

TARTU ÜLIKOOLI PÄRNU KOLLEDŽ
Inimesekeskse sotsiaalse innovatsiooni õppekava

Anu Martšuk

**SOTSIAAL- JA TERVISHOIUTEENUSTE
INTEGRATSIOON ABI VAJAVATE LASTE
TOETAMISEL SA PÄRNU HAIGLA SOTSIAALRAVI
TEENISTUSE NÄITEL**

Magistritöö

Juhendaja: Monika Kumm, PhD

Pärnu 2026

Soovitan suunata kaitsmisele

(allkirjastatud digitaalselt)

Monika Kumm

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht

(allkirjastatud digitaalselt)

Ewe Alliksoo

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

(allkirjastatud digitaalselt)

Anu Martšuk

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Integreeritud teenuste toimetehhanismid.....	7
1.1. Sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna integratsioon, süsteemsed seisukohad.....	7
1.2. Integreeritud teenuste kujunemine mikro-, meso- ja makrotasandil	11
1.3. Integreeritud teenuste eesmärk laste ja perede toetamisel	15
2. SA Pärnu Haigla sotsiaalravi teenistuses osutatavate laste sihtrühma teenuste uuring	20
2.1. SA Pärnu Haigla sotsiaalravi teenistuse struktuur ja tööprotsessid	20
2.2. Uuringuprotsessi ja valimi kirjeldus	21
2.3. Lastevanema(te) küsitluse ja spetsialistide intervjuude tulemused.....	25
2.3.1. Valdkondadeülene koostöö ja teenuste killustatuse tajumine	25
2.3.2. Juhtumikorraldus, spetsialistide ja lastevanema(te) koostöö tugiteenuste protsessis	31
2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud	37
Kokkuvõte	42
Viidatud allikad.....	44
Lisad.....	52
Lisa 1. Küsimustik lapsevanema(te)le, kelle laps kasutab SA Pärnu Haigla sotsiaalravi teenistuse teenuseid	52
Lisa 2. Spetsialistide intervjuukava.....	59
Lisa 3. Koodipuu	61
Summary	62

SISSEJUHATUS

Sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna integreerimine on viimastel aastatel muutunud keskseks teemaks nii rahvusvahelistes kui ka riiklikes aruteludes, kuna üha enam inimesi, sealhulgas lapsi, vajab ühel ajal mitme tugisüsteemi abi. Sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi integratsiooni peetakse võtmeteguriks, et tagada võrdsed võimalused teenuste kättesaadavuses ja takistada heaoluriigi kulude kasvu, mida põhjustab vananev rahvastik (Tikkanen *et al.*, 2023, lk 107). Uuringud näitavad, et eraldi seisvatest teenustest keerukate olukordade lahendamiseks ei piisa, aga veel ei ole üheselt selge, millised rakendusstrateegiad võimaldavad kujundada tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemis jätkusuutlikud ja struktuurselt lõimitud teenused (Looman *et al.*, 2021, lk 2).

Haavatavate sihtrühmade vajadused teenuste järele on Euroopas kasvutrendis, mis seab keskseks väljakutseks eri sektorite, eelkõige sotsiaal-, tervishoiu-, haridus- ja tööhõivesüsteemi koostöö (Van Duijn *et al.*, 2018, lk 1–2). Varasemad uuringud näitavad, et poliitilisel ja strateegilisel tasandil tunnustatakse integratsioonivajadust laialdaselt, kuid tegelikkuses ei ole teenuste kompleksne osutamine järjepidev (Exley *et al.*, 2024, lk 2). Eriti teravalt avaldub see lastega peredele pakutavate teenuste puhul, kus abi osutamine hõlmab mitut institutsiooni ning eeldab spetsialistide ja lapsevanema(te) tõhusat koostööd. Cresswell jt (2023, lk 1–2) toovad peamiste takistustena välja struktuurilise ja organisatsioonilise killustatuse, ametkondlike huvide piiratuse, professionaalse eripära ning andme- ja haldusraamistikud, mis ei toeta valdkondadeülest koostööd.

OECD (2024, lk 12–13) analüüs osutab, et infosüsteemid ei ole piisavalt seotud, koostööd takistavad institutsioonidevahelised piirid ja ebamäärane tööjaotus kohalike omavalitsuste ja riiklike ametkondade vahel ning sageli puuduvad ka sobivad tehnilised ja infotehnoloogilised lahendused. Integreeritud abi rakendamise strateegiate aluseks olevad mehhanismid (Looman *et al.*, 2021, lk 9) ja sotsiaalse suunamise käsitlused

näitavad, et, kui eesmärk on pakkuda abivajajatele järjepidevat ja terviklikku tuge, siis on valdkondadeüleline koostöö vältimatu (Mulligan & Bloch, 2026, lk 1–2).

Eestis ilmnevad selgelt samasugused kitsaskohad: eraldi rahastatud ja juhitud tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteem ei toeta teenuste sidusust ja raskendab nende koordineerimist (Sotsiaalministeerium, 2024, lk 2). Eesti aruteludes rõhutataksegi üha enam teenuste sidususe, koostööpõhise juhtimise ning laste ja perede enesemääramisõiguse suurendamise vajadust. Inimese vaatenurgast on sotsiaalsüsteem sageli keeruline ja killustunud (Taal, 2025). Õigel ajal abi saamist takistavad nii teenusepakkujate vähene koostöö kui ka tervikvaate puudumine (Tammiste, 2023, lk 20–21). Hanga (2018, lk 161) rõhutab, et erivajadusega inimeste tõhusam kaasamine eeldab süsteemide ja keskkondade ligipääsetavamaks muutmist. Sotsiaal-, Haridus- ja Teadusministeeriumi (2024, lk 2) ühine analüüs kinnitab, et teenused lähtuvad sageli süsteemi loogikast, mitte inimese otsestest vajadustest, mis vähendab meetmete tõhusust ja pärsib teenusekasutaja iseseisvat toimetulekut.

Minkman jt (2025, lk 2) juhivad tähelepanu, et kuigi teenuste lõimimiseks on loodud mitmeid mudeleid ja raamistikke, on nende rakendamine praktikas keeruline. Teenuste toimimist mõjutavad piiratud koostöövalmidus, killustunud poliitikaraamid ning juhtimisalased väljakutsed (Minkman *et al.*, 2025, lk 9). Enamikus valdkonna praegustes uuringutes on keskendutud konkreetsete lõimitud teenuste osutamise mudelite kirjeldamisele ja hindamisele, vähem on uuritud neid teenuseid kasutavate inimeste kogemusi, vajadusi ja eelistusi (Henderson *et al.*, 2021, lk 1145).

Oluline on aga uurida, kuidas kogevad valdkondadeülest koostööd ning kaasatust spetsialistid ja lapsevanemad, kes on teenuste kasutajad. Just tugiteenuseid kasutavate inimeste endi kogemused aitavad mõista, millised süsteemsed ja praktilised takistused abi toimimist mõjutavad. (Crocker *et al.*, 2020, lk 1)

Uurimisprobleem: sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi senises koostöös esineb kaasamise ja süsteemikesksuse kitsaskohti, mis takistavad abi vajavatele isikutele asjakohase abi pakkumist.

Magistritöö eesmärk on analüüsida SA Pärnu Haigla sotsiaalravi teenistuses lastele pakutavate teenuste toimimist lapsevanema(te) ja spetsialistide hinnangul ning teha tulemuste põhjal ettepanekuid teenistuse töökorralduse parendamiseks juhile.

Uurimisküsimused:

- Kuidas hindavad SA Pärnu Haigla sotsiaalravi teenistuse spetsialistid valdkondadeülest koostööd ja juhtumikorraldust lastele teenuste osutamisel?
- Kuidas hindavad abi vajava lapse vanemad enda kaasamist teenuste osutamise protsessi?

Käesolev töö koosneb kahest peatükist. Magistritöö teoreetiline peatükk käsitleb sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna integreeritud teenuste kujundamist ja toimetehhanisme abi vajavate inimeste toetamisel. Peamised teemad on valdkondadeüleline koostöö, teenuste sidusus ning kaasamise ja juhtumikorralduse roll tugiteenuste protsessis. Teoreetilises käsitluses lähtutakse mikro-, meso- ja makrotasandi vaatenurgast, pöörates tähelepanu lapse ja pere kaasamisele ning inimesekesksele lähenemisele.

Töö teises peatükis esitatakse empiirilise uuringu tulemused, mis puudutavad lapsevanema(te) ja spetsialistide kogemusi SA Pärnu Haigla sotsiaalravi teenistuses lastele suunatud teenuste kasutamisel ja pakkumisel. Analüüsis keskendutakse vanemate tajutavale kaasatusele, osapoolte koostööle ning teenuste sidususele ja killustatusele. Tulemused on rühmitatud teemade kaupa, alustades valdkondadeülesest koostööst ja teenuste killustatusest. Seejärel antakse ülevaade uuringu tulemustest. Ülevaate keskmes on juhtumikorraldus ning spetsialistide ja lastevanemate arvamused koostöö kohta tugiteenuste protsessis, et selgitada välja võimalikud vastuolud tajutud ning tegeliku koostöö vahel. Tuginedes uuringu tulemustele, tehakse sotsiaalraviteenistuse juhile ettepanekud parendustegevusteks.

Töö koostamisel on võõrkeelsete tekstide tõlkimiseks ja sõnastuse korrigeerimiseks kasutatud tehisintellekti Gemini abi.

1. INTEGREERITUD TEENUSTE TOIMEMEHHANISMID

1.1. Sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna integratsioon, süsteemsed seisukohad

Maailma Terviseorganisatsioon on rõhutanud integreeritud teenuste olulist rolli liikumisel inimesekeskse ja tervikliku tervishoiusüsteemi poole (World Health Organization, 2015, lk 9), põhjuseks rahvastiku vananemine ja sellest tulenev vajadus ressursse säästlikumalt kasutada. Integreeritud abi all mõistetakse sotsiaal- ja tervishoiusüsteemis omavahel suhtlevate teenuseosutajate struktureeritud ja teadlikku eesmärki pakkuda koordineeritud, ennetavat ja valdkondadeülest tuge (Looman *et al.*, 2021, lk 2). Selline lähenemine eeldab liikumist üksikteenusena pakutavalt abilt terviklikuma lähenemise poole, nii et inimese tervise- ja tugiteenuste vajadusi käsitletakse komplekselt ning teenuste korraldamise keskmesse asetatakse inimene koos oma vajaduste ja kogemustega (Kelly *et al.*, 2020, lk 2). Rahaline jätkusuutlikkus on ühe eduka integratsiooniprotsessi oluline eeltingimus, eriti riikides, kus see protsess on alles algusjärgus. Teenuste integreerimine eeldab ressursside sihipärasest kasutamist, dubleerimise vältimist (nt hindamiste arvu vähenemine) ja teenuste tõhususe suurendamist nende koordineerimise ning vajaduse korral ka koondamise kaudu. (Correia de Matos *et al.*, 2025, lk 3)

Samas ei tähenda integratsioon kõigi teenuste automaatset ühendamist. Sotsiaalvaldkonna roll ei seisne tervishoiuvaldkonna selliste ülesannete ülevõtmises, mille täitmine sotsiaalteenuste kaudu ei ole sisuliselt põhjendatud (Tammiste, 2023, lk 21). Abi peab olema paindlik ja vajaduspõhine, mõnel juhul piisab vaid infovahetuse parandamisest, teisel juhul on vajalik tugisüsteemi põhjalik koordineerimine. Integratsiooni peamine mõte seisneb seega olukorra terviklikus individuaalses hindamises ja vajalikus mahus toe pakkumises (Backåberg *et al.*, 2025, lk 7). Eesmärk on

ennekõike vähendada katkestusi teenuste pakkumisel ning tõhustada keerukate ja omavahel seotud probleemide lahendamist (Takalo *et al.*, 2023, lk 1).

Leitakse, et integreeritud sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuste arendamine eeldab teooriapõhist ja mitmetasandilist lähenemist ning ühtset raamistikku, ent esmalt on oluline mõista, kas ja kuidas on teenused eri tasanditel juba lõimitud, olgu siis tegu suhtlustasandi, asutustevahelise koostöö või poliitiliste otsuste kaudu tehtud lõimingutega (Uribe *et al.*, 2024, lk 129). Mõningad teenuste integratsiooni teooriad ja mudelid (vt tabel 1) aitavad mõista, kuidas erinevad asutused ja spetsialistid saavad luua struktureeritud ning koordineeritud koostöömudeleid, mis ületavad süsteemidevahelisi piire ja toetavad inimesekeskset ning tõenduspõhist teenuseosutamist (Looman *et al.*, 2021, lk 2).

Tabel 1. Sektoritevahelise koostöö mudelid ja teooriad

Teooria/Mudel	Fookus/Tugevused	Puudused
Normaliseerimis- protsessi teooria (May)	Keskendub sotsiaalsetele suhetele, harjumustele, püüab normaliseerida protsesse	Raske sõnastada konkreetseteks sammudeks või juhisteks, mida saaks töökohal kohe rakendada
Integreeritud hoolduse arengumudel (Minkman)	Jagab protsessi selgeteks arenguetappideks ja tegevusteks	Loodud Hollandi riigi jaoks, seega ei pruugi ilma suuremate kohandusteta sobida inimeste keerukate vajaduste lahendamiseks teistes riikides
SCIROCCO mudel	Keskendub süsteemi valmiduse ja küpsuse hindamisele. Hindamise praktiline tööriist	Puudusi ei ole välja toodud autorite hinnangul

Allikas: Looman *et al.*, 2021, lk 2

Integreeritud teenuste kujunemist mõjutavad laiemad ühiskondlikud ja tervishoiusüsteemi arengud, sealhulgas tehnoloogiline innovatsioon, digilahenduste levik, inimeste suurenenud teadlikkus ja terviseinfo kättesaadavus. Hooldus ja heaolu on oma olemuselt mitmemõõtmelised ja ka kontekstiga seotud (Minkman *et al.*, 2025, lk 2). Mitmetasandiline käsitlus kinnitab, et integratsioon ei piirdu vaid tehniliste või struktuuriliste muudatustega. Süsteemikeskne lähenemine võib piirata inimese enesemääramisõigust, mistõttu on vajalik liikumine inimesekeskse mudeli poole, mis toetab võrdset kohtlemist ja osalust (Hanga, 2018, lk 161). Sageli vajavad teenusekasutajad tuge oma vajaduste sõnastamisel, mis võib-olla tingitud varasemast kogemusest passiivse abisaajana. Rakendatavad meetmed peavad seetõttu tugevdama ka

teenusekasutajate enesetõhusust ja toetama nende sotsiaalsel kaasatust (Hanga, 2018, lk 168). Inimesekeskus põhineb vastastikusel austusel, individuaalsel otsustusõigusel ja usalduslikel suhetel teenusekasutajate ja nende lähedaste ning spetsialistide vahel (Pratt *et al.*, 2023, lk 2) ning eeldab terviklikku arusaama inimese tervisest, toimetulekust, keskkonnast ja eelistustest (Leijten *et al.*, 2018, lk 14).

Olulisemad integreeritud abi rakendamise strateegiate aluseks olevad mehhanismid on Loomani jt (2021, lk 4–8) käsitluses:

1. järkjärgulise kasvumudeli kasutuselevõtt;
2. paindlikkuse ja formaalsete struktuuride tasakaal;
3. koostööpõhise juhtimise rakendamine;
4. juhtimise jagamine;
5. multidistsiplinaarse meeskonnatöö kultuuri loomine, kus üksteise rolli vastastikku tunnustatakse;
6. uute rollide ja pädevuste arendamine integreeritud hoolduse jaoks;
7. pikaajalise rahastamise tagamine ja uuenduslike maksete kasutuselevõtt, mis ületavad killustatuse;
8. info- ja kommunikatsioonitehnoloogia rakendamine koostöö ja suhtluse, mitte haldusprotseduuride toetamiseks;
9. tagasisideahelate loomine ja pidev jälgimine.

Kuigi teoreetiliselt eeldatakse mikro-, meso- ja makrotasandi sujuvat koostoimet (Leijten *et al.*, 2018, lk 13), ilmnevad praktilises töös kitsaskohad. Koostöö on sageli kaootiline tööjõu voolavuse, bürokratilike piirangute, andmekaitse ja rahastamisprobleemide tõttu (Looman *et al.*, 2021, lk 4), seega sõltub integratsiooni tulemuslikkus sellest, kas eri tasanditel kujuneb ühine arusaam loodavatest väärtustest (Henderson *et al.*, 2021, lk 1162–1163). Tuleb arvestada, et uute koostöömudelite juurutamine on aeganõudev protsess, mis nõuab väljakujunenud rutiinide ja võimuhete ümberkujundamist (Minkman *et al.*, 2025, lk 2).

Integratsiooni käsitletakse nii tulemuspõhisena, mille puhul on fookuses mõju ravi saavale isikule, kui ka protsessipõhisena, mida hinnatakse ravi ositava süsteemi muutuste põhjal (Mitchell *et al.*, 2020, lk 2), kuid integratsiooni sisuline ebaselgus raskendab oluliste tulemuste määratlemist ja hindamist (Kelly *et al.*, 2020, lk 2). Integratsiooni

mõõtmine on oluline, et süsteemi toimivust mõista, samuti selle tõhusust, majanduslikku jätkusuutlikkust ja patsiendile pakutava teenuse kvaliteedi hinnata. Uuringutes keskendutakse erinevatele aspektidele: osa analüüsib muudatusi individuaalses praktikas, teised aga organisatsioonilisi struktuure (Tikkanen *et al.*, 2023, lk 114). Mõõtmisvahendid on sageli tervishoiukesksed, jättes sotsiaalteenuste eripära ja teenusekasutajate vahetu kogemuse tagaplaanile.

Sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuste integreerimine toob kaasa ka mitmeid praktilisi probleeme, mis tulenevad mõlema sektori valdkondlikest ja organisatsioonilistest teguritest (Mitchell *et al.*, 2020, lk 1). Sellele vaatamata rõhutavad Correia de Matos jt (2025, lk 10), et rahvusvahelises praktikas rakendatud mudelid (nt Šotimaal, Rootsis ja Saksamaal) näitavad selgelt, kuidas koostööl põhineva juhtimise, ühise rahastuse ja isikukesksete lähenemisviiside toel on võimalik parandada teenuste koordineerimist, vähendada ebatõhusust ja tõsta rahvastiku tervisenäitajaid. Kuigi killustatus, rahastamispiirangud ja poliitilised probleemid püsivad, on integratsiooni eelised ilmselged, sest see toob kaasa suurema võrdsuse, paremad tervisenäitajad, ressursside tõhusama kasutamise ning teenused, mis on loodud inimeste tegelike vajaduste põhjal (Correia de Matos *et al.*, 2025, lk 11).

Suur väljakutse on ka integratsiooni edukuse mõõtmine, see, kuidas hinnata integratsiooni mõju patsientide ravitulemustele, tervishoiukuludele ja hoolduse kvaliteedile, sest ühtne standardiseeritud metoodika selleks puudub (Tikkanen *et al.*, 2023, lk 107). Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna ressursid, uurimistraditsioonid ja poliitikad varieeruvad riigiti, mis võib ka integreeritud ravi arengut mõjutada (Minkman *et al.*, 2025, lk 9), samuti ei ole mudelid lihtsasti ühest riigist teise üle kantavad, sest mõõtmisvahendid on tavaliselt kohandatud konkreetse riigi teenussüsteemiga (Tikkanen *et al.*, 2023, lk 114). Teenuste integratsiooni edukus eeldab May (2013, viidatud Scarbrough & Kyratsis, 2022, lk 238 vahendusel) normaliseerimisprotsessi teooria kohaselt olulist juurutamistööd, et kohandada innovatsioon kohaliku eluoluga ning muuta inimeste tööviise ja abi osutamist. Scarbrough & Kyratsis (2022, lk 238) rõhutavad, et nende põhimõtete rakendamine on oluline aspekt organisatsioonide senise ja uue praktika rutiinse kasutamise vahel. Ilma süsteemse kohandamiseta jääb integratsioon vaid pindmiseks: uued meetodid ei muutu spetsialistide igapäevatöö loomulikuks ja püsivaks osaks. Integratsioon peab olema

süsteemne protsess keskse eesmärgiga vähendada teenuste ja valdkondade killustatust ja tagada inimestele nende elukvaliteeti toetav terviklik abi (Kelly *et al.*, 2020, lk 8). Kuna integreeritud hooldus ja sellega kaasnevad muudatused lõhuvad senist stabiilsust ning loovad ebakindlama töökeskkonna, võib see tekitada ka töötajate vastupanu (Kaehne, 2024, lk 117–118).

Tõhus integratsioon eeldab erialadevaheliste meeskondade arendamist, paremat koordineerimist ja suhtlust eri sektorite spetsialistide vahel ning tugevdatud toe ja koolituste pakkumist meeskondadele, sealhulgas nende aktiivset kaasamist (Correia de Matos *et al.*, 2025, lk 3). Samas ilmneb uuringutest, et kui reformid piirduvad vaid poliitiliste seisukohtade rakendamisega ning seejuures ei arvestata spetsialistide tegelikku töökultuuri ja igapäevapraktikat, jäävad ümberkorraldused sageli formaalseks ega too kaasa sisulisi muutusi (Correia de Matos *et al.*, 2025, lk 4).

Kui käsitleda teenuste integreerimise pädevust organisatsioonisisese ja -ülese võrgustiku kollektiivse omadusena, on organisatsioonil võimalik seda arendada, toetades sihipärast ja aktiivset teadmiste jagamist spetsialistide vahel. Kollektiivne lähenemine võib ühtlasi tugevdada spetsialistide ning organisatsiooniliste üksuste omavahelist koostööd. (Løken *et al.*, 2022, lk 2828)

Sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna ühildamine on keeruline ja väljakutseid esitav protsess, ent pakub arvukalt võimalusi inimeste parema toimetuleku korraldamiseks ja süsteemide tõhususe parandamiseks.

1.2. Integreeritud teenuste kujunemine mikro-, meso- ja makrotasandil

Tänapäeval ei ole abi pakkumine enam lihtne eksperdi juhiste jagamine, vaid süsteemne protsess, kus rõhk on nihkunud varasele märkamisele, ennetusele, inimeste endi vastutusele ja nende kaasamisele otsustamisprotsessidesse. Tõhus teenuste integreerimine nõuab terviklikku lähenemist, mille käigus ühendatakse strateegilised eesmärgid ja igapäevased tegevused kõigil tasanditel. Riiklikud suunised, asutuste koostöö ja vahetu suhtlus peredega peavad olema osa tervikust, kus iga osapool mõistab oma rolli.

Raus jt (2020, lk 1) tõdevad, et tervishoiuvaldkonna lõimimine on avaliku huvi küsimus ning peaks olema poliitikakujundajate prioriteet, et tagada ressursside olemasolu. Uurijad toovad esile kolm peamist raskust: mõiste „integreeritud ravi“ ebaselgus, mõõtmise ja hindamise keerukus ning piiratud ressursid. Ebaselgus tuleneb sellest, et „integreeritud ravi“ võib tähendada erinevate tervishoiuteenuste omavahelist sidumist, tervishoiu ja sotsiaalteenuste ühendamist, kindlatele patsiendirühmadele mõeldud teenuste koordineerimist või asutustevahelist koostööd, mistõttu on selle ühtne määratlemine ja mõõtmine keeruline. Integreeritud ravimudeli kesksel eesmärgil on siduda esmatasandi ja eriarstiabi (vertikaalne integratsioon) ning tervishoiu-, haridus- ja sotsiaalvaldkond (horisontaalne integratsioon) ühtseks tervikuks. Lisaks valdkondadeülesele koostööle rõhutab mudel teenuste järjepidevust kogu inimese elukaare vältel. (Askeland *et al.*, 2025, lk 10)

Integreeritud teenuste koostöö jaotatakse tavaliselt kolme omavahel seotud tasandi vahel: mikro-, meso- ja makrotasand (Looman *et al.*, 2021, lk 2). Edukalt lõimitud teenused toetuvad juhtimisele, mis võimaldab jagatud vastutust, sektoriülest koostööd ja paindlikku otsustamist. Vastastikusel mõjul juhtimine aitab siduda struktuurid, protsessid ja eesmärgid nii, et tekib tegelik avalik väärtus (Karreinen *et al.*, 2025, lk 2). Süsteemi tasandid ja nende seosed on esitatud tabelis 2.

Tabel 2. Sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna integratsioon mikro-, meso- ja makrotasandil

Tasandid	Seotus	Fookus (valdkonnad)	Edu kriteeriumid
Makrotasand – poliitika ja süsteemsed raamtingimused	↓	Riiklik õigusruum, rahastusmudelid, strateegiline planeerimine, sektorite ülene andmekorraldus	Regulatiivne tugi, ressursside jaotamine, poliitiline tahe, standardiseeritud infosüsteemid
Mesotasand – organisatsioonid ja koostöömudelid	↕	Teenuseosutajatevaheline võrgustikutöö, esmatasandi tervishoid, kohalikud üksused, meeskondlik juhtimine	Koostöölepped, selged rollijaotused, koordineeritud juhtimine, professionaalne usaldus
Mikrotasand – inimene ja vahetu toetus	↑	Abivajaja (nt laps ja pere) ja spetsialisti suhe, individuaalne juhtumikorraldus	Partnerlus, kaasatus, individuaalsetest vajadustest lähtumine, usalduslik suhe

Allikad: Looman *et al.*, 2021, lk 2; Leijten *et al.*, 2018, lk 14

Zonneveldi jt (2022, lk 9) uuringu analüüsis tuuakse esile kaks peamist väärtuste rühma, mis integreeritud tervishoiuteenust iseloomustavad, esiteks inimestega seotud väärtused, mis tähendavad vahetut suhtlust, lugupidamist ja usaldust. Selle kõrval loovad juhtimine ja korraldus raamistiku, mis võimaldab inimesekeskset lähenemist rakendada. Need kaks väärtuste rühma on omavahel tihedalt seotud, kuna efektiivne juhtimine kujundab soodsa keskkonna väärivaks kohtlemiseks, ainult organisatoorne vaade ilma inimliku mõõtmata võib teenuse sisu ja mõju vähendada.

Kuigi integreeritud hoolduse põhieesmärgid nagu inimese heaolu parandamine ja teenuste parem koordineerimine jäävad samaks, arenevad ajas nii lähenemise kontseptsioon kui ka selle rakendusviisid, hõlmates uusi meetodeid ja laiemat ühiskondlikku konteksti (Minkman *et al.*, 2025, lk 6). Teenuse planeerimine ja osutamine on tõhusa tervishoiu ja sotsiaalhoolekande edendamisel samuti olulised tegevused (Correia de Matos *et al.*, 2025, lk 7). Integreeritud teenused põhinevad teadlikult juhitud koostööl, et pakkuda inimestele terviklikku ja asjatundlikku tuge. Eri valdkondade spetsialistid ei tegutse omaette, vaid pingutavad ühiselt, et pakkuda ennetavat ja just konkreetse inimese vajadustest lähtuvaid lahendusi (Minkman *et al.*, 2025, lk 7–8). Tänapäevane võrgustikupõhine lähenemine eeldab osapooltelt katkematut suhtlust ning nii tervishoiu- ja sotsiaalsektori töötajate kui ka kogukonna ja abivajaja lähedaste jagatud vastutust (Looman *et al.*, 2021, lk 2).

Mikrotasandil on integratsiooni keskmis abivajaja ja spetsialisti vahetu kohtumine eesmärgiga suurendada inimese enesejuhtimise võimekust, toetada tema elukorraldust ja arendada tervisekirjaoskust (Leijten *et al.*, 2018, lk 15). Integratsiooni edu aluseks on usalduslik ja võrdne suhe. Kui abi planeerimisel ei arvestata inimese enda vaadet ja soove, jääb teenus asutusekeskseks (Mulligan & Bloch, 2026, lk 5). Inimest ei peaks vaatama passiivse abisaaja, vaid aktiivse osalisena, kelle eesmärgid määravad abi sisu, nii on võimalik vältida sekkumisi vaid ametnike vaatenurgast (Pratt *et al.*, 2023, lk 5–6). Selles protsessis on tähtis roll ka inimese lähedastel: nende kaasamine võrdse partnerina muudab abi asjakohasemaks ja tulemused püsivamaks (Calancie *et al.*, 2021, lk 17). Samuti on oluline väärtustada praktikute ja kogukonnaliikmete kogemuslikke teadmisi, sest need võimaldavad siduda perede elukogemuse spetsialistide pädevusega ning muuta lahendused sisuliselt asjakohasemaks (Hall *et al.*, 2023, lk 9).

Mesotasandil on tähelepanu keskmes organisatsioonid ja erialased töörühmad, mille peamiseks eesmärgiks on saavutada ühtne arusaam abivajadusest ning osapoolte rollidest (Looman *et al.*, 2021, lk 2). Koostöö on tõhusam seal, kus juhtimisel lähtutakse osapoolte kaasamisest ning kõik osapooled, sealhulgas rahastajad, usaldavad üksteist ja suhtlevad regulaarselt (Looman *et al.*, 2021, lk 5–6). Ühise tööprotsessi käigus on võimalik rolle ja vastutust selgitada (Hall *et al.*, 2023, lk 10) ning nii tekivad eeldused turvaliseks ja avatud partnerluseks (Hall *et al.*, 2023, lk 8). Organisatsioonide lõimumist võivad takistada ametkondlikud piirid ja jäigad asutusesisesed reeglid, mis piiravad spetsialistide otsustusruumi (Ozola, 2021, lk 80). Seetõttu on vajalik saavutada tasakaal kohaliku paindlikkuse ja ühtse juhtimise vahel (Takalo *et al.*, 2023, lk 1–2). Ühiste eesmärkide saavutamiseks ja sujuva igapäevatöö tagamiseks on tähtis küsida tagasisidet nii teenuse saajatelt kui ka spetsialistidelt, kuna see aitab mõista kokkulepete tegelikkude mõju ning arendada koostööd viisil, mis vastab paremini kõigi osapoolte vajadustele (Takalo *et al.*, 2023, lk 6–7).

Makrotasand hõlmab riiklikku ja kohalikku poliitikat, seadusandlust ja rahastust ning loob teenuste toimimiseks raamistiku. Integreeritud abi poliitikajuhend tugineb missioonile, visioonile ja strateegiale, mille eesmärk on haarata kõiki tegureid, mis integreeritud hoolduse arengut otseselt või kaudselt mõjutavad (Borgermans & Devroey, 2017, lk 1). Rahvusvahelistes suunistes rõhutatakse sealjuures abi järjepidevuse tähtsust kogu elukaare jooksul (OECD, 2024, lk 18). Alt üles lähenemine koos riiklike juhistega parandab eesliini koostööd ja avaldab tulemustele suurt mõju (Kaehne, 2024, lk 117). Eestis on heaks näiteks see, kuidas haridus-, sotsiaal- ja tervishoiusüsteem peavad tegutsema abi vajavate laste toetamisel ühtses rütmis (Sotsiaalministeerium & Haridus- ja Teadusministeerium, 2024, lk 9). Seadusemuudatused, mis parandavad andmete liikumist süsteemide vahel, on suur samm lähemale sellele, et abi jõuab lapseni kiiremini (Lastekaitseseadus, 2014, § 27 lõige 1).

Iga tasandi tugevuste mõistmine ja nende ülene koostöö võimaldab luua jätkusuutliku tugiteenuste süsteemi, mis asetab lapse ja pere vajadused esikohale ning toetab nende igapäevast toimetulekut.

1.3. Integreeritud teenuste eesmärk laste ja pere toetamisel

Eestis on sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna integreerimise laiem eesmärk kujundada inimesekesksem süsteem, kus abivajajat toetatakse tervikuna ning tagatakse sujuv ja vajaduspõhine liikumine teenuste vahel. Riiklikult püütakse integratsiooniga korrastada strateegilist juhtimist ja soodustada ametkondade ülest koostööd, mis vähendaks dubleerimist ning võimaldaks personalil, taristul ja infosüsteemidel ühiselt ja optimaalselt toimida. Erilist tähelepanu pööratakse teenuste lõimimisele esmatasandil, et tagada krooniliste muredega inimestele kvaliteetne ja kodulähedane abi nende tavapärasel elukeskkonnas. (Sotsiaalministeerium, 2025, lk 8) Sellest hoolimata on seni veel vähe teadmisi selle kohta, kuidas pered ise lastele suunatud teenuste ja integreeritud ravi kvaliteeti hindavad (Satherley *et al.*, 2021, lk 1). Just järjepideva abi puudumine ja ebakõlad pikaajalises toetuses on tegurid, mis mõjutavad otseselt nii lapse kui ka kogu pere psühholoogilist tervist ja toimetulekut (Cassidy *et al.*, 2023, lk 1527).

Muudatuste elluviimisel tuleb lähtuda tegelikust olukorrast, professionaalsetest väärtustest ning teaduslikest uuringutest, kombineerides need rahvusvaheliste kogemustega. Süsteemne kohandamine kohalike oludega tagab meetoodika tegeliku sobivuse ja toimimise praktikas (Ozola, 2021, lk 81). Üksikute teenuste või sekkumiste pakkumine ei ole piisav keeruliste vajadustega laste ja pere toetamiseks, integreeritud ravi üks keskseid põhimõtteid on inimese füüsiliste, sotsiaalsete ja psühholoogiliste vajaduste arvestamine (Satherley *et al.*, 2021, lk 9). Ka teenuste lõimimine ei ole pelgalt korralduslik küsimus, vaid eeldab väärtushoiakute muutust, kus peret käsitletakse aktiivse partnerina, mitte passiivse abi saajana (Minkman *et al.*, 2025, lk 7). See tähendab, et abi ei piirdu üksnes meditsiinilise või sotsiaalse sekkumisega, vaid hõlmab ka pere praktilisi toimetulekuvajadusi, vanemate koormust (Cassidy *et al.*, 2023, lk 1527) ning lapse arengukeskkonda.

Integreeritud toe rakendamisel Eestis lähtutakse mitmest alusväärtusest, mis suunavad nii spetsialistide vahelist koostööd kui ka suhtlust lapse ja perega. Need põhimõtted rõhutavad lapse- ja perekesksust, ennetavat tegutsemist ning vajadus- ja tõenduspõhist sekkumist, luues aluse järjepidevale ja koordineeritud abile. Taolistes olukordades kujuneb abi tõhusaks vaid juhul, kui see on järjepidev, koostööl põhinev ning arvestab

lapse ja perede igapäevast olukorda, ületades esmatasandi ja eriarstiabi piire ning tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusteenuste kokkupuutepunkte (Satherley *et al.*, 2021, lk 11). Integreeritud toe pakkumise keskseid alusväärtusi ja nende sisulist tähendust kirjeldab kokkuvõtlikult tabel 3.

Tabel 3. Integreeritud toe pakkumise aluspõhimõtted

Valdkond/Põhimõte	Kirjeldus ja sisu
Lapse- ja perekesksus	Hindamine ja abistamine toimub koostöös perega. Arvestatakse lapse arvamust ning abi pakutakse lapse igapäevases keskkonnas
Ennetus ja õigeaegsus	Abivajadusele reageeritakse varakult. Tuge pakutakse proaktiivselt ja ennetavalt, et vältida kriiside süvenemist
Vajadus- ja tõendus põhisis	Lähtutakse astmelisest lähenemisest: eelistatakse lihtsaimat ja tõendus põhist sekkumist
Kulutõhusus	Õigeaegne sekkumine vähendab pikaajalisi kulusid ja ressursid suunatakse tulemuslikesse lahendustesse

Allikas: Sotsiaalministeerium & Haridus- ja Teadusministeerium, 2024, lk 9–10

Laste ja perede jaoks on kõige olulisem abi järjepidevus ja selgus, teadmine, kes vastutab, kelle poole pöörduda ja kuidas erinevad teenused omavahel suhestuvad (Cassidy *et al.*, 2023, lk 1527). Katkematu ja eesmärgipärane infovahetus aitab vältida olukordi, kus pere peab korduvalt sama infot edastama või ise teenuste vahel navigeerima. Praktikas tähendab see toimivat koostöövõrgustikku tervishoiu-, haridus- ja sotsiaalvaldkonna vahel, kus rollid ja vastutus on selgelt kokku lepitud ning kus spetsialistid tegutsevad ühise eesmärgi nimel (Askeland *et al.*, 2025, lk 2).

Koostöö toimimise eelduseks on professionaalne paindlikkus ning valmisolek kohandada sekkumisi vastavalt pere muutuvatele vajadustele. Perede kogemused näitavad, et toetavana tajutakse eeskätt lähenemist, kus spetsialistid tegutsevad koordineeritud meeskonnana ning käsitlevad lapse abivajadust pere igapäevase toimetuleku ja elukonteksti osana, mitte üksnes diagnoosist lähtudes (Askeland *et al.*, 2025, lk 10–11; Hindriks, 2024).

Seega on integreeritud teenuste toimimises keskne roll juhtumikorraldusel, mis seob erinevad teenused tervikuks ning aitab ellu viia nn ühe „ukse“ põhimõtet. Juhtumikorralduse eesmärk on parandada keerulise abivajadusega laste ja perede kogemust teenuste süsteemis, tagades abi õigeaegsuse, sihipärasuse ja kooskõla pere vajadustega (Askeland *et al.*, 2025, lk 1). Perede jaoks tähendab see eelkõige ühe kindla

kontaktisiku olemasolu, kes aitab orienteeruda teenuste süsteemis ning koordineerib erinevate spetsialistide tegevust (Satherley *et al.*, 2021, lk 12). Samuti toimub patsientide võimestamine just isiklike ja usalduslike suhete kaudu, mis on integreeritud abi üks keskne osa (Satherley *et al.*, 2021, lk 11).

Kui tõhus juhtumikorraldus tugineb spetsialisti pädevusele koostada peret toetavaid tegevuskavu ning tugevdada pere suutlikkust oma olukorraga toime tulla (Hudon *et al.*, 2022, lk 1), siis puudulik juhtumikorraldus toob kaasa mitmeid kitsaskohti. Uuringud näitavad, et nõrk koordineerimine võib viia teenuste ebaefektiivse kasutamiseni, korduvate uuringute ja põhjendamatute erakorraliste pöördumisteni, mis koormavad süsteemi ega toeta pere heaolu (Hudon *et al.*, 2022, lk 6). Sellised olukorrad süvendavad perede tunnet, et nad peavad ise vastutama süsteemide ühendamise eest, täites sisuliselt info vahendaja rolli erinevate ametkondade vahel.

Tõhusama süsteemi toimimine sõltub suutlikkusest ületada senine struktuurne killustatus digitaalse innovatsiooni, paindlike rahastusmodelite ja tugeva juhtumikorralduse kaudu (Correia de Matos *et al.*, 2025, lk 1–2). Terviklik lähenemine ei piirdu aga vaid indiviidiga, vaid hõlmab ka tema sotsiaalset ja füüsilist elukeskkonda. Sotsiaalne võrgustik, nagu pereliikmete ja lähedaste tugi ning nende hoolduskoormus, on integreeritud hooldusprotsessi õnnestumiseks määrava tähtsusega. Lisaks mõjutavad inimese tegelikku toimetulekut praktilised keskkonnategurid, sealhulgas rahaline iseseisvus, eluaseme sobivus, transpordi kättesaadavus ja kogukondlike tugiteenuste lähedus. Seega tähendab integreeritud abi inimese eelistuste ja keskkondlike võimaluste sünkroniseerimist, et toetada tema iseseisvust ja elukvaliteeti kõige tõhusamal viisil. (Leijten *et al.*, 2018, lk 15)

Teenuste killustatus raskendab perede orienteerumist süsteemis ning suurendab hooldus- ja halduskoormust, jättes osa lapse vajadusi tähelepanuta. Eesti kontekstis võimendab neid probleeme teenuste jätkuv killustatus riigi ja kohalike omavalitsuste tasandi vahel. Riigikontrolli analüüs toob esile, et sotsiaal- ja tervishoiuteenused ei moodusta abivajaja jaoks selget ja terviklikku süsteemi ning koostöö on sageli sõltuv üksikute spetsialistide initsiatiivist (Riigikontroll, 2024, lk 1). Kunthamas jt (2025, lk 11) uuringu tulemused osutavad, et lastevanemate kaasamine otsustusprotsessidesse ei ole üksnes toetav lisakomponent, vaid sisuline ja keskne lähenemisviis abi osutamisel. Struktureeritud

vanemlik kaasamine parandab märkimisväärselt nii laste kui ka vanemate toimetulekut keerulises ja koormavas olukorras, tugevdades peresüsteemi võimet haigusega igapäevaselt toime tulla ning toetades lapse heaolu ja abiprotsessi järjepidevust.

Eestis on viimastel aastatel jõudsalt astunud samme riiklikul tasandil integreerituma lähenemise suunas. Sotsiaalministeeriumi ja Haridus- ja Teadusministeeriumi koostatud konsolideerimise kava seab eesmärgiks vähendada perede koormust ja tagada laste jaoks sujuvam teenuste teekond (Sotsiaalministeerium & Haridus- ja Teadusministeerium, 2024, lk 9). Hoolimata strateegilistest suunistest piirab integratsiooni praktilist rakendamist endiselt andmevahetuse lünklikkus. Sotsiaalvaldkonna andmekogu STAR ja tervise infosüsteemi TIS vähene ühildatavus raskendab tervikpildi kujunemist inimese olukorrast (Espenberg, 2023, lk 25) ning sunnib peresid korduvalt samu andmeid ja dokumente esitama abivajaduse tuvastamiseks (Tammiste, 2024, lk 16, Hindriks, 2024). Kuigi digilahenduste arendamist nähakse ühe olulise võimalusena koostöö parandamisel, ei asenda tehnilised lahendused selgeid töökorraldusi ega vastutuse jaotust (Espenberg, 2023, lk 29). Lähiaastatel on plaanis liikuda lapse- ja perekesksema juhtumikorralduse suunas, et pakkuda vajaduspõhisemat tuge. Selle saavutamiseks arendatakse uusi infotehnoloogilisi lahendusi, mis toetavad abivajaduse hindamist ning menetlusprotsesse (Tammiste, 2024, lk 17).

Teenuste kvaliteeti ja kättesaadavust mõjutavad oluliselt ka tööjõuga seotud küsimused. Tõhus lõimimine nõuab mitut võtmestrategieid, sealhulgas eri valdkondade spetsialistidest koosnevate meeskondade loomist, paremat koordineerimist ja suhtlust sektorite töötajate vahel ning tugevamat toetust ja koolitust (Correia de Matos *et al.*, 2025, lk 2). Eestis on sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna kvalifikatsiooninõuded ebaühtlased ning puudub terviklik käsitus nende vastavusest tegelikele tööülesannetele ja teenuste vajadustele, mis võib viia ressursside ebaefektiivse kasutamiseni (Purre *et al.*, 2025, lk 6). Koostöö toimimiseks on oluline, et osapooled tegutseksid ühise eesmärgi nimel ning neile oleks loodud turvaline ja avatud aruteluruum, kus kujuneb usaldus ja sisuline partnerlus (Hall *et al.*, 2023, lk 8). Teenuste arendamisel on keskse tähtsusega kogukonnaliikmete ja praktikute kaasamine ning kogemusliku teadmise väärtustamine, sest see võimaldab siduda perede elukogemuse ja spetsialistide pädevuse ning muuta lahendused sisuliselt asjakohasemaks (Hall *et al.*, 2023, lk 9). Ühine tööprotsess aitab

selgitada rolle ja vastutust ning loob eeldused järjepidevaks ja toimivaks koostööks (Hall *et al.*, 2023, lk 10).

Uuringud osutavad, et kvalifikatsiooni käsitletakse sageli sisendnäitajana, mitte teadlikult kujundatud kvaliteedistandardina, mis omakorda mõjutab teenuste järjepidevust ja koostööd (Purre *et al.*, 2025, lk 39). Samal ajal rõhutavad riiklikud suunised vajadust eelistada ohutut ja tõendus põhiseid madalaima kvalifikatsioonieeldusega teenust, et vältida üle spetsialiseerumist ja toetada teenuste kättesaadavust (Sotsiaalministeerium & Haridus- ja Teadusministeerium, 2024, lk 10). Lahendusena nähakse proaktiivseid ja kulutõhusaid sekkumisi, mis aitavad ennetada pikaajalisi kulusid ning toetada perede toimetulekut varases etapis (Sotsiaalministeerium & Haridus- ja Teadusministeerium, 2024, lk 10).

Keerulise abivajadusega laste ja perede tõhus toetamine eeldab killustunud tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusteenuste lõimimist inimesekeskseks, ennetavaks ja koostööl põhinevaks süsteemiks. Peamine lähtekoht on kuivõrd suudetakse arvestada lapse ja pere seniste kogemusega teenuste kasutamisel, mitte pelgalt riiklike eesmärkidega.

2. SA PÄRNU HAIGLA SOTSIAALRAVI TEENISTUSES OSUTATAVATE LASTE SIHTRÜHMA TEENUSTE UURING

2.1. SA Pärnu Haigla sotsiaalravi teenistuse struktuur ja tööprotsessid

Sotsiaalraviteenistus on struktuuriüksus, mis korraldab Pärnu Haigla eesmärkidele vastavat kvaliteetsete tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamist kõigis haigla struktuuriüksustes, samuti sotsiaaltöö- ja rehabilitatsioonitegevust ning laste ja noorte vaimse tervise keskuse tööd (Sumbajeva, 2017, lk 1). Teenistuse töö korraldamise aluseks on põhimäärus, sotsiaalraviteenistuse tegevuskava ja tulemusplaan. Teenistuse üksused on sotsiaaltööüksus; rehabilitatsiooniüksus; laste ja noorte vaimse tervise keskus (Sumbajeva, 2017, lk 3–4).

Sotsiaaltööüksuse põhitegevus on sotsiaalprobleemidega haiglapatsiendi ja/või tema lähedase abistamine, seejuures tehakse koostööd võrgustikega, rakendades juhtumikorralduse meetodit ehk valdkondadeülest koostööd (Delgado, 2022, lk 1). Üksus teavitab kohalikke omavalitsusi ja teisi seotud asutusi vajadusest jälgida teenuse saaja edasist toimetulekut ning korraldada teenuseid vastavalt haiglas hinnatud vajadustele, pakkudes ka nõustamist, et ennetada järjekordset hospitaliseerimist. Samuti hõlmab töö patsiendi ja/või tema lähedase esmast nõustamist haiglas, probleemi määratlemist ja varasemate sekkumiste kaardistamist (Delgado, 2022, lk 2).

Sotsiaalne rehabilitatsiooniteenus on riigieelarvest rahastatav sotsiaalteenus, mille eesmärk on toetada puudega või piiratud töövõimega inimese iseseisvat toimetulekut igapäevaelus. Teenusele suunab Sotsiaalkindlustusamet, haigla rehabilitatsioonimeeskond on koostööpartner, kes hindab isiku vajadusi ja ressursse, seab toimetulekut toetavad eesmärgid, kavandab ja viib ellu vajalikud tegevused ning hindab

eesmärkide saavutamist (Delgado, 2021a, lk 1). Rehabilitatsioonispetsialistid vastutavad teenuse kvaliteetse ja õiguspärase osutamise eest vastavalt oma pädevusele ja lepingulistele kohustustele (Delgado, 2021a, lk 2).

Laste ja noorte vaimse tervise keskus osutab teise ennetuse laste vaimse tervise teenuseid. Need on suunatud vaimse tervise riskiga lastele, kes kogevad vaimse tervise probleeme kodus, koolis või kogukonnas, eesmärgiga ennetada probleemide süvenemist ning toetada riskifaktoritega laste ja noorukite toimetulekut. Teenuse eripäraks on valdkondadeüleline koostöö meditsiini-, vaimse tervise, sotsiaal-, haridus- ja justiitsüsteemi vahel ning erinevate valdkondade spetsialistide kaasatus. (Delgado, 2021b, lk 1) Sihtrühm on Pärnumaal alaliselt elavad 0–23-aastased vaimse tervise riskiga lapsed ja noorukid ning nende pereliikmed, samuti lastega töötavad spetsialistid (Delgado, 2021b, lk 2). Teenust rahastavad Pärnumaa Omavalitsuste Liit ja Pärnu Linnavalitsus (Delgado, 2021b, lk 1). Keskus lähtub integreeritud teenusemudelitest, koondades laste ja perede vaimset tervist toetavad meetmed ühe süsteemi alla, tagades varajase märkamise ja õigeaegse sekkumise, pereteenuste kättesaadavuse, interdistsiplinaarse meeskonnatöö, tõendus põhised ning koordineeritud sekkumised ja tulemustele orienteeritud töökorralduse, mis tähendab, et teenuseid osutatakse juhtumikorralduse põhimõttel (Delgado, 2021b, lk 3).

Sotsiaalraviteenistuse töö põhineb valdkondadeüleisel koostööl, juhtumikorralduse põhimõtetel ning isikukesksel lähenemisel, sidudes sotsiaal- ja tervishoiuteenused ühtseks toimivaks süsteemiks. Teenistus täidab olulist rolli patsientide ja nende perede toimetuleku toetamisel ning riskide ennetamisel nii haiglas viibimise ajal kui ka järeltegevustes.

2.2. Uuringuprotsessi ja valimi kirjeldus

Sotsiaal- ja tervishoiuteenuste nende integreerimise vajadus on tunnustatud riiklikuks prioriteediks (Sotsiaalministeerium & Haridus- ja Teadusministeerium, 2024, lk 2), mis annab aluse ka käesolevale uurimistöele. Uuringu tulemused on mõeldud sisendina edasisteks arendustegevusteks Pärnu Haigla sotsiaalraviteenistuses, tuginedes kahele Sotsiaalministeeriumi dokumendile: laste sotsiaal-, tervise- ja haridusvaldkonnas integreeritud vajaduspõhise toe pakkumise ning hindamiste konsolideerimise kava

(Sotsiaalministeerium & Haridus- ja Teadusministeerium, 2024) ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kvaliteedijuhis (Sotsiaalkindlustusamet, 2018).

Andmete kogumiseks kasutati segameetodit, mis võimaldas analüüsil kvalitatiivsete ja kvantitatiivsete andmete integreerimist, et saada terviklikum pilt uuritavatest teemadest ja seda erinevates etappides, andmete kogumisel, analüüsimisel ja tõlgendamisel (Rana & Chimoriya, 2025, lk 5). Selline lähenemine oli põhjendatud eelkõige seetõttu, et kvalitatiivne ja kvantitatiivne analüüs koos võimaldavad kompenseerida mõlema variandi võimalikke puudusi (Nousiainen & Leemann, 2024, lk 288). Kvantitatiivne meetod andis võimaluse esitleda andmeid laiemalt, kvalitatiivne meetod andis sügavama arusaama inimeste kogemusest ja tähenduslikest tõlgendustest (Lagerspetz, 2017, lk 122).

Uuringusse kaasati kaks sihtrühma ning nende valik toimus eesmärgipärase valimi kaudu. Eesmärgipärane valim (Ahmed, 2024, lk 3) toetas teadlikku ja sihipärast osalejate kaasamist, kuna sel viisil oli võimalik valida uuringusse need isikud, kes oskavad tänu oma kogemusele uurimisküsimustele kõige sisukamalt ja asjakohasemalt vastata.

Esimese sihtrühma moodustasid abi vajavate lastega Pärnumaa pered, täpsemalt laste vanemad või hooldajad, kes 2025. aastal kasutasid laste sihtrühma teenuseid ja/või osalesid võrgustikutöös (vt tabel 4). Kahe üksuse (laste ja noorte vaimse tervise keskus ja rehabilitatsiooniüksus) teenuse kasutajatest jäid sõelale 708 isikut, kelle kontaktid olid ka kättesaadavad. Kasutades valimikalkulaatorit (MaCorr Research, n.d.), oli 95% usaldusnivoo ja 5% valimivea tingimisel vajalik minimaalne vastajate arv 249. Tegelikult laekus 708 kutsele uuringus osaleda vastusena tagasi 156 täidetud ankeeti. Sellest tulenevalt kujunes uuringu tegelikuks valimiveaks 6,9%, mis on esialgu planeeritud 5%-st veidi kõrgem, kuid jääb sotsiaalteaduslikes uuringutes üldistuste tegemiseks aktsepteeritavale tasemele.

Teise sihtrühma moodustasid Pärnu Haigla sotsiaalravi teenistuses töötavad ja laste sihtrühmale teenuseid osutavad spetsialistid, keda oli kokku 30. Selle sihtrühma puhul oli planeeritud andmeid koguda poolstruktureeritud intervjuudega ning kaasata viis-kuus juhtumikorraldusega tegelevat spetsialisti. Valiku tegemisel oli kriteeriumiks otsene ja vahetu töökogemus abi vajavate laste sihtrühmaga ning koostöö planeerimise ja teostamisega, mis toetab andmete võrreldavust ja tugevdab tulemuste tõlgendamist.

Tabel 4. Ankeetküsimustikule vastajate ja 2025. aastal teenuse saajate arvu jagunemine kohalike omavalitsuste järgi

Omavalitsus	Vastajate arv	Vastajate osakaal	Teenuse saajate arv*	Teenuse saajate osakaal
Pärnu linn	97	62%	608	63%
Tori vald	27	17%	208	22%
Põhja-Pärnumaa vald	14	9%	49	5%
Häädemeeste vald	9	6%	47	5%
Saarde vald	3	2%	25	3%
Lääneranna vald	3	2%	14	1,5%
Kihnu vald	0	0	5	0,2%
Muu (nt Tallinn)	3	2%	5	0,5%
Kokku	156	100%	961	100%

* Allikas: Sotsiaalravi teenistuse 2025. aasta aruande andmed

Uuringu läbiviimisel oli tähtis järgida eetika- ja andmekaitsepõhimõtteid. Lastevanemate kontaktid pärinesid magistritöö autori töökoha andmebaasidest, mille kasutamiseks taotleti luba Pärnu Haiglas ette nähtud korra kohaselt. Luba kooskõlastati haigla ravijuhiga ja allkirjastati 10.02.2026 (leping_10.02.26_1.1-24-4_60-26.pdf). Kõigile potentsiaalsetele osalejatele anti uuringu kohta kirjalik teave, mis tagas nende informeeritud nõusoleku (Sheppard, 2020, lk 45–46) uuringu eesmärgi, osalemise vabatahtlikkuse ja andmete konfidentsiaalsuse tagamise kohta. Kogutud andmeid hoitakse turvaliselt arvutis, mis on parooliga kaitstud ja pärast magistritöö edukat kaitsmist kõik salvestised vastavalt andmekaitse nõuetele hävitatakse.

Kvantitatiivsed andmed koguti struktureeritud ankeediga, mis sisaldas enamjaolt suletud küsimusi, kuid oli ka paar avatud küsimust. Kvantitatiivse meetodi kasutamine andis võimaluse otsustada, mida uurida, võimaldas esitada konkreetseid küsimusi, kasutada statistilist analüüsi teabe saamiseks küsimustele vastamiseks ning tulemusi tõlgendada (Creswell, 2022, lk 4). Valikvastustega küsimused võimaldasid vastajatel teha ühe või mitu valikut. Suletud küsimused võimaldasid mõõta koostöö tõhusust ja tajutud probleeme. Avatud küsimused andsid vastajatele võimaluse selgitada oma kogemust detailsemalt (Lagerspetz, 2017, lk 158). See andmekogumisviis eeldas küll küsimuste head ülesehitust, et tagada nende mõistetavus ja vastamise turvalisus (Lagerspetz, 2017, lk 128). Küsimustik koostati Tartu Ülikooli LimeSurvey keskkonnas ja selle koostamisel tugineti teooriapeatükis käsitletud allikatele (vt lisa 1). Küsimustik aktiveeriti 16.02.2026,

meeldetuletused küsimustiku täitmiseks saadeti 20.02.2026 ja 25.02.2026. Kvantitatiivsete andmete analüüs tugines kirjeldavale statistikale (sagedustele, jaotustele, keskmistele) (Queirós *et al.*, 2017, lk 370), mis aitavad kaardistada koostöömustrite üldpilti ning toetavad tõenduspõhiste ja üldistatavate järelduste tegemist. Programmis JASP 0.96 koostati kogutud andmete esmane analüüs ning Microsoft Exceli keskkonnas tulemusi peegeldavad diagrammid.

Käesolevas uuringus koguti kvalitatiivsed andmed poolstruktureeritud intervjuudega, mis võimaldasid uurida spetsialistide kogemusi laiemalt (Sheppard, 2020, lk 69), sest avatud küsimuste kaudu oli võimalik väljendada oma kogemusi vabalt ja ise valitud sõnastuses (Sheppard, 2020, lk 242). Andmekogumisel lähtuti ettevalmistatud intervjuukavast (vt lisa 2), kuid vestluse kulg oli paindlik ja jutuajamine kujunes vastavalt osaleja vastustele. See võimaldas uurijal teemasid vajadusel süvendatult käsitleda ja täpsustavaid küsimusi esitada, mis on eriti oluline tundlike valdkondade uurimisel, millele kvantitatiivsed meetodid sageli vastuseid ei anna (Purre *et al.*, 2025, lk 24–25).

Suurt rõhku pandi mugava ja vaba õhkkonna loomisele, et toetada osalejate avatust ning koguda olulist ja tähenduslikku infot nii, nagu see vestluse käigus loomulikult esile kerkib (Sheppard, 2020, lk 245). Enne andmete kogumist, mis oli planeeritud ajavahemikku 26.02.–10.03.2026, teavitati intervjuueeritavaid (vt tabel 5) e-kirja teel uuringu eesmärkidest ja käigust ning nende õigustest, sealhulgas võimalusest intervjuust igal hetkel loobuda.

Tabel 5. Intervjuude andmed

Intervjuueeritav	Kuupäev	Kestus
R1	26.02.2026	36 minutit
R2	27.02.2026	32 minutit
R3	03.03.2026	25 minutit
R4	05.03.2026	24 minutit
R5	06.03.2026	38 minutit
R6	09.03.2026	30 minutit

Intervjuud viidi läbi kontaktkohtumisel, vestlus salvestati Microsoft Teamsi vahendusel, et tagada öeldu täpne jäädvustamine. Privaatsuse tagamiseks kõik salvestised hiljem pseudonüümiti, eemaldades isikutuvastust võimaldavad andmed.

Salvestatud teksti analüüsil lähtuti kvalitatiivsest kirjeldavast lähenemisest, et püsida võimalikult osalejate enda kirjelduste lähedal (Satherley *et al.*, 2021, lk 3). Kõiki salvestisi hoiti uurimistöö autori personaalses arvutis, mis on kaitstud parooliga. Peale uurimistöö valmimist ja kaitsmist kõik salvestised kustutatakse.

Intervjuude transkribeerimine oli vajalik, sest nii oli võimalik luua põhjalik kirjalik andmestik ja uurija sai materjale korduvalt üle lugeda ning tabada tähendusi, mis võinuks ainult kuulamise käigus märkamata jääda (Sheppard, 2020, lk 258). Kui transkriptsioonid olid valminud Microsoft Teamsi, alustati kodeerimist ja ehk temaatilist analüüsi (Mitchell *et al.*, 2020, lk 3), mis võimaldas uurijal tuvastada alateemad ning mõista osalejate motivatsioone ja kogemusi (Rana & Chimoriya, 2025, lk 6). Teemaatilisel analüüsil keskenduti neljale teemale: 1) juhtumikorraldus; 2) teenuste killustatus, info liikumine, koostöö; 3) lapsevanema(te) kaasamine; 4) teenuste järjepidevus, terviklikkus.

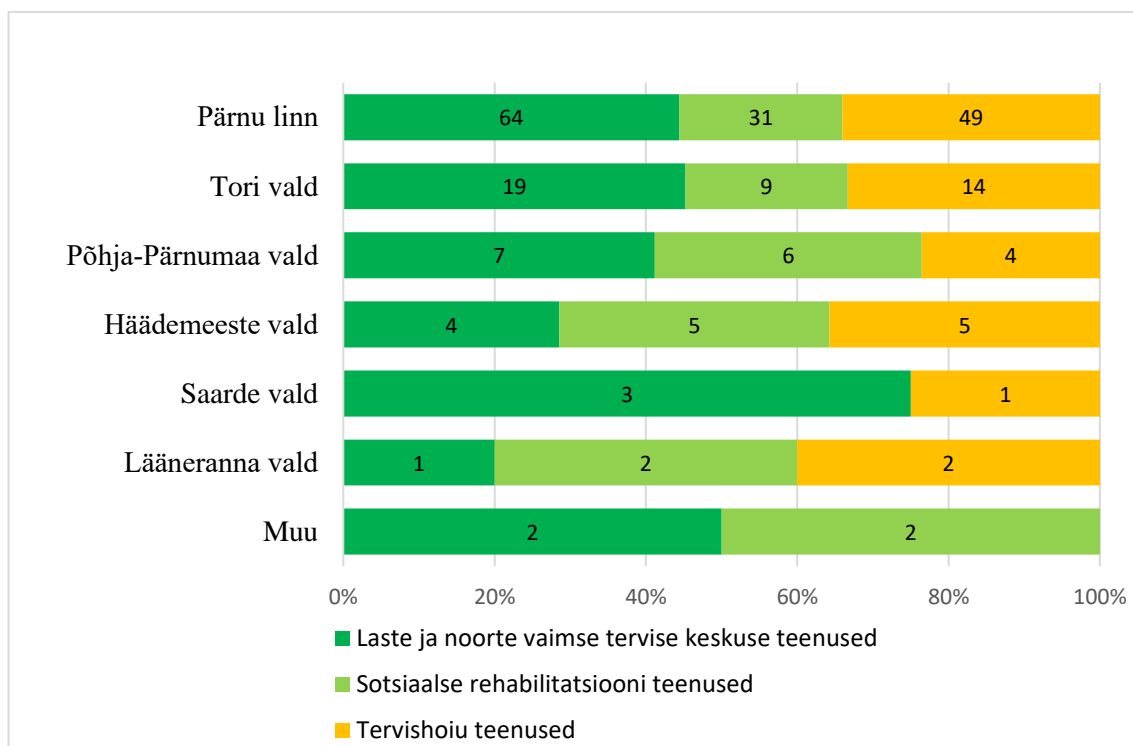
Kodeerimise käigus täpsustati ja seoti teemad omavahel, et muuta salvestatud intervjuumaterjal läbipaistvamaks ja paremini hallatavaks (Sheppard, 2020, lk 259). Fookustatud kodeerimine (vt lisa 3) hõlmas avatud kodeerimisel tuvastatud teemade ja kategooriate kokkuvõtet või kitsendamist (Sheppard, 2020, lk 260).

Järgmistes peatükkides esitatakse analüüsi tulemused, sidudes lastevanemate ja sotsiaalraviteenistuse spetsialistide vahetud kogemused teoreetilise raamistiku ja varasemate uuringute seisukohtadega.

2.3. Lastevanema(te) küsitluse ja spetsialistide intervjuude tulemused

2.3.1. Valdkondadeülene koostöö ja teenuste killustatuse tajumine

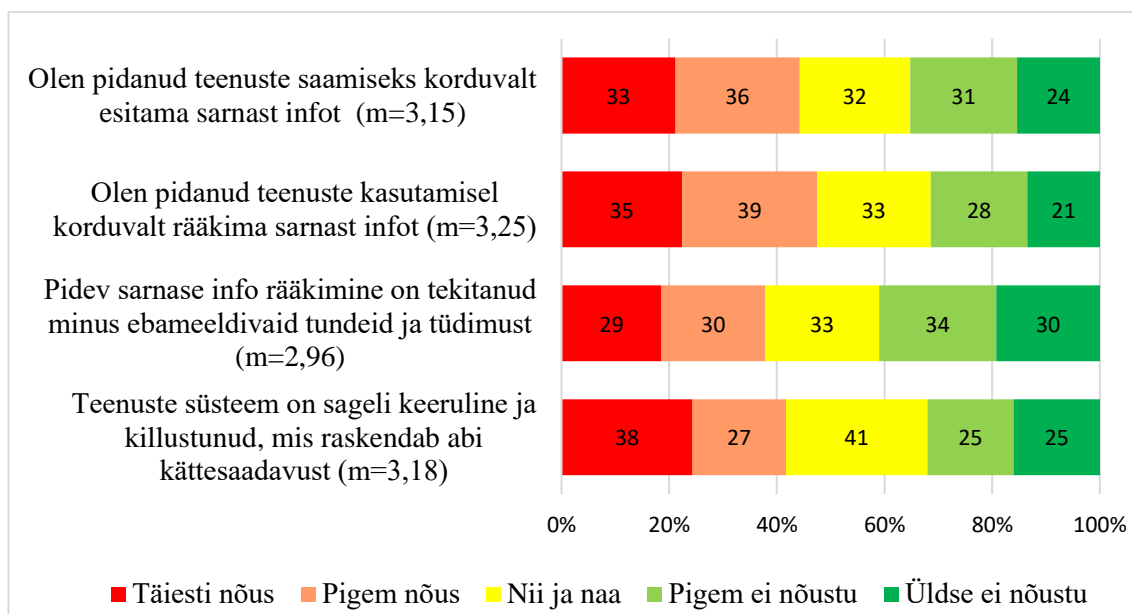
Käesoleva uuringuga kaardistati esmalt Pärnu Haigla lastele suunatud teenuste kasutamise sagedus ja teenuse kasutajate jagunemine Pärnumaa omavalitsuste kaupa (vt joonis1). Pärnu Haigla teenuste põhikasutajad on Pärnu linna elanikud, järgnevad ümberkaudsete valdade, eeskätt Tori ja Põhja-Pärnumaa pered. Pärnu linna elanike (97 vastajat, vt tabel 4) suur osakaal teiste teenusekasutajate seas (maakonnas kokku 56 vastajat) on ootuspärane, kuna teenused asuvad logistiliselt neile lähemal.



Joonis 1. Laste tugiteenuste kasutus ja pere elukohajärgne jaotus Pärnumaal (n = 156)

Küsitlusega kogutud andmed toovad selgelt esile, et laste abivajadus on kompleksne, kõige enam vajatakse laste ja noorte vaimse tervise keskuse teenuseid (100 juhtu), järgnevad spetsialiseeritud tervishoiuteenused (75 juhtu) ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenused (55 juhtu). Analüüsist selgus, et kompleksne abivajadus on suur: tervelt 42% kõigist vastajatest tarbib vähemalt kahte teenust ühel ajal ja kõiki kolme teenuseliiki tarbis valimist 11 peret (seitse Pärnu linnas, kolm Tori vallas ja üks Häädemeeste vallas). Kõige sagedasem on vaimse tervise ja tervishoiuteenuste samaaegne kasutamine: seda tegi 46 vastajat. Tulemus kinnitab vajadust integreeritud sekkumismudelite järele, et pered ei peaks kasutama samasuguseid teenuseid mitme erineva teenuseosutaja ja teenuseomaniku juures, sest see tekitab neile lisakoormust.

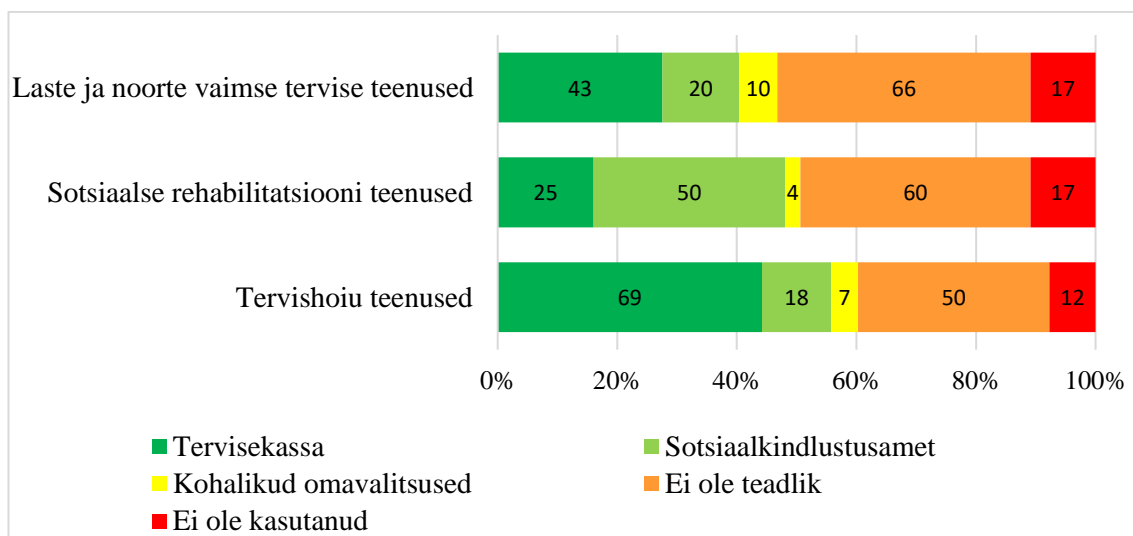
Suur hulk peresid, kes vajab korraga vaimse tervise, tervishoiu- ja rehabilitatsioonisüsteemi tuge, satub praegu paratamatult silmitsi teenuste killustatusega. Ilma selge ja keskse koordineerimiseta langevad paljude erinevate spetsialistidega info vahetamise raskus ja logistika lapsevanema(te) õlule (vt joonis 2).



Joonis 2. Lastevanema(te) arvamus teenuste taotlemise kohta (n = 156)

Süsteemne killustatus võib pärssida vanemate sisulist kaasamist, kuna võrdse partnerluse asemel muutub lapsevanem kurnatud „infokandjaks“, kes peab vahendama erinevatele asutustele teavet lapse vajaduste, diagnooside ja varasemate sekkumiste kohta – 47% vastanutest on pidanud seda tegema korduvalt. Praegune tugiteenuste süsteem peegeldab vajadust võtta kasutusele ühtne juhtumikorralduslik mudel, mille puhul ei lasu vastutus tervikpildi loomise eest üksnes perel.

Teenuste kättesaadavuse ja järjepidevuse tagamisel on oluline perede teadlikkus süsteemide toimimisest. Uuringus küsiti vanematelt ka selle kohta, milline asutus vastutab konkreetse teenuse rahastamise eest. Kuigi teenuseid tarbitakse aktiivselt, paljastavad uuringu tulemused olulised lüngad perede teadlikkuses (vt joonis 3). Kõige paremini ollakse kursis Tervisekassa rolliga (69 õiget vastust), samas sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste puhul oskas Sotsiaalkindlustusametit nimetada 50 kasutajat. Andmed näitavad selgelt, et kõige suurem infopuudus valitseb vaimse tervise teenuste rahastuse osas. Kuigi Pärnu Haiglas rahastab seda teenust kohalike omavalitsuste liit (POL), oli sellest teadlik vaid 10 teenuse tarbijat.

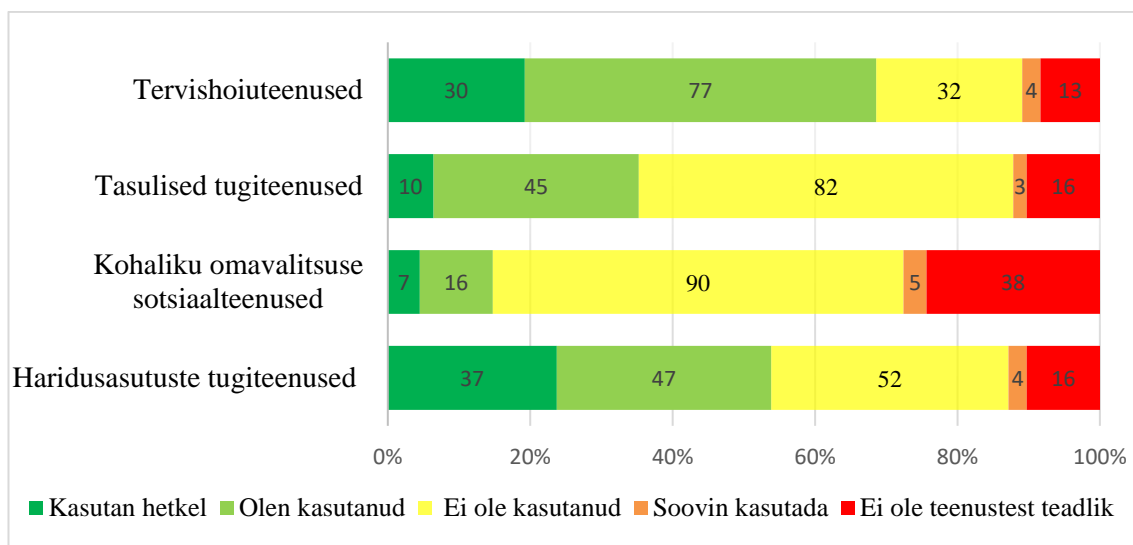


Joonis 3. Lapsevanema(te) teadlikkus teenuste rahastusallikatest (n = 156)

Selline teadmatus on mõistetav, kuna tugiteenuste süsteemis jagunevad laste tugiteenuste rahastamise kohustused mitme institutsiooni vahel ning rahastussüsteem ei ole teenuse kasutaja vaates alati läbipaistev. Tulemuste analüüsist järeldub, et peredel ei ole ühtset arusaama süsteemide toimimisest. See võib aga pikendada abi otsimise protsessi, suurendada ebakindlust ning põhjustada teenuste valikul valesid ootusi.

Kohatised vähesed teadmised tugiteenuste rahastajate kohta ei pruugi tuleneda niivõrd süsteemi bürookraatlikkusest, kuivõrd asjaolust, et abi vajava pere jaoks ei ole see teadmine abivajaduse hetkel esmase tähtsusega. Uuringust selgub, et lapsevanemad on üldiselt äärmiselt motiveeritud lapse toetamise protsessis osalema. Pered on valmis panustama ka märkimisväärselt aega ja energiat, et sobiv abi leida. Nende fookus ja ressursid kuluvadki pigem vajaliku spetsialisti leidmisele ning lapse otsesele toetamisele, mistõttu jäävad rahastusskeemide detailid nende jaoks sageli teisejärguliseks.

Lisaks Pärnu Haigla teenustele peavad pered orienteeruma muudes toetussüsteemides ning otsima paralleelselt abi haridusasutustest (kool, lasteaed), teistest meditsiinisüsteemidest, kohaliku omavalitsuse sotsiaalteenistusest ning tasuliste teenuste pakkujatele (nt logopeed, psühholoog, mänguterapeut). Mitme samalaadse teenuse paralleelne kasutamine erinevate teenusepakkujate juures (vt joonis 4) toob esile senise toetussüsteemi kitsaskoha: riiklikest teenustest üksi ei piisa, et katta laste ja perede vajadused piisavas mahus ja õigel ajal.



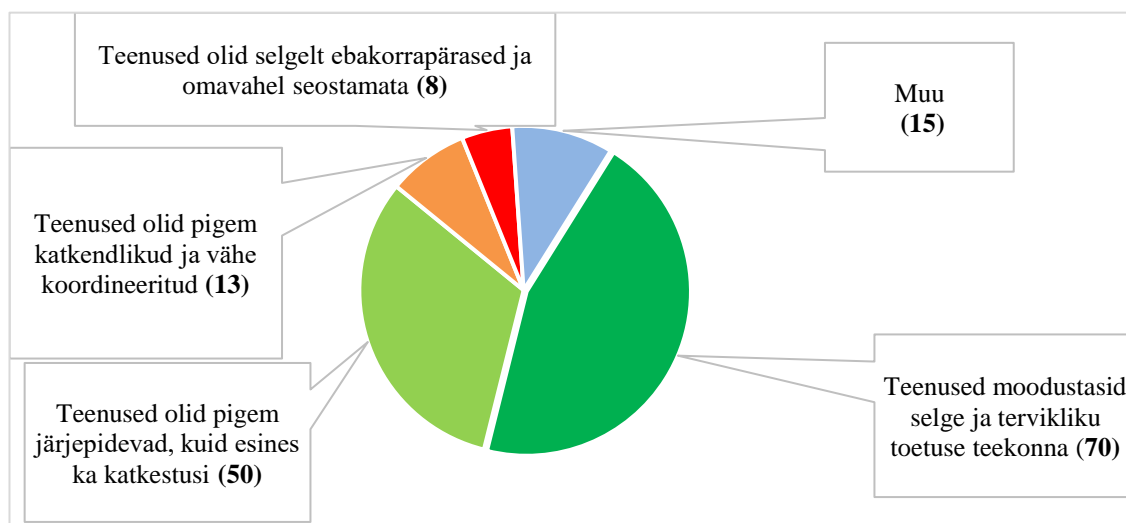
Joonis 4. Paralleelselt kasutatavad tugiteenused erinevate teenuseosutajate kaupa (n = 156)

Kogutud andmed näitavad, et pered kombineerivad avaliku ja erasektori teenuseid, et vältida järjekordi ja saada konkreetset erialast abi kiiremini. Erasektori teenuste analüüsist nähtub, et pered pöörduvad tasuliste teenuste poole pigem praktilisest vajadusest ja võimalusest lähtudes. Kokku on tasuliste teenustega kokku puutunud 55 perekonda (10 kasutab hetkel, 45 on kasutanud). Joonisel 4 kajastatud tasuliste teenuste suur osakaal (36%) viitab, et pered on valmis kandma rahalist koormust olukorras, kus avaliku sektori teenuste kättesaadavus on ajaliselt piiratud või ei vasta nende maht vajadusele. See omakorda peegeldab tugisüsteemi üldist koormust. Kohalike omavalitsuste teenuste kohta teatakse üldiselt vähem ning nende kasutus on tagasihoidlikum, mis võib olla seotud nii teenuste ebahühtlase kättesaadavuse kui ka omavalitsuste erinevate võimalustega.

Spetsialistid toovad intervjuudes ühe peamise probleemina esile selle, et perega töötab ühel ajal mitu spetsialisti või teenuseosutajat, kuid nende tegevused ei ole omavahel piisavalt koordineeritud. Tulemused kinnitavad, et infovahetus erinevate osapoolte vahel ei ole alati piisav ning spetsialistid ei pruugi olla teadlikud teiste teenusepakkujate tegevusest sama lapse toetamisel.

Selline olukord toob kaasa paralleelse töö, tegevuste dubleerimise (nt korduv hindamine) ning seega ressursside ebaefektiivse kasutamise.

Laste ja pere abivajadus tähendab pidevat liikumist erinevate asutuste, teenuste ja spetsialistide vahel. Enam kui kolmveerand vastajatest (77%) peab teenuste teekonda kas täiesti terviklikuks või suures plaanis järjepidevaks. Samas näitab ligi kolmandiku (32%) vastajate kogemus, et teekond oli katkestustega. Süsteemi keerukust kajastab ka asjaolu, et üle kümnendiku (13%) vastajatest tajus teenuste korraldust sageli ebakorrapärase ja killustununa (vt joonis 5). Kuigi niimoodi hindajate osakaal ei ole suur, viitab see siiski, et on hulk peresid, kelle jaoks ei moodusta tugiteenused terviklikku ja loogiliselt toimivat teekonda.



Joonis 5. Lapsevanema(te) hinnang tugiteenuste süsteemi terviklikkusele (n = 156)

Sarnast korralduslikku segadust tunnetavad ka teenuseosutajad, kelle hinnangul ei ole asutustevaheline koostöö alati piisavalt järjepidev ja süsteemne. Tulemused viitavad, et probleem ei seisne üksnes teenuste pikas ootejärjekorras, vaid nende omavahelises sidususes ja järjepidevuses.

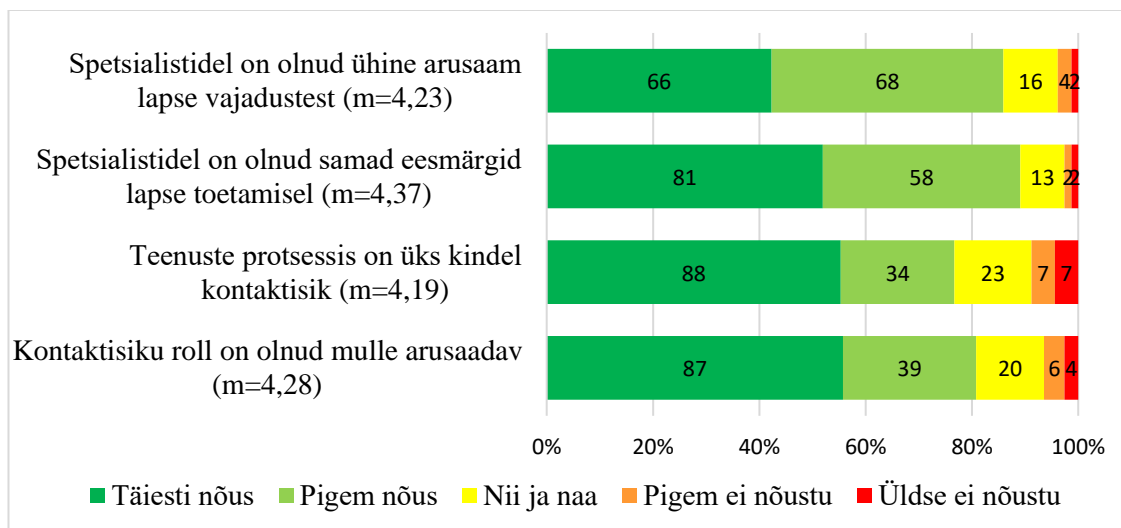
Spetsialistid tõid esile: „Pere võib käia mitme spetsialisti juures korraga ja kõik teevad justkui oma osa, aga tervikpilti ei pruugi keegi täielikult näha“ (R1). „Killustatus ongi see, et... abi osutama peavad nii paljud osapooled... ei ole sujuv, sest sa ootad millegi/kellegi teise järel,“ kirjeldab olukorda spetsialist R1. Hinnang „Kõik teevad midagi, aga keegi ei tea täpselt, mida teine teeb“ (R3) peegeldab koostöö killustatust ja parema koordineerimise vajadust.

Kirjeldatud olukord mõjutab otseselt perede toimetulekut ja pärsib spetsialistide motivatsiooni, sest kui vanemal ei ole selget arusaama, milline teenuseosutaja konkreetset tugiteenust pakub ja mille eest vastutab, võib vajaliku toe leidmine venida või jääda osalt kasutamata.

2.3.2. Juhtumikorraldus, spetsialistide ja lastevanema(te) koostöö tugiteenuste protsessis

Juhtumikorraldaja roll ei piirdu üksnes praktilise tegevuste suunamisega, vaid hõlmab ka tugisüsteemi perele tutvustamist, teenuste integreerituse korraldamist ning vastutuse selgemat jaotamist. See on eriti oluline olukorras, kui lapse abivajadus on mitmetahuline ning pere peab suhtlema mitme erineva spetsialisti ja asutusega. Ilma selge koordineerimiseta võib sellise juhtumi korral jõuda segaduse, info killustumise ja vastutuse hajumiseni.

Kogutud andmed näitavad, et lapsevanemad tajuvad Pärnu Haigla teenuste puhul koostööd spetsialistidega pigem ühtse ja eesmärgipärasena (vt joonis 6).

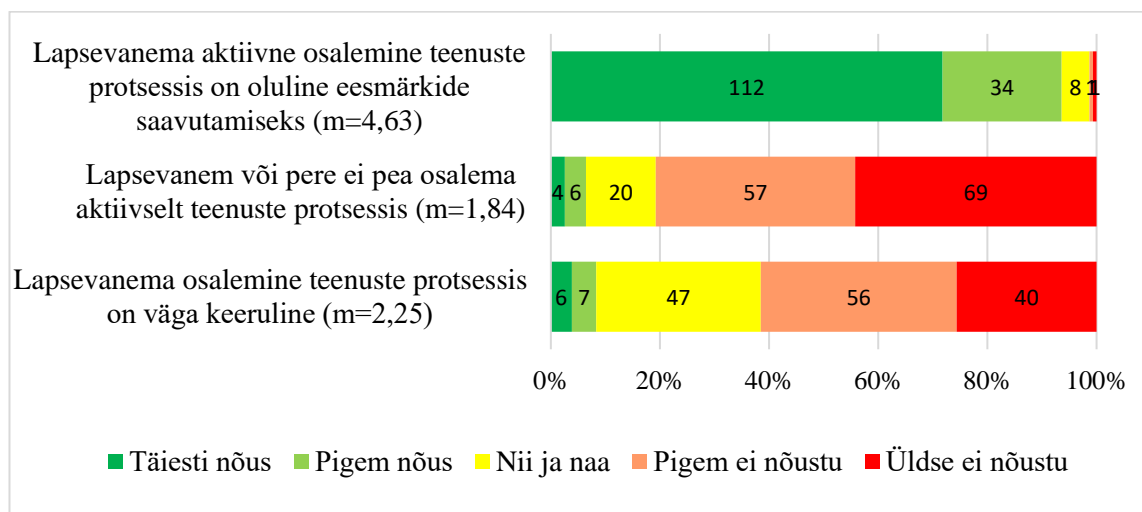


Joonis 6. Rolliselgus ja koostöö eesmärgipärasus juhtumikorralduses (n = 156)

Vastajate hinnangul on lapsega töötavatel spetsialistidel sarnased eesmärgid (m = 4,37) ning ühine arusaam lapse peamistest vajadustest (m = 4,23). Samuti nõustus suur osa vanematest väitega, et neil on protsessis olemas kindel kontaktisik ehk juhtumikorraldaja (m = 4,19) ning tema roll on neile arusaadav (m = 4,28). Spetsialistide intervjuudest

selgus, et juhtumikorraldust peetakse teenuste sidumisel ning lapse ja pere jaoks arusaadava süsteemi kujundamisel oluliseks meetmeks. Eriti on rõhutatud vajadust ühe kindla kontaktisiku järele, kes aitab perel süsteemis orienteeruda ning toimib erinevate osapoolte vahel info vahendajana. Seega on juhtumikorraldus nii lapsevanema(te) kui teenusekorraldaja jaoks oluline, kuna võimaldab erinevad teenused ühtseks ja eesmärgipäraseks tervikuks siduda ning lapsevanema(te) koormust süsteemis orienteerumisel vähendada.

Lapsevanema(te) hinnangul on nende koostöö haigla spetsialistidega olnud struktureeritud ning rollijaotus arusaadav, mis viitab kõrgele usaldusele spetsialistide professionaalsuse suhtes ning toetab arusaama, et juhtumikorraldus aitab luua protsessis järjepidevust. Juhtumikorralduse toimivus on tihedalt seotud sellega, millise rolli saab protsessis lapsevanem ise. Kui koostöö on selge ja eesmärgid arusaadavad, loob see eeldused vanemate aktiivseks osalemiseks. Uuringu tulemused näitavad, et lapsevanema (te) valmisolek lapse toetamise protsessis osaleda on kõrge (vt joonis 7).

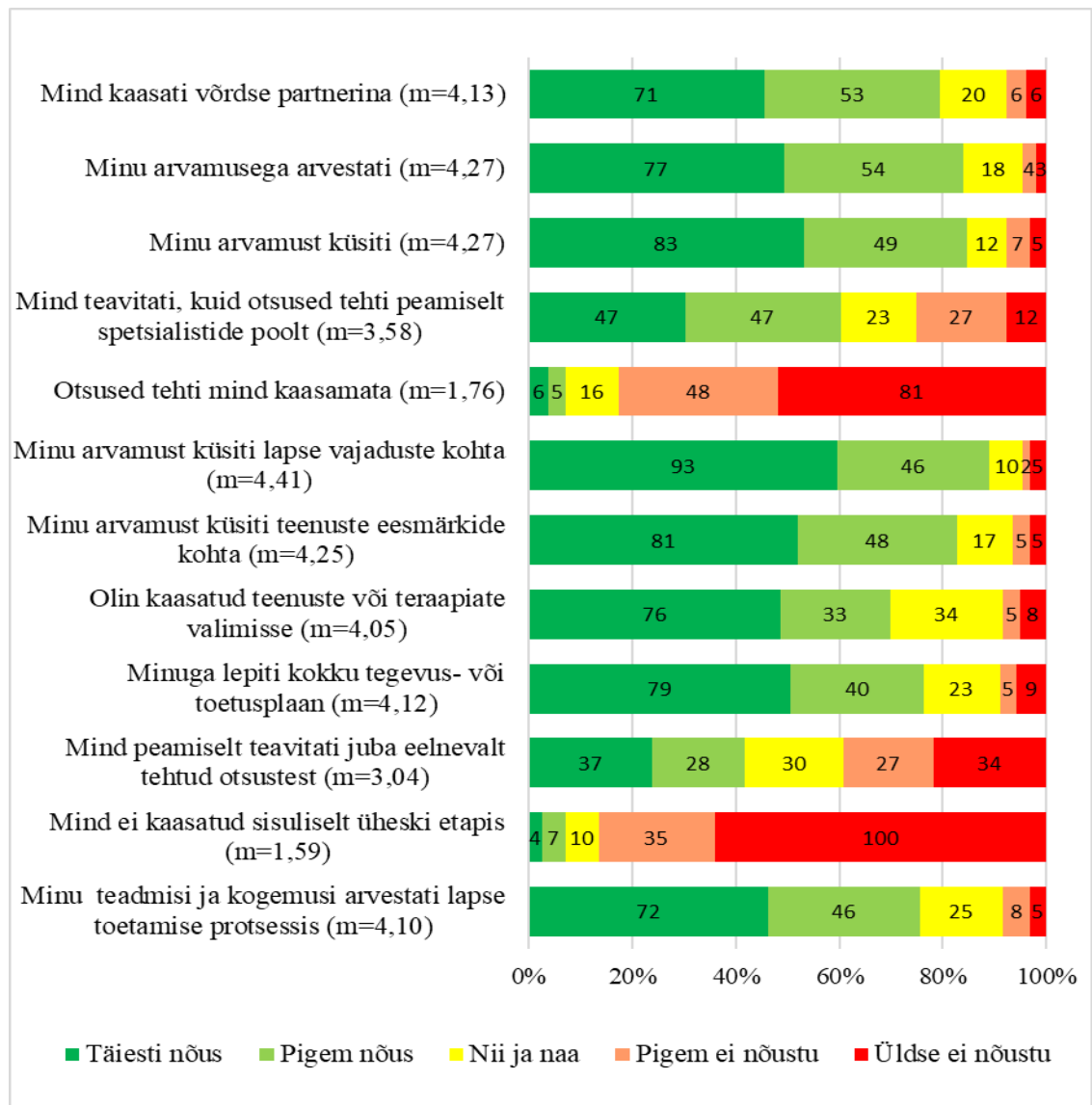


Joonis 7. Lapsevanema(te) osalemise olulisus tugiteenuste protsessis (n = 156)

Kokku 146 vastajat nõustus väitega, et lapsevanema(te) aktiivne osalemine on eesmärkide saavutamiseks oluline, neist 112 nõustus täielikult. 96 vastajat ei pidanud protsessis osalemist enda jaoks keeruliseks. Selgus, et enamik lapsevanemaid ei näe endid ka passiivsete teenusekasutajatena, vaid soovivad osaleda partneritena. Seega loob perede kõrge valmisolek tugeva aluse partnerlusel põhinevale lähenemisele ning tõhusale toele kogu abi osutamise teekonnal. Samas ei tähenda valmisolek osaleda automaatselt sisulist

kaasatust. Spetsialistid rõhutavad, et lapsevanema(te) valmisolek on oluline, kuid sageli on nende võimekus ja teadlikkus piiratud, mistõttu delegeerivad nad otsustamise spetsialistidele või pigem ei osale protsessis aktiivselt.

Uuringu tulemustest selgus, et lastele suunatud teenuste üle otsustamisse kaasatakse vanemaid ulatuslikult ning neid koheldakse võrdsete partneritena (vt joonis 8).

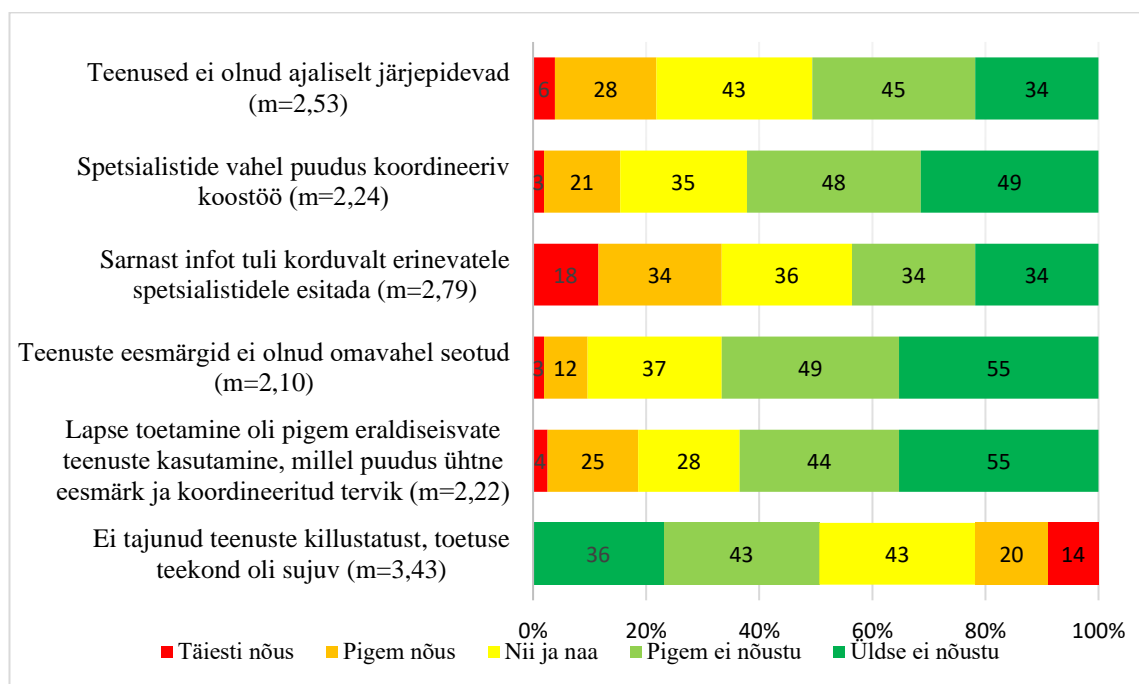


Joonis 8. Lapsevanema(te) tajutud otsustusprotsessidesse kaasamine (n = 156)

Keskmesed hinnangud näitavad, et vanemad hindavad kõrgelt enda kaasamist võrdse partnerina (m = 4,13), samuti oma arvamuse avaldamise võimalust (m = 4,41) ning koostööd spetsialistidega ühiste eesmärkide seadmisel (m = 4,25). Tulemused kinnitavad,

et kaasamise aluspõhimõtted on praktilises töös valdavalt juurdunud ja kasutusel. Samas viitavad tulemused ka kitsaskohtadele, mille järgi ei ole kaasamine teenuste kavandamisel alati sisuline. Osa vastajatest märkis, et kuigi neid protsessi käigus otsustest teavitati, langetasid lõplikud otsused siiski spetsialistid ($m = 3,58$). Mõningal määral esines olukordi, kus vanemaid lihtsalt teavitati spetsialistide tehtud otsustest ($m = 3,04$) ja neid otsuste üle arutelusse ei kaasatud. Enamik uuringus osalenud 156 vanemast kinnitas, et neilt küsiti arvamust lapse vajaduste kohta ($m = 4,27$) ja nende arvamusega ka arvestati ($m = 4,27$). Lisaks tajus 124 lapsevanemat end võrdse partnerina ning 118 vastajat leidis, et otsuste tegemisel võeti arvesse nende teadmisi ja isiklikke kogemusi. Kõige madalama tulemusega eristus teenuste ja teraapiate valimine: vaid 70% vastanutest (109 inimest) tundis, et nad olid protsessi kaasatud.

Vaatamata üsna heale koostööle haiglasestest tugiteenuste pakkumisel ilmneb süsteemis siiski kitsaskohti, peamiselt infovahetuses ja kaasamises laiemalt (vt joonis 9).



Joonis 9. Info liikumine ja tugiteenuste sujuvus lapsevanema(te) hinnangul ($n = 156$)

Kuigi lapsevanema(te) hinnangul on asutusesisene koostöö suurel määral sidus ja toimib hästi (79 vastaja arvamus), kirjeldavad spetsialistid praktikas siiski rollide ebaselgust ja vastutuse hajumist. Vanemate positiivne kogemus võib kujuneda pigem isikliku suhtluse

ja konkreetsete spetsialistide töömetoodika toel, mitte süsteemi selge ülesehituse tulemusena.

Spetsialistid näevad lapsevanemaid ideaalis koostööpartnerina, kuid praktikas oleneb partnerlus suuresti lapsevanema(te) motivatsioonist ja suutlikkusest ning alati ei ole ka võimalik vanemat sisuliste otsuste tegemisse kaasata. Olukorda võivad mõjutada mitmed asjaolud: ühelt poolt on spetsialistidel erialased teadmised, mis annavad neile otsustusprotsessis juhtiva rolli, teiselt poolt ei pruugi lapsevanema(te)l alati olla piisavat kindlust või teadlikkust, et oma seisukohti ja vajadusi selgelt sõnastada. Spetsialistid leiavad: „Lapsevanemad ei oska neid eesmärke välja mõelda...“ (R6).

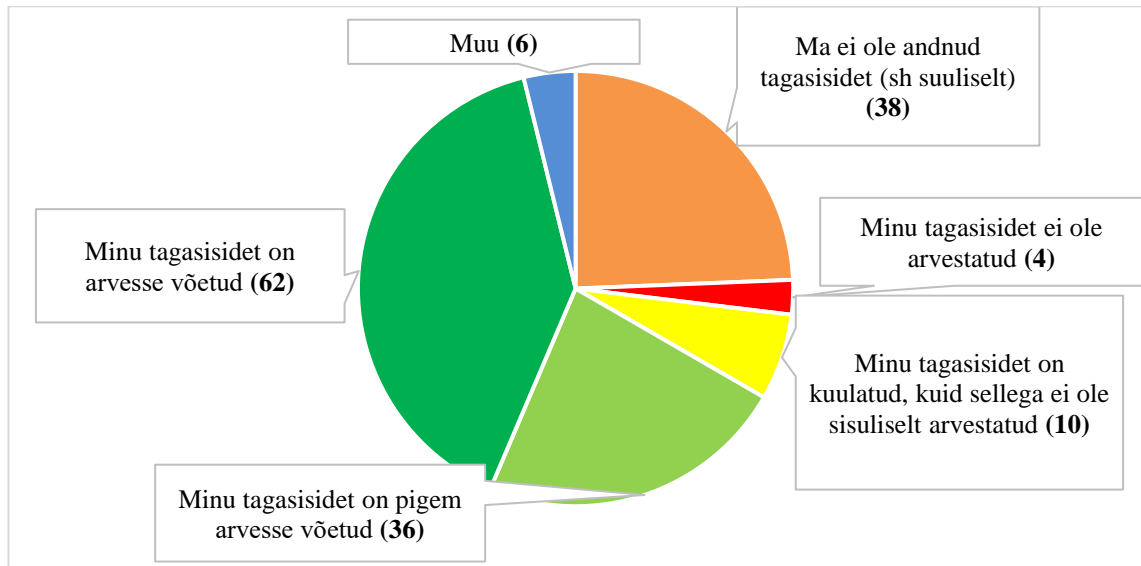
Lapsevanemad tunnevad, et peavad sageli ise täitma info vahendaja rolli (52 vastaja arvamus), mis peaks ideaalis kuuluma juhtumikorraldaja töömaale. Vanema suurem halduskoormus võib suurendada rahulolematust teenustega ning vähendada tema suutlikkust keskenduda lapse toetamisele.

Spetsialistide hinnangud kinnitavad sama: info liikumine asutuste vahel on piiratud ning süsteem ei toeta piisavalt valdkondadeülest ja võrgustike ladusat koostööd. Juhtumikorraldusega tegelevad spetsialistid toovad välja, et koostöö spetsialistide vahel on pigem hea, eriti sama asutuse sees, kuid asutusteülele tekivad probleemid info liikumises ja rollide selguses: „...meie majas toimib see koostöö tegelikult väga hästi“ (R6) ja „...aga kui minna majast välja, siis on juba palju keerulisem...“ (R2).

Juhtumikorraldus, lapsevanema(te) kaasamine ja info liikumine on omavahel tihedalt seotud ning üks nõrk koht mõjutab paratamatult ka teisi. Et tagada tugiteenuste pakkumises vajaduspõhisus ja keskkonnamuutustest (nt seadused, ressursid) tulenevate takistuste kiuste jätkusuutlikkus, on vajalikud parendustegevused. Selleks tuleks osapooltelt regulaarselt tagasisidet küsida, et hinnata, kuidas teenuste osutamine toimib ja milliseid muutusi teenusekasutajad vajavad.

Lapsevanema(te) kogemus seoses tagasiside andmisega on valdavalt positiivne, mis viitab toimivale suhtlusele pere ja teenuseosutajate vahel. Küsitluse tulemuste järgi tunneb enamik vanematest, et nende arvamus on täiesti või vähemalt osaliselt kuulda võetud (vt joonis 10). Täpsemalt on oma tagasisidega arvestamist kogunud 63%

vastajatest, mis kinnitab, et vanemate ja spetsialistide vahelisel suhtlusel on lapse käekäigule reaalne mõju. Märkimisväärne osa vanematest ehk 24% ei ole aga üldse tagasisidet andnud. Üldist rahulolematust esines vähe, 6% vanematest koges küll ärakuulamist, kuid sisulisi muudatusi sellele ei järgnenud, ning vaid ligikaudu 3% vastajatest (4 inimest 156-st) leidis, et nende seisukohtadega ei ole üldse arvestatud.



Joonis 10. Tagasiside teenustel osalemise kohta (n = 156)

Spetsialistid viitavad, et otsused ja sekkumised ei pruugi ka alati lähtuda tegelikest vajadustest, vaid süsteemi loogikast, üheks näiteks on olukord, kus perele pakutakse kohe teraapiat, kuigi esmalt oleks vaja tegeleda baasvajaduste rahuldamisega koduses keskkonnas. See näitab, et terviklik lähenemine eeldab lisaks koostööle ka ühist arusaama prioriteetidest ja eesmärkidest.

Lapsevanema(te) peamised soovitusel ja märkamised SA Pärnu Haigla sotsiaalraviteenistuse teenuste parendamiseks jagunevad:

- Teenuste korraldus. Kõige murettekitavamaks probleemiks on teenuste pikad ooteajad, mis ulatuvad kohati mitme kuuni, mistõttu ei jõua abi abivajajateni õigel ajal. Lapsevanemad soovivad palgata juurde spetsialiste (nt lastepsühhiaatreid, psühholooge, tegevusterapeute ja juhtumikorraldajaid). Eraldi ja üsna mitmel juhul toonitatakse suurt vajadust logopeediteenuse järele.

- Info liikumine ja spetsialistide koostöö. Lapsevanemad ootavad, et info liiguks spetsialistide ja erinevate asutuste (nt kohalik omavalitsus, Pärnu Haigla, haridusasutused) vahel sujuvamalt. Praegu tuleb tihti iga uue spetsialisti juures oma muret otsast peale selgitada, mis on ebamugav ja kurnav. Tuuakse välja, et teekond abini peaks olema oluliselt lühem ja loogilisem ning vältida tuleks olukorda, kus liigutakse edasi-tagasi erinevate hindajate vahel, enne kui jõutakse teraapiani.
- Lapsevanema(te) kaasamine. Kui laps käib teraapias üksi, tunnevad vanemad puudust tagasisidest ja juhendamisest, et olukorda paremini mõista. Vanemad soovivad, et neile endile pakutakse rohkemat tuge, koolitusi ja pereteraapiat, kuidas last paremini toetada. Suur probleem on teenustele pääsemine: see nõuab vanemalt praegu suurt aktiivsust ja järjepidevust.
- Teenuste pakkumise paindlikkus. Kuna teenuste pakkumise kellaajad on sageli piiratud tööpäeva pikkusega, teeb see osalemise paljudele töötavatele vanematele ja koolis käivatele lastele keeruliseks. Vanemad soovivad pakkuda teraapiat ka õhtustel aegadel või lausa puhkepäevadel. Lisaks tuntakse muret teraapiaaegade pideva muutumise pärast, sest see lõhub perede väljakujunenud rutiini.
- Ootused spetsialistidele. Lapsevanemad viitavad, et pidev terapeutide vahetumine mõjub lapsele halvasti, kuna harjuda tuleb uue inimesega. Soovitakse, et meeskonnas oleks rohkem noori spetsialiste (nt psühholooge), kes suudavad tänapäeva noorte probleemidega paremini suhestuda ja neid mõista.
- Märkamine ja ennetustegevus. Vanemad toovad välja, et kuna teenuste ooteaeg on pikk ja abi saadakse sageli liiga hilja, on vaja pöörata rohkem tähelepanu ennetustegevustele, et lapsel ei kujuneks välja sõltuvust, kui vanem on abi palunud juba aastaid varem. Samuti peaksid teenused olema abivajajatele kergemini leitavad.

Lapsevanema(te) ootused peegeldavad soovi tervikliku ja kättesaadava abi järele. Oodatakse, et süsteem kohtleks perekonda ühtse tervikuna, pakkudes lisaks lapse toetamisele juhendamist ka vanematele.

2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud

Uuringu tulemused näitavad, et lapsevanemad tajuvad end suuresti teenuseprotsessi kaasatuna ning on motiveeritud lapse toetamisel aktiivselt osalema. Tulemus on

kooskõlas inimesekeskse lähenemise põhimõtetega, mille kohaselt peab teenusekasutaja olema teenusepakkujale võrdne partner ning osalema aktiivselt eesmärkide seadmises ja nende täitmisel (Pratt *et al.*, 2023, lk 5–6). Samas tõdevad spetsialistid, et lapsevanema(te) kaasamine ei ole alati nii tulemuslik, vanemate oskus ja võimekus eesmärkide seadmises kaasa rääkida on pigem vähene ning sageli jääb vastutus otsuste eest praktilises töös spetsialistide õlule. Spetsialisti ülesanne on samas jõustada lapsevanemaid, suunates neid läbi sobivate toimetulekustrateegiate vastutust võtma ning otsustusprotsessi oma aega ja tahet panustama. Ka üks varasem uuring kinnitab (Leijten *et al.*, 2018, lk 15), et koostöö hõlmab patsiendi enesejuhtimise võimekuse ning tervisekirjaoskuse järjepidevat arendamist.

Juhtumikorraldust käsitletakse kirjanduses integreeritud teenuste ühendajana, mis aitab vältida teenuste killustatust ja toetab pere positiivset kogemust teenuste kasutamisel (Askeland *et al.*, 2025, lk 10–11) ning käesoleva uuringu tulemused kinnitavad seda seisukohta. Lapsevanemad tajuvad spetsialistide koostööd sidusana ning leiavad, et spetsialistidel on ühine arusaam laste vajadustest. See tulemus kinnitab, et toimiv koostöö on vanema vaates usaldusliku suhte loomisel määrav tegur.

Valdkondadeülene koostöö, info liikumine ja rollide selgus on integreeritud teenuste keskne korralduslik viis, mille kvaliteet sõltub regulaarsetest suhtluspraktikatest, vastutuse selgusest ja vastastikusest usaldusest (Looman *et al.*, 2021, lk 5–6). Spetsialistide intervjuudest selgus, et võrgustikuülene koostöö on pigem kaootiline, pole süsteemset toetust ning vastutuse jaotus on ebamäärane. Erinevalt lapsevanema(te) tajutud sidususest kirjeldasid spetsialistid süsteemseid struktuurilisi ja organisatsioonilisi takistusi ning puudulikku infovahetust. Uuringu tulemused näitavad, et sisuline koostöö tugineb süsteemse raamistiku asemel pigem spetsialistide isiklikele suhetele ja initsiatiivile. Eespool öeldu põhjal võib järeldada, et kuigi lapsevanema(te) jaoks koostöö tänu spetsialistide pingutusele näiliselt toimib, muudab koordineeritud juhtumikorralduse puudumine teenuste teekonna ebaühtlaseks.

Tõendus- ja vajaduspõhisuse analüüs osutab, et kuigi teenuste planeerimisel lähtutakse lapse individuaalsetest vajadustest ja terviklikust lähenemisest (Satherley *et al.*, 2021, lk 11), jääb otsustusprotsess praktikas sageli spetsialistikeskseks. Integreeritud hoolduse arengumudel rõhutab samas abivajaja ja tema võrgustiku võrdsemat rolli hoolduses

(Minkman *et al.*, 2025, lk 11). Spetsialistide kirjeldustest selgub, et tõenduspõhise praktika rakendamist piiravad info killustatus ja puudused koostöös, mistõttu seatakse eesmärgid pigem professionaalsest kogemusest lähtuvalt. Ilma süsteemse koordineerimise ja suunatud juhtimiseta on raske saavutada täielikku lõimitust, mille puhul on arvestatud ka pere sotsiaalset olukorda (Satherley *et al.*, 2021, lk 11). See kinnitab vajadust liikuda integreeritud abi poole, kus rõhuasetus kandub üksiku asutuse keskselt lähenemiselt valdkondadeülesele võrgustikutööle (Minkman *et al.*, 2025, lk 9). Loomani jt (2021, lk 8) käsitluse järgi viitab see vajadusele tugevdada juhtimist ja koostöömehhanisme, et tõenduspõhine lähenemine ei jääks vaid üksiku spetsialisti tasandile, vaid tugineks ühiselt hallatavale infoväljale.

Uuringu tulemused kinnitavad nii lapsevanema(te) kui ka spetsialistide vaates suurt murekohta: teenuste killustatus ja ajasurve viitavad süsteemsele puudujäägile. Vastused näitavad selgelt, et lapsevanema(te)l tuleb sageli kasutada paralleelselt mitme pakkuja teenuseid, sealhulgas sarnastes valdkondades (nt logopeediline abi ja vaimse tervise toetamine), ja täita seejuures koordineeriva infovahendaja rolli. Need tulemused haakuvad otseselt Tammiste (2024, lk 16) tähelepanekutega tugiteenuste tänapäevase korralduse kohta.

Spetsialistid tajuvad, et töö kvaliteeti pärsvivad ning tööstressi soodustavad teenuste killustatus, infopuudus, sekkumiste dubleerimine ning pidev ajasurve. Teenuste ebatõhus koordineerimine ja pikkade järjekordade probleem on kooskõlas ka Løkeni jt (2022, lk 2828) varasemate järeldustega. Neid tulemusi teoreetiliselt mõtestades võib Minkmani jt (2025, lk 11) integreeritud hoolduse arengumudelile tuginedes väita, et kirjeldatud olukord osutab süsteemi ebapiisavale sidususele. Loomani jt (2021, lk 7) käsitluse kohaselt peitub sellise killustatuse peamine põhjus organisatsioonidevaheliste selgete kokkulepete ja ühise visiooni puudumises, mis on aga eduka integratsiooni vältimatu eeldus. Nende süsteemsete takistuste ületamiseks on May (2013, viidatud Scarbrough & Kyratsis, 2022, lk 238 vahendusel) normaliseerimisprotsessi teooriale toetudes vaja teha sihipärast sisulist tööd, et uued koostöövormid kinnistuksid ning muutuksid spetsialistide igapäevatöö loomulikuks ja toetatud osaks (Scarbrough & Kyratsis, 2022, lk 238).

Integreeritud hoolduse arengumudeli kohaselt on koordineerimine ja selge juhtimine hädavajalik, võimaldades liikuda killustatud abiandmiselt tervikliku võrgustikutöö suunas. Nimetatud teoreetilise mudeli õigsust kinnitab käesoleva uuringu tulemus, mille järgi kerkib nii lapsevanema(te) kui ka spetsialistide hinnangutes selgelt esile vajadus tõhusama teenuste koordineerimise ja planeerituma juhtumikorralduse järele (Correia de Matos *et al.*, 2025, lk 3), et abi jõuaks peredeni õigel ajal ning tööprotsessid oleksid selgemad. Teenuste eesmärgipärane sidusus eeldab süsteemi, kus spetsialistid võtavad vastutuse info liikumise eest ning säätavad sellega vanemaid kurnavast info vahendaja rollist. Seda kinnitab otseselt käesoleva uuringu tulemus, mis näitab lapsevanema(te) ootust saada teenuste korralduslikus pooles suuremat selgust ja omada kindlat kontaktisikut (Hudon *et al.*, 2022, lk 6), kes koondaks teenused pere jaoks ühtseks teekonnaks (Satherley *et al.*, 2021, lk 11). SCIROCCO mudel rõhutab, et teenuste lõimimine eeldab selget koordineerimist ja protsesside ühtlustamist, et vältida dubleerimist ja ressursikulu (Scarborough & Kyratsis, 2022, lk 239). Kooskõlas SCIROCCO mudeli põhimõtetega näitab ka käesolev uuringu tulemus, et paremini toimiva koostööni jõudmiseks soovivad spetsialistid oma igapäevatöös tõhusamat info liikumist ja kindlamat rollijaotust (Looman *et al.*, 2021, lk 4).

Püstitatud uurimisküsimustele saadud vastused kinnitavad integreeritud hoolduse arengumudeli ja normaliseerimisprotsessi teooria keskseid seisukohti, näidates, et edukas integratsioon sõltub eelkõige ühisest visioonist ning sidusrühmade aktiivsest koostööst. Spetsialistide vastustest ilmnes, et asutusesisest koostööd kolleegide ja vanematega peetakse heaks, kuid tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusvaldkonna ülene koostöö on ebahühtlane ega toeta igapäevatööd piisavalt. Kuna süsteemne juhtumikorralduse raamistik puudub, toetub võrgustikutöö praegu peamiselt isiklikule initsiatiivile ja suhetele. Oluliste takistustena tajuti lünklikku infovahetust ning ebaselgeid rolle, mis viivad sekkumiste dubleerimiseni, raiskavad aega ja soodustavad spetsialistide seas läbipõlemist. Uurimisküsimuste vastused peegeldavad ka lapsevanema(te) vaadet, kes hindavad enda kaasamist suures osas toimivaks, on motiveeritud eesmärkide seadmises kaasa rääkima ning valmis panustama nii aega kui ka muid ressursse. Küll aga esineb eesmärkide seadmisel takistusi, mis on seotud perede ebahühtlase motivatsiooni või osalemisvõimekusega.

Lähtudes käesoleva uuringu tulemustest on asjakohane teha sotsiaalraviteenistuse juhile ettepanekud:

1. Ajakohastada teenuste osutamise protsessi juhiseid, määratledes muu hulgas spetsialistide rollid ja kohustused asutusesiseses infovahetuses ja vastutusalas.
2. Luua koostöös meeskonnaga läbipaistev ja lihtsalt hallatav ootejärjekordade reeglistik ja haldussüsteem.
3. Täiendada asutuse poolt lapsevanema(te)le jagatavaid infomaterjale, kus on lihtsalt lahti seletatud asutuse teenuste korralduslik pool ning praktilised juhised lapse koduseks toetamiseks teenuste ooteajal.
4. Ajakohastada ja juurutada pidev tagasisidesüsteem, mis asendab senise kord aastas korraldatud küsitluse regulaarsema andmekogumisega, mis võimaldab analüüsida lapsevanema(te) vahetut kogemust ning tuvastada töökorralduslikke kitsaskohti (nt pikad ooteajad ja info asjakohasus).

Uuringu piiranguna saab ära märkida asjaolu, et käesolevas uuringus keskenduti vaid SA Pärnu Haigla sotsiaalraviteenistuse tugiteenustele, mis tähendab, et tulemused on asutusepõhised ja neid ei saa üldistada teistele piirkondlikele teenuseosutajatele. Tulemused põhinevad intervjueeritavate ja küsimustikule vastajate subjektiivsetel hinnangutel ja kogemustel, mida võisid mõjutada küsitluse hetkel valitsenud töökoormus või isiklikud kokkupuuted konkreetsete juhtumite ja teenustega. Kuna Eestis on tööprotsessis sotsiaal- ja tervishoiureform, on praegune süsteem pidevas muutumises, mis tähendab näiteks, et uuringu hetkel kaardistatud andmevahetuslüngad võivad lähitulevikus tehniliselt laheneda ja tugiteenuste korralduslik pool oluliselt muutuda.

KOKKUVÕTE

Teoreetiline raamistik, millele käesolev uuring tugineb, rõhutab vajadust muuta traditsiooniline asutusepõhine ja killustunud teenuste osutamine inimesekesksemaks ning lähenemine sellele terviklikumaks. Praeguses olukorras, kus abivajadus on muutunud olemuselt järjest komplekssemaks, mis tähendab, et erinevad sotsiaalsed probleemid ja tervisemured on omavahel tihedalt põimunud, ei ole üksikute süsteemide eraldi seisvad sekkumised enam piisavalt tõhusad ega jätkusuutlikud. Integreeritud hoolduse arengumudeli kohaselt seisneb lõimitud teenuste kasutegur suutlikkuses vaadata inimest ja tema perekonda ühtse tervikuna, mitte kui eri valdkondade vahel liikuvat abivajajat. See eeldab sisulist ja paindlikku valdkondadeülest koostööd, milles ületatakse harjumuspäraseid piirid ning keskendutakse ressursside jätkusuutlikule kasutamisele, vältides tegevuste dubleerimist ja lünki tugiteenuste protsessis.

Andmete kogumiseks kasutati kahte asutusesisest sihtrühma. Esimese valimi moodustasid teenust kasutavad lapsevanemad ning teise spetsialistid, kes neid teenuseid osutavad ja koordineerivad. Valik võimaldas kõrvutada kahe osapoole vaateid ja kogemusi, et mõista tunnetuslikke ja praktilisi takistusi ning ka hästi toimivaid tööprotsesse, mis mõjutavad abi toimimist ja pere pikaajalist toimetulekut.

Uuringu tulemuste analüüs tõi välja olulise ebakõla: kui vahetu suhtlus lapsevanema(te) ja spetsialistide vahel on valdavalt usalduslik ja toetav, siis süsteemne korralduslik pool on killustunud ja ebakindel. Nii vanemad kui ka spetsialistid viitasid tõsiasi, et praegune teenuste korraldus asetab peredele põhjendamatult suure koormuse info vahendajana, kuna asutustevaheline andmevahetus on lünklik ning puudub ühtne, selgelt määratletud rollidega juhtumikorraldus. Spetsialistide nappus ja pikad järjekorrad on viinud olukorrani, kus abi jääb pigem hiljaks ja tegeldakse tagajärgedega, selle asemel et ennetada. Samuti selgus, et kuigi lapsevanemad on koostööks motiveeritud, jääb nende sisuline panus eesmärkide seadmisel sageli formaalseks põhjusel, et nad vajavad rohkem

professionaalset tuge oma vajaduste sõnastamisel ja selgitusi oma rolli olulisusest eesmärkide täitmisel.

Lapsevanema(te) tagasisidest selgusid vajadused ja ootused, mis seotud teenuste kättesaadavuse ja järjepidevusega. Vanemate vastustest selgus suurem vajadus logopeedilise ja psühhiaatrilise abi järele. Sooviti, et info liiguks spetsialistide vahel sujuvamalt: see aitaks vanematel vältida oma loo korduvat jutustamist erinevates asutustes. Samal ajal selgus spetsialistide intervjuudest mure ajasurve ja tööstressi pärast, mis on tingitud teenuste koordineerimatusest ja sekkumiste dubleerimisest.

Kokkuvõttes kinnitas uuring teoreetilisi seisukohti, et edukas integratsioon sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonnas sõltub ühisest visioonist ja aktiivsest koostööst, mitte ainult riiklikest reformidest. Tulemused näitavad, et asutuse tasandil on võimalik koostööd ja korralduslikku selgust parandada ja seega ka killustatust vähendada, kui tööprotsessid on teadlikult kokku lepitud ning juhtumikorraldus selgelt sõnastatud.

Uuringu tulemustele tuginedes teenistuse juhile ja meeskonnale tehtud ettepanekutes keskendutakse protsessijuhtimise täiustamisele, infomaterjalide ajakohastamisele ja süstemaatilise tagasiside kogumise juurutamisele.

Lõputöö eesmärk täideti ja püstitatud uurimisküsimused said vajalikud vastused, luues aluse asutusesisesteks parendustegevusteks. Käsitletud teemade uurimisel on võimalik liikuda kitsalt asutusepõhiselt vaatelt edasi valdkondadeülese teenusteekonna põhjalikuma analüüsi juurde, et selgitada välja, kuidas mõjutab teenuste killustatus lapse arengut ja pere toimetulekut pikema aja jooksul. Reformi jõustumisel saab uurida teenuste integratsiooni mõju spetsialistide töökoormusele ja toimetulekule ning analüüsida, kas selgem metoodika juhtumikorralduses ja ühtsed andmevahetusplatvormid vähendavad sisulist killustatust või tekitavad uusi takistusi.

VIIDATUD ALLIKAD

- Ahmed, S. K. (2024). How to choose a sampling technique and determine sample size for research: A simplified guide for researchers. *Oral Oncology Reports*, *12*, Article 100662. <https://doi.org/10.1016/j.oor.2024.100662>
- Askeland, S., Guise, V., Aase, K., & Sogstad, M. K. R. (2025). Exploring integrated care for children with cerebral palsy: a stakeholder analysis. *BMC Health Services Research*, *25*, Article 936. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13015-x>
- Backåberg, S., Ekstedt, M., Forsgårde, E.-S., Hagerman, H., & Tryselius, K. (2025). Flexibility in rigid systems: a meta-synthesis of best practices for integrated care. *BMC Primary Care*, *26*, Article 353. <https://doi.org/10.1186/s12875-025-03062-y>
- Borgermans, L., & Devroey, D. (2017). A Policy Guide on Integrated Care (PGIC): Lessons Learned from EU Project INTEGRATE and Beyond. *International Journal of Integrated Care*, *17*(4), Article 8. <https://doi.org/10.5334/ijic.3295>
- Calancie, L., Frerichs, L., Davis, M. M., Sullivan, E., White, A. M., Cilenti, D., Corbie-Smith, G., & Lich, K. H. (2021). Consolidated framework for collaboration research derived from a systematic review of theories, models, frameworks and principles for cross-sector collaboration. *PLoS ONE*, *16*(1), Article e0244501. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244501>
- Cassidy, L., Quirke, M. B., Alexander, D., Greene, J., Hill, K., Connolly, M., & Brenner, M. (2023). Integrated care for children living with complex care needs: an evolutionary concept analysis. *European Journal of Pediatrics*, *182*(4), 1517–1532. <https://doi.org/10.1007/s00431-023-04851-2>
- Correia de Matos, R., do Nascimento, G., Campos Fernandes, A., & Matos, C. (2025). Health and social care integration: Insights from international implementation cases. *Journal of Market Access & Health Policy*, *13*(2), Article 28. <https://doi.org/10.3390/jmahp13020028>

- Cresswell, K., Anderson, S., Mozaffar, H., Elizondo, A., Geiger, M., & Williams, R. (2023). Socio-Organizational Dimensions: The Key to Advancing the Shared Care Record Agenda in Health and Social Care. *Journal of Medical Internet Research*, 25(1), Article e38310. <https://doi.org/10.2196/38310>
- Creswell, J. W. (2022). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Crocker, H., Kelly, L., Harlock, J., Fitzpatrick, R., & Peters, M. (2020). Measuring the benefits of the integration of health and social care: qualitative interviews with professional stakeholders and patient representatives. *BMC Health Services Research*, 20, Article 515. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05374-4>
- Delgado, A.-L. (2021a). *Rehabilitatsioonimeeskondade töökord* [avaldamata dokument]. SA Pärnu Haigla.
- Delgado, A.-L. (2021b). *Laste ja noorte vaimse tervise keskuse teenuste osutamise juhend* [avaldamata dokument]. SA Pärnu Haigla.
- Delgado, A.-L. (2022). *Sotsiaaltöö teenuste protseduur* [avaldamata dokument]. SA Pärnu Haigla.
- Espenberg, S. (2023). Kuidas jõuaksime järgmisele tasemele tuge vajavate inimeste abistamisel? *Sotsiaaltöö*, (4), 24–29. <https://www.tai.ee/et/sotsiaaltoo/kuidas-jouaksime-jargmisele-tasemele-tuge-vajavate-inimeste-abistamisel>
- Exley, J., Glover, R., McCarey, M., Reed, S., Ahmed, A., Vrijhoef, H., Manacorda, T., Vaccaro, C., Longo, F., Stewart, E., Mays, N., & Nolte, E. (2024). Governing Integrated Health and Social Care: An Analysis of Experiences in Three European Countries. *International Journal of Integrated Care*, 24(1), Article 9. <https://doi.org/10.5334/ijic.7610>
- Hall, T., Loveday, S., Pullen, S., Loftus, H., Constable, L., Paton, K., & Hiscock, H. (2023). Co-designing an integrated health and social care hub with and for families experiencing adversity. *International Journal of Integrated Care*, 23(2), Article 3. <https://doi.org/10.5334/ijic.6975>
- Hanga, K. (2018). *Developing an Initial Social Rehabilitation Needs Assessment Procedure and the Scope of Rehabilitation Services for Persons with Disabilities in Estonia* [Doctoral dissertation, Tallinn University]. ETERA. <https://www.etera.ee/s/BEnMcYp1U4>

- Henderson, L., Bain, H., Allan, E., & Kennedy, C. (2021). Integrated health and social care in the community: A critical integrative review of the experiences and well-being needs of service users and their families. *Health & Social Care in the Community*, 29(4), 1145–1168. <https://doi.org/10.1111/hsc.13179>
- Hindriks, M. (2024, 7. mai). Terviseseisundist tingitud püsiva toevajadusega laste abistamine. *Sotsiaaltöö*, (2). <https://tai.ee/et/sotsiaaltoo/terviseseisundist-tingitud-pusiva-toevajadusega-laste-abistamine>
- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Bisson, M., Brousselle, A., Lambert, M., Danish, A., Rodriguez, C., & Sabourin, V. (2022). Case Management Programs for Improving Integrated Care for Frequent Users of Healthcare Services: An Implementation Analysis. *International Journal of Integrated Care*, 22(1), Article 11. <https://doi.org/10.5334/ijic.5652>
- Kaehne, A. (2024). Editorial: Tolerating risk in integrated care. *Journal of Integrated Care*, 32(2), 117–118. <https://doi.org/10.1108/JICA-04-2024-097>
- Karreinen, S., Paatela, S., Paananen, H., Huhtakangas, M., Satokangas, M., Jalonen, H., & Tynkkynen, L.-K. (2025). Making integrated care happen: Middle managers' views on leadership for promoting multidisciplinary collaboration at the early stage of the Finnish social and healthcare reform. *Health Policy*, 160, Article 105320. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105320>
- Kelly, L., Harlock, J., Peters, M., Fitzpatrick, R., & Crocker, H. (2020). Measures for the integration of health and social care services for long-term health conditions: A systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 20(1), Article 358. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05206-5>
- Kunthamas, M., Jaipaeng, W., Klaisuban, T., Pongsuwun, K., & Ruksakulpiwat, S. (2025). The effect of parental involvement intervention on quality of life and health outcomes among children and adolescents with chronic illness: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pediatrics*, 184, Article 733. <https://doi.org/10.1007/s00431-025-06590-y>
- Lagerspetz, M. (2017). *Ühiskonna uurimise meetodid. Sissejuhatus ja väljajuhatus*. Tallinna Ülikooli Kirjastus.
- Lastekaitseeadus. (2014). *Riigi Teataja I*, 06.12.2014, 1; *Riigi Teataja I*, 31.12.2024, 23. <https://www.riigiteataja.ee/akt/LasteKS>

- Leijten, F. R. M., Struckmann, V., van Ginneken, E., Czypionka, T., Kraus, M., Reiss, M., Tsiachristas, A., Boland, M., de Bont, A., Bal, R., Busse, R., & Rutten-van Mölken, M. (2018). The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description. *Health Policy*, *122*(1), 12–22. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.06.002>
- Løken, T. D., Helgesen, M. K., & Bjørkquist, C. (2022). Collective competence as an enabler for service integration in health and social care services. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *2022*(15), 2817–2830. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S387719>
- Looman, W., Struckmann, V., Köppen, J., Baltaxe, E., Czypionka, T., Huic, M., Pitter, J., Ruths, S., Stokes, J., Bal, R., & Rutten-van Mölken, M. (2021). Drivers of successful implementation of integrated care for multi-morbidity: Mechanisms identified in 17 case studies from 8 European countries. *Social Science & Medicine*, *277*, Article 113728. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113728>
- MaCorr Research. (n.d.). *Sample size calculator*. Retrieved November 12, 2025 from <https://www.macorr.com/samplesizecalculator.htm>
- Minkman, M. M. N., Zonneveld, N., Hulsebos, K., van der Spoel, M., & Ettema, R. (2025). The renewed Development Model for Integrated Care: A systematic review and model update. *BMC Health Services Research*, *25*(1), Article 434. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12610-2>
- Mitchell, C., Tazzyman, A., Howard, S. J., & Hodgson, D. (2020). More that unites us than divides us? A qualitative study of integration of community health and social care services. *BMC Family Practice*, *21*(1), Article 96. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01168-z>
- Mulligan, K., & Bloch, G. (2026). Social prescribing beyond social prescriptions: Moving social prescribing from commodification to co-creation. *Journal of Integrated Care*, *34*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1108/JICA-01-2025-0006>
- Nousiainen, M., & Leemann, L. (2024). Realistic evaluation of social inclusion. *Evaluation*, *30*(2), 288–305. <https://doi.org/10.1177/13563890231210328>
- OECD. (2024). *An analysis of the integration status of home health and social care services, with a focus on information systems, multidimensional assessment systems, and international best practices, including social prescribing*.

- <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/topics/policy-sub-issues/people-centred-health-systems-and-integrated-care/An-analysis-of-the-state-of-integration-of-home-based-integrated-health-and-social-care-services.pdf>
- Ozola, I. (2021). Peresotsiaaltöö Läti sotsiaalametis – uue metoodika tutvustus. *Sotsiaaltöö*, (4), 79–87. <https://tai.ee/et/sotsiaalto/peresotsiaalto-lati-sotsiaalametis-uee-metoodika-tutvustus>
- Pratt, H., Middleton, R., Molloy, L., & Moroney, T. (2023). Connectivity: Person Centred Research Principles to Inform Constructivist Grounded Theory. *International Journal of Qualitative Methods*, 22, 1–11. <https://doi.org/10.1177/16094069231205788>
- Purre, M., Roon-Elvisto, M., Lõhmus, L., Tarto, L., Kalda, L., Haljasmets, K., Sisask, M., Lupanova, O., Märtsin, M., & Kriisk, K. (2025) *Metoodika väljatöötamine tervishoius ja sotsiaalvaldkonnas rakendatavate kvalifikatsiooninõuete asjakohasuse ning kvalifikatsiooni omandamise teekondade optimaalsuse hindamiseks: Vaimse tervise valdkonna näitel. I aruanne: Metoodika*. Tallinna Ülikool, Ühiskonnateaduste instituut & Haap Consulting. https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2025-04/I%20aruanne_MetoKval%20%28Metoodika%29%2027.03%20%281%29.pdf
- Queirós, A., Faria, D., & Almeida, F. (2017). Strengths and limitations of qualitative and quantitative research methods. *European Journal of Education Studies*, 3(9), 369–387. <https://doi.org/10.5281/zenodo.887089>
- Rana, K., & Chimoriya, R. (2025). A Guide to a Mixed-Methods Approach to Healthcare Research. *Encyclopedia*, 5(2), Article 51, <https://doi.org/10.3390/encyclopedia5020051>
- Raus, K., Mortier, E., & Eeckloo, K. (2020). Challenges in turning a great idea into great health policy: The case of integrated care. *BMC Health Services Research*, 20(1), Article 130. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4950-z>
- Riigikontroll. (2024). *Riigi tegevus erivajadustega inimeste toetamisel. Milline on täiskasvanud erivajadusega inimese teekond abi saamisel?* https://www.riigikontroll.ee/sites/default/files/documents/2025-11/19391_RKTR_6570_2-1.4_2318_001-3.pdf

- Satherley, R.-M., Lingam, R., Green, J., & Wolfe, I. (2021). Integrated health Services for Children: a qualitative study of family perspectives. *BMC Health Services Research*, 21(1), Artikkel 167. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06141-9>
- Scarborough, H., & Kyratsis, Y. (2022). From spreading to embedding innovation in health care: Implications for theory and practice. *Health Care Management Review*, 47(3), 236–244. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000323>
- Sheppard, V. (2020). *Research Methods for the Social Sciences: An Introduction*. Pressbooks. <https://pressbooks.bccampus.ca/jibcresearchmethods>
- Sotsiaalkindlustusamet. (2018). *Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kvaliteedijuhis*. https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/documents/2023-11/Sotsiaalse%20rehabilitatsiooni%20teenuse%20kvaliteedijuhis_24.11.2023.pdf
- Sotsiaalministeerium & Haridus- ja Teadusministeerium. (2024). *Laste sotsiaal-, tervise ja haridusvaldkonnas integreeritud vajaduspõhise toe pakkumise ning hindamiste konsolideerimise kava*. <https://sm.ee/sites/default/files/documents/2024-06/Laste%20sotsiaal-%20tervise%20ja%20haridusvaldkonna%20vajadusp%C3%B5hise%20integreeritud%20toe%20ja%20hindamiste%20konsolideerimise%20kava%202024.pdf>
- Sotsiaalministeerium. (2024). *Integreeritud sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamise tegevuskava hoolduskoordinatsioonimudeli rakendamiseks*. <https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2024-04/Integreeritud%20sotsiaal-%20ja%20tervishoiuteenuste%20osutamise%20tegevuskava%20hoolduskoordinatsioonimudeli%20rakendamiseks.pdf>
- Sotsiaalministeerium. (2025). *Eesti tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integratsioonimudeli visioon: TERVIK-süsteem inimese tervise ja heaolu nimel*. https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2025-09/Integratsiooni%20mudel%20ja%20selle%20rahastamine_%20SOM%20visioonidokument%20mai%202025.pdf
- Sumbajeva, O. (2017). *Sotsiaalravi teenistuse põhimäärus* [avaldamata dokument]. SA Pärnu Haigla.

- Zonneveld, N., Glimmerveen, L., Kenis, P., Toro Polanco, N., Johansen, A. S., & Minkman, M. M. N. (2022). Values underpinning integrated, people-centred health services: Similarities and differences among actor groups across Europe. *International Journal of Integrated Care*, 22(3), Article 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.6015>
- Taal, A. (2025, 26. mai). Eesmärk on parandada tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostööd. *Sotsiaaltöö*, (2). <https://www.tai.ee/et/sotsiaaltooeesmark-parandada-tervishoiu-ja-sotsiaalvaldkonna-koostood>
- Takalo, T., Laine, T., Hakko, H., Niemelä, M., & Räsänen, S. (2023). Evaluation of Psychometric Properties of a New Research Instrument for Measuring Collective Impact Based Cross-Sectoral Collaboration and Leadership: Oulu Collective Impact Study. *Health & Social Care in the Community*, 2023(1), Article 2516746. <https://doi.org/10.1155/2023/2516746>
- Tammiste, B. (2023). Rehabilitatsiooniteenused peaksid olema vajaduse järgi kättesaadavad ja rohkem seotud tervishoiuvaldkonnaga. *Sotsiaaltöö*, (4), 19–23. <https://www.tai.ee/et/sotsiaaltoorehabilitatsiooniteenused-peaksid-olema-vajaduse-jargi-kattesaadavad-ja-rohkem-seotud>
- Tammiste, B. (2024). Kujundame tuge vajavale lapsele ja perele algusest peale toetatud teekonna. *Sotsiaaltöö*, (2), 15–20. <https://www.tai.ee/et/sotsiaaltookujundame-tuge-vajavale-lapsele-ja-perele-algusest-peale-toetatud-teekonna>
- Tikkanen, S., Räsänen, P., Sinervo, T., Keskimäki, I., Sahlström, M., Pesonen, T., & Tiirinki, H. (2023). Searching for alternative health and social care integration measurement tools – a rapid review of the existing systematic models. *Journal of Integrated Care*, 31(5), 106–116. <https://doi.org/10.1108/JICA-07-2023-0043>
- Uribe, G., Huckel Schneider, C., Mukumbang, F., Liu, H., Woolfenden, S., Jones, T., Gillespie, J., Hiscock, H., Haigh, F., Goldfeld, S., Katz, I., Page, A., Giannopoulos, V., Haber, P., Goodwin, N., Anderson, T., Eastwood, J., & Cunich, M. (2024). Guiding research into integrated health and social care in Australia: Suitability of three global frameworks for local adoption. *Journal of Integrated Care*, 32(5), 122–134. <https://doi.org/10.1108/JICA-05-2024-0022>

- van Duijn, S., Zonneveld, N., Montero, A. L., Minkman, M., & Nies, H. (2018). Service Integration Across Sectors in Europe: Literature and Practice. *International Journal of Integrated Care*, 18(2), Article 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.3107>
- World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026*. <https://iris.who.int/handle/10665/180984>

Lisa 1. Küsimustik lapsevanema(te)le, kelle laps kasutab SA Pärnu Haigla sotsiaalravi teenistuse teenuseid

Hea lapsevanem

Käesolev küsitlus on mõeldud lapsevanema(te)le, kelle laps ja perekond kasutab või on kasutanud SA Pärnu Haigla sotsiaalravi teenistuse teenuseid (laste ja noorte vaimse tervise keskuse teenus ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus). Uurimuse eesmärk on selgitada, kuidas lapsevanemad tajuvad enda kaasamist lapse toetamise ja abistamise protsessi ning kuidas nad hindavad erinevate spetsialistide ja teenuseosutajate koostööd.

Lapsevanema(te) kogemused ja hinnangud on olulised, sest just Teie ja pere igapäevane kogemus teenustega annab väärtuslikku sisendit, kuidas teenuste süsteemi on võimalik muuta selgemaks, paremini koordineeritumaks ja pere vajadusi enam arvestavaks.

Küsitlus on anonüümne ning vastamine on vabatahtlik. Hinnanguliselt kulub küsimustiku vastamiseks 15 minutit. Olen tänulik, kui leiate aja ja vastate küsimustele.

Lugupidamisega

Anu Martšuk

Inimesekeskse sotsiaalse innovatsiooni õppekava magistrant

Tartu Ülikool, Pärnu kolledž

Kontakt: XXXXXXXXXX

1. Palun märkige kohaliku omavalitsuse nimi, kus Te elate? (Sotsiaalministeerium & Haridus- ja Teadusministeerium, 2024, lk 3)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Pärnu linn | <input type="radio"/> Lääneranna vald |
| <input type="radio"/> Tori vald | <input type="radio"/> Häädemeeste vald |
| <input type="radio"/> Põhja-Pärnumaa vald | <input type="radio"/> Kihnu vald |
| <input type="radio"/> Saarde vald | <input type="radio"/> Mujal, täpsusta |

Lisa 1 järg

2. Milliseid laste sihtrühmale mõeldud teenuseid Teie laps/lapsed kasutavad või on kasutanud Pärnu Haiglas? (Palun märkige kõik teenused, mida olete kasutanud, vajadusel saate lisada oma kommentaari)

- Laste ja noorte vaimse tervise keskuse teenused
- Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenused
- Tervishoiu teenused (nt eriarst, logopeed, füsioteraapia, tegevusterapeut, psühholoog, välja arvatud perearst)

3. Kas Te olete teadlik, kuidas on Teie lapse teenused rahastatud? (Sotsiaalministeerium, 2024, lk 2)

	Tervise- kassa	Sotsiaal- kindlustusa- met	Kohalikud omavalitsu- sed	Ei ole kasutanud	Ei ole teadlik
Laste ja noorte vaimse tervise keskuse teenused					
Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenused					
Tervishoiu teenused (nt eriarst, logopeed, füsio, tegevusterapeut, psühholoog)					

4. Milliseid tugiteenuseid Teie laps/lapsed kasutavad lisaks Pärnu Haigla vaimse tervise keskuse ja/või rehabilitatsiooni teenustele? (Looman *et al.*, 2021, lk 2)

	Ei ole kasutanud	Olen kasutanud	Kasutan hetkel	Soovin kasutada	Ei ole teenusest teadlik
Haridusasutuse tugiteenused (lasteaias, koolis)					
Tervishoiu teenused (nt eriarst, logopeed, füsioteraapia, tegevusterapeut, psühholoog)					
Kohaliku omavalitsuse sotsiaalteenused (nt tugiisikuteenus, sotsiaaltransport jne)					
Tasulised tugiteenused erasektoris (nt logopeed, mänguteraapia, psühholoog jne)					

Lisa 1 järg

5. Palun vastake, millises ulatuses Te nõustuste/ei nõustu järgnevat väidetega?

	Täiesti nõus	Pigem nõus	Nii ja naa	Pigem ei nõustu	Üldse ei nõustu
Meiega seotud spetsialistidel on olnud ühine arusaam lapse olulistest vajadustest (Leijten <i>et al.</i> , 2018)					
Meiega seotud spetsialistidel on olnud samad eesmärgid lapse toetamisel (Minkman <i>et al.</i> , 2025, lk 7–8)					
Toetavatel teenustel on olnud lapse toetamise protsessis üks kindel kontaktisik (nt juhtumikorraldaja) (Hudon <i>et al.</i> , 2022, lk 6).					
Kontaktisiku (nt juhtumikorraldaja/sotsiaaltöötaja) roll on olnud mulle arusaadav (Looman <i>et al.</i> , 2021, lk 2).					

6. Kui toetav on olnud Pärnu Haigla kontaktisiku roll Teie lapse teenuste koordineerimisel? (Cassidy *et al.*, 2023, lk 1527; Hudon *et al.*, 2022, lk 6)

	Väga toetav	Pigem toetav	Pigem vähe toetav	Ei ole olnud toetav	Ei oska öelda /ei ole kasutanud
Laste ja noorte vaimse tervisekeskuse juhtumikorraldaja					
Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse juhtumikorraldaja (sotsiaaltöötaja)					
Muu teenust osutav spetsialist (nt terapeut, psühholoog, eripedagoog)					

Lisa 1 järg

7. Palun vastake, millises ulatuses Te nõustute või ei nõustu järgnevate väidetega?

	Täiesti nõus	Pigem nõus	Nii ja naa	Pigem ei nõustu	Üldse ei nõustu
Olen pidanud teenuste saamiseks korduvalt esitama sarnast infot (nt terviseandmed, abivajaduse kirjeldamine jne) kirjeldus, jne) (Hindriks, 2024)					
Olen pidanud teenuste kasutamisel korduvalt rääkima sarnast infot (nt terviseandmed, abivajaduse kirjeldamine, muude teenustega seotud info) (Tammiste, 2024, lk 16)					
Pidev sarnase info rääkimine on tekitanud minus ebameeldivaid tundeid ja tüdimust (Tammiste, 2024, lk 16)					

8. Kuivõrd tundsitate, et Teid kaasati lapse teenuste ja teraapiatega seotud otsuste tegemisse spetsialistide poolt? (Hanga, 2018, lk 161; Kunthamas *et al.*, 2025, lk 733)

	Täiesti nõus	Pigem nõus	Nii ja naa	Pigem ei nõustu	Üldse ei nõustu
Mind kaasati võrdse partnerina					
Minu arvamusega arvestati					
Minu arvamust küsiti					
Mind teavitati, kuid otsused tehti peamiselt spetsialistide poolt					
Otsused tehti mind kaasamata					

Lisa 1 järg

9. Palun vastake, millises ulatuses Te nõustute või ei nõustu järgnevate väidetega?

	Täiesti nõus	Pigem nõus	Nii ja naa	Pigem ei nõustu	Üldse ei nõustu
Lapsevanema(te) aktiivne osalemine teenuste protsessis on oluline eesmärkide saavutamiseks (Kunthamas <i>et al.</i> , 2025, lk 733),					
Lapsevanem(te) või pere ei pea osalema aktiivselt teenuste protsessis					
Lapsevanema(te) osalemine teenuste protsessis on väga keeruline					

10. Millisel viisil Teid kõige enam kaasati? (Tammiste, 2023, lk 20–21)

	Täiesti nõus	Pigem nõus	Nii ja naa	Pigem ei nõustu	Üldse ei nõustu
Minu arvamust küsiti lapse vajaduste kohta					
Minu arvamust küsiti teenuste eesmärkide kohta					
Olin kaasatud teenuste või teraapiate valimisse					
Minuga lepidi kokku tegevus- või toetusplaan					
Mind peamiselt teavitati juba eelnevalt tehtud otsustest					
Mind ei kaasatud sisuliselt üheski etapis					
Tundsin, et minu kui lapsevanema(te) teadmisi ja kogemusi arvestati lapse toetamise protsessis (Sotsiaalministeerium & Haridus- ja Teadusministeerium, 2024, lk 9–10)					

Lisa 1 järg

11. Kuidas hindate lapsele osutatud teenuste ja teraapiate terviklikkust, arvestades nii Pärnu Haigla kui ka teiste teenuseosutajate panust ja koostööd?

(Sotsiaalministeerium & Haridus- ja Teadusministeerium, 2024, lk 2)

- Teenused moodustasid selge ja tervikliku toetuse teekonna
- Teenused olid pigem järjepidevad, kuid esines ka katkestusi
- Teenused olid pigem katkendlikud ja vähe koordineeritud
- Teenused olid selgelt ebakorrapärased ja omavahel seostamata

Vajadusel lisa selgitus

12. Palun vastake, millises ulatuses Te nõustute või ei nõustu järgnevate väidetega teenuste killustatuse kohta. (Sotsiaalministeerium & Haridus- ja Teadusministeerium, 2024, lk 7)

	Täiesti nõus	Pigem nõus	Nii ja naa	Pigem ei nõustu	Üldse ei nõustu
Teenused ei olnud ajaliselt järjepidevad					
Spetsialistide vahel puudus koordineeriv koostöö					
Sarnast infot tuli korduvalt erinevatele spetsialistidele esitada					
Teenuste eesmärgid ei olnud omavahel seotud					
Lapse toetamine oli pigem eraldiseisvate teenuste kasutamine, millel puudus ühtne eesmärk ja koordineeritud tervik					
Ei tajunud teenuste killustatust, toetuse teekond oli sujuv (Tammiste, 2023, lk 20–21)					

Lisa 1 järg

13. Mil määral on (Teie kogemuse põhjal) arvestatud Teie tagasisidet teenuste senisel korraldamisel ja koostöö tõhustamisel? (Takalo *et al.*, 2023, lk 6–7; Satherley *et al.*, 2021, lk1)

- Minu tagasisidet on arvesse võetud
- Minu tagasisidet on pigem arvestatud
- Minu tagasisidet on kuulatud, kuid sellega ei ole sisuliselt arvestatud
- Minu tagasisidet ei ole arvestatud
- Ma ei pea tagasiside andmist vajalikuks
- Ma ei ole andnud tagasisidet (sh suuliselt)

14. Kui Teil oleks võimalus teha SA Pärnu Haigla sotsiaalravi teenistusele üks ettepanek laste ja perede teenuste tõhustamiseks, siis milline see oleks? (Avatud vastus)

.....

Tänan!

Lisa 2. Spetsialistide intervjuukava

Sissejuhatus intervjuule

Käesoleva intervjuu eesmärk on saada ülevaade spetsialistide kogemustest laste sihtrühma teenuste osutamisel. Fookuses on juhtumikorraldus, teenuste kvaliteet, pere kaasamine ning spetsialistide endi toimetulek. Antud intervjuu ei hinda Sinu individuaalset töösooritust, vaid keskendub teenuste korraldusele ja koostöö toimimisele. Vastused on anonüümsed ja neid kasutatakse magistritöö uurimistulemuste analüüsis.

Küsimused:

- 1. Kuidas on Sinu töös korraldatud juhtumikorraldus ning kuidas toetab see lapse ja pere vajadustest lähtuvat terviklikku abi?** (*kas on selge kontaktisik, vastutuse jaotus*) Juhtumikorraldust käsitletakse integreeritud teenuste ühendava lülina, mis aitab vältida teenuste killustatust ja toetab pere kogemust süsteemis (Askeland *et al.*, 2025, lk 10–11)
- 2. Kuidas hindad valdkondadeülese koostöö toimimist laste ja perede teenuste osutamisel enda igapäevases töös?** (*võrgustikutöö, info liikumine, rollide selgus*) Valdkondadeülese koostöö toimimine on integreeritud teenuste otsene mehhanism, mille kvaliteet sõltub järjepidevast suhtluspraktikatest, rollide selgusest ja vastastikusest usaldusest (Looman *et al.*, 2021, lk 5–6).
- 3. Kellega ja kuidas sead oma töös eesmärgi lapse ja pere toetamiseks?** (*Vajadus- ja tõenduspõhisus*) Last ja tema peret toetavad spetsialistid tegutsevad ühise eesmärgi nimel ning on vastastikku võrdselt olulised koostööpartnerid. Lapsele ja perele pakutav abi peab olema selgelt eesmärgistatud, tuginema tõenduspõhiste või parimal kättesaadaval teadmisel põhinevatele praktikatele ning olema tulemuslik. (Sotsiaalministeerium & Haridus- ja Teadusministeerium, 2024, lk 9–10)

Lisa 2 järg

4. Kuidas ja millises ulatuses on lapsevanemad Sinu hinnangul kaasatud (Sinu) teenuste kavandamise ja otsustusprotsessidesse? (*teadlikkus, partnerlus, otsustusruum*) Isikukeskne ja partnerlusel põhinev lähenemine eeldab lapse ja pere aktiivset kaasamist kõikidesse teenuste protsessidesse, mitte üksnes teenuste vahendamisse (Mulligan & Bloch, 2026, lk 5)

5. Millised teenuste korralduse või koostööga seotud asjaolud mõjutavad, Sinu hinnangul, kõige enam teenuste kvaliteeti ja järjepidevust? (*killustatus, ajasurve, infosüsteemid*) Teenuste kvaliteeti mõjutavad mitte ainult sekkumiste sisu, vaid ka töökorralduslikud ja süsteemsed tegurid, sealhulgas infosüsteemid, ajasurve ja organisatsioonide vaheline koordineeritud koostöö (Minkman *et al.*, 2025, lk 9).

6. Milliseid peamisi raskusi koged oma töös seoses valdkondadeülese koostöö ja teenuste koordineerimisega? (*süsteemsed ja praktilised kitsaskohad*) Uuringud kinnitavad, et integratsioon ebaõnnestub sageli siis, kui reformid ei arvesta spetsialistide tegelikku tööpraktikat ja kogetud takistusi (Correia de Matos *et al.*, 2025, lk 4).

7. Kas ja kuidas mõjutab teenuste killustatus või ebaselge vastutuse jaotus Sinu töökoormust ning võimalust keskenduda lapse ja pere tegelikele vajadustele? (*spetsialisti toimetulek süsteemis*) Spetsialistide töökoormus ja rollikonfliktid võivad vähendada võimet rakendada inimesekeskset ja terviklikku lähenemist, kui vastutus ja koostöö ei ole süsteemselt toetatud (Minkman *et al.*, 2025, lk 2).

8. Millist tuge või süsteemseid muutusi pead oluliseks, et lastele suunatud teenused oleksid integreeritud? (*lahendustele suunatud vaade*) Integreeritud teenuste jätkusuutlikkus eeldab mitte ainult struktuurseid muudatusi, vaid ka spetsialistide võimestamist, selget juhtimist ja õppivaid koostöömudeleid (Looman *et al.*, 2021, lk 6; Askeland *et al.*, 2025, lk 11).

Lisa 3. Koodipuu

Kategooria	Alamkategooria	Koodid
Juhtumikorraldus	selge kontaktisik, vastutuse jaotus, spetsialisti toimetulek süsteemis, selged tööprotsessid	üks kindel inimene ebaselge vastutus aja planeerimine individuaalne lähenemine süsteem ei toeta spetsialisti
Teenuste killustatus, info liikumine, infoliikumine, koostöö	võrgustikutöö, info liikumine, rollide selgus	ei tea mida teine teeb info on lapsevanema(te) käes sarnase info kordamine korduvad hindamised nõrk koostöö
Lapsevanema(te) kaasamine	teadlikkus, partnerlus, otsustusruum	vanem ei oska meie sõnastame eesmärgid vähene huvi
Teenuste järjepidevus, terviklikkus	vajadus- ja tõenduspõhisus, dubleerimine	korduvad hindamised puudub ülevaade valed fookused aegu teraapiatesse pole pakkuda pikad järjekorrad

SUMMARY

INTEGRATION OF SOCIAL AND HEALTHCARE SERVICES IN SUPPORTING CHILDREN IN NEED: THE CASE OF THE SOCIAL TREATMENT DEPARTMENT OF THE PÄRNU HOSPITAL FOUNDATION

Anu Martšuk

The demand for services among vulnerable groups in Europe is increasing, making cooperation between the social welfare, healthcare, education, and employment systems a direct challenge. While the need for cross-sectoral integration is widely acknowledged at the policy and strategic levels, effective collaboration in practice often remains inadequate. This shortfall is particularly evident in services aimed at families with children, where the support process involves multiple institutions and requires effective collaboration between specialists and parents. The primary obstacles include structural and organisational fragmentation, institution-centred approaches, as well as data and administrative frameworks that fail to support cross-sectoral collaboration. In Estonia, these bottlenecks are clearly visible, as separately funded and administered healthcare and social welfare systems complicate service integration and coordination. The social welfare system is often perceived as complex and fragmented, which can restrict access to assistance. Consequently, timely support is hindered both by insufficient cooperation among service providers and by the lack of a holistic perspective.

Although various development models for integrated services have been designed, their practical implementation is hindered by limited readiness for collaboration, fragmented policy frameworks, and governance challenges. Current research largely focuses on describing specific models, whereas few studies address the actual experiences, needs, and preferences of individuals using these services.

The main research problems concern bottlenecks related to inclusion and system-centredness within the current collaboration between the social welfare and healthcare

systems, which impede the provision of appropriate assistance to those in need. The aim of this master's thesis was to analyse the functioning of services designed for children within the Social Treatment Department of Pärnu Hospital, map the direct experiences of parents and specialists, and propose recommendations for improvement to the head of the department.

The research questions are as follows: How do specialists of the Social Treatment Department of the Pärnu Hospital Foundation assess cross-sectoral collaboration and case management in the provision of services to the target group of children, and how do the parents of children in need of support evaluate their own involvement in the service delivery process?

The theoretical framework of the study emphasises the need to move away from traditional institution-based and fragmented service provision towards a more person-centred and holistic approach. In a context where social and healthcare issues are closely intertwined, sector-specific interventions alone are no longer effective or sustainable. According to the Development Model for Integrated Care (DMIC), the true value of integrated services lies in viewing the individual and their family as a unified whole. This approach requires flexible cross-sectoral collaboration focused on the efficient use of resources while avoiding duplication of activities or gaps in the support process.

The empirical section of the study analyses the experiences of parents and specialists to understand the cognitive and practical barriers that affect service provision and the long-term coping capacity of families. Data were collected from two internal target groups within the institution: parents who actively use the services and specialists who provide and coordinate them.

The analysis of the study findings reveals a significant discrepancy. While communication between parents and specialists is predominantly characterised by trust and support, the systemic and organisational dimension remains highly fragmented and unstable. Both parents and specialists indicated that the current arrangement places an unreasonable burden on families as intermediaries of information, primarily due to the lack of inter-institutional data exchange and the absence of a unified case management system.

A shortage of specialists and long waiting times have created a situation in which support needs are not addressed within a reasonable timeframe, resulting in a greater focus on consequences rather than prevention. Parents expressed a considerably greater need for speech therapy and psychiatric support than the system is currently able to provide. Interviews with specialists highlighted concerns regarding time pressure and occupational stress caused by insufficient service coordination and duplicated interventions.

Based on these findings, inter-institutional collaboration and organisational clarity can be substantially improved through clearly defined work processes and a consistent approach to case management.

The recommendations made to the head of the Social Treatment Department address improvements in process management, the updating of informational materials, and the modernisation of feedback collection practices.

Future research on the topics examined could move beyond a narrowly institution-based perspective towards a more comprehensive analysis of cross-sectoral service pathways to clarify how service fragmentation affects child development and family coping over the long term. Following the implementation of reform, it will be possible to examine the impact of service integration on specialists' workload and coping capacity, as well as to analyse whether clearer methodologies in case management and unified data exchange platforms reduce substantive fragmentation or create new obstacles.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Anu Martšuk,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose SOTSIAAL- JA TERVISHOIUTEENUSTE INTEGRATSIOON ABI VAJAVATE LASTE TOETAMISEL SA PÄRNU HAIGLA SOTSIAALRAVI TEENISTUSE NÄITEL, mille juhendaja on Monika Kumm, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada Tartu Ülikooli digitaalarhiivi kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
2. annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
3. olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile;
4. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Anu Martšuk

18.05.2026