtsi IV nädal	Sõbranna soovib Rajaleidjasse pöörduda, et Pauli osas nõu saada ning lohutab ema, et ta suudaks olukorraga leppida, sest üksi on lapsi veel raskem kasvatada.
Aprilli IV nädal	Kohtumine Rajaleidjas, kus leitakse, et Paulil võiks tegemist olla ATH-ga ning asutakse otsima uut lasteaeda. Suunatakse lastepsühhiaatri juurde.
Mai III nädal	Isa läheb taas 3 kuuks lähetusele. Selgub uus lasteaed, kuhu Paul saab asuda augustis.
Juuli	Ema unetu, nutab öösel laste eest salaja, ootab augustit. Lapsed rahutud, kaklevad pidevalt. On unustanud lastepsühhiaatri vastuvõtule aega kinni panna.
August	Paul ei saa veel lasteaeda minna, kuna on taas nohune, ema käib temaga perearsti juures. Ema nutune, abikaasat süüdistav ja kurnatud.
September	Paul asub uude lasteaeda, kus juba I nädalal algavad probleemid. Isa teatab emale, et on leidnud uue elukaaslase ning kolib välja.
Oktoober	Paul taas haige. Meeleheitel ema sõidab laupäeval mõlema lapsega lastehaiglasse, kus jäetakse 2 päevaks ravile. Pediaater kutsub lastepsühhiaatri nutva ema juurde. Ema leitakse depressioon. Paulile leitakse novembrisse uuringute aeg. Emal raskused sissetulekuga.
November	Emal pole võimalust Pauliga uuringutele minna, kuna väiksem laps on sel hetkel raskesti haige ning uus aeg saadakse alles 3 kuu pärast. Ema unustab depressiooni tõttu uuel ajal Pauliga arsti juurde minna. Ema käib kolm korda oma depressiooni osas teraapias, kuid need on hektilised ega loo soovitud tulemust.
7-11. eluaasta	Paul läheb kooli, tekivad õpiraskused, Paul jääb II klassi kursust kordama. III klassis õpetajate tungival soovitusel läheb ema Pauliga siiski psühhiaatri juurde vastuvõtule, kus Paulil tuvastatakse ATH. Paulile määratakse med.ravi (pikatoimelist metüülfenidaat), kuid kuna teda ümbritsevas keskkonnas ei toimu sisulisi muutusi, ei oma see soovitud mõju.

Aeg	Olukord
12. eluaasta	Uus klassijuhataja ja mitmed aineõpetajad, kellega enam kontakti ei saa. Õpiprobleemid. Esimesed koolist puudumised ja poevargus. Kontakt lastekaitsega. Alaealiste komisjoni istung. Mõned kuud hiljem klassist hulkumised, alkohol, narkootikumid.
13-15. eluaasta	Paul kaks kuni kolm korda psühhiaatrilisel statsionaarsel ravil keskmiselt 14 päeva. Peale autoavariid purjus peaga sõites nädala ortopeedia osakonnas stats. ravil, sääreluumurd paraneb, kuid peapõrutus jätab peavalud ja ärrituvuse ülejäänud eluks. Kahel korral aasta sõltuvushäirete rehab. keskuses.
16. eluaasta	Ema paralleelselt hädas noorema venna käitumishäirete ja algavate õpiraskustega. II depressiooni episood. Vormistab puude nii vanemale pojale kui endale, kuna ei ole võimalik täis koormusega tööl käia ja lastele järelvalvet tagada.
16. eluaasta	Eluasemeprobleemidega ema kolib Tallinnast ära, uues vallas avastatakse 4 kuu pärast probleemne poiss, kes ei õpi kutsekoolis, vaid elab kodus, hulgub, on ema vastu verbaalselt vägivaldne. Peale korduvaid autovarguseid ja purjus peaga kihutamist suunatakse Tapa Erikooli, kust viibib peale suitsiidkatset lastepsühhiaatrilisel stats. ravil.
17. eluaasta	Paul satub 3 kuuks Jõhvi Noortevanglasse. Tuvastatakse orgaaniline ajukahjustus, impulsiivsus, vägivaldus.
20. eluaasta	Paul saab isaks, on 18. aastase elukaaslase suhtes juba tema lapseootuse aja vägivaldne. Paul tööl ei käi, vormistab vanglate vahepeal puude.

Lisa 18. Poliitikasoovituste võimalik positiivne mõju, indikaatorid ja riskikohad

nr	Soovitus	Võimalik indikaator/mõõdik	Positiivsed mõjud	Ohud ja riskikohad
1.1	Luua riiklikul tasandil ühtne vaimse tervise poliitika, määrata nimetatud valdkonna koordineerija ning omistada talle konkreetne vastutus.	Poliitika on valdkondade üleselt loodud, valitsuse poolt kinnitatud, rakendusplaan on tehtud ja valdkonna vastutav üksus määratud (JAH/EI).	Valdkonna juhtimine ja arendamine; Valdkonnas ühtne põhikontakt; Katmata vajaduste tuvastamine; Dubleerivate tegevuste tuvastamine.	Uus vaimse tervise poliitika ei saa piisavalt laia toetust ega poliitilist eestvedamist/konsensust; Oht muutuda järjekordseks deklaratiivseks dokumendiks, millele rakendustegevusi ei järgne.
1.2	Mitte eristada laste ja täiskasvanute vaimse tervise valdkondi (laste ja perele heaolu vaade).	Loodud kontseptsioon keskendub lastele ja perele ning laiema täiskasvanute vaimse tervise temaatikaga eksisteerib identne ühisosa (JAH/EI).	Tulemuslikum sekkumine; Ressursside efektiivsem kasutamine.	Vastutuse hajusus erinevate osakondade/valdkondade vahel.
1.3	Viia läbi vaimse tervise valdkonnas õigusaktide koostöö analüüs ning ühtlustada õigusaktide aluspõhimõtteid.	Vastavasisuline projekt algatatud (JAH/EI).	Erinevate valdkondade suurem ühilduvus, spetsialistide parem koostöö, teenuste suurem efektiivsus.	Keeruline ning aeganõudev riigiülene protsess. Raske leida konsensust.
2.1	Luua ühtsed rahastuse alused ja eesmärgid ning ministeeriumite ülene ühtne rahaliste vahendite koordineatsioon (nt lastekaitsekoostöö).	Ministeeriumite ülene koordineerimisüksus on loodud ning vastavad õigused/kohustused selgelt paika pandud (JAH/EI).	Dubleerivate tegevuste elimineerimine; Vahendite efektiivsem kasutus lähtuvalt võimalikust ühismõjust.	Poliitiliselt mõjutatav, keeruline leida konsensust; Puudub lihtne rakendusmehhanism.
2.2	Vähendada projektipõhise finantseerimise osakaalu kogu valdkonna rahastamisest.	Poliitikavisiioonist lähtuv rahastuse aluste kontseptsioon on loodud ja kinnitatud – rahastus planeeritud minimaalselt 5 aastaks (JAH/EI).	Stabiilsuse ning jätkusuutlikkuse kasv valdkonnas.	Riigieelarve kulude kasv.
2.3	Suunata valdav osa esmase ja teisese tasandi sekkumiste rahastusest lapse igapäevasesse keskkonda.	Ühtse rahastuse koordineerimise loomisest tekib ülevaade rahastuse mahtudest ning nende rakendamiskeskondadest - sealt võimalik mõõta lasteadeade/koolide osakaalu kogu esmase ja teisese tasandi rahastusest (%).	Puudub uue infrastruktuuri loomise vajadus; Lihtsam integreerida olemasolevasse süsteemi kui luua uus; Kuluefektiivsus.	Perearstide/õdede/õpetajate/lasteaia õpetajate koormus ei pruugi võimaldada võtta täiendavat rolli; Keerulise valdkonna delegerimine suurele hulgale inimestele vähendab efektiivsust (kvaliteet, valdkonna prioriteetsus).
3.1	Luua ühtne järelevalve ja teenus-standardite süsteem vaimse tervise teenuste osutajatele.	Ülevaetlik järelevalvemehhanism on loodud (JAH/EI); Kinnitatud teenus-standardite osakaal olulisematest teenustest (nt (loov)teraapia, psühholoogiline nõustamine jt) (%).	Teenuste kvaliteedi tõus; Adekvaatse juhtimisinfo omandamine.	Halduskulude kasv; Võimalik puudujääk teenusepakkujates; Teenuste kallinemine tulenevalt kõrgendatud nõuetele vastamisest.

nr	Soovitus	Võimalik indikaator/mõõdik	Positiivsed mõjud	Ohud ja riskikohad
3.2	Luua ühtne (või vähemalt valdkonnapõhine) indikaator teenuste kvaliteedi ning sekkumiste tegeliku toimivuse ja tulemuslikkuse hindamiseks.	Välja on valitud laste ja pere heaolu indikaatori komponendid ning sätestatud sisendandmete allikad (nt skriiningtegevused) (JAH/EI); Vajadusel on terviseprofili on sisse viidud laste ja pere heaolu mõõdikud (JAH/EI).	Tagasiside muudatuste mõjust/vajadusest; Lihtsasti mõistetav valdkonna arengu kommunikatsiooni instrument.	Oht muutuda järjekordseks kasutust mitteleidvaks statistikaks, mida kogutakse, kuid ei suudeta tulemuslikult kasutada.
3.3	Juurutada stabiilne strateegiliselt planeeritud pilootprojektide läbiviimise praktika enne üle-Eestilise mõjuga muudatuste tegemist (teenuste laiendamine, valdkonnaülelised koostööprojektid jms).	Pilootprojektide osakaal, mis toimuvad kooskõlastatult koordineeriva ministriumiteülese lastekaitsekoostöö vms üksusega (%). Pilootprojektide osakaal, mis toetavad elukaarepõhist kontseptsiooni nendes osades, kus hetkel teenused veel puuduvad ja probleemid ei ole lahendatud (%).	Ebaefektiivsete algatuste peatamine enne suuremahuliste investeeringute tegemist; Ressursside kokkuhoid.	Aeganõudev protsess laiemate sihtgruppideeni jõudmiseks.
4.1	Tugevdada panustamist ennetusse ja määratleda tõenduspõhiste programmide osas kõige olulisemad sihtrühmad, nende kaetuse eesmärgid ja selekteerida konkreetsed laiendatavad programmid.	Loodud universaalse ennetussüsteemi visioon (nn valge raamat) ning see erinevate osapooltega kooskõlastatud ja kinnitatud (JAH/EI); Valges raamatus on fikseeritud ja valdkondade üleselt kokku lepitud tähtsamad sihtrühmad, vajalikud ennetusprogrammid ning nende kaetuse ulatuse eesmärgid (JAH/EI); Kokku on lepitud pikaajalises rahastuses ja selle jaotuses erinevate valdkondade eelarvete vahel (JAH/EI).	Eelduslik ressursisääst tagajärgedega tegelemise vähendamisest.	Keeruline projektide valikut teha ning prioriteete seada; Ressursimahukas tegevus.
5.1	Tugevdada oluliselt tänast esmase sekkumise tasandit (kõigi valdkondade puhul - lasteaed, kool, tervisekeskus).	Esmatasandi teenuste osakaal vaimse tervise poliitikas sätestatud sihttasemest (%); Osakaal, kui paljudes kohalikes tervisekeskustes kättesaadavad vaimse tervise esmatasandi nõustamise teenused (nt vaimse tervise õe kaudu) (%); Osakaal lasteaia- ning kooliõpetajatest, kes on läbinud vaimse tervise täiendõppe programmid (%).	Eelduslik ressursisääst tagajärgedega tegelemise vähendamisest.	Ressursimahukas tegevus; Spetsialistide ebapiisavus (eriti väiksemates piirkondades); Spetsialistide ebaühtlane tase võib mõjutada tegevuste kvaliteeti; Ulatuslik koolitus- ja täiendõppe vajadus. Uute rollide (nt vaimse tervise õe) juurutamine ning vajaliku ressursi koolitamine võib võtta aastaid.

nr	Soovitus	Võimalik indikaator/mõõdik	Positiivsed mõjud	Ohud ja riskikohad
5.2	Viia esmatasandile sisse vaimse tervise laiapõhjaline hindamine/skriining: kindlad elukaarest lähtuvad kontrollpunktid.	Välja on valitud kontrollpunktid ning nende tarbeks on välja töötatud skriiningsüsteem (JAH/EI); Osakaal lastest, kes läbivad vastavaid skriininguid (%).	Adekvaatne informatsioon vaimse tervise probleemide osas ning võimalus hinnata tehtud muudatuste mõju; Usaldusväärne alus riskirühmadele fokusseeritud teenuste pakkumiseks; Universaalne viis tuvastamiseks võimalikke probleeme varajases staadiumis.	Ressursimahukas tegevus; Spetsialistide ebapiisavus (eriti väiksemates piirkondades); Spetsialistide ebahühtlane tase mõjutab andmete kvaliteeti ja usaldusväärsust; Nõuab täiendava ressursi suunamist ka teise sekkumise tasandile, muidu pole skriining tulemuslik.
5.3	Luua mehhanismid abi suunatud osutamiseks kõrgendatud riskigruppidele.	Osakaal riskirühma kuuluvatest lastest, kelle suhtes on teostatud skriiningu tulemustest lähtuvad kokkulepitud jätkutegevused (%).	Universaalne viis tuvastamiseks võimalikke probleeme varajases staadiumis või pidurdama nende edasist süvenemist.	Ressursimahukas tegevus; Võib nõuda täiendava ressursi suunamist ka kolmandase sekkumise tasandile, muidu ei pruugi tegevus olla tulemuslik (sõltub sekkumise vajadusest).
5.4	Kaaluda võimalusi ka seadusandlikult esmatasandi skriiningute läbimist perele kohustuslikuks või sisemiselt motiveerivaks teha.	Vajadusel loodud seadusandlikult reguleeritud süsteem skriinimise jaoks (JAH/EI).	Laiapõhjaliste tulemuste (kaetuse) saavutamine.	Võimalikud õiguslikud takistused või vastumeelsuse tekkimine kohustuslikus korras teostatava skriiningu osas.
6.1	Kehtestada oluliste laste vaimse tervise spetsialistide kutsekvalifikatsiooni nõuded.	Kinnitatud kutse-standardite osakaal olulisematest spetsialistidest (nt terapeudid, psühholoogid) (%).	Spetsialistide kvaliteedi tõus; Usaldusväärsuse tõus.	Võimalik puudujääk teenust osutavates spetsialistides; Teenuste kallinemine tulenevalt kõrgendatud nõuetele vastamisest.
6.2	Parandada esmatasandi spetsialistide täiendkoolituste kvaliteeti ja suurendada mahtu (eriti suhtlemisoskuste osas).	Sätestatud täiendõppe koolitused läbinud spetsialistide osakaal (%).	Spetsialistide kvaliteedi tõus; Efektiivsem infoedastus (sõnumi vastuvõtt abivajaja poolt).	Ressursimahukas tegevus; Spetsialistid ei pruugi võtta õpetatavat kergesti omaks.
6.3	Kaaluda võimalusi spetsialistide erialast killustatust vähendada või leida variante, kuidas olemasolevate spetsialistide tegevusvälja laiendada kogukonna tasandil.	Kohaliku tasandi laste ja pere võrgustikutöö koolitustel osalenud võrgustike arv / spetsialistide arv / spetsialistide valdkondade esindatuse mitmekesisus.	Abivajajal lihtsam tuvastada, kelle poole pöörduda (hõlpsam orienteeruda); Soodustab spetsialistide vahelist koostööd ning võimaldab näha laiemat pilti.	Eesti väiksus ja suur stigma vaimse tervise probleemide vastu võib teatud sekkumised ebapopulaarseks teha (nt kogukonnapsühholoogi/sotsiaalnõustajat ei usaldata pereprobleemidega); Sügavamalt spetsialiseerunud teenuse kättesaadavuse vähenemine.
7.1	Lähtuda teenuste loomisest ja pakumisel perekonna vaadest ja vajadustest, mitte olemasolevatest teenustest.	Teenusega rahulolu küsitluse tulemused lapsevanemate seas (%).	Osutatud teenuste tõhususe/mõjususe kasv.	Nõuab spetsialistidelt väga head teenuste ülevaate omamist ning head organiseerimis- ja algatusvõimet; Võib vähendada teenuse kättesaadavust.

nr	Soovitus	Võimalik indikaator/mõõdik	Positiivsed mõjud	Ohud ja riskikohad
7.2	Toetada spetsialistide võrgustike moodustamist valdkondadeülelselt.	Juhtumite arv, kuhu kaasati eri valdkondade spetsialistide (tk); Valdkonnaülestel koolitustel/infopäevadel osalenud spetsialistide arv (tk).	Paranenud infovahetus ja koostöö spetsialistide vahel; Spetsialistide töömotivatsiooni kasv; Spetsialistide kvaliteedi tõus.	Eesti natuurile on omane kinnine loomus; Keeruline mõõta tegevuste tulemuslikkust (nt ühistel koolitustel võib olla tore, aga kas ka kasulik?).
7.3	Määrata iga juhtumi puhul vastutav juhtumikorraldaja, kes koordineerib teiste spetsialistide tööd ning monitoorib, et vaimse tervise probleemi lahendamiseks koostatud tegevuskava reaalselt lapse igapäevases keskkonnas ka järgitakse.	Määratud juhtumikorraldajatega juhtumite osakaal (%).	Teenuste suurem mõjus, kuna kokkulepitud tegevused teostatakse monitooringu tagajärjel; Paranenud infovahetus ja koostöö spetsialistide vahel; Konkreetne vastutus ja rollide selgus.	Võib osutada keeruliseks määrata õiget juhtumikorraldajat; Ressursimahukas tegevus.
8.1	Toetada teadlikkuse tõusu vaimse tervise valdkonnast ning aidata kaasa valdkonna negatiivse kuvandi muutmiseks ühiskonnas.	Oma-algatuslikult nõustamisele pöördunud lapsevanemate arv (tk).	Suurenenud julgus abi otsida; Laiapõhjalised ühiskondlik arutelu ja valdkonna tähtsustamine ühiskonnas.	Keeruline mõõta teavitustegevuste mõjust.
8.2	Viia läbi teavituskampaaniad vaimse tervise teenuste teadlikkuse tõstmiseks nii lapsevanemate kui ka spetsialistide seas.	Oma-algatuslikult nõustamisele pöördunud lapsevanemate arv (tk).	Suurenenud lapsevanemate endi skriinimise võime ning teadmised, millal abi otsida; Spetsialistidel paremad teadmised võimalikest teenustest/lahendustest.	Keeruline mõõta teavitustegevuste mõjust; Võib nõuda täiendava ressursi suunamist ka esmase/teisese sekkumise tasandile kui nõudlus peaks hüppeliselt kasvama.
8.3	Koostada spetsialistidele informeerivad juhendid isikuandmete kaitse seaduse ja selle piirangute osas.	Juhendmaterjalid on koostatud ja spetsialistideni toimetatud (JAH/EI).	Paranenud infovahetus ja koostöö spetsialistide vahel.	Vabama infovahetuse tõttu suureneb oht informatsiooni kuritarvitamisest.
8.4	Koostada abimaterjalid kohalikele omavalitsustele.	Juhendmaterjalid on koostatud ja KOVideni toimetatud (JAH/EI).	Selgus KOV tasandil, millistes tegevustesse on enam mõtet panustada; Ressursi efektiivsem kasutus.	Materjali muutumine kontroll-leheks, mitte toetavaks tööriistaks (teenuseid ei kohandata kohalikele oludele vastavaks).
9.1	Eesmärgistada ja luua ja süsteem valdkonna statistika ja muu vajaliku info kogumiseks, et vajalikud andmed oleksid kättesaadavad (kohalikul ja üleriigilisel tasandil) ning omavahel võrreldavad.	Analüüsitud ning otsustatud, millist statistikat ning millises andmebaasis tuleb koguda (JAH/EI).	Adekvaatse juhtimisinfo omandamine; Eelduse loomine vajaduspõhiseks sekkumiseks.	Halduskulude kasv informatsiooni koostajatele.

nr	Soovitus	Võimalik indikaator/mõõdik	Positiivsed mõjud	Ohud ja riskikohad
9.2	Korrastada vaimse tervise valdkonnaga seonduvate infosüsteemide halduse poliitika.	Vastavasisuline projekt algatatud (JAH/EI).	Adekvaatse juhtimisinfo omandamine; Dubleerivate tegevuste elimineerimine; Paranenud informatsiooni liikuvus spetsialistide vahel.	Väga keeruline riigiülene projekt; Väga ressursimahukas.

Lisa 19. Kasutatud allikad

Kõik kasutatud allikad

1. 2014. aasta riigieelarve seadus (RT I 28.12.2013, 10), Riigi Teataja.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/128122013010>
2. A profile of children's health services, child and adolescent mental health services and maternity services in England 2008/9, (2010), Durham University. <http://dro.dur.ac.uk/8220/1/8220.pdf>
3. Abortide arv naise vanuserühma ja elukoha järgi 10-17 a, 2013. a (RK01), Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>.
4. Alaealiste komisjonide 2013. aasta statistika ülevaade EHISE andmete põhjal (2013). Eesti Noorsootöö Keskus. <http://www.entk.ee/sites/default/files/AEK%20%C3%BClevaade%202013.pdf>
5. Amos, M. (2009) Rahvastiku vaimse tervise edendamine Eestis läbi seadusandlike vahendite. Magistritöö rahvatervishoius. Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi RaTeRa – Rahvatervishoiu raamatukogu veebileht. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/769>
6. Analüüsi ja statistika osakonna põhimäärus (2014) Sotsiaalministeerium.
[http://sotsiaalministeerium.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium kontaktid/Ministeeriumi tutvustus ja struktuur/analuusi ja statistika osakond .pdf](http://sotsiaalministeerium.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/analuusi_ja_statistika_osakond.pdf)
7. Andmekaitse Inspektsiooni põhimäärus ja koosseis (RT I, 05.03.2013, 5), Riigi Teataja.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/105032013005?leiaKehtiv>
8. Andmete esitamine riigi andmekogudele valdades ja linnades (2013), Riigikontroll.
<http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2304/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>
9. AS Hoolekandeteenuste veebileht.
<http://www.hoolekandeteenused.ee/pages/valisveeb/ettevottest/ueldinfo.php>
10. Asenduskodus kasvanud noorte valmisolek iseseisvaks eluks. Praxis. 2011. http://www.sos-lastekyla.ee/wp-content/uploads/2014/05/Asenduskodude_uuring-2011.pdf
11. Asenduskoduteenuste kasutajad maakonna järgi, 31. detsember 2013. a (SK03), Statistikaamet.
[http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/11Sotsiaalne kaitse/02Sotsiaalabi/07Vanemliku hoolitsuseta lapsed/07Vanemliku hoolitsuseta lapsed.asp](http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/11Sotsiaalne_kaitse/02Sotsiaalabi/07Vanemliku_hoolitsuseta_lapsed/07Vanemliku_hoolitsuseta_lapsed.asp)
12. Auditaruanded. Riigikontrolli veebileht.
<http://www.riigikontroll.ee/Riigikontrollipublikatsioonid/Auditaruanded/tabid/206/Audit/2163/language/et-EE/Default.aspx>
13. Avalike teenuste korraldamise roheline raamat (2013), Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium.
https://www.mkm.ee/sites/default/files/avalike_teenuste_korraldamise_roheline_raamat.pdf
14. Avalike teenuste ühtne portfelli juhtimine (2013), Riigikantselei, PwC.
https://www.mkm.ee/sites/default/files/avalike_teenuste_uhtne_portfelli_juhtimine.pdf
15. Bogdanov, H., Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi RaTeRa – Rahvatervishoiu raamatukogu veebileht.
<http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>
16. Blueprints for healthy youth development. <http://www.blueprintsprograms.com/>
17. Central Intelligence Agency. The World Factbook. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>
18. Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) Tier 4 Report (2014), CAMHS Tier 4 Steering Group. <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/07/camhs-tier-4-rep.pdf>
19. Children and Young People. Mental Health Foundation veebileht.
<http://www.mentalhealth.org.uk/help-information/mental-health-a-z/C/children-young-people/>
20. Common Core of Skills and Knowledge (2010), Children's Workforce Development Council.
<http://www.yor-ok.org.uk/YorOK->

[Workforce/Common%20core%20of%20skills%20and%20knowledge%20for%20the%20childrens%20workforce.pdf](#)

21. Conti and Heckman, 2013; Campbell et al., 2014, Heckman et al., 2006
22. CV-Online palgauuring. CV-Online Estonia OÜ veebileht. www.cv.ee
23. Dokumendi- ja infolahenduse hetkeolukorra ja rahvusvaheliste kogemuste analüüs (2014), Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, PwC. https://www.mkm.ee/sites/default/files/lopparuanne_-_dokumendi-ja_infolahenduse_hetkeolukorra_ja_rahvusvaheliste_kogemuste_analuus_1_2.0.pdf
24. Early identification, assessment of needs and intervention. The Common Assessment Framework for children and young people. A guide for practitioners (2009), Children's Workforce Development Council. http://www.plymouth.gov.uk/caf_for_practitioners_national_guidance.pdf
25. Edovald, T. (2005) Ülevaade alaealiste kuritegevuse vähendamise strateegiatest ja programmidest maailmas. http://www.kuriteoennetus.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=20397/risikifaktorid+ja+sekkumise_d.pdf
26. Edovald, T. (2010) Ennetustööst laste tulemuste parandamiseks.
27. Edovald, T. (2010) Vanemlusprogrammid kui vahend vanemlike oskuste parendamiseks.
28. Edovald, T., Roosa, A. (2011) Gordoni perekooli mõjust lastevanematele ja lastele viie koolituskursuse näitel. http://www.sinamina.ee/public/dokumendid/raport_veeb_2012.pdf
29. Eesti E-tervise Sihtasutuse veebileht. <http://www.e-tervis.ee/index.php/et/eesti-etervise-sihtasutus/eesti-etervise-sihtasutus>
30. Eesti Haigekassa seadus (RT I 2000, 57, 374), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/833252>
31. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu (RT I, 29.12.2013, 57), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/129122013057>
32. Eesti kooliõpilaste tervisekäitumine: 2009/2010. õppeaasta Eesti HBSC uuringu raport (2012), Tervise Arengu Instituut. Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi veebileht RaTeRa – Rahvatervishoiu raamatukogu. <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5577/1/Aasvee2012.pdf>
33. Eesti Noorsootöö Keskuse veebileht. <http://www.entk.ee/>
34. Eesti Teadusagentuuri veebileht. <http://www.etag.ee/teadusagentuur/>
35. Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument (2002), Praxis. <http://praxis.ee/wp-content/uploads/2014/03/2002-Eesti-vaimse-tervise-poliitika.pdf>
36. Effective Joint Working between Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) and Schools (2003), Mental Health Foundation. <http://www.healthcareforlondon.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/03/Effective-Joint-Working-working-CAMHS-and-Schools.pdf>
37. Elanike osatähtsus mittetöötavates leibkondades vanuserühma ja soo järgi, 0-17 a, 2013. a (LES10), Statistikaamet. http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/SOTSIAALELU/12SOTSIAALNE_TERJUTUS_LAEKENI_INDIKAATORID/01VAESUS_JA_EBAVERDSUS/01VAESUS_JA_EBAVERDSUS.asp
38. Elukaare etapid. Kursuse „Inimese elukulg“ veebileht. http://www.hariduskeskus.ee/opiobjektid/elukulg/?INIMESE_ARENG:ELUKAAR:Elukaare_etapid
39. Elussünnid vanuserühma ja maakonna järgi 10-17 a, 2013. a (SR01), Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>
40. Environmental Risk Factors and Children's Mental Health Problems. Princeton University. <http://www.findyouthinfo.gov/youth-topics/youth-mental-health/risk-and-protective-factors-youth>
41. Environmental Risk Factors and Children's Mental Health Problems. Princeton University. <https://www.princeton.edu/~ota/disk2/1986/8603/860306.PDF>
42. Eriõde. Tartu Tervishoiu Kõrgkooli veebileht. <http://www.nooruse.ee/est/sisseastumine/oppekavad/rakenduskorgharidus/eriode/>
43. Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009-2015 (2009), Sotsiaalministeerium. http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiusustem/esmatasandi_arengukava_2009-2015.pdf
44. Estonian Health Care Expenditure in 2011. http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5578/3/Eigo2012_inglisk.pdf

45. E-tervise algselt kavandatud eesmärgid täitmata (2014), Riigikontroll.
<http://www.riigikontroll.ee/tabid/168/amid/557/ItemId/703/language/et-EE/Default.asp>
46. E-tervise ja tervisesüsteemi arenduse osakonna põhimäärus (2014), Sotsiaalministeerium.
http://sotsiaalministeerium.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/e-tervise_ja_tervisesusteemiarenduse_osakond.pdf
47. Tööelu arengu osakonna põhimäärus (2014), Sotsiaalministeerium.
http://sotsiaalministeerium.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/tooelu_arengu_osakond.pdf
48. European Commission (2013). Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health.
http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf
49. Exploring Risk Factors for the Emergence of Children's Mental Health Problems. Arch Gen Psychiatry (Vol 63, nr 11, November 2006). <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=668222>
50. Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsioonikeskuse veebileht. <http://www.hnrk.ee/>
51. Haridus- ja Teadusministeeriumi põhimäärus (RT I 2005, 11, 45), Riigi Teataja.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/109012014018?leiaKehitiv>
52. Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee 2013/14 andmed: Laste arv üldhariduskoolides 1., 2., 3. astmel ja gümnaasiumis 140 467. Koolieelses lasteasutuses koolipsühholoogid puuduvad.
53. Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee 2013/14 andmed: Logopeedide arv koolieelsetes lasteasutustes
54. Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee 2013/14 andmed: Logopeedide arv üldhariduskoolides
55. Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee 2013/14 andmed: Sotsiaalpedagoogide arv üldhariduskoolides
56. Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee: Eripedagoogide arv koolieelsetes lasteasutustes 2013/14 a
57. Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht haridussilm.ee: Eripedagoogide arv üldhariduskoolides 2013/14 a
58. Hariduse Infotehnoloogia Sihtasutuse põhikiri. <http://www.hitsa.ee/files/HITSA-P%C3%95HIKIRI.pdf>
59. Hariduse Infotehnoloogia Sihtasutuse veebileht. <http://www.hitsa.ee/sihtasutusest>
60. Hariduslike erivajadustega õpilane. Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht.
<http://www.hm.ee/et/tegevused/alus-pohi-ja-keskharidus/hariduslike-erivajadustega-opilane#hev>
61. Hinnang arstiabi kättesaadavusele ja kvaliteedile ning tervishoiukorraldusele (PT05). Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas.
<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>
62. International profiles of HealthCare Systems (2013), The Commonwealth Fund.
<http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2013/nov/international-profiles-of-health-care-systems>
63. Investing in Children. <http://Investinginchildren.eu>
64. Juhendmaterjal perevägivala vähendamiseks ja ennetamiseks (2011), Justiitsministeerium.
http://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/www.kriminaalpoliitika.ee/files/elfinder/dokumendid/perevagivala_juhis_kovidele_veebi.pdf
65. Justiitsministeeriumi põhimääruse kinnitamine (RT I 1997, 1, 7), Riigi Teataja.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/12898206&leiaKehitiv>
66. Kasearu, K., Trumm, A. (2013) Noorteseire Eestis: NEET – Noored, kellega keegi ei arvesta ja kes kuskil ei käi? http://prav.is.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Too-ja_Sotsiaalpoliitika/08_46_56_300_Poliitikaylevaade_5_veeb.pdf
67. Katri-Evelin Kalaus, Eesti Asenduskodu Töötajate Liidu veebileht. <http://www.eatl.ee/psuhholoogid-psuhhiaatrid-terapeudid-ja-koik-teised/>
68. Katri-Evelin Kalaus: psühholoogid, psühhiaatrid, terapeudid ja kõik teised, Postimees (15.03.2011).
<http://arvamus.postimees.ee/403090/katri-evelin-kalaus-psuhholoogid-psuhhiaatrid-terapeudid-ja-koik-teised>

69. Kinnises asutuses viibivate laste kognitiivsete ja isiksuslike omaduste ning vaimse tervise, sõltuvuskäitumise ja sotsiaalse tausta uuring. (2014) Justiitsministeerium.
70. Klassikursuse kordajad üldhariduses õppevormi, klassi ja soo järgi, 2013. a (HT231). Statistikaamet. <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/05Haridus/14Uldharidus/14Uldharidus.asp>
71. Kleinberg, A. (2013) Ülevaade laste vaimse tervise valdkonnast Eestis. http://www.sm.ee/fileadmin/piiratudkaust/RTP/Kleinberg_27.pdf
72. Kodanikuühiskonna tugistruktuurid. Siseministeeriumi veebileht. <https://www.siseministeerium.ee/kodanikuuhiskonna-tugistruktuur/>
73. Kohalike omavalitsuste eelarved ja ülevaated. Rahandusministeerium. <http://www.fin.ee/kov-eelarved-ulevaated>
74. Kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajate haridus (2012), Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon. <http://www.eswa.ee/index.php?picfile=875>
75. Kohaliku omavalitsuse funktsioonid. Siseministeeriumi veebileht. <https://www.siseministeerium.ee/5979/>
76. Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus (RT I, 1993, 37, 558). <https://www.riigiteataja.ee/akt/126032013006>
77. Kohaliku omavalitsuse üksuste võimekuse indeks (2012), Geomedia. https://www.siseministeerium.ee/public/KOV_indeks_2013_aruanne_final.pdf
78. Kohtusse saadetud isikud menetlusliigi järgi, menetlused kokku, alaealiste arv, 2013. a (JS006). Statistikaamet. http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/17Eigus_ja_turvalisus/02Kuritegevus/02Kuritegevus.asp
79. Kontrollkäik Jõhvi Noorukite ravi- ja rehabilitatsioonikeskusesse (2014), Õiguskantsleri Kantselei. http://oiguskantsler.ee/sites/default/files/field_document2/kontrollkaigu_kokkuvote_johvi_noorukite_ravi_ja_rehabilitatsioonikeskus.pdf
80. Kriminaalpoliitika veebileht, <http://www.kriminaalpoliitika.ee/et/programm-riskilapsed-ja-noored/programm-tosiste-kaitumisprobleemidega-noortele>
81. Kuni 18-aastaste laste tervisekontrolli juhend. <http://www.ravijuhend.ee/downloader.php?file=guide-44-doctype27>
82. Kuritegevuse ennetamine (2010), Sisekaitseakadeemia õppeveeb. http://stud.sisekaitse.ee/Vanaisak/Kriminaalpreventsioon/kuritegevuse_ennetamine.html
83. Kutsestandard, Ämmaemand, tase 6, AS Kutsekoda, Kutsekoda veebileht. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10470049/pdf/ammaemand-tase-6.7.et.pdf>
84. Kutsestandard: Kliiniline psühholoog, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10453817/pdf/tegevusterapeut-tase-6.5.et.pdf>
85. Kutsestandard: Kliiniline psühholoog, tase 7. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10489529/pdf/kliiniline-psuhholoog-tase-7.5.et.pdf>
86. Kutsestandard: Koolipsühholoog, tase 7. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10517093/lae/koolipsuhholoog-iv-tase-7-14pdf>
87. Kutsestandard: Logopeed, tase 7. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10463859/pdf/logopeed-tase-7.8.et.pdf>
88. Kutsestandard: Noorsootöötaja, tase 4. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10452095/pdf/noorsootootaja-tase-4.4.et.pdf>
89. Kutsestandard: Sotsiaalpedagoog, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10499791/pdf/sotsiaalpedagoog-tase-6.1.et.pdf>
90. Kutsestandard: Sotsiaaltöötaja, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10536213/pdf/sotsiaaltootaja-tase-6.7.et.pdf>
91. Kutsestandard: Tervisedendaja, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda. <http://kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10515907/pdf/tervisedendaja-tase-6.4.et.pdf>
92. Kutsestandard: Õpetaja, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10494424/pdf/opetaja-tase-6.1.et.pdf>

93. Kutsestandard: Õpetaja, tase 7. Sihtasutus Kutsekoda.
<http://kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10494558/pdf/opetaja-tase-7.5.et.pdf>
94. Kutsestandard: Ämmaemand, tase 6. Sihtasutus Kutsekoda.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/108122011010>
95. Kutsetunnistuse tasu. Eesti Õpetajate Liidu veebileht. http://www.opetajaliit.ee/?page_id=1209
96. Käitumisprobleemidega lastele valiti sekkumisprogramm, Postimees (15.04.2014).
<http://www.postimees.ee/2762574/kaitumisprobleemidega-lastele-valiti-sekkumisprogramm>
97. Lahutused ühiste alaealiste laste arvu, mehe elukoha ja asustusüksuste liigi järgi, 1 või enam last, 2013. a (RV35). Statistikaamet. <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/03Rahvastikusundmused/04Abielulahutused/04Abielulahutused.asp>
98. Lapsevanema suhtlustreening Gordoni perekool. MTÜ Perekoolitusühingu Sina Ja Mina veebileht.
<http://www.sinamina.ee/ee/koolitused/gordoni-perekool/>
99. Laste heaolu (2013) Eesti Statistika. http://www.stat.ee/publication-download-pdf?publication_id=34248
100. Laste ja noorte tervise edendamine (2014), Tervise Arengu Instituut.
<http://www.tai.ee/et/tegevused/tervise-edendamine/laste-ja-noorte-tervise-edendamine>
101. Laste ja noorte valdkondadeülese tugisüsteemi väljaarendamise lähtealused (2014), Haridus- ja Teadusministeerium, Sotsiaalministeerium, Justiitsministeerium. Sotsiaalministeeriumi veebileht.
http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/tugisu_steemi_lahtealused_tervikdokument.pdf
102. Laste- ja noorukitepsühhiaatria kõrvaleriala arengukava 2012-2020 (2012), Sotsiaalministeerium. Sotsiaalministeeriumi veebileht. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/THO/Laste-ja_noorukiteps%C3%BChhiaatria_k%C3%BCrvaleriala_arengukava.pdf
103. Laste ja perede arengukava 2012-2020 (2011), Sotsiaalministeerium.
http://lapsedjapered.sm.ee/fileadmin/Sisu_laadimine/Lapsed_ja_pered/Alusdokumendid/Laste_ja_perede_arengukava_2012_-_2020.pdf
104. Laste ja perede osakonna põhimäärus (2014), Sotsiaalministeerium.
http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/laste_ja_perede_osakond.pdf
105. Laste vaesuse ja materiaalse ilmajäetuse määr vanuserühma ja soo järgi, 0-17 a, 2013. a (LES81). Statistikaamet. http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/12Sotsiaalne_terjutus_Laakeni_indikaatorid/001Laste_vaesus_ja_toimetulek/001Laste_vaesus_ja_toimetulek.asp
106. Lastekaitse korralduse uuendamise alusanalüüs (2013), Sotsiaalministeerium, PwC.
http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/lastekaitse_alusanaluus_pwc_2013_27.11_2.pdf
107. Lastekaitse Liidu „Koolirahu“ programmi veebileht. <http://koolirahu.lastekaitseliit.ee/>
108. Lastekaitse Liidu programmi „Kiusamisest vabaks“ veebileht. <http://kiusamisestvabaks.ee/projekti-tutvustus/>
109. Lastekaitse Liidu Targalt Internetis veebileht. <http://www.targaltinternetis.ee/projektist/aastaraport/>
110. Lasteombudsman koostas abivajavast lapsest teatamise juhendi (28.12.2011), Õiguskantsleri Kantselei.
<http://oiguskantsler.ee/et/lasteombudsman-koostas-abivajavast-lapsest-teatamise-juhendi>
111. Lasteombudsmani veebileht. <http://lasteombudsman.ee/>
112. Loeber, R., Farrington, D. P. (1998). Never too early, never too late: Risk factors and successful interventions for serious and violent juvenile offenders. Studies on Crime and Crime Prevention
113. Lääne-Viru Omavalitsuste Liidu veebileht.
<http://www.virumaa.info/static/files/063/noustamiskeskused.pdf>
114. Markina, A., Žarkovski, B. Laste hälbiv käitumine Eestis. (2014). Justiitsministeerium. Justiitsministeeriumi kriminaalpoliitika osakonna veebileht.
http://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/www.kriminaalpoliitika.ee/files/elfinder/dokumendid/laste_kaitumise_uuring_2014.pdf
115. Mental health risk and protective factors (2012-2013), Kids Matter - Australian Primary Schools Mental Health Initiative.

- http://www.kidsmatter.edu.au/sites/default/files/public/KMP_C3_RPFCMH_MentalHealthRiskAndProtectiveFactors.pdf
116. Mental Health Action Plan 2013-2020 .WHO (2013)
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
 117. Mental Health and Work: Norway (2013), OECD. <http://www.oecd.org/els/emp/mental-health-and-work-norway-9789264178984-en.htm>
 118. Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health (2013), European Commission.
http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf
 119. Mis on Riigikontroll. Riigikontrolli veebileht.
<http://www.riigikontroll.ee/Riigikontrollkuiasutus/tabid/106/language/et-EE/Default.aspx>
 120. Naistekliiniku ämmaemandad algatasid sünnitusjärgsed koduvisiidid, Tartu Ülikooli Kliinikum, Kliinikumi Leht (19.02.2014). <http://www.kliinikum.ee/leht/kliinikud-teenistused/1086-naistekliiniku-aemmaemandad-algatasid-suennitusjaergsed-koduvisiidid->
 121. National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. Core standards (2004), Department of Health.
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/199952/National_Service_Framework_for_Children_Young_People_and_Maternity_Services_-_Core_Standards.pdf
 122. Noorteühing TORE veebileht. <http://www.tore.ee/>
 123. OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014 (2014), OECD. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-norway-2014/mental-health-in-norway_9789264208469-8-en;jsessionid=566i2l17bvhoa.x-oecd-live-02
 124. Ohvriabi seadus (RT I 2004, 2, 3), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/115032014024>;
 125. Ohvriabi veebileht. <http://www.ohvriabi.ee/>
 126. Organisatsioonist. Sihtasutus Innove veebileht. <http://innove.ee/et/organisatsioonist>
 127. Perearst võib järgmisest aastast oma patsiendi ilma erialarsti saatekirjata psühholoogi vastuvõtule suunata, Veebileht 60+ (28.10.2014). <http://www.60pluss.ee/2970615/perearst-voib-jargmisest-aastast-oma-patsiendi-ilma-erialarsti-saatekirjata-psuhholoogi-vastuvotule-suunata>
 128. Perearst: ühe arsti kohta olgu kaks öde. Eesti Päevaleht (02.10.2012).
<http://epl.delfi.ee/news/eesti/perearst-uhe-arsti-kohta-olgu-kaks-ode?id=65047036>
 129. Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend (RT 2010, 3, 52), Riigi Teataja.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/13263878?leiaKehtiv>
 130. Perearstiabi korraldus: Kas süsteem täidab sellele pandud ülesandeid? (2011) Riigikontroll.
http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/4741/1/Riigikontroll2011_2.pdf
 131. Perekonnas hooldamisel olevad lapsed aasta lõpus, laste arv kokku, 2013. Sotsiaalministeeriumi S-veebi andmebaas <https://sveeb.sm.ee/>
 132. Pereteraapiast. Eesti Pereteraapia Ühingu veebileht. <http://pereterapeudid.ee/pereteraapiast/>
 133. Postal survey of services for child and adolescent mental health problems in general practice in England, Primary care Mental Health (Vol 1, nr 1, March 2003),
<http://www.ingentaconnect.com/content/rmp/pcmh/2003/00000001/00000001/art00004>
 134. Programm „Kiusamisvastane kool“. <http://www.kivaprogram.net/estonia>
 135. Programmi The Incredible Years veebileht. <http://incredibleyears.com/about/incredible-years-series/>
 136. Prokuratuuri veebileht. <http://www.prokuratuur.ee/et/prokuratuur>
 137. Puudega inimesed vanuserühma, soo ja maakonna järgi, 1. jaanuar, 2014. a, 0-15 a (THV23), Statistikaamet. http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/13Tervishoid/03Puudega_inimesed/10Uldandmed/10Uldandmed.asp
 138. Põhikooli- ja gümnaasiumiseadus (RT I 2010, 41, 240), Riigi Teataja.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/115032014037> ;
 139. Päästeameti veebileht. <http://www.rescue.ee/392>
 140. QNCC Teenuste osutamise standardite lühiversioon. Väljavõte teenuste osutamise standardite 3. Trükist. Toimetajad: Rachel Barrett, Carly Butler, Elizabeth Collins, Anne O'Herlihy ja Peter Thompson
 141. QNIC Teenuste osutamise standardid (Service Standards) 7. trükk. Toimetajad: Peter Thompson ja Harriet Clarke

142. Rahulolu perearstisüsteemiga vanuse järgi (PT07). Rahulolu kasutatud tervishoiuteenusega (PT01). Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas.
<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>
143. Rahvastik põlisuse, kodakondsuse, soo, vanuserühma ja maakonna järgi, 31. detsember 2011, kodakondsus määramata, 0-19 a (RL0529). Statistikaamet. http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvaloendus/REL2011/06Pelisus_ja_ranne/05Polis_ja_valis_rahvastik/05Polis_ja_valis_rahvastik.asp
144. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020. Sotsiaalministeerium. <http://www.sm.ee/et/tervis>
145. Rajaleidja keskused. Rajaleidjad.ee veebileht. <http://rajaleidja.ee/rajaleidja-keskused/>
146. Regionaalhaldus – maavalitsused, Siseministeerium. <https://www.siseministeerium.ee/14220/>
147. Regionaalsete vaimse tervise keskuste väljaarendamine (2014), Sotsiaalministeerium.
http://www.innove.ee/UserFiles/Karj%C3%A4%C3%A4riteenused/Karj%C3%A4%C3%A4riteenused/Koost%C3%B6%C3%B6/Karj%C3%A4%C3%A4riteenuste%20koost%C3%B6%C3%B6kogu/Memod/25.02.2014/Lisa_4_Regionaalsed%20vaimse%20tervise%20keskused_E_Haas_Sotsiaalministeerium.pdf
148. Reguleeritud Põhikooli ja gümnaasiumi seaduse § 51 lg 1. Põhikooli- ja gümnaasiumiseadus (RT I 2010, 41, 240), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/13332410>
149. Residentuuri programm peremeditsiini erialal (2011), Tartu Ülikool.
<http://www.med.ut.ee/sites/default/files/med/peremeditsiiniresidentuuriprogramm2011.pdf>
150. Residentuuri programm psühhiaatria erialal (2011), Tartu Ülikool.
<http://www.med.ut.ee/sites/default/files/med/psuhhiaatriaresidentuuriprogramm2011.pdf>
151. Residentuuri programm psühhiaatria erialal, kõrvaleriala: laste- ja noorukite psühhiaatria (2011), Tartu Ülikool. <http://www.med.ut.ee/sites/default/files/med/lastepsresidentuuriprogramm2011.pdf>
152. Riigi asutatud sihtasutustele toetuste andmine ja nende sihipärane kasutamine (2014), Riigikontroll.
<http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2315/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>
153. Riigi infosüsteemi haldussüsteemi veebileht. <http://riha.eesti.ee>
154. Riigi- ja kohaliku omavalitsuse asutuste riiklik register.
<http://register.fin.ee/register/index.php?tunnus=nimi>
155. Riigi tegevus e-tervise rakendamisel (2014), Riigikontroll.
<http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2311/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>
156. Riigikohtu aktuaalne praktika tsiviilasjades 01.01.-30.04.2014 (2014), Riigikohus.
http://www.riigikohus.ee/vfs/1706/Riigikohtu_praktika_ylevaade_tsiviilasjad_2014_1.pdf
157. Riigikontrolli veebileht. <http://www.riigikontroll.ee>
158. Riikliku sotsiaalkindlustuse statistika (2013), Sotsiaalkindlustusamet.
http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/public/statistika_ja_eelarve/RSK_2013IV.xls
159. Risk Factors for Childhood Mental Health Symptoms: National Longitudinal Study of Australian Children. Pediatrics (Vol 128, nr 4, October 2011).
<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/08/30/peds.2011-0491.full.pdf>
160. Risk Factors Related to Children's Mental Health (2010), Community Action Network.
<http://canatx.org/health/PrescriptionForWellness/MentalHealth/Child/RiskFactors.htm>
161. Riskigrupisuurst kajastavad andmed 10.11.2012 seisuga. Andmed ja definitsioonid pärit Haridus- ja Teadusministeeriumi veebilehelt. https://www.hm.ee/sites/default/files/hev_kotseptsioon.pdf
162. Riskilapsed ja –noored programmi üldtutvustus. Eesti Noorsootöö Keskuse veebileht.
<http://www.entk.ee/riskilapsedjanoored/>
163. Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors(2012), WHO.
http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf
164. Sihtasutus Innove 2014. aasta eelarve, kinnitatud 09.12.2013.
http://www.innove.ee/UserFiles/Organisatsioonist/2014eelarve_kodulehele.pdf
165. Sihtasutus Innove veebileht. <http://www.innove.ee/>
166. Sihtasutus Innove veebileht. Korduma kippuvad küsimused. Innove.
<http://innove.ee/et/haridustugiteenused/rajaleidja-keskused/korduma-kippuvad-kysimused>
167. Sihtasutus Innove. Teavituskiri. Innove veebileht.
<http://www.innove.ee/UserFiles/Karj%C3%A4%C3%A4riteenused/Teavituskiri%20keskustele.pdf>
168. Sihtasutus Kutsekoda veebileht. <http://www.kutsekoda.ee/et/index>

169. Siseministeerium. Teavituskampaania „Tark vanem“. <http://tarkvanem.ee>
170. Siseministeeriumi ja Haridus- ja Teadusministeeriumi vaheline koostööleping 15.12.2009, Siseministeerium
171. Sotsiaalhoolekande seadus (RT I 1995, 21, 323), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122011047?leiaKehtiv>
172. Sotsiaalkindlustusameti 2013. aasta eelarve. Sotsiaalkindlustusamet. <http://sotsiaalkindlustusamet.ee/2013-aasta-eelarve/>
173. Sotsiaalkindlustuse osakonna põhimäärus (2014), Sotsiaalministeerium. http://sotsiaalministeerium.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/sotsiaalkindlustuse_osakond.pdf
174. Sotsiaalministeerium (2013). http://lapsedjapered.sm.ee/fileadmin/Sisu_laadimine/Lapsed_ja_pered/Uued_dokumendid/Vanemluspogrammide_vordlev_analueues_Loppraport.pdf
175. Sotsiaalministeerium. https://www.eesti.ee/est/toetused_ja_sotsiaalabi/sotsiaalteenused/sotsiaalteenused_1#Kohalike_omavalitsuste_teenused
176. Sotsiaalministeeriumi S-veebi andmebaas. <https://sveeb.sm.ee/>
177. Sotsiaalnõustamine haiglas (2007), Ida-Tallinna Keskhaigla. http://www.itk.ee/upload/files/Patsiendi-infomaterjal/ITK443_Sotsiaalnoustamine_haiglas.pdf
178. Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister (STAR) on riigi keskne andmekogu/infosüsteem, mis on asutatud juhtumikorralduse põhimõttel läbiviidava sotsiaaltöö korraldamiseks. Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistri asutamine ja selle pidamise põhimäärus (RT I, 12.12.2012, 4), Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/121052013015?leiaKehtiv>
179. Statistikaamet, rahvaloenduse andmetabel RL0743: alla 18-aastaste lastega perekondade arv seisuga 31.12.2011
180. Statistikaamet. http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/RAHVALOENDUS/REL2011/o8RAHVASTIKU_MAJANDUSLIK_AKTIIVSUS/o2HOIVATUD_JA_TOORANNE/o2HOIVATUD_JA_TOORANNE.asp Hõivatud ametiala ja soo järgi 31. detsember 2011. a, politseiinspektori ja uurijad, politseinikud (RL0159).
181. Survey Guidelines (2011), Massachusetts Institute of Technology. <http://web.mit.edu/surveys/survey-guidelines.pdf>
182. Sünnikaal ja sündide arv raseduskestuse või elulisuse ja maakonna järgi, enneaegsed lapsed, 2013. a (SR30), Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>
183. Teadus. Haridus- ja Teadusministeeriumi veebileht. <http://www.hm.ee/et/tegevused/teadus#hallatavad>
184. Koolieelse lasteasutuse psühhosotsiaalse keskkonna hindamise töövahend. Tervise Arengu Instituudi terviseinfo veebileht. <http://www.terviseinfo.ee/et/toeovahendid/toovahendid/lasteaiapsuhhosotsiaalse-keskkonna-hindamise-toovahend>
185. Tervist edendavate koolide võrgustik. Tervise Arengu Instituudi terviseinfo veebileht. <http://www.terviseinfo.ee/tervise-edendamine/koolis/tervist-edendavate-koolide-vorgustik>
186. Tervist edendavate lasteaedade võrgustik. Tervise Arengu Instituudi terviseinfo veebileht. <http://www.terviseinfo.ee/tervise-edendamine/lasteaias/tervist-edendavate-lasteaedade-tel-vorgustik/vorgustiku-liikmed>
187. Tervise Arengu Instituudi veebileht. <http://www.tai.ee>
188. Tervise Arengu Instituut. Eestis algab alkoholi liigtarvitamise ennetamise teavitus „Vähem on parem“ <http://www.tai.ee/et/instituut/pressile/kampaaniate-arhiiv/2014/3518-vahem-on-parem>
189. Tervise Arengu Instituut. Estonian Health Care Expenditure in 2011. http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/5578/3/Eig2012_inglisk.pdf
190. Tervise Arengu Instituut. Läbiviidud kampaaniad <http://www.tai.ee/et/component/search/?searchword=kampaania&ordering=&searchphrase=all>
191. Tervise edendamine lasteaias. Terviseinfo veebileht <http://www.terviseinfo.ee/tervise-edendamine/lasteaias>

192. Tervise infosiüsteemi andmete kvaliteedi tõstmine (2014), Sotsiaalkindlustusamet.
<http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/alamleht/?page=3>
193. Terviseinfo veebileht. <http://www.terviseinfo.ee/tervise-edendamine/koolis/tervise-edendamine-koolis/koostooprojektid>
194. Tervishoiu jooksvad kulud teenuste pakkujate ja finantseerimise allikate lõikes 1999-2012 (KK10), Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas.
[http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Dialog/varval.asp?ma=KK10&ti=KK10%3A+Tervishoiu+jooksvad+kulud+teenuste+pakkujate+ja+finntseerimise++allikate+l%F5ikes+\(tuhat+eurot\)+++&path=../Database/THressursid/10THKogukulud/&lang=2](http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Dialog/varval.asp?ma=KK10&ti=KK10%3A+Tervishoiu+jooksvad+kulud+teenuste+pakkujate+ja+finntseerimise++allikate+l%F5ikes+(tuhat+eurot)+++&path=../Database/THressursid/10THKogukulud/&lang=2)
195. Tervishoiuteenused. Eesti Haigekassa veebileht.
<http://www.haigekassa.ee/haigekassa/statistika/tervishoiuteenused>
196. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis (2005), Sotsiaalministeerium.
http://ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf
197. The Common Core of Skills and Knowledge. (2010) Children's Workforce Development Council.
<http://www.yor-ok.org.uk/YorOK-Workforce/Common%20core%20of%20skills%20and%20knowledge%20for%20the%20childrens%20workforce.pdf>
198. The Family's House Organization and Professional Perspectives (2012), University of Tromsø.
http://uit.no/Content/303043/RKBU_Family_Electronic.pdf
199. The mental health of children and adolescents in Great Britain (2000), Office for national Statistics.
http://www.dawba.info/abstracts/B-CAMHS99_original_survey_report.pdf
200. The Protection of Children in England: A Progress Report (2009), The Lord Laming.
http://dera.ioe.ac.uk/8646/1/12_03_09_children.pdf
201. The social and cognitive mapping of policy: Mental Health in Norway Actors, Organisation and Knowledge (2008), Knowledge and Policy in education and health sektor.
<http://www.knowandpol.eu/IMG/pdf/o1.norwayhealth.pdf>
202. The Social Research Unit. <http://dartington.org.uk/>
203. Tugiisiku teenuse osutamise kord (RT IV, 10.11.2012, 51), Riigi Teataja.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/410112012051>
204. Töötajate heaolu edendamine koolis (2010), Tervise Arengu Instituut ja Ida-Soome Ülikool.
https://intra.tai.ee/images/prints/documents/132576743246_Kysitlus_Heaolu_tookeskkonnas_2010.pdf
205. Töötukassast. Eesti Töötukassa veebileht. <https://www.tootukassa.ee/content/tootukassast>
206. Tööturuteenuste osakonna põhimäärus (2014), Sotsiaalministeerium.
http://sotsiaalministeerium.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Ministeeriumi_tutvustus_ja_struktuur/tooturuteenuste_osakond.pdf
207. Vanemliku hoolitsuseta ja abivajavad lapsed (kehtiv), Aasta jooksul perekonnast eraldatud lapsed otsuste järgi (aruandeaasta lõpus), 2013. Sotsiaalministeeriumi S-veebi andmebaas. <https://sveeb.sm.ee/>
208. Vanemliku hoolitsuseta ja abivajavad lapsed (kehtiv), Arvele võetud orvud, vanemliku hoolitsuseta ja abivajavad lapsed, 2013. Sotsiaalministeeriumi S-veebi andmebaas. <https://sveeb.sm.ee/>
209. Vanemliku hoolitsuseta ja abivajavad lapsed (kehtiv), Eestkostepereid ja eestkostja juures elavad lapsed, aastalõpu seisuga, 2013. Sotsiaalministeeriumi S-veebi andmebaas. <https://sveeb.sm.ee/>
210. Vanemliku hoolitsuseta ja abivajavad lapsed (kehtiv), Lapsendatud ja eestkostja juures elavad lapsed aasta alguses ning aasta jooksul lapsendatud ja eestkostja juurde elama võetud lapsed, 2013. Sotsiaalministeeriumi S-veebi andmebaas. <https://sveeb.sm.ee/>
211. Vanemliku hoolitsuseta laste asendushoolduse poliitika roheline raamat. (2014) Sotsiaalministeerium. Sotsiaalministeeriumi veebileht. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/Asendushooldus/ah_rr_dets_2014.pdf
212. Vanemlusprogrammide Triple P ja Incredible Years süsteemide võrdlev analüüs (2014), Sotsiaalministeerium.
http://lapsedjapered.sm.ee/fileadmin/Sisu_laadimine/Lapsed_ja_pered/Uued_dokumendid/Vanemlusprogrammide_vordlev_analueues_Loppraport.pdf
213. Vangide ja kriminaalhooldusaluste arv (2014), Vanglateenistuse veebileht. <http://www.vangla.ee/41291>
214. Vanglateenistuse 2013. aasta ülevaade. Vanglateenistuse veebileht. <http://www.vangla.ee/57860>.

215. Hoolekandestatistika andmebaas. <https://hveeb.sm.ee>
216. VATEK, Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsiooni veebileht. <http://vatek.ee/>
217. WHO 10 facts on mental health.
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/
218. WHO 10 fakti vaimse tervise kohta. World Health Organization (WHO) veebileht.
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/index8.html
219. WHO Global Health Observatory Data Repository 2011
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en>
220. WHO Mental disorders. Fact sheet N°396. October 2014.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
221. WHO Mental Health Atlas 2011. Estonia fact sheet
http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/est_mh_profile.pdf?ua=1
222. WHO Mental health policy and financing. Data by country
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHPOLFIN?lang=en>
223. Vigastuste esmajuhtude välispõhjused tegevuse, soo ja vanuserühma järgi, rünne, 0-14 a, 2012. a (EH30). Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas.
<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>
224. Vigastuste esmajuhtude välispõhjused tegevuse, soo ja vanuserühma järgi, tahtlik enesekahjustamine 0-14 a, 2012. a (EH30). Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas.
<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>
225. Väikeklassidel on tulevikku... kuid ka arenguruumi, Õpetajate Leht (31.05.2013). <http://opleht.ee/6538-vaikeklassidel-on-tulevikku-kuid-ka-arenguruumi/>
226. Õiguskantsleri eelisvaldkonnad 2013.-2014 (2014), Õiguskantsleri Kantslei.
<http://oiguskantsler.ee/et/eelisvaldkonnad-2013-2014>
227. Õpe erivajadusega laste koolis õppekeele järgi, 2013. a (HT142). Statistikaamet. <http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/05Haridus/14Uldharidus/14Uldharidus.asp>
228. Õpetajate koolituse raamnõuded (RT I 2000, 87, 575), Riigi Teataja.
<https://www.riigiteataja.ee/akt/128082013002>
229. Õpingute katkestajad üldhariduses soo, õppekeele ja õppevormi järgi, 2013. a (HT2328), Statistikaamet.
<http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Sotsiaalelu/05Haridus/14Uldharidus/14Uldharidus.asp>
230. Ämmaemanda sünnitusjärgne koduvisiit. Ida-Tallinna Keskhaigla veebileht.
<http://www.itk.ee/kliinikud/naistekliinik/naistekliinikust/perinataalkeskus/sunnitusosakond/ammaemanda-sunnitusjargne-koduvisiit>
231. Üksikvanematest Eestis, 2011.a statistika (2014) Eesti Statistikaamet.
<http://statistikaamet.wordpress.com/2014/01/30/üksikvanematest-eestis/>
232. Üldhariduse pedagoogide kohta käiv statistika. Eesti Hariduse Infosüsteemi veebileht.
<http://www.hm.ee/ehis/statistika.html>. Teenuseosutajate arv kajastab õpetajaskonna jaotust soo ja vanuse lõikes 2012/2013 õppeaastal.

www.pwc.ee

Norra võrdlev analüüs:

1. *International profiles of HealthCare Systems* (2013), *The Commonwealth Fund*.
<http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2013/nov/international-profiles-of-health-care-systems>
2. Intervjuu: prof Arne Holte, *Norwegian Institute of Public Health*
3. *Mental Health and Work: Norway* (2013), OECD. <http://www.oecd.org/els/emp/mental-health-and-work-norway-9789264178984-en.htm>
4. *Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health* (2013), *European Commission*.
http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf
5. *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014* (2014), *OECD*. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-norway-2014/mental-health-in-norway_9789264208469-8-en;jsessionid=566i2117bvhoa.x-oecd-live-02
6. *The Family's House Organization and Professional Perspectives* (2012), *University of Tromsø*.
http://uit.no/Content/303043/RKBU_Family_Electronic.pdf
7. *The social and cognitive mapping of policy: Mental Health in Norway Actors, Organisation and Knowledge* (2008), *Knowledge and Policy in education and health sector*.
<http://www.knowandpol.eu/IMG/pdf/o1.norwayhealth.pdf>

Soome võrdlev analüüs:

1. Braddick, F., Carral, V., Jenkins, R., & Jané-Llopis, E. (2009). *Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes*. Luxembourg: European Communities.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/camhee_infrastructures.pdf
2. *Child and Youth Policy Programme 2012–2015* (2012), *Ministry of Education and Culture*.
<http://ebookbrowse.net/child-and-youth-policy-programme-2012-2015-pdf-d416974780>
3. Finland: Health system review. *Health Systems in transition* (Vol 10, nr 4, 2008).
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/80692/E91937.pdf
4. *Finland: innovative health education curriculum and other investments for promoting mental health and social cohesion among children and young people* (2007), WHO.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/74761/Hbse_Forum_2007_Finland.pdf
5. *Health Care in Finland* (2013), *Ministry of Social Affairs and Health*.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511570&name=DLFE-26813.pdf
6. Integrating mental health services: the Finnish experience. *International Journal of Integrated care* (1.06.2001). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484394/>
7. Intervjuud: Pälvi Kaukonen, nõunik, Soome Sotsiaal- ja Tervishoiuministeerium (13.10.2014); Intervjuu Päivi Santalahti, laste ja noorte vaimse tervise üksuse juhataja, Tervise ja Heaolu Rahvuslik Instituut (21.10.2014)
8. KiVa school veebileht. <http://www.kivaprogram.net/program>
9. *Promoting children's social and emotional skills in Finnish schools: A study protocol of an effectiveness study* (2014), *National Institute for Health and Welfare, Finland*.
<http://www.vaardagen.nl/upload/siteimages/cdsc2014/2.8.1%20Kirsten%20Bjorklund.pdf>
10. *School Health Promotion study 2013*, *National Institute for Health and Welfare*.
http://www.thl.fi/attachments/kouluterveyskysely/SHP_questionnaire_2013.pdf
11. *The Incredible Years* veebileht. <http://incredibleyears.com/about/>

Suurbritannia võrdlev analüüs:

1. *A profile of children's health services, child and adolescent mental health services and maternity services in England 2008/9*, (2010), *Durham University*. <http://dro.dur.ac.uk/8220/1/8220.pdf>
2. *Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) Tier 4 Report* (2014), *CAMHS Tier 4 Steering Group*. <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/07/camhs-tier-4-rep.pdf>
3. *Common Core of Skills and Knowledge* (2010), *Children's Workforce Development Council*.
<http://www.yor-ok.org.uk/YorOK->

Workforce/Common%20core%20of%20skills%20and%20knowledge%20for%20the%20childrens%20workforce.pdf

4. *Early identification, assessment of needs and intervention. The Common Assessment Framework for children and young people. A guide for practitioners (2009)*, Children's Workforce Development Council. http://www.plymouth.gov.uk/caf_for_practitioners_national_guidance.pdf
5. *Effective Joint Working between Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) and Schools (2003)*, Mental Health Foundation. <http://www.healthcareforlondon.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/03/Effective-Joint-Working-working-CAMHS-and-Schools.pdf>
6. *Munro review of child protection: final report - a child-centred system (2011)*, Department for Education. <https://www.gov.uk/government/publications/munro-review-of-child-protection-final-report-a-child-centred-system>.
7. National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. Core standards (2004), Department of Health. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/199952/National_Service_Framework_for_Children_Young_People_and_Maternity_Services_-_Core_Standards.pdf
8. *Postal survey of services for child and adolescent mental health problems in general practice in England, Primary care Mental Health (Vol 1, nr 1, March 2003)*. <http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/rmp/14764717/v1n1/s4.pdf?expires=1409735078&id=79061356&titleid=75000088&accname=Guest+User&checksum=0E8F8C369EB044B41E2BDD902AF54495>
9. QNCC Teenuste osutamise standardite lühiversioon. Väljavõte teenuste osutamise standardite 3. Trükist. Toimetajad: Rachel Barrett, Carly Butler, Elizabeth Collins, Anne O'Herlihy ja Peter Thompson
10. QNIC Teenuste osutamise standardid (Service Standards) 7. trükk. Toimetajad: Peter Thompson ja Harriet Clarke
11. *The mental health of children and adolescents in Great Britain (2000)*, Office for national Statistics. http://www.dawba.info/abstracts/B-CAMHS99_original_survey_report.pdf
12. *The Protection of Children in England: A Progress Report (2009)*, The Lord Laming. http://dera.ioe.ac.uk/8646/1/12_03_09_children.pdf
13. Vanemlusprogrammide Triple P ja Incredible Years süsteemide võrdlev analüüs (2014), Sotsiaalministeerium. http://lapsedjapered.sm.ee/fileadmin/Sisu_laadimine/Lapsed_ja_pered/Uued_dokumendid/Vanemlusprogrammide_vordlev_analueues_Loppraport.pdf