

TARTU ÜLIKOOLI PÄRNU KOLLEDŽ
Sotsiaaltöö ja rehabilitatsiooni korralduse õppekava

Pirjo Jakovski

**SÕLTUVUSRAVI JÄRELTEENUS EESTI
TEENUSEPAKKUJATE NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: Reena Matsko, MBA

Pärnu 2026

Soovitan suunata kaitsmisele

(allkirjastatud digitaalselt)

Reena Matsko

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht

(allkirjastatud digitaalselt)

Monika Kumm

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

(allkirjastatud digitaalselt)

Pirjo Jakovski

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Sõltuvusravi järelteenuse teoreetilised käsitlused	6
1.1. Sõltuvushäire olemus	6
1.2. Sõltuvushäirest taastumise käsitlus ja taastumist toetavad tegurid	8
1.3. Sõltuvusravi järelteenuste pakkumise praktikad eri riikides.....	10
1.4. Sõltuvusravi järelteenuste korraldus Eestis.....	12
2. Sõltuvusravi järelteenuste korralduse uuring Eesti teenusepakkujate näitel.....	15
2.1. Uuritavate asutuste tutvustus.....	15
2.2. Uurimisprotsess ja valimi kirjeldus.....	18
2.3. Uuringu tulemused	22
2.3.1. Sõltuvusravi järelteenuste roll sõltuvushäirest taastumisel.....	22
2.3.2. Sõltuvusravi järelteenuste korraldus ja toimimine.....	24
2.3.3. Sõltuvusravi järelteenuste kasutajate vajadused ja sõltuvushäirest taastumise väljakutsed.....	25
2.3.4. Sõltuvusravi järelteenuste pakkumise süsteemsed kitsaskohad ja arenguvajadused.....	27
2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud	29
Kokkuvõte	33
Viidatud allikad.....	35
Lisad.....	44
Lisa 1. Intervjuuküsimused järelteenuseid pakkuvate asutuste spetsialistidele ja valdkonna ekspertidele.....	44
Lisa 2. Intervjuude vastuste kategooriad ja koodipuu.....	45
Summary	46

SISSEJUHATUS

Sõltuvushäired kujutavad endast kogu maailmas olulist rahvatervise ja sotsiaalpoliitilist väljakutset. Psühhoaktiivsete ainete tarvitamine on seotud märkimisväärse haiguskoormuse, enneaegse suremuse ning mitmete sotsiaalsete probleemidega, mis mõjutavad nii üksikisikuid, perekondi kui ka ühiskonda laiemalt (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023, lk 7–9). Maailma Terviseorganisatsiooni (World Health Organization, 2019) käsitluse kohaselt on sõltuvus krooniline haigus, mis mõjutab inimese aju ja käitumist viisil, mis kahjustab inimese tervist ja toimetulekut.

Sõltuvusest vabanemine on kompleksne ja pikaajaline protsess, mis eeldab nii esmaseid kui ka järelsekkumisi. Uuringud näitavad, et ravijärgsed teenused aitavad vähendada tagasilanguse riski ning toetavad pikaajalist taastumist (Sari *et al.*, 2018, lk 65; Miller *et al.*, 2015, lk 92). Järelteenused võivad hõlmata erinevaid sekkumisi, näiteks nõustamist, tugigruppe ja kogukonnapõhist tuge, mille eesmärk on toetada inimese igapäevast toimetulekut (Tracy & Wallace, 2016, lk 144). Rahvusvahelised uuringud näitavad, et taastumist toetavate teenuste korraldus, rahastus ja kättesaadavus varieeruvad riigiti suurel määral ning järelteenuste süsteemne ülesehitus on sageli ebaühtlane (Sinclair *et al.*, 2024, lk 8).

Eestis on sõltuvusravi ja taastumist toetavad teenused viimastel aastatel arenenud, kuid vajadus sõltuvusravi järelteenuste järele suureneb ning teenuste kättesaadavus on piirkonniti ebaühtlane (Tervise Arengu Instituut, 2025a, lk 5). See osutab tervikliku lähenemise puudumisele järelteenuste korraldamisel. Eesti sõltuvusravi järelteenuste süsteemi iseloomustab mitmetasandiline killustatus, mis võib väljenduda teenuste erinevas korralduses ja rahastuses (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2001, § 51; Sotsiaaltoetuste seadus, 2015, § 156) ning puudulikus koostöös erinevate süsteemide

ja teenuseosutajate vahel. Lisaks võib taastumisteedekonnal esineda katkestusi, mille tõttu ei jõua inimene pärast ravi vajalike tugiteenusteni (Lõhmus *et al.*, 2025, lk 37–38).

Eeltoodust tulenevalt käsitletakse käesoleva lõputöö uurimisprobleemina sõltuvusravi järelteenuste süsteemi killustatust, mis võib raskendada taastumise järjepidevust ning suurendada tagasilanguse riski. Käesoleva lõputöö eesmärk on välja selgitada Eestis pakutavate sõltuvusravi järelteenuste korraldus ning teha ettepanekuid sõltuvusravi järelteenuseid pakkuvate asutuste juhtidele järelteenuste süsteemsemaks korraldamiseks.

Eesmärgi saavutamiseks püstitati järgmised uurimisküsimused:

- Kuidas on korraldatud sõltuvusravi järelteenuste osutamine Eestis täna järelteenuseid pakkuvate asutuste spetsialistide ja valdkonna ekspertide vaates?
- Milliseid võimalusi näevad Eestis järelteenuseid pakkuvate asutuste spetsialistid ja valdkonna eksperdid, et tagada süsteemsem sõltuvusravi järelteenuste korraldus?

Lõputöö koosneb teoreetilisest ja empiirilisest osast. Töö teoreetilises osas käsitletakse sõltuvushäire olemust, taastumisprotsessi ning sõltuvusravi järelteenuste rolli ja praktikaid eri riikides. Samuti antakse ülevaade sõltuvusravi järelteenuste korraldusest Eestis. Käesoleva töö teoreetiline käsitlus tugineb ökoloogilisele süsteemiteooriale, mille kohaselt mõjutavad inimese toimetulekut ja käitumist nii individuaalsed kui ka keskkondlikud tegurid. Sõltuvusravist taastumise kontekstis on oluline arvestada, et inimese taastumist võivad mõjutada nii sotsiaalne tugi, teenuste kättesaadavus kui ka laiem sotsiaalne keskkond. Empiirilises osas kirjeldatakse kvalitatiivse uuringu metoodikat, esitatakse uuringu tulemused ning tehakse järeldused ja ettepanekud sõltuvusravi järelteenuste süsteemsemaks korraldamiseks.

Käesoleva töö koostamisel kasutati tehisintellekti rakendusi (ChatGPT, Claude) abivahendina ideede genereerimiseks, teksti keeleliseks toimetamiseks ning sõnastuse parandamiseks. Tehisintellekti kasutamise ulatus piirdus toetava rolliga ning töö sisuline analüüs ja järeldused on autori koostatud.

1. SÖLTUVUSRAVI JÄRELTEENUSE TEOREETILISED KÄSITLUSED

1.1. Sõltuvushäire olemus

Käesolevas alapeatükis käsitletakse sõltuvushäire olemust, keskendudes selle peamistele tunnustele, kujunemisele ning mõjule inimese käitumisele ja toimetulekule. Sõltuvushäire on kompleksne ja kroonilise kuluga terviseprobleem, mida iseloomustab kontrolli kaotus psühhoaktiivsete ainete tarvitamise üle, tugev tung aine järele ning jätkuv tarvitamine hoolimata negatiivsetest tagajärgedest inimese tervisele ja igapäevasele toimetulekule (Volkow *et al.*, 2016, lk 367). Tänapäevases teaduskirjanduses käsitletakse sõltuvushäireid sageli krooniliste seisunditena, mille kujunemisel ja püsimisel mängivad rolli bioloogilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed tegurid (Zengin Yazıcı & Tanrıverdi, 2025, lk 4). Selline käsitlus on kooskõlas ökoloogilise süsteemiteooriaga, mille kohaselt kujuneb inimese käitumine erinevate tasandite vastastikmõjus (Bronfenbrenner, 1979, lk 13; Payne, 2021, lk 225). Sõltuvus ei ole üksnes tahtejõu puudumise või moraalse valiku küsimus, vaid keeruline tervisehäire, mis hõlmab muutusi aju tasusüsteemis (ingl *brain reward circuitry*), motivatsiooniprotsessides ja enesekontrolli mehhanismides (Volkow & Boyle, 2018, lk 729).

Rahvusvahelised diagnostilised käsitlused, nagu DSM-5 (Psüühikahäirete diagnostika ja statistilise käsiraamatu 5. väljaanne, ingl *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), määratlevad sõltuvushäire kui seisundi, mille peamiseks tunnuseks on kognitiivsete, käitumuslike ja füsioloogiliste sümptomite kogum, mis osutab sellele, et indiviid jätkab aine tarvitamist vaatamata sellega kaasnevatele olulistele probleemidele (American Psychiatric Association, 2022, lk 546). Sõltuvushäire raskusastet hinnatakse DSM-5 käsitluses sümptomite arvu alusel ning eristatakse kerget, mõõdukat ja rasket häiret.

Sõltuvushäire kujunemine on protsess, mille käigus aine tarvitamine muutub järk-järgult harjumusest kompulsivseks käitumiseks (Lüscher *et al.*, 2020, lk 247). Alguses võib aine kasutamine olla vabatahtlik ja seotud positiivsete kogemustega, kuid aja jooksul tekivad neurobioloogilised muutused, mis mõjutavad aju tasusüsteemi ehk naudingu kogemise, motivatsiooni ja harjumusliku käitumise kujunemisega seotud närviõrgustikku (Volkow *et al.*, 2016, lk 363) ning vähendavad inimese kontrollivõimet ja suurendavad tungi aine tarvitamiseks (Volkow & Boyle, 2018, lk 729). See protsess viib olukorrani, kus aine tarvitamine ei ole enam teadlik valik, vaid muutub domineerivaks käitumismustriks.

Sõltuvushäire kujunemist mõjutab tavaliselt mitme teguri koosmõju. Bioloogilisel tasandil võivad rolli mängida geneetiline eelsoodumus ja neurobioloogilised muutused ajus, psühholoogilisel tasandil näiteks stress, trauma või vaimse tervise probleemid ning sotsiaalsel tasandil keskkondlikud tegurid, nagu perekondlikud suhted, sotsiaalne toetus ja ainete kättesaadavus (Volkow *et al.*, 2016, lk 367). Seetõttu rõhutatakse tänapäevases käsitluses biopsühhosotsiaalset lähenemist, mille kohaselt sõltuvushäire kujunemist mõjutavad omavahel seotud bioloogilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed tegurid ning mis eeldab mitmekülgeid sekkumisi nii ravi- kui ka ennetusvaldkonnas (MacKillop & Ray, 2018, lk 32, 35).

Lisaks neurobioloogilistele muutustele iseloomustab sõltuvushäiret käitumuslik dimensioon, mida väljendab kompulsivne aine otsimine ja tarvitamine, vaatamata kahjulikele tagajärgedele, ning vähenenud kontroll aine tarvitamise üle (Volkow *et al.*, 2016, lk 367). Sõltuvushäire mõjutab inimese psühholoogilist heaolu, sotsiaalseid suhteid ja tööalast toimetulekut. Ainete tarvitamine suurendab töötuse, füüsiliste terviseprobleemide, düsfunktsionaalsete sotsiaalsete suhete, enesetapumõtete, vaimuhaiguste ja lühema eluea tõenäosust (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021, lk 29).

Uuringud näitavad, et tagasilangus on sõltuvushäirete puhul suhteliselt sage, mistõttu on oluline pakkuda pärast ravi lõppu jätkuvat tuge. Näiteks on leitud, et ühe aasta jooksul pärast ravi võib tagasilanguse määr ulatuda ligikaudu 40–60%-ni, mis viitab vajadusele pikaajalisemate ja struktureeritud taastumist toetavate teenuste järele (Beaulieu *et al.*, 2021, lk 1). Samuti on leitud, et jätkuravi sekkumised, mis hõlmavad regulaarset

jälgimist, nõustamist või digitaalseid toetuslahendusi, võivad parandada ravitulemusi ning aidata inimestel vajadusel kiiremini uuesti ravisüsteemi poole pöörduda (McKay, 2021, lk 2; Ramadas *et al.*, 2023, lk 9). Kokkuvõttes rõhutab see vajadust süsteemse ja järjepideva järeletoe järele, et toetada püsivat taastumist.

1.2. Sõltuvushäirest taastumise käsitlus ja taastumist toetavad tegurid

Käesolevas alapeatükis käsitletakse taastumise mõistet ning sellega seotud peamisi käsitlusi, keskendudes teguritele, mis toetavad sõltuvushäirest taastumist ja taastumise püsimist. Jätkutoetuse teenused võivad avalduda erinevate sekkumistena, sealhulgas nõustamise, tugigruppide, rehabilitatsiooni või kogukondliku toe kaudu, aidates parandada inimese igapäevast toimetulekut ning toetada saavutatud muutuste püsimist (Tracy & Wallace, 2016, lk 144). Sõltuvusest taastumine hõlmab muutusi nii inimese käitumises, mõtlemises kui ka elustiilis. Taastumine ei tähenda üksnes psühhoaktiivsete ainete tarvitamise lõpetamist, vaid ka inimese üldise heaolu ja sotsiaalse toimetuleku paranemist (Kelly & Hoepfner, 2015, lk 6). Taastumisprotsessi toetavaid tegureid on võimalik mõtestada ökoloogilise süsteemiteooria kaudu, mille kohaselt kujuneb taastumine erinevate tasandite – individuaalse, suhete, institutsionaalse ja ühiskondliku tasandi – vastastikmõjus, rõhutades nii isikliku kui ka keskkondliku toe olulisust (Bronfenbrenner, 1979, lk 7–8; Payne, 2021, lk 226).

Uuringud näitavad, et sõltuvushäirete ravi kulg on sageli pikaajaline ning võib hõlmata korduvaid paranemise ja tagasilanguse perioode, mistõttu ei toimu taastumine tavaliselt lineaarselt (Bhullar & Gupta, 2023, lk 71). Seetõttu peetakse ravi jätkuteenuseid ehk nn jätkuravi (ingl *continuing care*) oluliseks osaks tõenduspõhisest sõltuvusravist, kuna need aitavad säilitada esmases ravis saavutatud muutusi, toetavad toimetulekuoskuste rakendamist igapäevaelus ning võimaldavad vajadusel varajast sekkumist tagasilanguse korral (Tracy & Wallace, 2016, lk 149; McKay, 2021, lk 2).

Kaasaegsed uuringud rõhutavad, et sõltuvushäiretega inimeste toetamisel on oluline erinevate spetsialistide ja teenusepakkujate koostöö, kuna ühe valdkonna spetsialist ei suuda katta kõiki kliendi vajadusi (Reilly *et al.*, 2024, lk 30). Integreeritud teenuseid, kus

vaimse tervise ja sõltuvusravi sekkumised on seotud, peetakse tõhusaimaks lähenemiseks, kuigi nende rakendamine on sageli piiratud süsteemsete takistuste tõttu (Garneau *et al.*, 2022, lk 281).

Lisaks professionaalsele ravile toetavad taastumist kogukonnapõhised teenused, nagu tugigrupid, taastumiskeskused ja taastumiselamud. Sellised taastumist toetavad teenused võivad vähendada aine tarvitamist, parandada ravi järjepidevust ja suurendada inimeste rahulolu raviteenustega (Horn *et al.*, 2025, lk 9). Tugigrupid võimaldavad jagada kogemusi, saada emotsionaalset tuge ja luua uusi sotsiaalseid sidemeid, mis omakorda võib tugevdada motivatsiooni taastumiseks ja vähendada ainete tarvitamise riski (Kelly *et al.*, 2020, lk 15).

Taastumisprotsessis rõhutatakse sageli kolme olulist lähenemist: taastumise käsitlust (ingl *recovery*), teenuste järjepidevuse põhimõtet (ingl *continuum of care*) ning taastumiskapitali kontseptsiooni (ingl *recovery capital*) (Day *et al.*, 2025, lk 1498–1500). Taastumise käsitlus lähtub arusaamast, et sõltuvusest taastumine on individuaalne ja pikaajaline protsess, mille käigus inimene saavutab parema tervise, heaolu ning suudab elada tähendusrikast ja iseseisvat elu (Ashford *et al.*, 2019, lk 180). Taastumise käsitluse kohaselt ei tähenda taastumine üksnes ainete tarvitamise lõpetamist, vaid hõlmab ka muutusi inimese elustiilis, sotsiaalsetes suhetes ja identiteedis (Bunaciu *et al.*, 2024, lk 225). Selline lähenemine rõhutab inimese aktiivset rolli oma taastumisprotsessis ning erinevate tugivõrgustike, sealhulgas perekonna, kogukonna ja spetsialistide toetuse olulisust.

Teenuste järjepidevuse põhimõtte kohaselt peaksid teenused moodustama omavahel seotud süsteemi, mis toetab inimest taastumise eri etappides. See tähendab, et sõltuvusravi ei piirdu üksnes akuutse ravi või võõrutusega, vaid hõlmab ka rehabilitatsiooni, järelteenuseid ja kogukonnapõhist tuge (McKay, 2021, lk 2). Selline süsteemne lähenemine aitab tagada, et inimene saab vajalikku tuge ka pärast aktiivse ravi lõppu ning vähendab tagasilanguse riski.

Taastumise seisukohalt on oluline ka inimese taastumiskapital, mis viitab sisemiste ja väliste ressursside ulatusele ja sügavusele, mida saab kasutada taastumise alustamiseks ja

jätkamiseks (Kelly & Hoepfner, 2015, lk 7). Need ressursid võivad olla nii individuaalsed kui ka sotsiaalsed, näiteks isiklik motivatsioon, perekonna ja sõprade toetus, stabiilne elukoht, töövõimalused ning ligipääs tervishoiu- ja sotsiaalteenustele (Best & Hennessy, 2022, lk 1141). Suurem taastumiskapital on seotud paremate ravitulemustega ja väiksema tagasilanguse riskiga, kuna see parandab inimese elukvaliteeti (Kelly & Hoepfner, 2015, lk 9).

Eeltoodud teoreetilised lähenemised rõhutavad, et tõhus sõltuvusravi ei piirdu üksnes akuutse sekkumisega, vaid eeldab terviklikku ja järjepidevat toetust. Taastumise käsitlus keskendub inimese üldisele heaolule ja elukvaliteedile, teenuste järjepidevuse põhimõtte rõhutab süsteemset lähenemist ning taastumiskapital toob esile individuaalsete ja sotsiaalsete ressursside olulisuse. Seetõttu on järelteenustel oluline roll sõltuvusest taastumise protsessi toetamisel.

1.3. Sõltuvusravi järelteenuste pakkumise praktikad eri riikides

Käesolevas alapeatükis käsitletakse sõltuvusravi järelteenuste pakkumise praktikaid eri riikides, tuues esile erinevad lähenemised, teenuste korralduse ning tegurid, mis mõjutavad nende toimivust ja kättesaadavust. Sõltuvusravi järelteenused on rahvusvaheliselt olulised taastumisprotsessi toetamise vahendid, kuid nende korraldus ja sisu erinevad riigiti. Globaalne efektiivsete sõltuvusravi mudelite ülevaade näitab, et kogukonnapõhiseid ravimudeleid, sealhulgas sõltuvusravi järelteenuseid, kasutatakse sageli piirkondades, kus ametlikud ravivõimalused on piiratud või raskesti kättesaadavad (Cheng, 2024, lk 2). Kuigi järelteenuste konkreetsed komponendid võivad riigiti erineda, on nende peamine eesmärk toetada sõltuvushäirest taastumist ja aidata säilitada ravi käigus saavutatud muutusi (McKay, 2021, lk 2).

Rahvusvahelised uuringud näitavad, et taastumist toetavate teenuste ülesehitus, kättesaadavus ja rahastamine erinevad riigiti märkimisväärselt ning sageli puudub ühtne strateegia järelteenuste korraldamiseks (Sinclair *et al.*, 2024, lk 8). Näiteks Namiibias on täheldatud, et kuigi sõltuvusravi teenused on olemas, esineb järelteenuste osutamisel lünki, kuna paljudel kogukondadel puudub ligipääs vajalikele tugiteenustele (Naobes,

2016, lk 2). See näitab, et teenuste olemasolu ei taga automaatselt nende kättesaadavust ega järjepidevust.

Mitmes riigis põhineb järealtenuste osutamise süsteem suurel määral kogukonnapõhisel toel ja vastastikusel abistamisel. Näiteks Indias ja mitmes Aafrika riigis on levinud anonüümsete alkohoolikute ja narkomaanide tugigrupid, mis pakuvad taastuvatele inimestele emotsionaalset tuge ja võimalust kogemusi jagada (Cheng, 2024, lk 2). Jaapani kontekstis mõjutavad selliste teenuste kasutamist aga olulisel määral sotsiaalsed ja kultuurilised tegurid. Uuringud on näidanud, et vaimse tervise ja sõltuvushäiretega seotud stigma ning negatiivsed hoiakud võivad takistada abi otsimist ning viia selle edasilükkamiseni või vältimiseni (Kanehara *et al.*, 2015, lk 523–524). Selline olukord viitab sellele, et lisaks teenuste olemasolule on oluline arvestada ka ühiskondlike hoiakute ja teadlikkusega, mis võivad oluliselt mõjutada taastumist toetavate teenuste kasutamist.

Euroopa kontekstis ilmnevad järealtenuste korralduses samuti mitmed erinevad lähenemised. Näiteks Norras (Høyland *et al.*, 2022, lk 504) korraldatakse järeldravi peamiselt omavalitsuste tasandil ning see hõlmab mitmekülgseid sekkumisi, nagu füüsiline aktiivsus ja grupiteraapia. Samas seisavad omavalitsused silmitsi väljakutsetega, nagu teenuste koordineerimine ja eluaseme kättesaadavus, mis võib takistada järjepideva toe pakkumist. Suurbritannia uimastistrateegia rõhutab taastumiskeskse süsteemi arendamist, kus keskne on teenuste lõimimine ning ligipääsu parandamine eluasemele, haridusele ja tööhõivele (HM Government, 2021, lk 43). Olulist rolli mängivad eakaaslaste toetusteenused, mis aitavad inimestel kujundada uusi sotsiaalseid sidemeid ja identiteeti (Office for Health Improvement and Disparities, 2025).

Portugalis põhineb sõltuvusravi süsteem dekriminaliseerimise põhimõttel, kus uimastite tarvitamisega seotud juhtumid suunatakse kriminaalsüsteemi asemel tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonda (Moury & Escada, 2023, lk 967). Kuigi selline lähenemine võimaldab keskenduda ravile ja toetusele, on uuringud toonud esile ka süsteemi kitsaskohti, sealhulgas ebaselgusi ja piiratud rakendamist (Rêgo *et al.*, 2021, lk 1).

Rahvusvahelisi järelteenuste korraldamise praktikaid on võimalik tõlgendada ökoloogilise süsteemiteooria raamistikus, kus erinevad riigid rõhutavad taastumise toetamisel erinevaid tasandeid – näiteks kogukonnapõhiseid lahendusi (mesotase) või riiklikke strateegiaid ja teenuste korraldust (makrotase), mis mõjutavad teenuste kättesaadavust ja toimivust (Bronfenbrenner, 1979, lk 7-8; Payne, 2021, lk 226). Rahvusvahelised kogemused näitavad, et kuigi järelteenuste vormid võivad riigiti erineda, on nende ühine probleem sageli süsteemsuse puudumine ja teenuste killustatus. Paljudes riikides toimivad sõltuvusravi järelteenused eraldiseisvalt vaimse tervise teenustest, mis viitab samuti süsteemsuse puudumisele (Anthony *et al.*, 2021, lk 3). Järelteenuste toimimine eraldiseisvana teistest tervishoiu- ja sotsiaalteenustest raskendab teenuste koordineerimist ja vähendab nende tõhusust (Kelly *et al.*, 2020, lk 15). Seetõttu rõhutatakse vajadust arendada terviklikke ja koordineeritud süsteeme, mis ühendaksid ravi, rehabilitatsiooni ja järelteenused ühtseks toetavaks teenuste võrgustikuks.

1.4. Sõltuvusravi järelteenuste korraldus Eestis

Käesolevas alapeatükis käsitletakse sõltuvusravi järelteenuste osutamise süsteemi Eestis, tuues esile teenuste korralduse, kättesaadavuse ning peamised väljakutsed ja arenguvajadused. Eestis osutavad sõltuvushäiretega inimestele järelravi teenuseid nii tervishoiuasutused kui ka sotsiaal- ja rehabilitatsioonisüsteemi kuuluvad teenusepakkujad. Järelravi hõlmab ambulatoorset jälgimist, psühholoogilist nõustamist ja sotsiaalset rehabilitatsiooni, et ennetada tagasilangust ja toetada igapäevaeluga toimetulekut. Sõltuvusravi järelteenuseid pakuvad näiteks psühhiaatriakliinikud, sõltuvusravile spetsialiseerunud haiglad ning kogukonnapõhised organisatsioonid, kus rõhk on pikaajalisel taastumisel ja sotsiaalsel taaslõimumisel (Purre *et al.*, 2023, lk 24–25). Ometi on Eestis sõltuvusravi järelteenuste süsteem suhteliselt piiratud ning teenuste geograafiline kättesaadavus ei ole alati ühtlane.

Järelteenuste kättesaadavust mõjutavad sageli teenusesaaja motivatsioon, teda ümbritsev keskkond ning teenusepakkuja geograafiline asukoht, mistõttu võib teenuste kättesaadavus eri piirkondades olla ebavõrdne (Stanojlovic & Davidson, 2021, lk 5). See tähendab, et inimestel ei pruugi olla võrdset ligipääsu vajalikule ravile ja rehabilitatsioonile. Teenuste kättesaadavuse parandamine ning järeloee arendamine on

oluline, et toetada inimeste pikaajalist taastumist ja vähendada tagasilanguse riski (Tamm *et al.*, 2016, lk 129).

Eestis on sõltuvusravi järelteenuste korraldamise süsteem kujunenud mitme erineva institutsiooni ja teenuseosutaja koostöös, kuid selle korraldus ei ole ühtne ega terviklik. Järelteenused paiknevad nii tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemis, mille tõttu on vastutus teenuste korraldamise ja rahastamise eest jaotunud erinevate osapoolte vahel (Lõhmus *et al.*, 2025, lk 20). Selline korraldus võib raskendada teenuseosutajate koostööd ning muuta teenuste vahel liikumise katkendlikuks. Selle tulemusena võivad inimesed jääda vajalikust toest ilma või kogeda viivitusi abi saamisel, mis omakorda mõjutab negatiivselt nende raviteekonda ja taastumist.

Üldise tervishoiu kättesaadavust mõjutavad mitmed tegurid, sealhulgas tervishoiutöötajate nappus, ooteajad ning teenuse geograafiline kaugus (Tervise Arengu Instituut, 2025b, lk 38), mis võivad mõjutada ka spetsiifilisemate teenuste, sh sõltuvusravi kättesaadavust. Samuti viitavad uuringud, et uimasteid tarvitavate inimeste vajadused on sageli mitmetahulised ning seotud erinevate sotsiaalsete ja terviseprobleemidega, mistõttu eeldab tõhus abi mitmekesisest ja omavahel koordineeritud teenuste olemasolu (Lõhmus *et al.*, 2025, lk 43–44). Suuremates linnades on teenuste valik mitmekesisem ning kättesaadavus parem, samas kui väiksemates omavalitsustes võivad järelteenused olla piiratud või puududa. See võib omakorda süvendada ebavõrdsust taastumisvõimalustes ning mõjutada pikaajalisi ravitulemusi.

Oluliseks probleemiks Eesti sõltuvusravi järelteenuste korralduses on süsteemi killustatus, mis avaldub mitmel tasandil. Esiteks esineb struktuurne killustatus tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel. Näiteks on teenused korraldatud erinevate seaduste, nagu Tervishoiuteenuste korraldamise seadus ja Sotsiaalhoolekande seadus, ning sealjuures erinevate rahastusmehhanismide alusel (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2001, § 51; Sotsiaalhoolekande seadus, 2015, § 156). Teiseks väljendub killustatus teenuse kasutaja teekonnas, kus puudub selge ja järjepidev liikumine ravilt järelteenustele. Praktikas võib see tähendada, et inimene peab ise otsima sobivaid tugiteenuseid või ei jõua nendeni üldse. Kolmandaks ilmneb killustatus valdkondadevahelises koostöös, kus

info liikumine ja koordineerimine erinevate teenuseosutajate vahel ei ole alati piisav (Lõhmus *et al.*, 2025, lk 37–38).

Sõltuvusravi järelteenuste süsteemi killustatus mõjutab ressursside piiratust, sealhulgas spetsialistide nappust ning rahastuse ebapiisavust. Kuigi riiklikud strateegiad rõhutavad vajadust arendada terviklikku ja lõimitud teenuste süsteemi, ei ole need eesmärgid praktikas alati täielikult realiseerunud. Näiteks toob Tervise Arengu Instituut (2024, lk 16) esile vajaduse tugevdada kogukonnapõhiseid teenuseid ning parandada koostööd erinevate sektorite vahel, kuid nende põhimõtete rakendamine sõltub sageli kohalikest võimalustest ja initsiatiivist.

Eestis pakutavad järelteenused hõlmavad erinevaid tugivorme. Teenuseid saab jaotada ravimitel põhinevateks sekkumisteks (nt metadoonasendusravi, naloksooni kasutamine), psühholoogilisteks sekkumisteks (nt kognitiiv-käitumisteraapia, mentaliseerimine), nõustamis- ja tugiteenusteks (nt individuaalne ja grupinõustamine, kogemusnõustamine) ning taastumist toetavateks sekkumisteks (nt eneseabirühmad ja loovteraapiad) (Tamm *et al.*, 2016, lk 65–66). Samas ei ole nende teenuste kättesaadavus ja kvaliteet ühtlaselt tagatud ning teenuste vahel puudub sageli süsteemne sidusus (Lõhmus *et al.*, 2025, lk 108). See tähendab, et kuigi üksikud teenused võivad toimida tõhusalt, ei moodusta need alati terviklikku ja järjepidevat tugisüsteemi sõltuvushäirest taastumise toetamiseks.

Eesti sõltuvusravi järelteenuste korralduse kitsaskohti saab analüüsida ökoloogilise süsteemiteooria kaudu, mille kohaselt avalduvad süsteemi probleemid erinevatel tasanditel – mikrotasandil võivad ilmned raskused kliendi toimetulekus ja teenusteni jõudmises, mesotasandil teenustevahelise koostöö puudujäägid ning makrotasandil süsteemi killustatus, mis tuleneb erinevatest rahastus- ja korraldusmehhanismidest (Bronfenbrenner, 1979, lk 7–8; Payne, 2021, lk 226). Eeltoodu põhjal võib tõdeda, et Eesti sõltuvusravi järelteenuste süsteemi iseloomustab mitmetasandiline korraldus, mille tugevuseks on teenuste mitmekesisus, kuid nõrkuseks killustatus ja ebahühtlane kättesaadavus. Kuigi poliitika ja arengudokumendid rõhutavad vajadust süsteemse ja lõimitud lähenemise järele, esineb praktikas mitmeid takistusi nende eesmärkide saavutamisel. Selline olukord viitab vajadusele analüüsida järelteenuste toimimist ja süsteemi parema koordineerimise võimalusi, mis on käesoleva lõputöö keskmes.

2. SÖLTUVUSRAVI JÄRELTEENUSTE KORRALDUSE UURING EESTI TEENUSEPAKKUJATE NÄITEL

2.1. Uuritavate asutuste tutvustus

SA Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskus loodi aastal 2012 Viljandis (SA Viljandi Haigla, s. a.-f). Kokku töötab Äriregistri (s. a.-e) andmetel SA Viljandi Haiglas 1203 inimest. Sõltuvusrehabilitatsiooni keskuse eesmärk on aidata loobuda uimastitest ja kujundada uusi käitumismustreid, kuid lisaks sellele toetab see ka püsivaid psüühilisi muutusi ning eneseefektiivsuse kasvu, et inimene suudaks paremini toime tulla igapäevaelus ja riskisituatsioonides (SA Viljandi Haigla, s. a.-b). SA Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskuses pakutakse mitmeid teenuseid. Kahjude vähendamise teenuse eesmärk on vähendada uimastite tarvitamisega kaasnevat kahju nii kasutajale endale, tema lähedastele kui ka ühiskonnale tervikuna (SA Viljandi Haigla, s. a.-c). Võõrutusravi eesmärk on narkootilise aine tarvitamise kohene või järkjärguline lõpetamine ning sellega kaasnevate võõrutusnähtude ennetamine või leevendamine ravimite abil (SA Viljandi Haigla, s. a.-g). Võõrutusravi protsessis osaleb multidistsiplinaarne meeskond, kuhu kuuluvad psühhiaater ja õde.

Statsionaarse rehabilitatsiooniteenuse eesmärk on lisaks uimastitarvitamisest loobumisele toetada kliendi taasintegreerumist igapäevaelu (SA Viljandi Haigla, s. a.-d). Teenuse käigus keskendutakse püsivate psüühiliste muutuste saavutamisele, uute käitumismustrite kujundamisele ning eneseefektiivsuse suurendamisele riskisituatsioonidega toimetulekul. Selleks kasutatakse erinevaid teraapilisi meetodeid ning erialaspetsialistide nõustamist. Ambulatoorse rehabilitatsiooniteenuse ehk järelteenuse eesmärk on toetada kliendi isiksuslikku arengut ja aidata säilitada kainust pärast intensiivsemat ravi või rehabilitatsiooni (SA Viljandi Haigla, s. a.-a). Lisaks pakutakse keskuses ka SÜTIK-programmi, mille raames on politseil võimalik suunata

narkootikumide tarvitamise või väikese koguse omamise tõttu kinni peetud inimesi karistuse asemel tugiisiku programmi, mis pakub toetust ja abi sõltuvusprobleemidega toimetulekul (SA Viljandi Haigla, *s. a.-e*).

MTÜ Libertas Kliinik alustas 2016. aastal sõltuvusravikeskusena ning on kasvanud vaimse tervise keskuseks, keskendudes täiskasvanute stressi-, meeleolu- ja sõltuvushäirete ravile (Libertas Keskus, *s. a.-b*). Asutuses töötab 2026. aasta seisuga kolm inimest (Äriregister, *s. a.-b*). Libertas Keskus pakub võimalust ravida alkoholi- ja narkosõltuvust Minnesota programmiga (Libertas Keskus, *s. a.-c*). Minnesota mudeli programm, mis töötati välja 1950. aastatel Minnesotas, USA-s (Wakim, 2025), kujutab endast intensiivset raviprogrammi, mis hõlmab rühma- ja individuaalteraapiat, psühhohariduslikke loenguid ning erinevaid tegevusi, mille eesmärk on toetada sõltuvusega seotud mõtte-, tunde-, suhtumis- ja käitumismustrite muutumist. Programmi käigus arendatakse osalejate oskusi tulla toime ärevuse, stressi ja teiste igapäevaelus esinevate probleemidega ning tugevdatakse igapäevaeluks vajalikke teadmisi ja toimetulekuoskusi (Libertas Keskus, *s. a.-c*).

Lisaks on Libertases võimalik saada abi ka kaassõltuvuse korral (Libertas Keskus, *s. a.-a*). See on sõltuvushaigust põdeva inimese lähedaste psühholoogiline seisund, mis võib mõjutada pereliikmete emotsionaalset heaolu ja suhteid. Kaassõltuvuse toetamiseks pakutakse Libertases nii grupiteraapiat kui ka individuaalset nõustamist psühholoogide ja kogemusnõustajate poolt, mille eesmärk on toetada lähedaste toimetulekut ja parandada peresuhete toimimist.

MTÜ Töömaja alustas oma tegevust 2019. aastal ning seal töötab 2026. aasta seisuga kaks inimest (Äriregister, *s. a.-c*). Nende missiooniks on luua elu- ja töökeskkond sõltuvusprobleemidega inimestele, et nad leiaks endas jõudu kaine tavaelu juurde pöördumiseks (Töömaja, *s. a.-b*). MTÜ Töömaja tegevus põhineb struktureeritud rehabilitatsiooniprotsessil, mis ühendab elukeskkonna, tööalase tegevuse ja sotsiaalse toe. Olulisel kohal on turvalise ja kontrollitud elukeskkonna pakkumine, kus kliendid on eemaldatud varasematest sõltuvust soodustavatest teguritest ning saavad kujundada uusi harjumusi ja säilitada kainust (Töömaja, *s. a.-a*).

Lisaks elukorralduse stabiliseerimisele on keskne roll töö- ja tegevuspõhisel lähenemisel. Igapäevane praktiline tegevus aitab kujundada tööharjumust, arendada oskusi ning valmistada kliente ette tööturule naasmiseks. Töö kaudu kujuneb vastutustunne ning suureneb enesehinnang, mis toetab taastumisprotsessi (Töömaja, s. a.-c). Töömaja mudelis on oluline ka kogukondlik tugi, kus taastumine toimub sotsiaalses keskkonnas ning kliendid saavad tuge nii spetsialistidelt kui ka teistelt sarnase kogemusega inimestelt (Töömaja, s. a.-d). Selline lähenemine soodustab kuuluvustunnet ning aitab vähendada sotsiaalset isolatsiooni.

Kohalolupuudutus OÜ loodi 2023. aastal ning seal töötab 2026. aasta seisuga üks inimene (Äriregister, s. a.-a). Asutuse eesmärk on inimeste vaimse heaolu ja isikliku arengu toetamine, pakkudes abi erinevate eluliste väljakutsete korral, nagu stress, suhted, neuroerinevused ja sõltuvusprobleemid. Tegevuse keskmes on inimese teadlikkuse suurendamine ning tasakaalu ja toimetulekuvõime taastamine. Selleks pakutakse individuaalset nõustamist, kus turvalises keskkonnas saab oma kogemusi analüüsida ja lahendusi leida, ning korraldatakse tugigruppe, mis loovad võimaluse kogemuste jagamiseks ja vastastikuseks toetuseks (Kohalolupuudutus, s. a.-a). Lähenemine on suunatud pikaajalise heaolu ja enesekindlama toimetuleku kujundamisele. Kohalolupuudutus OÜ pakub tuge ka neile, kes seisad silmitsi sõltuvuse või kaassõltuvuse väljakutsetega ning otsivad teed taastumise ja tasakaalu poole (Kohalolupuudutus, s. a.-b).

OÜ Tervisekeskus Elulootus alustas oma tegevust 2001. aastal, seal töötab 2026. aasta seisuga 20 inimest (Äriregister, s. a.-d) ning see tegeleb sõltuvusprobleemidega inimeste toetamise ja raviga. Keskus pakub pikaajalist ravi, sealhulgas asendusravi, mis aitab kaasa stabiilse elukorralduse kujunemisele (Tervisekeskus Elulootus, s. a.-b). Organisatsiooni poolt pakutav alkoravi pakett sisaldab juhtumikorraldaja teenust, psühholoogilist nõustamist, kogemusnõustaja individuaalteenust ja grupinõustamist (Tervisekeskus Elulootus, s. a.-a).

Lisaks on uuringusse kaasatud ekspertarvamuse saamiseks Tervise Arengu Instituudi (edaspidi TAI) eksperdid. TAI on riiklik teadus- ja arendusasutus, mis tegeleb rahvatervishoiu arendamise, haiguste ennetamise ning terviseedendusega (Tervise

Arengu Instituut, s. a.-a). Uimastite ja sõltuvuste osakonnas töötab 2026. aasta seisuga 15 inimest (Tervise Arengu Instituut, s. a.-b). Valdkonna eesmärk on kujundada alkoholi- ja nikotiinitarvitamist mittesoodustav füüsiline ja sotsiaalne keskkond, pakkudes teaduspõhist sisendit poliitikakujundamisse riigi ja kohaliku omavalitsuse tasandil. Selleks viiakse läbi seireuuringuid ja teadustöid ning arendatakse, rakendatakse ja hinnatakse ennetus- ja sekkumismeetmeid. Tegevused hõlmavad ka spetsialistide koolitamist, ennetusmaterjalide ja -programmide loomist, avalikkusele suunatud teavitustööd ning alkoholi- ja tubakapoliitika kujundamise toetamist (Tervise Arengu Instituut, s. a.-c). Seetõttu on TAI uuringu kontekstis oluline ekspertorganisatsioon, kelle pädevus toetab uuritava valdkonna analüüsi.

2.2. Uurimisprotsess ja valimi kirjeldus

Käesolevas lõputöös kasutatakse kvalitatiivset uurimisviisi. Kvalitatiivne lähenemine võimaldab uurida inimeste kogemusi, arusaamu ja hinnanguid ning sobib seetõttu hästi sotsiaalsete nähtuste analüüsimiseks (Tenny et al., 2022, lk 1). Kvalitatiivsed meetodid võimaldavad nähtusi käsitleda süvitsi ning vastata küsimustele „kuidas“ ja „miks“ teatud protsessid praktikas toimivad. Nagu Hamilton ja Finley (2019, lk 2) rõhutavad, on kvalitatiivsed meetodid olulised olukordades, kus on vaja mõista teenuste rakendamise seotud konteksti, tegureid ja mõjutajaid, mida üksnes kvantitatiivsete andmete abil ei ole võimalik täielikult selgitada.

Kvalitatiivset lähenemist kasutatakse käesolevas lõputöös seetõttu, et töö eesmärgiks on mõista sõltuvusravi järelteenuste toimimist Eesti teenusepakkujate vaatenurgast. Selline lähenemine võimaldab analüüsida teenuse rakendamise seotud kogemusi, hinnanguid ja praktikaid ning selgitada, millised tegurid mõjutavad järelteenuste tõhusust. Kuigi kvantitatiivne lähenemine võimaldaks koguda standardiseeritud ja üldistatavaid andmeid (Saunders et al., 2019, lk 134–135), ei ava see piisavalt süvitsi teenusepakkujate subjektiivseid kogemusi ega tuvastada kontekstispetsiifilisi tegureid, mis võivad mõjutada teenuse toimimist. Seetõttu on kvalitatiivne lähenemine käesoleva uuringu eesmärgi saavutamiseks sobivam.

Andmete kogumise meetodiks valiti intervjuu. Kvalitatiivsed intervjuud võimaldavad osalejatel väljendada oma kogemusi nende enda sõnastuses ning aitavad vähendada uurija liigset suunamist (Brinkmann & Kvale, 2015, lk 3–4). Antud uuringu raames kasutati poolstruktureeritud individuaalintervjuusid, mis võimaldavad uurida osalejate kogemusi ja vaatenurki sõltuvusravi järeleteenuste korralduse kohta. Poolstruktureeritud intervjuu annab võimaluse kasutada eelnevalt koostatud küsimuste raamistikku, kuid samas võimaldab intervjuueeritaval oma kogemusi vabalt kirjeldada ning vajadusel esitada täpsustavaid küsimusi (Kallio *et al.*, 2016, lk 2959). Selline meetod on sobiv olukordades, kus uuritakse kompleksseid sotsiaalseid nähtusi ning soovitakse saada sügavamalt arusaama uuritavast probleemist. Varasemad uuringud näitavad, et fookusgrupi intervjuudes võivad vastused olla mõjutatud grupidünaamikast ega ole täielikult sõltumatud (Guest *et al.*, 2017, lk 705), mistõttu kasutati käesolevas lõputöös individuaalintervjuusid, et tagada vastuste sõltumatus ja suurem avatuse tase.

Uuritavateks organisatsioonideks valiti SA Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskus, Libertas Keskus, Töömaja, Kohalolupuudutus ja Tervisekeskus Elulootus. Need organisatsioonid on käesoleva uuringu kontekstis olulised, kuna pakuvad sõltuvusravi läbinud inimestele järeleteenuseid ning omavad kogemust taastumise toetamise valdkonnas. Valik tehti eesmärgiga kaasata erinevaid teenusemudeleid ja organisatsioonilisi lähenemisi, mis võimaldavad saada mitmekülgse ülevaate taastumise toetamise praktikast. Lisaks kaasati uuringusse valdkonna eksperdid TAI-st.

Sihtrühmaks on Eestis sõltuvusravi järeleteenuseid pakkuvate asutuste – SA Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskus, Libertas Keskus, Töömaja, Kohalolupuudutus, Tervisekeskus Elulootus – spetsialistid, kellel on otsene kokkupuude teenuse korraldamise ning rakendamisega. Uuringu valim moodustati eesmärgipärase valimi (ingl *purposeful sampling*) põhimõttel. Eesmärgipärane valim on kvalitatiivses uurimistöös laialdaselt kasutatav meetod, mille abil valitakse välja uuritava nähtuse kohta kõige rohkem ja sisukamat teavet andvad juhtumid (Palinkas *et al.*, 2015, lk 533).

Valimi moodustamise kriteeriumiks oli, et uuringus osaleja töötab organisatsioonis, mis pakub Eestis sõltuvusravi järeleteenuseid ning omab otsest kokkupuudet teenuse osutamisega. Valimisse ei kaasatud kõiki organisatsiooni töötajaid, vaid valiti osalejad

eelnevalt määratletud kriteeriumide alusel. Valimisse kaasati spetsialistid, kelle töö on otseselt seotud järeleteenuste rakendamise ja/või korraldamisega. Selline valimi moodustamise viis võimaldas kaasata uurimisprobleemi seisukohalt kõige olulisemad respondendid, kellel on vajalikud teadmised ja praktiline kogemus teenuse osutamise ning väljakutsete osas.

Intervjuude läbiviimiseks koostati intervjuukava, mis lähtub käesoleva lõputöö eesmärgist, ökoloogilisest süsteemiteooriast ja uurimisküsimustest (vt lisa 1). Intervjuuküsimused hõlmasid sõltuvusravi järeleteenuste korraldust, teenuste sisu, koostööd ning süsteemi arendamise võimalusi. Küsimuste koostamisel lähtuti käesoleva töö teoreetilisest raamistikust, eelkõige taastumise käsitlusest, teenuste järjepidevuse põhimõttest, taastumiskapitali kontseptsioonist ning ökoloogilisest süsteemiteooriast.

Enne intervjuu algust selgitati intervjuueeritavatele uuringus konfidentsiaalsuse tagamise ja andmekaitse põhimõtteid (Isikuandmete kaitse seadus, 2018, § 6). Intervjuuküsimused esitati kõigile osalejatele samas üldises järjekorras, kuid vajadusel esitati täpsustavaid küsimusi, et saada põhjalikumat teavet uuritava teema kohta. Intervjuud viidi läbi individuaalselt ning nende kestvus oli ligikaudu 40–60 minutit. Intervjuude läbiviimiseks kasutati Microsoft Teams keskkonda, kus vestlused salvestati intervjuueeritavate nõusolekul kasutades keskkonna enda salvestamise võimalust. Intervjuude salvestamise eesmärgiks oli tagada andmete täpne fikseerimine ja võimaldada hilisemat analüüsi. Lisaks aktiveeriti automaatne transkribeerimine, mille tulemusel genereeriti tekstiline üleskirjutus intervjuust. Transkriptsiooni sai vajadusel käsitsi üle vaadata ja parandada, et tagada andmete täpsus. Selline lähenemine võimaldas tõhusat ja usaldusväärset kvalitatiivsete andmete kogumist, vähendades käsitsi transkribeerimise ajakulu ning toetades süsteemset andmeanalüüsi lõputöö raames. Andmete kogumine toimus ajavahemikus 09.04.2026–17.04.2026.

Kvalitatiivse uuringu puhul on oluline saavutada andmete küllastumine (ingl *data saturation*), mida iseloomustab olukord, kus uued intervjuud ei anna enam sisuliselt uut teavet (Ahmed, 2025, lk 1). Käesolevas uuringus planeeriti läbi viia üheksa intervjuud spetsialistide ja ekspertidega, kes puutuvad oma töös kokku sõltuvusravi järeleteenuste pakkumisega. Intervjuude arv määrati lähtudes kvalitatiivse uuringu loogikast, mille

kohaselt ei ole valimi suurus fikseeritud, vaid sõltub andmete küllastumise saavutamisest. Varasemad uuringud viitavad, et küllastumus võib ilmned juba 10–12 intervjuu järel (Guest *et al.*, 2020, lk 2). Arvestades sihtrühma suhtelist homogeensust ning uuringu piiratud ajaraami, peeti üheksat intervjuud käesoleva töö kontekstis piisavaks esmase küllastumuse saavutamiseks. Vajadusel oli ette nähtud valimi laiendamine, kui uued andmed jätkuvalt olulist teavet lisavad. Uuringus osalejate värbamiseks võeti alates 20. märtsist 2026 e-kirja teel ühendust organisatsioonide juhtidega, paludes neil organisatsiooni siseselt levitada infot intervjuueeritavate leidmiseks.

Kogutud andmete analüüsimiseks kasutati temaatilist sisuanalüüsi. Temaatiline sisuanalüüs on kvalitatiivne analüüsimeetod, mille eesmärk on tuvastada ja kirjeldada uuritavas materjalis esinevaid teemasid ja mustreid (Neuendorf, 2019, lk 213). Andmeanalüüsi protsess algas intervjuude transkriptsioonide põhjaliku läbivaatamisega, et saada terviklik ülevaade kogutud andmetest. Seejärel kodeeriti tekst ehk märgistati olulised mõtted, mis olid seotud uurimisküsimuste ja töö teoreetilises raamistikus käsitletud teemadega. Kodeerimise käigus grupeeriti sarnase sisuga vastused ning moodustati temaatilised kategooriad (vt lisa 2). Edasises analüüsis koondati sarnased koodid suuremateks teemadeks, mis kirjeldasid sõltuvusravi järelteenuste korraldust, spetsialistide kogemusi ning süsteemi arendamise võimalusi. Andmete eristamiseks loodi uuringus osalejatele pseudonüümid (vt tabel 1). Uuringus osales seitse spetsialisti (S1–S7) ning kaks eksperti (E1, E2), kelle seisukohad olid mitmes teemas sarnased ning seetõttu käsitleti neid analüüsis peamiselt koos.

Tabel 1. Ülevaade intervjuudest

Intervjuueeritava kood	Intervjuu kuupäev	Intervjuu pikkus (minutites)
S1	09.04.2026	47
S2	13.04.2026	40
S3	14.04.2026	60
S4	14.04.2026	60
S5	17.04.2026	41
S6	17.04.2026	45
S7	17.04.2026	60
E1	17.04.2026	45
E2	17.04.2026	45

Analüüsi käigus võrreldi intervjueeritavate vastuseid ning otsiti nii sarnasusi kui ka erinevusi nende kogemustes ja hinnangutes. Tuginedes eelnevale saab öelda, et temaatilise sisuanalüüsi kasutamine võimaldas struktureerida intervjuudest saadud informatsiooni ning tuua esile peamised teemad, mis olid olulised sõltuvusravi järelteenuste korralduse mõistmiseks. Tulemuste tõlgendamisel lähtuti ökoloogilisest süsteemiteooriast, mis võimaldas analüüsida, kuidas erinevad tasandid (nt individuaalne, suhete, institutsionaalne ja ühiskondlik tasand) mõjutasid teenuse toimimist ja klientide toimetulekut (Bronfenbrenner, 1979, lk 7–8; Payne, 2021, lk 226).

Intervjuude salvestisi ja transkriptsioone säilitatakse lõputöö autori isiklikul andmekandjal, millele on ligipääs ainult temal. Andmete käsitlemisel lähtutakse konfidentsiaalsuse põhimõttest ning välditakse kolmandate isikute ligipääsu andmetele (Isikuandmete kaitse seadus, 2018, § 6). Andmeid kasutatakse üksnes käesoleva lõputöö eesmärgil. Pärast lõputöö kaitsmist helisalvestised ja transkriptsioonid kustutatakse. Antud informatsioon edastati ka intervjueeritavatele.

2.3. Uuringu tulemused

2.3.1. Sõltuvusravi järelteenuste roll sõltuvushäirest taastumisel

Uuringu tulemuste põhjal ilmnes, et sõltuvusravi järelteenustel on oluline roll taastumisprotsessi toetamisel, eeskätt tagasilanguse ennetamisel ning kliendi psühholoogilise ja sotsiaalse toimetuleku tugevdamisel. Kõik intervjueeritud rõhutasid, et järelteenus ei ole pelgalt jätk varasemale ravile, vaid kujutab endast iseseisvat ja olulist etappi, mille eesmärk on aidata inimesel säilitada kainus ning kohaneda igapäevaeluga väljaspool ravikeskkonda.

Järelteenuste keskseks funktsiooniks peeti tagasilanguse ennetamist. Kõigi uuringus osalenud spetsialistide ja ekspertide hinnangul on ravijärgne periood kriitiline, kuna inimene seisab silmitsi uute olukordade ja väljakutsetega ilma varasema struktuurse keskkonnata. Just eksperdid rõhutasid eriti selgelt järelteenuste rolli tagasilanguse ennetamisel. „Tagasilanguseid juhtub selle haiguse juures sageli“ (E1). Ühes intervjuus toodi välja, et järelteenus on „/.../ väga tähtis. See nagu teenus tagasilanguse ennetamiseks

/.../“ (E2), rõhutades teenuse ennetavat rolli taastumise säilitamisel. Sarnaselt kirjeldati ka, et jälleteenused aitavad inimesel läbi töötada igapäevaelus tekkivaid pingeid ning vältida olukordi, mis võivad viia sõltuvuskäitumise taastumiseni (S1).

Lisaks ennetavale rollile rõhutasid nii spetsialistid kui ka eksperdid jälleteenuse psühholoogilist tähendust. Intervjuude põhjal ilmnnes, et oluline on pakkuda inimesele turvalist keskkonda, kus ta saab reflekteerida oma mõtteid, tundeid ja käitumist (S1, S6, S7, E1). Psühholoogiline toetamine hõlmab muuhulgas emotsionaalse tasakaalu hoidmist, enesemõistmise arendamist ning uute toimetulekuoskuste kujundamist. Ühes intervjuus kirjeldati seda kui protsessi, kus inimene õpib igapäevaelus tekkivaid olukordi kainena kogema ja nendega toime tulema (S1).

Jälleteenuse roll ei piirdu üksnes psühholoogilise toega, vaid hõlmab ka sotsiaalset kohanemist. Üle poole uuringus osalejatest tõdes, et taastumine on tihedalt seotud inimese võimega taastada või luua uusi sotsiaalseid suhteid, leida elukoht ning siseneda tööturule (S1–S3, S7, E1). Spetsialistid tõid esile, et ilma nende aspektideta on kainuse säilitamine oluliselt keerulisem. Näiteks kirjeldati, et klientidel esineb sageli raskusi elukoha leidmisel või tööle asumisel, mis omakorda võib suurendada tagasilanguse riski (S1, S7).

Mitmes intervjuus rõhutati ka rutiini ja struktuuri taastamise tähtsust. Eriti kogukonnapõhistes teenustes peeti oluliseks tööharjumuse kujundamist ja igapäevase tegevuse olemasolu, mis toetab inimese eneseväärikuse ja stabiilsuse kujunemist (S3, S4). Selline lähenemine aitab inimesel liikuda sõltuvuskäitumisest eemale ning kujundada uut, toimivat elukorraldust.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et sõltuvusravi jälleteenus täidab taastumisprotsessis mitmetahulist rolli, hõlmates nii psühholoogilist toetust, sotsiaalset kohanemist kui ka igapäevaelu struktuuri taastamist. Jälleteenused toimivad sillana ravikeskkonna ja iseseisva elu vahel, aidates inimesel kinnistada raviprotsessis omandatud oskusi ning vähendada tagasilanguse riski.

2.3.2. Sõltuvusravi järelteenuste korraldus ja toimimine

Sõltuvusravi järelteenuste korraldus Eestis on küll mitmekesine, kuid ebaühtlaselt struktureeritud. Teenuse toimimine sõltub teenusepakkuja tüübist, rahastusmudelitest ning organisatsiooni sisemisest töökorraldusest. Ühtset, standardiseeritud järelteenuste mudelit ei ilmne, vaid praktikas eksisteerivad paralleelselt erinevad lähenemised.

Teenuse ülesehitust iseloomustab eelkõige individuaalsus ja paindlikkus. Üle poole uuringus osalejatest rõhutas, et järelteenus peab lähtuma kliendi vajadustest, mistõttu varieeruvad nii teenuse kestus, intensiivsus kui ka sisu (S1, S4, S5, S7, E2). „Teenuse kestus ei ole piiratud ja see võib olla, et üks inimene vajab aastaid, aga teine ei vaja nagu pikalt, vaid talle piisab näiteks ühest kuust või ma ei tea ühest korrast“ (E2). Samuti kirjeldati, et kuigi mõnes teenuses on seatud ajalised piirangud (näiteks individuaalsete kohtumiste kestus kuni üks aasta), jääb lähenemine siiski paindlikuks ning sõltub kliendi arengust (S1).

Teenuse sisu on mitmekülgne ning hõlmab erinevaid sekkumismeetodeid. Intervjuude põhjal on keskselt komponentideks individuaalne nõustamine, grupiteraapia ning kogemusnõustamine. Psühholoogilised lähenemised, sealhulgas kognitiiv-käitumuslik teraapia, on olulisel kohal, kuid rõhutatakse ka toetava ja hinnangutevaba suhtlemise tähtsust (S1, E1, E2). „/.../ hinnangutevaba suhtumine on tegelikult see teenus, kus inimene tunneb, et teda nagu toetatakse“ (E2). Samal ajal ilmnes, et erinevad teenusepakkujad rõhutavad erinevaid lähenemisi, näiteks grupipõhist motivatsiooni või töö- ja kogukonnapõhist rehabilitatsiooni, mis viitab teenuse sisulisele varieeruvusele.

Teenusele jõudmise viisid on samuti mitmekesised ning sõltuvad suuresti teenuse iseloomust. Uuringust selgus, et osa teenustest toimib süsteemse suunamise alusel, kus kliendid jõuavad järelteenustele näiteks rehabilitatsiooniteenuselt või kriminaalhoolduse kaudu (S1, S6, E2). Samas esineb ka juhtumeid, kus teenusele jõutakse kliendi enda algatusel või lähedaste soovitusel. Erateenuste puhul on teenusele ligipääs sageli seotud teenuse nähtavusega ning kliendid leiavad teenuse näiteks interneti või tuttavate soovitude kaudu (S2, S4, S5, S7). „Number üks on siis Google, Google'i otsing, number kaks on siis Meta ja number kolm on siis läbi nende inimeste, kes on abi saanud, et

ühesõnaga siis see suust-suhu reklaam“ (S2). See viitab sellele, et teenusele ligipääs ei ole ühtselt korraldatud ning võib sõltuda juhuslikest teguritest.

Koostöö teiste teenuste ja asutustega on oluline, kuid selle toimimine on ebaühtlane. Intervjuudest ilmselgus, et koostöö toimub sageli vajaduspõhiselt ning sõltub konkreetsetest spetsialistidest ja nende omavahelistest kontaktidest. Näiteks kirjeldati, et koostöö kohalike omavalitsuste, kriminaalhoolduse või sotsiaalteenustega toimub eelkõige konkreetsete juhtumite lahendamisel, mitte süsteemse ja struktureeritud võrgustikutööna (S1, S7). Samuti toodi esile, et koostöö asutuste vahel võib olla piiratud või puudulik, mis raskendab teenuste omavahelist sidusust (S3). Teenuse korraldust mõjutab oluliselt ka rahastus, mis määrab nii teenuse mahu, piirkondliku kättesaadavuse kui ka kaasatavate spetsialistide arvu.

Kokkuvõttes näitavad uuringu tulemused, et sõltuvusravi järelteenuste korraldust Eestis iseloomustab mitmekesisus, kuid samas ka süsteemsuse puudumine. Teenuse toimimine on suuresti sõltuv konkreetse organisatsiooni praktikast, spetsialistide lähenemisest ning olemasolevatest ressurssidest. Selline olukord võimaldab küll paindlikkust ja individuaalset lähenemist, kuid toob kaasa ka ebaühtluse teenuse kättesaadavuses ja kvaliteedis.

2.3.3. Sõltuvusravi järelteenuste kasutajate vajadused ja sõltuvushäirest taastumise väljakutsed

Sõltuvusravi läbinud inimeste vajadused on mitmetasandilised ning ulatuvad psühholoogilistest ja sotsiaalsetest aspektidest kuni majanduslike ja terviseiga seotud probleemideni. Taastumisprotsess ei piirdu üksnes ainete tarvitamisest loobumisega, vaid eeldab ulatuslikke muutusi inimese igapäevaelus, suhetes ja toimetulekus.

Ühe keskse vajadusena tõid spetsialistid esile psühholoogilise toetuse. Intervjuudest selgus, et pärast ravikeskkonnast väljumist seisavad kliendid silmitsi olukorraga, kus puudub varasem struktuurne tugi ning nad peavad iseseisvalt toime tulema igapäevaelu pingete ja otsustega (S1, S3). Sellises olukorras on oluline võimalus saada tagasisidet oma mõtete, tunnete ja käitumise kohta ning õppida märkama riskitegureid, mis võivad viia tagasilanguseni. „Kui sa tuled keskusest välja siis tegelt on see, et ega ju keegi ei anna

sulle iga päev tagasisidet /.../ ja kui inimene, noh, ta on alles ebakindel, siis on oht selles, et tekibki see tagasilanguse protsess“ (S1). Ekspertid leidsid, et psühholoogiline toetamine aitab klientidel kujundada uusi toimetulekuviise ning tugevdada enesemõistmist (E2).

Lisaks psühholoogilistele vajadustele ilmnesid selgelt ka sotsiaalmajanduslikud probleemid, mis mõjutavad otseselt taastumise kulgu. Nii spetsialistide kui ka ekspertide hinnangul on sagedased väljakutsed seotud elukoha leidmise, tööturule sisenemise ning võlgadega (S1, S4, S7, E2). Taastumisprotsessi mõjutavad ka ühiskondlikud hoiakud ja stigmatiseerimine, mis võivad piirata klientide võimalusi näiteks elukoha leidmisel või tööturule sisenemisel. Näiteks kirjeldati olukordi, kus kliendid ei saa eluaset üürida varasemate maksehäirete või kriminaalse tausta tõttu, mis sunnib neid elama ajutistes või ebastabiilsetes tingimustes (S1). Sellised olukorrad suurendavad omakorda stressi ning võivad takistada püsiva muutuse saavutamist.

Olulise teemana kerkis esile ka sotsiaalsete suhete roll taastumises. Intervjuude põhjal tõdesid üle poole, et klientidel on sageli keerulised suhted lähedastega või seotus varasemate sotsiaalsete võrgustikega, mis on seotud ainete tarvitamisega (S1, S6, S7, E1, E2). Uute, toetavate suhete loomine ning vanadest, riskikäitumist soodustavatest suhetest eemaldumine on keeruline, kuid taastumise seisukohalt hädavajalik protsess. Samuti rõhutati, et konfliktid lähisuhetes võivad olla üheks peamiseks tagasilangust soodustavaks teguriks (S1).

Lisaks eeltoodule toodi välja tervisega seotud probleemid, sealhulgas kaasuvad psüühikahäired, mis muudavad taastumise keerukamaks. Mitmes intervjuus rõhutati, et just topeltdiagnoosiga klientidele on sobivate teenuste kättesaadavus piiratud, mis võib jätta nad vajalikust toest ilma (S2, E1, E2). See viitab vajadusele paremini lõimitud teenuste järele, mis arvestaksid samaaegselt nii sõltuvuse kui ka vaimse tervise probleemidega.

Taastumisprotsessi mõjutab oluliselt ka motivatsiooni ebastabiilsus. Intervjuudes kirjeldati, et klientide motivatsioon võib kiiresti muutuda ning abi vajadus on sageli ajakriitiline. Kui sobiv teenus ei ole kohe kättesaadav, võib motivatsioon kaduda, mis

omakorda vähendab tõenäosust abi otsimiseks ja kasutamiseks (S1–S3). See rõhutab vajadust paindlike ja kiiresti ligipääsetavate teenuste järele.

Kokkuvõttes näitavad intervjuud, et klientide vajadused taastumisprotsessis on kompleksed ning omavahel tihedalt seotud. Psühholoogiline tugi, sotsiaalmajanduslik toimetulek, suhted ja tervislik seisund mõjutavad üksteist ning määravad suurel määral taastumise edukuse. Seetõttu eeldab tõhus järelteenus terviklikku lähenemist, mis arvestab samaaegselt erinevate vajaduste ja riskiteguritega.

2.3.4. Sõltuvusravi järelteenuste pakkumise süsteemsed kitsaskohad ja arenguvajadused

Sõltuvusravi järelteenuste süsteemi Eestis iseloomustavad mitmed struktuursed kitsaskohad, mis piiravad teenuste kättesaadavust, sidusust ja tõhusust. Peamiste probleemidena tõid spetsialistid ja eksperdid esile rahastuse ebapiisavuse, teenuste killustatuse, ebaühtlase kättesaadavuse ning puudujäägid teenustevahelises koostöös.

Ühe keskse kitsaskohana käsitleti rahastust, mis mõjutab otseselt nii teenuste mahtu, sisu kui ka regionaalset kättesaadavust. Intervjuudest selgus, et rahaliste piirangute tõttu on teenuseid tulnud vähendada ning koondada suurematesse keskustesse, mis omakorda piirab klientide võimalusi teenust kasutada (S1, S3). Samuti tõdesid nii spetsialistid kui ka eksperdid, et rahastus mõjutab kaasatavate spetsialistide hulka ning teenuste mitmekesisust, näiteks sotsiaaltöötajate või lähedastele suunatud teenuste pakkumist (S3, S5, S6, E1, E2). Lisaks toodi probleemina esile hankepõhine rahastusmudel, mille puhul ei pruugi teenuste kvaliteet ja pikaajaline kogemus olla määravad, vaid eelistatud on madalama hinnaga pakkumised. Selline lähenemine võib vähendada teenuse järjepidevust ning soodustada teenusepakkujate vahelist konkurentsi koostöö arvelt (S7).

Teiseks oluliseks probleemiks on teenuste killustatus ning ebapiisav lõimitus. Intervjuude põhjal puudub ühtne ja koordineeritud süsteem, mis seoks erinevad teenused tervikuks. Selle tulemusena peab klient sageli pöörduma mitme erineva teenuseosutaja poole, ilma et oleks tagatud teenuste omavaheline sidusust. Samuti kirjeldati, et erinevad valdkonnad võivad toimida paralleelselt, kuid mitte koostöös, mis vähendab pakutava toe efektiivsust (S1, S3, S7, E2).

Sellega seonduvalt töid spetsialistid ja eksperdid esile ka koostööprobleemid erinevate asutuste vahel. Koostöö on sageli juhtumipõhine ning sõltub konkreetsetest spetsialistidest, mitte süsteemselt toimivast võrgustikust. Lisaks viidati sellele, et erinevate valdkondade spetsialistidel ei pruugi olla piisavat arusaamist sõltuvushäirete olemusest, mis raskendab ühtse ja järjepideva toe pakkumist. Samuti on vastutus erinevate osapoolte vahel hajunud, mis võib põhjustada olukordi, kus klient jääb süsteemi vaates „vahepeale“ (S1–S3, E1).

.../ et me ei võistleks kuidagi üksteisega, vaid et noh, teeksime nagu päriselt ühesuunalist tööd ja teeksime päriselt koostööd. Siin on kindlasti arenguruumi, et me ei oleks kuidagi killustatud, et me ei solgutataks neid inimesi ühest uksest teiseni. Et me küll räägime, et meil on ühe ukse poliitika, aga tegelikult meil on ikka kümme ust, kus on vaja käia enne kui sa üldse kuskile löögile saad. (S3)

Olulise kitsaskohana ilmnes ka teenuste kättesaadavuse ebahühtlus. Teenused on koondunud peamiselt suurematesse linnadesse ning maapiirkondades elavatel klientidel on keerulisem teenusteni jõuda. Lisaks mõjutavad ligipääsu ka majanduslikud tegurid, nagu transpordikulud või tasuliste teenuste olemasolu. Intervjuudes toodi välja, et ka teenustele ligipääsu kiirus on probleemiks – abi ei pruugi olla kättesaadav hetkel, mil kliendil on motivatsioon muutuseks, mis võib viia abi otsimise katkestamiseni (S1, E2).

Lisaks kitsaskohtadele töid spetsialistid esile mitmeid arenguvajadusi, mis aitaksid süsteemi tõhustada. Ühe oluliseima suunana nimetati vajadust süsteemsema ja paremini lõimitud teenusmudeli järele, kus erinevad teenused oleksid omavahel seotud ning klient saaks terviklikku tuge ühest koordineeritud süsteemist (S1, S3). Samuti rõhutati vajadust parandada teenuste kättesaadavust, sealhulgas luua võimalusi kiireks sekkumiseks olukordades, kus kliendi motivatsioon abi saamiseks on kõrge (S1). Arenguvajadusena toodi esile ka teenuste mitmekesisuse suurendamine. Spetsialistide ja ekspertide hinnangul peaks süsteem pakkuma erinevaid sekkumisvõimalusi, sealhulgas ambulatoorseid teenuseid, kogukonnapõhiseid lähenemisi ning tööpõhist rehabilitatsiooni, mis toetaksid klientide erinevaid vajadusi ja taastumisteekondi (S1, E2). Samuti peeti oluliseks teadlikkuse tõstmist sõltuvushäirete olemusest nii spetsialistide kui ka laiemalt ühiskonna seas (S5, S6).

Kokkuvõttes viitavad intervjuude tulemused sellele, et sõltuvusravi järelteenuste süsteem Eestis vajab suuremat sidusust, stabiilsemat rahastust ning paremat kättesaadavust. Süsteemi arendamisel on oluline liikuda killustunud ja ebaühtlaselt toimivalt korralduselt terviklikuma ja koordineerituma lähenemise suunas, mis võimaldaks pakkuda klientidele järjepidevat ja vajaduspõhist tuge kogu taastumisprotsessi vältel.

2.4. Arutelu, järeldused ja ettepanekud

Uuringu tulemusi võrreldi teoreetilistes käsitlustes esitatud seisukohtadega, et tuua välja nendevahelised ühisosad ja erinevused ning sõnastada järeldused ja ettepanekud järelteenuste arendamiseks. Teoreetilistes käsitlustes rõhutatakse, et sõltuvushäire ravi ei piirdu üksnes akuutse sekkumisega, vaid eeldab jätkuvat ja järjepidevat toetust ka pärast esmase ravi lõppu. Seda käsitletakse jätkuravina (ingl *continuing care*), mille eesmärk on säilitada raviprotsessis saavutatud muutusi ning ennetada tagasilangust (Tracy & Wallace, 2016, lk 149; McKay, 2021, lk 2). Samuti on leitud, et taastumine ei tähenda üksnes ainete tarvitamisest loobumist, vaid hõlmab ka muutusi inimese igapäevaelus, toimetulekus ja sotsiaalsetes suhetes (Bunaciu *et al.*, 2024, lk 225). Uuringu tulemused kinnitavad eeltoodud käsitlusi, näidates, et järelteenustel on keskne roll tagasilanguse ennetamisel ning psühholoogilise ja sotsiaalse toimetuleku toetamisel. Spetsialistid ja eksperdid rõhutasid, et järelteenus ei ole pelgalt raviprotsessi jätk, vaid eraldiseisev etapp, mis aitab inimesel kohaneda igapäevaeluga väljaspool ravikeskkonda. Seega võib järeldada, et järelteenus toimib olulise mehhanismina, mis toetab taastumise püsimist ning vähendab tagasilanguse riski.

Sõltuvushäireid käsitletakse teaduskirjanduses biopsühhosotsiaalse probleemina, mille kujunemist mõjutavad bioloogilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed tegurid (Zengin Yazıcı & Tanrıverdi, 2025, lk 4). Samuti rõhutatakse ökoloogilise süsteemiteooria raames, et inimese toimetulek kujuneb erinevate tasandite vastastikmõjus, hõlmates nii individuaalseid kui ka keskkondlikke tegureid (Bronfenbrenner, 1979, lk 13; Payne, 2021, lk 225). Taastumiskapitali (ingl *recovery capital*) kontseptsiooni kohaselt sõltub taastumise edukus nii inimese sisemistest ressurssidest kui ka välistest võimalustest, nagu sotsiaalne toetus, elukoht ja töö (Best & Hennessy, 2022, lk 1141). Uuringu tulemused näitasid, et sõltuvusravi läbinud klientide vajadused on mitmetahulised ning ulatuvad

psühholoogilistest raskustest kuni sotsiaalmajanduslike probleemideni. Spetsialistide ja ekspertide hinnangul vajavad kliendid jätkuvat psühholoogilist tuge, kuid samal ajal mõjutavad taastumist oluliselt ka elukoha puudumine, töötus, võlad ning keerulised suhted lähedastega. Samuti ilmnes, et kaasuvad vaimse tervise probleemid ning motivatsiooni ebastabiilsus muudavad taastumise keerukamaks. Need tulemused on kooskõlas varasemate uuringutega, mille kohaselt on sõltuvushäiretega inimeste vajadused kompleksed ning eeldavad terviklikku ja mitmetasandilist lähenemist (Lõhmus *et al.*, 2025, lk 43–44; Reilly *et al.*, 2024, lk 30). Saadud tulemusi on võimalik tõlgendada ka ökoloogilise süsteemiteooria kaudu, mille kohaselt kujuneb inimese toimetulek erinevate tasandite – individuaalse, suhete, institutsionaalse ja ühiskondliku tasandi – koosmõjus (Bronfenbrenner, 1979, lk 7–8; Payne, 2021, lk 226). Seega võib järeldada, et tõhus järelteenus peab arvestama samaaegselt nii psühholoogiliste, sotsiaalsete kui ka majanduslike teguritega.

Teoreetilistes käsitlustes rõhutatakse, et sõltuvusravi teenused peaksid moodustama omavahel seotud ja järjepideva süsteemi, mida kirjeldatakse teenuste järjepidevuse põhimõttena (ingl *continuum of care*) (McKay, 2021, lk 2). Samuti on leitud, et erinevate valdkondade koostöö ning teenuste integreeritus on taastumise toetamisel keskse tähtsusega (Reilly *et al.*, 2024, lk 30; Garneau *et al.*, 2022, lk 281). Uuringu tulemused ei kinnitanud, et Eestis toimiks järelteenuste osutamine ühtse ja süsteemse mudeli alusel. Vastupidi, ilmnes, et teenuse korraldust iseloomustab küll mitmekesisus ja paindlikkus, kuid samas ka selge sidususe puudumine. Teenuse sisu, kestus ja lähenemised varieeruvad ning teenusele ligipääs sõltub sageli juhuslikest teguritest, nagu kliendi teadlikkus või isiklikud kontaktid. Samuti ilmnes, et teenustevaheline koostöö on pigem juhuslik ning sõltub konkreetsetest spetsialistidest, mitte süsteemselt toimivast võrgustikust. Sellised tulemused viitavad, et teenuste järjepidevuse põhimõtte ei ole praktikas täielikult rakendunud.

Varasemad uuringud on toonud esile, et teenuste killustatus ja ebapiisav koordineeritus võivad vähendada ravi järjepidevust ning takistada klientide jõudmist vajalike teenusteni (Kelly *et al.*, 2020, lk 15; Anthony *et al.*, 2021, lk 3; Sinclair *et al.*, 2024, lk 8). Käesoleva uuringu tulemused kinnitasid neid seisukohti, tuues esile mitmeid süsteemseid

kitsaskohti, sealhulgas rahastuse piiratuse, teenuste ebaühtlase kättesaadavuse ning puudujäägid teenustevahelises koostöös. Samuti ilmnes, et vastutus erinevate osapoolte vahel on hajunud, mis võib viia olukorrani, kus klient jääb süsteemi vaates „vahepeale“. Lisaks viitavad tulemused, et teenuste kättesaadavus ei ole ajakriitilistes olukordades piisavalt tagatud, mis võib vähendada motivatsiooni abi otsimiseks. Need leiud on kooskõlas teoreetiliste käsitlustega, mille kohaselt peaksid teenused olema paindlikud, kättesaadavad ning vajaduspõhised (Stanojlovic & Davidson, 2021, lk 5; Tamm *et al.*, 2016, lk 129).

Käesoleva uuringu tulemused võimaldasid vastata püstitatud uurimisküsimustele. Kuigi uuringus eristati spetsialiste ja eksperte, ei ilmnenud nende hinnangutes sisulisi erinevusi. Mõlema rühma seisukohad olid valdavalt kattuvad, rõhutades sarnaseid teemasid, kitsaskohti ja arenguvajadusi. See viitab sellele, et sõltumata rollist või kogemustasemest jagatakse valdkonnas ühtset arusaama sõltuvusravi järeleteenuse olulisusest ning selle toimimise peamistest probleemidest.

Esimesele uurimisküsimusele, mis käsitles sõltuvusravi järeleteenuse korraldust Eestis, näitasid tulemused, et järeleteenused on küll mitmekesised ja paindlikud, kuid nende korraldus on ebaühtlane ning süsteemselt koordineerimata. Teise uurimisküsimuse, mis käsitles süsteemsema järeleteenuse tagamise võimalusi, analüüs näitas vajadust parandada teenustevahelist koostööd, suurendada kättesaadavust ning arendada terviklikumat ja paremini koordineeritud teenusmodelit. Seega võib järeldada, et kuigi järeleteenusel on oluline roll taastumises, vajab selle korraldus Eestis edasist süsteemset arendamist.

Eeltoodud järeldustest lähtudes esitatakse järgnevalt SMART kriteeriumitele vastavad ettepanekud sõltuvusravi järeleteenuste süsteemsemaks arendamiseks Eestis. Ettepanekud vastavad SMART kriteeriumitele, kui need on konkreetsed (ingl *specific*), mõõdetavad (ingl *measurable*), saavutatavad (ingl *achievable*), asjakohased (ingl *relevant*) ning ajaliselt piiritletud (ingl *time-bound*) (Ayoub, 2017, lk 2). Ettepanekud põhinevad uuringus esile kerkinud probleemkohtadel ning nende ajaraamid on hinnangulised, lähtudes tegevuste võimalikust rakendatavusest organisatsiooni tasandil. Lühemad tähtajad on seotud organisatsioonisiseste muudatustega, pikemad tähtajad tegevustega, mis eeldavad koostööpartnerite kaasamist.

Ettepanekud uuringus osalenud sõltuvusravi järelteenuseid pakkuvate asutuste juhtkondadele:

- Korraldada kuue kuu jooksul vähemalt üks piirkondlik koostöökohtumine teiste järelteenuseid pakkuvate asutustega, et parandada infovahetust klientide suunamise võimaluste ja teenuste kättesaadavuse kohta.
- Hinnata kolme kuu jooksul võimalusi veebinõustamise kasutamiseks olemasolevate teenuste osana, et parandada teenuse kättesaadavust klientidele, kellel on raskusi kohapeal osalemisega.
- Kaardistada kuue kuu jooksul koostöövõimalused kohalike kogukondade, vabatahtlike või kogemusnõustajatega taastumist toetavate tegevuste pakkumiseks.

Ettepanekute praktilise rakendatavuse toetamiseks edastatakse need adressaatidele pärast lõputöö kaitsmist e-kirja teel, lisades juurde lühikese kokkuvõtte uuringu eesmärgist, peamistest tulemustest ning esitatud soovitustest. Selline lähenemine võimaldab adressaatidel tutvuda töö järeldustega ning kaaluda ettepanekute rakendamise võimalusi oma organisatsiooni või valdkonna arendamisel.

Käesoleva uuringu piiranguks võib pidada väikest ja eesmärgipäraselt moodustatud valimit, mistõttu ei ole võimalik tulemusi üldistada kõikidele sõltuvusravi järelteenuseid pakkuvatele asutustele Eestis. Samuti keskendus uuring peamiselt spetsialistide ja ekspertide vaatenurkadele ega hõlmanud järelteenuseid kasutavate inimeste kogemusi. Sellest hoolimata võimaldas uuring saada sisulise ülevaate sõltuvusravi järelteenuse korralduse peamistest kitsaskohtadest ja arendusvajadustest.

KOKKUVÕTE

Sõltuvusravist taastumine on pikaajaline protsess, mille õnnestumine sõltub lisaks ravile ka järjepidevast järeltoest. Taastumist toetavate teenuste eesmärk on aidata inimesel toime tulla igapäevaelu väljakutsetega ning vähendada tagasilanguse riski. Eestis on järelteenuste korraldus ja kättesaadavus erinev ning teenuste toimimises esineb süsteemseid kitsaskohti. Sellest tulenevalt keskendus käesolev lõputöö sõltuvusravi järelteenuste korralduse uurimisele ning võimalikele arendusvajadustele Eestis.

Teoreetilises osas käsitleti sõltuvushäireid biopsühhosotsiaalse probleemina ning rõhutati taastumisprotsessi mitmetahulisust. Samuti toodi esile jätkuravi olulisus, mille kohaselt ei piirdu ravi üksnes akuutse sekkumisega, vaid eeldab järjepidevat toetust pärast esmase ravi lõppu. Lisaks käsitleti taastumiskapitali kontseptsiooni, mille kohaselt sõltub taastumise edukus nii inimese sisemistest ressurssidest kui ka keskkondlikest teguritest. Samuti rõhutati teenuste integreerituse ja koostöö olulisust, et tagada järjepidev tugi taastumisprotsessi vältel.

Empiirilises osas viidi läbi kvalitatiivne uuring, mille käigus intervjueriti poolstruktureeritud individuaalintervjuude vormis seitset sõltuvusravi järelteenuseid pakkuvate asutuste spetsialisti ning kahte valdkonna eksperti. Intervjuude eesmärk oli uurida järelteenuste korraldust, peamisi kitsaskohti ja arendusvõimalusi Eestis. Kogutud andmeid analüüsiti temaatilise sisuanalüüsi meetodil, mis võimaldas tuvastada korduvaid teemasid ja mustreid osalejate kogemustes ning hinnangutes.

Uuringu tulemused näitasid, et Eestis pakutavad sõltuvusravi järelteenused on küll mitmekesised ja paindlikud, kuid nende korraldus on ebaühtlane ning süsteemselt koordineerimata. Teenuste sisu ja kättesaadavus varieeruvad ning klientide vajadused hõlmavad lisaks psühholoogilisele toele ka sotsiaalseid ja majanduslikke probleeme.

Samuti ilmnes, et teenustevaheline koostöö sõltub sageli individuaalsetest kontaktidest ning puudub ühtne arusaam järelteenuse süsteemsest korraldusest.

Uuringu põhjal võib järeldada, et Eesti sõltuvusravi järelteenuse peamiseks probleemideks on teenuste killustatus, ebaühtlane kättesaadavus ning puudujäägid teenustevahelises koostöös. Süsteemi toimimist mõjutavad ka rahastuse piiratus ja vastutuse hajumine erinevate osapoolte vahel, mis võivad takistada järjepideva toe pakkumist ning suurendada tagasilanguse riski. Tulemuste põhjal rõhutati vajadust parandada teenustevahelist koostööd, suurendada teenuste kättesaadavust ning arendada terviklikumat teenusmudelit. Oluliseks peeti ka paindlike ja vajaduspõhiste teenuste arendamist, mis arvestaksid klientide erinevate taastumisvajadustega. Tulemustest lähtudes esitati ettepanekud järelteenuste süsteemsemaks arendamiseks, mis on suunatud järelteenuseid pakkuvate asutuste juhtkondadele.

Kokkuvõttes on sõltuvusravi järelteenusel oluline roll taastumisprotsessi toetamisel, kuid selle tõhus toimimine eeldab süsteemsemat ja paremini koordineeritud lähenemist. Käesoleva töö tulemused ja ettepanekud annavad sisendi järelteenuste arendamiseks Eestis ning võivad olla kasulikud nii teenuseosutajatele kui ka valdkonna poliitikakujundajatele.

Käesoleva töö tulemused loovad aluse edasisteks uuringuteks Eesti sõltuvusravi järelteenuste arendamise ja toimimise valdkonnas. Tulevased uuringud võiksid käsitleda sõltuvusravi järelteenuseid klientide vaatenurgast, et paremini mõista nende kogemusi, vajadusi ning hinnanguid teenuste kättesaadavusele ja tõhususele. Samuti oleks oluline analüüsida erinevate järelteenuse mudelite pikaajalist mõju taastumisprotsessile ja tagasilanguse ennetamisele ning uurida teenustevahelise koostöö praktilist toimimist. Lisaks võiks tähelepanu pöörata piirkondlikele erinevustele teenuste kättesaadavuses ning võimalustele tervishoiu-, sotsiaal- ja kogukonnapõhiste teenuste paremaks lõimimiseks, et toetada taastumise järjepidevust ja vähendada teenuste killustatust. Edasised uuringud võiksid aidata kaasa tõenduspõhisemate järelteenuse mudelite kujundamisele Eestis.

VIIDATUD ALLIKAD

- Ahmed, S. K. (2025). Sample size for saturation in qualitative research: Debates, definitions, and strategies. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 5, Article 100171. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100171>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., Text Revision). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anthony, S., Catterson, R., & Campanella, S. (2021). *In their own words: How fragmented care harms people with both mental illness and substance use disorder*. California Health Care Foundation. <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2021/08/InTheirOwnWordsFragmentedCareMentalIllnessSUD.pdf>
- Ashford, R., Brown, A., Brown, T., Callis, J., Cleveland, H. H., Eisenhart, E., Groover, H., Hayes, N., Johnston, T., Kimball, T., Manteuffel, B., McDaniel, J., Montgomery, L., Phillips, S., Polacek, M., Statman, M., & Whitney, J. (2019). Defining and operationalizing the phenomena of recovery: A working definition from the Recovery Science Research Collaborative. *Addiction Research & Theory*, 27(3), 179–188. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1515352>
- Ayoub, R. (2017). *SMART objectives: A strategic approach to achieving business success*. https://www.researchgate.net/publication/387976768_SMART_Objectives_A_Strategic_Approach_to_Achieving_Business_Success
- Beaulieu, M., Tremblay, J., Baudry, C., Pearson, J., & Bertrand, K. (2021). A systematic review and meta-analysis of the efficacy of the long-term treatment and support of substance use disorders. *Social Science & Medicine*, 285, Article 114289. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114289>
- Best, D., & Hennessy, E. A. (2022). The science of recovery capital: Where do we go from here? *Addiction*, 117(4), 1139–1145. <https://doi.org/10.1111/add.15732>

- Bhullar, A., & Gupta, S. (2023). Effects of self-efficacy on addiction recovery and relapse in substance users. *Indian Journal of Clinical Psychology*, *50*(2), 71–77.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bunaciu, A., Bliuc, A.-M., Best, D., Hennessy, E. A., Belanger, M. J., & Benwell, C. S. Y. (2024). Measuring recovery capital for people recovering from alcohol and drug addiction: A systematic review. *Addiction Research & Theory*, *32*(3), 225–236. <https://doi.org/10.1080/16066359.2023.2245323>
- Cheng, L. (2024). Global Perspectives on Effective Addiction Treatment Models. *Journal of Addiction Research & Therapy*, *15*(11), Article 715. <https://www.omicsonline.org/open-access/global-perspectives-on-effective-addiction-treatment-models-134327.html>
- Day, E., Pechey, L. C., Roscoe, S., & Kelly, J. F. (2025). Recovery support services as part of the continuum of care for alcohol or drug use disorders. *Addiction*, *120*(8), 1497–1520. <https://doi.org/10.1111/add.16751>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). *European Drug Report 2023: Trends and Developments*. Publications Office of the European Union. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en
- Garneau, H. C., Assefa, M. T., Jo, B., Ford, J. H., Saldana, L., & McGovern, M. P. (2022). Sustainment of integrated care in addiction treatment settings: Primary outcomes from a cluster randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, *73*(3), 280–286. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000293>
- Guest, G., Namey, E., & Chen, M. (2020). A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PLoS ONE*, *15*(5), Article e0232076. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232076>
- Guest, G., Namey, E., Taylor, J., Eley, N., & McKenna, K. (2017). Comparing focus groups and individual interviews: findings from a randomized study. *International Journal of Social Research Methodology*, *20*(6), 693–708. <https://doi.org/10.1080/13645579.2017.1281601>

- Hamilton, A. B., & Finley, E. P. (2019). Qualitative methods in implementation research: An introduction. *Psychiatry Research*, 280, Article 112516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112516>
- HM Government. (2021). *From harm to hope: A 10-year drugs plan to cut crime and save lives*. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/629078bad3bf7f036fc492d1/From_harm_to_hope_PDF.pdf
- Horn, K., Flinn, R. E., Hagaman, A. M., Zajac, K., Hoffman, L. A., Poulsen, M. N., Cioffi, C. C., Jean-Berluce, D., Spana, E., Hibbard, P. F., Drazdowski, T. K., & Hogue, A. (2025). Systematizing peer recovery support services for substance use disorder: A taxonomy for measuring recovery milestones. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1529078. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1529078>
- Høyland, S. A., Schuchert, A., & Mamen, A. (2022). A holistic perspective on continuing care for substance use and dependence: Results and implications from an in-depth study of a Norwegian continuing care establishment. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 39(5), 503–520. <https://doi.org/10.1177/14550725221099702>
- Isikundmete kaitse seadus. (2018). *Riigi Teataja I*, 04.01.2019, 11; *Riigi Teataja I*, 06.03.2026, 10. <https://www.riigiteataja.ee/akt/106032026010>
- Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Kanehara, A., Umeda, M., Kawakami, N., & World Mental Health Japan Survey Group. (2015). Barriers to mental health care in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69(9), 523–533. <https://doi.org/10.1111/pcn.12267>
- Kelly, J. F., & Hoepfner, B. (2015). A biaxial formulation of the recovery construct. *Addiction Research & Theory*, 23(1), 5–9. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.930132>
- Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), Article CD012880. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012880.pub2>

- Kohalolupuudutus. (s. a.-a). *Avaleht*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil <https://kohalolupuudutus.eu/#>
- Kohalolupuudutus. (s. a.-b). *Hinnakiri*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil <https://kohalolupuudutus.eu/#hinnad>
- Libertas Keskus. (s. a.-a). *Kaassõltuvusest vabaks Tallinnas*. Loetud 02. aprill 2026 aadressil <https://libertas.ee/teenused/kaassoltuvusest-vabaks-tallinnas/>
- Libertas Keskus. (s. a.-b). *Keskus*. Loetud 04. aprill 2026 aadressil <https://libertas.ee/keskus/>
- Libertas Keskus. (s. a.-c). *Minnesota programm*. Loetud 02. aprill 2026 aadressil <https://libertas.ee/minnesota-programm/>
- Lõhmus, L., Purre, M., Tarto, L., Kalda, L., Uudelt, L., Pedjasaar M., & Haan, E. (2025). *Uimasteid tarvitavatele inimestele suunatud teenuste toimimise ja teenustevahelise koostöö korraldus Eestis ja välisriikides*. Tervise Arengu Instituut. <https://www.tai.ee/et/valjaanded/uimasteid-tarvitavatele-inimestele-suunatud-teenuste-toimimise-ja-teenustevahelise>
- Lüscher, C., Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (2020). The transition to compulsion in addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 21(5), 247–263. <https://doi.org/10.1038/s41583-020-0289-z>
- MacKillop, J., & Ray, L. A. (2018). The etiology of addiction: A contemporary biopsychosocial approach. In J. MacKillop, G. A. Kenna, & L. Leggio (Eds.), *Integrating psychological and pharmacological treatments for addictive disorders: An evidence-based guide* (pp. 32–53). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315683331-2>
- McKay, J. R. (2021). Impact of continuing care on recovery from substance use disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*, 41(1), Article 01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.01>
- Miller, D., Miller, M., Blum, K., Badgaiyan, R. D., & Febo, M. (2015). Addiction treatment in America: After money or aftercare. *Journal of Reward Deficiency Syndrome*, 1(3), 87–94. <https://doi.org/10.17756/jrds.2015-015>
- Moury, C., & Escada, M. (2023). Understanding successful policy innovation: The case of Portuguese drug policy. *Addiction*, 118(5), 967–978. <https://doi.org/10.1111/add.16099>

- Naobes, A. (2016). *An exploratory study into the nature of aftercare services for recovering substance abusers* [Master's thesis, University of Namibia]. *UNAM Gā-aisib Repository*. <http://hdl.handle.net/11070/1669>
- Neuendorf, K. A. (2019). Content analysis and thematic analysis. In P. Brough (Ed.), *Advanced research methods for applied psychology: Design, analysis and reporting* (pp. 211–223). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315517971-21>
- Office for Health Improvement and Disparities. (2025, May 16). *Part 1: introducing recovery, peer support and lived experience initiatives*. <https://www.gov.uk/government/publications/recovery-support-services-and-lived-experience-initiatives/part-1-introducing-recovery-peer-support-and-lived-experience-initiatives>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42*(5), 533–544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Payne, M. (2021). *Modern social work theory* (5th ed.). Red Globe Press.
- Purre, M., Lõhmus, L., Pedjasaar, M., Kalda, L., & Siimon, M. (2023). *Teiste riikide praktikate kaardistus ja analüüs komorbiidselt esinevate häiretega isikutele toe pakkumiseks Eestis*. HAAP Consulting. <https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2024-01/Teiste%20riikide%20praktikate%20kaardistus%20ja%20anal%C3%BC%C3%BCs%20komorbiidselt%20esinevate%20h%C3%A4iretega%20isikutele%20toe.pdf>
- Ramadas, E., de Lima, M. P., Caetano, T., Lopes, J., & Dixe, M. D. A. C. R. (2023). Effectiveness of smartphone interventions as continuing care for substance use disorders: A systematic review. *Acta Psychologica, 235*, Article 103898. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.103898>
- Rêgo, X., Oliveira, M. J., Lameira, C., & Cruz, O. S. (2021). 20 years of Portuguese drug policy: Developments, challenges and the quest for human rights. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 16*, Article 59. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00394-7>

- Reilly, S., Hobson-Merrett, C., Gibbons, B., Jones, B., Richards, D., Plappert, H., Gibson, J., Green, M., Gask, L., Huxley, P. J., Druss, B. G., & Planner, C. L. (2024). Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), Article CD009531. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009531.pub3>
- SA Viljandi Haigla. (s. a.-a). *Ambulatoorne rehabilitatsiooniteenus*. Loetud 02. aprill 2026 aadressil <https://narkokeskus.ee/ambulatoornerehabilitatsioon/>
- SA Viljandi Haigla. (s. a.-b). *Eesmärk*. Loetud 04. aprill 2026 aadressil <https://narkokeskus.ee/eesmark/>
- SA Viljandi Haigla. (s. a.-c). *Kahjude vähendamine*. Loetud 02. aprill 2026 aadressil <https://narkokeskus.ee/kahjudevahendamine/>
- SA Viljandi Haigla. (s. a.-d). *Statsionaarne rehabilitatsiooniteenus*. Loetud 02. aprill 2026 aadressil <https://narkokeskus.ee/statsionaarnerehabilitatsiooniteenus/>
- SA Viljandi Haigla. (s. a.-e). *SÜTIK programm*. Loetud 02. aprill 2026 aadressil <https://narkokeskus.ee/sytik/>
- SA Viljandi Haigla. (s. a.-f). *Üldinfo*. Loetud 04. aprill 2026 aadressil <https://narkokeskus.ee/uldinfo/>
- SA Viljandi Haigla. (s. a.-g). *Võõrutusravi*. Loetud 02. aprill 2026 aadressil <https://narkokeskus.ee/voorutusravi/>
- Sari, A. P., Wahyuni, C. U., & Wibowo, A. (2018). Social support and substance abuse relapse. *Health Notions*, 2(1), 65–69. <http://heanoti.com/index.php/hn/article/view/hn20112>
- Saunders, M. N. K., Lewis, P., & Thornhill, A. (2019). *Research methods for business students* (8th ed.). Pearson Education.
- Sinclair, D. L., Chantry, M., De Ruyscher, C., Magerman, J., Nicaise, P., & Vanderplasschen, W. (2024). Recovery-supportive interventions for people with substance use disorders: a scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1352818. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1352818>
- Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). *Riigi Teataja I*, 30.12.2015, 5; *Riigi Teataja I*, 30.12.2025, 29. <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122025029>
- Stanojlovic, M., & Davidson, L. (2021). Targeting the barriers in the substance use disorder continuum of care with peer recovery support. *Substance Abuse: Research*

- and Treatment*, 15, Article 1178221820976988.
<https://doi.org/10.1177/1178221820976988>
- Tamm, G., Talu, A., Markina, A., Villenthal, A., Espenberg, S., Tourunen, J., & Varblane, U. (2016). *Narkosõltlastest õigusrikkujate sõltuvusravi ja rehabilitatsioon Eestis*. Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus.
https://skytte.ut.ee/sites/default/files/2022-08/narkosoltlastest_oigusrikkujad_l6pparuanne.pdf
- Tenny, S., Brannan, J. M., & Brannan, G. D. (2022, September 18). Qualitative study. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>
- Tervise Arengu Instituut. (s. a.-a). *Instituudist*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil
<https://www.tai.ee/et/instituudist/instituudist>
- Tervise Arengu Instituut. (s. a.-b). *Kontakt*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil
<https://www.tai.ee/et/instituudist/kontakt>
- Tervise Arengu Instituut. (s. a.-c). *TAI valdkonnad ja valdkondade juhid*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil <https://www.tai.ee/et/instituudist/instituudist/tai-valdkonnad-ja-valdkondade-juhid>
- Tervise Arengu Instituut. (2024). *Narkootikumide tarvitamise olukord Eestis 2023*.
<https://tai.ee/et/valjaanded/narkootikumide-tarvitamise-olukord-eestis-2023>
- Tervise Arengu Instituut. (2025a). *Narkootikumide tarvitamise olukord Eestis 2024. Kokkuvõte*. <https://tai.ee/et/valjaanded/narkootikumide-tarvitamise-olukord-eestis-2024-kokkuvote>
- Tervise Arengu Instituut. (2025b). *Rahvastiku tervise aastaraamat 2025: Eesti rahvastiku tervis ja selle mõjurid. Fookusteema: vähitõrje*. Tervise Arengu Instituut.
<https://www.tai.ee/et/valjaanded/rahvastiku-tervise-aastaraamat-2025>
- Tervisekeskus Elulootus. (s. a.-a). *Hinnakiri*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil
<https://tervisekeskuselulootus.ee/>
- Tervisekeskus Elulootus. (s. a.-b). *Tervishoiuteenused*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil
<https://tervisekeskuselulootus.ee/>
- Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. (2001). *Riigi Teataja I*, 50, 284; *Riigi Teataja I*, 31.12.2025, 26. <https://www.riigiteataja.ee/akt/TTKS>

- Tracy, K., & Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7, 143–154. <https://doi.org/10.2147/sar.s81535>
- Töömaja. (s. a.-a). *Elukoht*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil <https://toomaja.ee/elukoht/>
- Töömaja. (s. a.-b). *Missioon ja visioon*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil <https://toomaja.ee/missioon-ja-visioon/>
- Töömaja. (s. a.-c). *TÖÖ/ oskused*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil <https://toomaja.ee/tooskused/>
- Töömaja. (s. a.-d). *Õppimine ja mentorlus*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil <https://toomaja.ee/oppimine/>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *World Drug Report 2021: Booklet 2 – Global overview of drug demand and supply*. United Nations. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021_booklet-2.html
- Volkow, N. D., & Boyle, M. (2018). Neuroscience of addiction: Relevance to prevention and treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 175(8), 729–740. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101174>
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *The New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371. <https://doi.org/10.1056/nejmra1511480>
- Wakim, R. (2025, December 2). *Minnesota Model: Definition, Usages, How It Works, Effectiveness and Controversy*. White Light Behavioral Health. <https://whitelightbh.com/resources/drug-addiction/minnesota-model>
- World Health Organization. (2019). *Addiction*. https://applications.emro.who.int/docs/EMRPUB_leaflet_2019_mnh_213_en.pdf
- Äriregister. (s. a.-a). *Kohalolupuudutus OÜ (16841026)*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil <https://ariregister.rik.ee/est/company/16841026/Kohalolupuudutus-OÜ>
- Äriregister. (s. a.-b). *MTÜ Libertas Kliinik (80408005)*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil <https://ariregister.rik.ee/est/company/80408005/MTÜ-Libertas-Kliinik>
- Äriregister. (s. a.-c). *MTÜ Töömaja (80568039)*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil <https://ariregister.rik.ee/est/company/80568039/MTÜ-Töömaja>

Äriregister. (s. a.-d). *Osäühing Tervisekeskus Elulootus (10820282)*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil <https://ariregister.rik.ee/est/company/10820282/Osäühing-TERVISEKESKUS-ELULOOTUS>

Äriregister. (s. a.-e). *Sihtasutus Viljandi Haigla (90004585)*. Loetud 18. aprill 2026 aadressil <https://ariregister.rik.ee/est/company/90004585/Sihtasutus-Viljandi-Haigla>

Zengin Yazıcı, G., & Tanrıverdi, M. (2025). A comprehensive review of addiction: historical development, neurobiological foundations, diagnostic criteria, and organizations responsible for combating addiction. *Bezmialem Science*. Advance online publication. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2025.80557>

Lisa 1. Intervjuuküsimused järelteenuseid pakkuvate asutuste spetsialistidele ja valdkonna ekspertidele

Teemaplokk	Küsimus	Allikas
Taust	Millisel ametikohal Te töötate ning milline on Teie roll sõltuvusravi järelteenuste pakkumisel?	
Järelteenuste iseloom ja korraldus	Milliseid järelteenuseid Teie organisatsioon pakub sõltuvusravi läbinud inimestele?	Tracy & Wallace, 2016, lk 144; Purre <i>et al.</i> , 2023, lk 24–25
	Kuidas jõuavad kliendid Teie teenuseni?	Stanojlovic & Davidson, 2021, lk 5; Tamm <i>et al.</i> , 2016, lk 129
	Milline on järelteenuse sisu ja kui kaua see tavaliselt kestab?	Ashford <i>et al.</i> , 2019, lk 180; McKay, 2021, lk 2; Bhullar & Gupta, 2023, lk 71
Koostöö ja teenuste sidusus	Kes on järelteenuse pakkumisse kaasatud (nt spetsialistid, koostööpartnerid)?	Reilly <i>et al.</i> , 2024, lk 30; Garneau <i>et al.</i> , 2022, lk 281;
	Kuidas toimib koostöö teiste teenusepakkujatega (nt tervishoid, sotsiaalteenused)?	Lõhmus <i>et al.</i> , 2025, lk 108
Klientide vajadused ja väljakutsed	Millised on Teie kogemuse põhjal klientide peamised vajadused pärast ravi lõppu?	Kelly & Hoepfner, 2015, lk 7; Best & Hennessy, 2022, lk 1141
	Milliste raskustega kliendid kõige sagedamini kokku puutuvad?	Beaulieu <i>et al.</i> , 2021; lk 1; Bhullar & Gupta, 2023, lk 71
	Millised lähenemised või teenused toetavad taastumist Teie hinnangul kõige paremini?	McKay, 2021, lk 2; Ramadas <i>et al.</i> , 2023, lk 9; Tracy & Wallace, 2016, lk 149
Probleemid ja takistused süsteemis	Millised on peamised takistused või probleemid järelteenuste pakkumisel Eestis?	Lõhmus <i>et al.</i> , 2025, lk 129–130 Tervise Arengu Instituut, 2025b, lk 38
Arendusvajadused ja tulevikusuunad	Milliseid muutusi oleks vaja, et järelteenused Eestis paremini toimiksid?	Tamm <i>et al.</i> , 2016, lk 129; Lõhmus <i>et al.</i> , 2025, lk 130–131
Täiendavad tähelepanekud	Kas soovite lisada veel midagi olulist, mida me ei käsitlenud?	

Lisa 2. Intervjuude vastuste kategooriad ja koodipuu

Kategooria	Alamkategooriad	Koodid
Sõltuvusravi järelteenuse roll taastumises	Taastumise toetamine	Tagasilanguse ennetamine Kainuse säilitamine
	Psühholoogiline ja sotsiaalne tugi	Emotsionaalne tugi Enesemõistmine Toimetulekuoskused
	Igapäevaelu taastamine	Rutiin Tööharjumus Sotsiaalne kohanemine
Teenuse korraldus ja toimimine	Teenuse ülesehitus	Individaalsus Paindlikkus Mitmekülgsed sekkumised
	Erinevad teenusemudelid	Programmpõhine Süsteemne Kogukonnapõhine
	Teenusele ligipääs	Suunamine Enesealgatus Turupõhine ligipääs
	Koostöö toimimine	Võrgustikutöö Isikupõhine koostöö
Klientide vajadused ja taastumise väljakutsed	Sotsiaalmajanduslikud vajadused	Elukoht Töö Võlad
	Psühhosotsiaalsed vajadused	Emotsionaalse toe vajadus Suhted Üksildus
	Tervisega seotud probleemid	Kaasuvad haigused Sõltuvuse kroonilisus
	Taastumise riskitegurid	Stigma Vanad suhted Motivatsiooni kõikumine
Süsteemsed kitsaskohad ja arenguvajadused	Ressursid ja kättesaadavus	Rahastuse puudus Regionaalsed erinevused
	Süsteemi killustatus	Keerukas ligipääs teenustele Aeglane ligipääs
	Koostöö probleemid	Teenuste ebakõla Teadlikkuse puudus
	Arengusuunad	Süsteemne lähenemine Kiire ligipääs Teenuste mitmekesisus Tööpõhine lähenemine

SUMMARY

ADDICTION TREATMENT AFTERCARE SERVICES: EXAMPLES FROM ESTONIAN SERVICE PROVIDERS

Pirjo Jakovski

The present thesis examines addiction treatment aftercare services in Estonia and their organization from the perspective of service providers and field experts. Recovery from addiction is a long-term process that requires continuous support beyond initial treatment. Although aftercare services play an important role in relapse prevention and long-term recovery, their organization and accessibility in Estonia remain uneven.

The research problem addressed in this thesis is the fragmentation of the addiction treatment aftercare service system in Estonia, which may hinder continuity in recovery and increase the risk of relapse. The aim of the study was to examine the organization of addiction treatment aftercare services in Estonia and to develop proposals for improving the systematic organization of aftercare services.

To achieve the aim of the study, the following research questions were formulated:

- How is the provision of addiction treatment aftercare services currently organized in Estonia from the perspective of specialists working in aftercare services and field experts?
- What opportunities do specialists and field experts identify for ensuring a more systematic approach to addiction treatment aftercare services in Estonia?

The theoretical framework of the thesis is based on ecological systems theory and the concepts of continuing care, continuum of care and recovery capital, which emphasize the importance of continuous and coordinated support during recovery.

The empirical part of the study was conducted using a qualitative research approach. Data were collected through semi-structured individual interviews with seven specialists working in institutions providing addiction treatment aftercare services and two field experts. The data were analysed using thematic content analysis.

The results showed that addiction treatment aftercare services in Estonia are diverse and flexible, but their organization is uneven and insufficiently coordinated. The content, duration, and accessibility of services vary between providers, and access to services may depend on regional availability, personal awareness, or informal contacts. The findings also demonstrated that individuals recovering from addiction often require psychological, social and practical support related to housing, employment, financial difficulties, relationships and everyday coping. According to the participants, co-occurring mental health problems and unstable motivation may further complicate the recovery process.

Another important finding concerned cooperation between different sectors and services. Although cooperation between healthcare, social services, rehabilitation services and local governments does exist, it is often based on personal contacts rather than systematic coordination. Participants described challenges related to service fragmentation, unequal accessibility, insufficient funding and unclear distribution of responsibilities between institutions.

Based on the findings, it can be concluded that although addiction treatment aftercare services in Estonia are diverse and flexible, their organization requires more systematic coordination and stronger cooperation between different sectors and service providers.

The study proposes the following recommendations for the managers of institutions providing addiction treatment aftercare services:

- Within six months, organize at least one regional cooperation meeting with other aftercare service providers in order to improve information exchange regarding client referral opportunities and service accessibility.
- Within three months, evaluate possibilities for introducing online counselling as part of existing services in order to improve accessibility for clients who have difficulties participating on-site.

- Within six months, map cooperation opportunities with local communities, volunteers or peer-support workers in order to provide recovery-supporting activities.

In conclusion, addiction treatment aftercare services have an important role in supporting long-term recovery from addiction. However, the effectiveness of these services depends on the existence of a coordinated, accessible, and continuous support system. The findings of this thesis highlight the need for further development of aftercare services in Estonia and provide practical proposals for improving the organization of recovery support services.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Pirjo Jakovski,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose SÕLTUVUSRAVI JÄRELTEENUS EESTI TEENUSEPAKKUJATE NÄITEL, mille juhendaja on Reena Matsko, 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.

Pirjo Jakovski

18.05.2026