

TARTU ÜLIKOOL  
Sotsiaal- ja haridusteaduskond  
Ühiskonnateaduste instituut  
Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika õppekava

Kairi Nool

MULTIDISTSIPLINAARSE MEESKONNA TEENUS LASTE VAIMSE TERVISE  
VALDKONNAS: NÄIDE KAHEST PRAKTIKAST EESTIS

Magistritöö

Juhendajad: Merle Linno, MSW  
Judit Strömpl, PhD

Tartu 2017

## SISUKORD

SISSEJUHATUS .....	6
Uurimuses kasutatavad mõisted.....	8
I PEATÜKK: UURIMISPROBLEEMI TEOREETILINE KÄSITLUS .....	9
1.1. Võimalikud aspektid, mis mõjutavad laste ja noorte vaimset tervist .....	9
1.2. Kaasaegsed suunad laste ja noorte vaimse tervise toetamise valdkonnas .....	12
1.2.1. Multidistsiplinaarsed meeskonnad.....	12
1.2.2. Sotsiaaltöötaja roll multidistsiplinaarses meeskonnas .....	13
1.2.3. <i>Outreach</i> teenus .....	14
1.3. Laste ja noorte vaimse tervise toetamise erinevad tasandid Eestis.....	15
1.4. Psühhiaatrilise abi teenuste ülevaade.....	18
1.5. Vaimse tervise keskused .....	20
1.6. Sotsiaaltöö Eesti tervishoius .....	22
1.7. Probleemiseade .....	24
II PEATÜKK: METOODIKA .....	26
2.1. Heade praktikate analüüs .....	26
2.2. Erinevad praktikad- konteksti tutvustamine .....	27
2.3. Analüüsitava andmestiku kujunemine .....	28
2.4. Patsiendi juhtumi lugu .....	30
2.5. Andmete kogumine ja uurimuse käik .....	30
2.6. Andmeanalüüsi meetod.....	31
2.7. Uurimuse eetiline aspekt.....	32
III PEATÜKK: ANALÜÜS JA ARUTELU .....	33
3.1. Vajadus uute teenuste järele.....	33
3.2. Lastega tegelevate spetsialistide puudulik teadmine ja oskus märgata ja toime tulla vaimse tervise probleemidega laste ja noortega.....	37

3.3. Töötamine multidistsiplinaarse meeskonnana .....	42
3.4. Teenuse osutamise praktikate kujunemine .....	44
3.5. Esialgsete plaanide muutmine .....	45
3.6. Näide positiivselt lahenenud juhtumitest .....	51
3.7. Teenust osutavate sotsiaaltöötajate hinnang laste ja noorte vaimse tervise olukorrale .	59
KOKKUVÕTE .....	60
KASUTATUD KIRJANDUS .....	65

## **ABSTRACT**

### **Multi – disciplinary team of mental health services for children in the field. An example of good practice in Estonia.**

**Kairi Nool**

Good mental health is important for all people in a lifetime, but it is especially important for their growing period. All children need stability, love, care and safety, which are the basis for development and good mental health. If mental health issues occur, a child or adolescent and his family needs help and support from mental health professionals.

In this work good practice is described as a new mental health service in Estonia, a new outreach service, provided in situations where a child or adolescent, who has no opportunity, or is not capable to go to a psychiatrist, can get service in his own home environment.

Data pointed, that the experience from the outreach service has been positive so far, there has been some experience of success, and the service has helped a number of professionals who are working with children and adolescents with mental health issues, and their families. Data revealed, that participated clients experienced, that the outreach service was necessary, it gave confidence and support, which they had lost. Data pointed out the necessity of the mental health knowledge - how to cope with mental health problems, what is a mental health problem, what are the needs of the family, what are the risks and possible results, if they can't get any help.

The data revealed that children interests and welfare are not always considered.

Data of the participated social workers experiences revealed, that specialist who work with children and adolescents need knowledge about mental health. Parents need help from all specialist, to interfere as soon as possible if difficulties arise. Quick help can be consulting , calming and knowledge about the ways of intervention and knowing where to go go, when help is needed. Child protection workers lack of knowledge about children's normal development, what are the interventions and how hey can help and prevent. All specialists need the knowledge about children and adolescent mental health.

One cause for the development of the outreach service were long-standing cases, which couldn't find a resolution by other specialists, who worked with children and adolescents who

have mental health problems, and concern for the patients, who had suspended their therapy or treatment. The speciality of the service is, that the multidisciplinary team, who worked with the patient and the family, has the time to develop relations between the patient and the family, to provide the services, essential for the child or adolescent who has mental health issues.

**Keywords: Social work, mental health, medical social work, multi- disciplinary work.**

## SISSEJUHATUS

Lapsed ja noored on ühiskonna osa. Nende vaimne tervis on oluline stabiilse tuleviku loomiseks. Liivamägi (2006) sõnul oli kuni 1990ndateni Eestis laste ja noorukite vaimse tervisega tegelemisel levinud eeskätt meditsiiniline sekkumine. Töötasid lastepsühhiaatrid, laps või noor sai endale diagnoosi, teda käsitleti personaalset patoloogiat arvesse võttes isoleerituna oma lähivõrgustikust. Perekond ja ülejäänud võrgustik olid teisejärgulised. Eestis on vaimse tervise valdkonnas alates 1990ndatel alustatud liikumist haigusekeskselt patsiendikesksele lähenemisele, kusjuures patsienti hakati käsitlema tema loomuliku suhetevõrgustiku osana (Liivamägi 2006). Last ja noort on püütud hakata nägema aina enam tema enda keskkonnas, koos tema perekonna ja kogukonnaga. Mõistetud on, et lapse ja noore aitamiseks ei piisa vaid haigusekesksest sekkumisest ja patsiendi nägemine tema enda keskkonnaga koos on ravitöös tulemuslikum. Parima tulemused annab pere ja keskkonna tundmine ja sinna teenuste suunamine, koostöö võrgustiku kaasamine ja koostöö kõigi osapoolte vahel. WHO (2003) sõnastas oma vaimse tervise kontseptsioonis selle järgnevalt „Vaimse tervise ravi peaks toimuma läbi peamiste tervise teenuste ja kogukonna teenuste. Suured ja tsentraliseeritud psühhiaatrilised instutsioonid vajavad asendamist teiste sobivate vaimse tervise teenustega“.

Ühiskonna muutustega koos on ka inimesed selles muutunud ning probleemid muutuvad aina keerukamas. Suhted ja suhtlemine eakaaslaste ning noorte ja täiskasvanute vahel vajavad sekkumisi ja uusi oskusi. Teiste erialade spetsialistidel (nt. kooli ja lasteaia õpetajad, politseiametnikud, juristid) on mõnikord raske mõista vaimse tervise probleeme, nad ei oska märgata, sekkuda ja toime tulla. Seetõttu on järjest enam olnud vajalik sekkuda vaimse tervise valdkonna spetsialistidel (vaimse tervise õed, psühhiaatrid, psühholoogid, sotsiaaltöötajad), et nõustada teiste valdkondade spetsialiste, olla neile toeks ja abiks, et nad oskaksid õigesti reageerida, sekkuda ja toetada vaimse tervise probleemidega last või noort ja tema perekonda.

Olles ise töötanud sotsiaaltöötajana enam kui kümme aastat laste ja noortega, kellel on vaimse tervise probleemid, olen näinud, kui palju erinevaid raskusi esineb neil suhetes nii koolis kui kodus. Üheks suureks raskuseks on suhtlemine nii eakaaslaste kui ka täiskasvanutega. Sageli on raske suhelda koolis õpetajatega ning toime tulla oma igapäevase eluga. Raskused koolis õppimisel või eakaaslastega/õpetajatega suhtlemisel võivad sageli kaasa tuua konflikte,

millega on keeruline toime tulla. Vaimse tervise probleemid leiavad järjest enam käsitlust ja vajavad aina enam sekkumist, nõustamist ja juhendamist, et keerukate olukordadega paremini toime tulla.

Käesoleva töö eesmärgiks on anda ülevaade heast praktikast vaimse tervise probleemidega laste ja noortega Eestis.

Töö koosneb kolmest osast. Käesoleva töö I peatükis kirjeldan vaimse tervise valdkonda, senist praktikat ja teenuseid Eestis, mida laste ja noorukite vaimse tervise probleemide korral kasutatud on. II peatükk annab ülevaate töö metoodilistest lähtekohtadest, uurimuse käigust ja andmeanalüüsi meetoditest. III peatükk sisaldab andmeanalüüsi ning arutelu. Uurimistöö lõppeb kokkuvõttega.

Minu suur kummardus ja sügav lugupidamine kuulub minu suurepärasele juhendajale Merle Linnole, kelle abil ma töö teemani jõudsin ning kelle suunamise ja juhendamisetänu ma seda tööd valmis poleks saanud. Suure kummarduse teen ka oma teisele juhendajale Judit Stömplile, kes oma heade mõtete ja juhendamisega oli igal võimalusel olemas.

Samuti olen tänulik kõigile, kes minu uurimuses osalesid, sotsiaaltöötajale ja eriti suure tänu tahan öelda emale, kes oli nõus minu uurimuses oma panust andma.

## **Uurimuses kasutatavad mõisted**

Klient – töös kasutan mõistet klient tähistamaks oma juhtumis ema, kelle lapsele on teenust pakutud.

Patsient – töös kasutan mõistet patsient tähistamaks inimest, keda on käsitletud juhtumites.

Juhtum – projektid, kui juhtum. Haiguslugu, kui juhtum. Mitmekordne (*multiple*) kompleksne juhtum, kus juhtumid on erinevates tähendustes ja omavahel hierarhiliselt seotud.

Projektid- seesmisid ehk eesmärgiks on tutvustada neid endid. Nad on omavahel võrdsed ja kuna neid on kaks, siis nende tutvustamisel on ka võrdlusmoment oluline.

Patsiendijuhtumid – käesolevas töös on need juhtumid instrumentaalsed ehk nad on kasutatud eesmärgiga näitlikustada projektide raames kasutatud teenuste efektiivsust.

Teenus – teenustena kirjeldatakse käesolevas töös tegevusi, mis on suunatud vaimse tervise probleemidega lastele ja noorukitele.

Praktika – praktikana kirjeldatakse käesolevas töös uut teenust, mida on kahe projekti raames hakatud piloteerima uue teenuse laste ja noorukite vaimse tervise probleemide korral.

Projekt – projektina kirjeldatakse käesolevas töös kahte Eestis toimunud projekti, mis oli finantseeritud Norra Finantsmehhanismide poolt, et arendada vaimse tervise teenuseid Eesti laste ja noorukite vaimse tervise valdkonnas.

Võrgustik – töös käsitletakse võrgustikuna lapse ja noorega töötavaid teiste erialade spetsialiste, KOV lastekaitsetöötaja/sotsiaaltöötaja, lasteaia või kooli õpetaja, sotsiaalpedagoog, Rajaleidja keskuse spetsialistid.

## I PEATÜKK: UURIMISPROBLEEMI TEOREETILINE KÄSITLUS

### 1.1. Võimalikud aspektid, mis mõjutavad laste ja noorte vaimset tervist

Laste ja noorukite vaimse tervise teemat on viimasel paaril aastal Eestis aina rohkem käsitletud ja sellest on üha enam räägitud. Laste ja noorte probleemide lahendamiseks on otsitud erinevaid sekkumisviise. Välja on töötatud erinevad ennetusmeetmed, rakendatud on mitmeid uusi teenuseid erinevate projektide põhisel ning tööd on alustanud mitmed erinevad koolid lastele ja noortele, kellel on vaimse tervise probleemid. Sotsiaalministeeriumi (2016) integreeritud teenuste kontseptsioon toob välja, et kuigi viimasel ajal on riigi tasandil olnud positiivseid arenguid, keskendutakse praegusel ajal siiski enam tagajärgede likvideerimisele ehk ravi ja rehabilitatsiooni korraldusele, mitte probleemide ennetamisele.

Maailma Tervishoiuorganisatsiooni sõnul on tervis seisund, mis hõlmab kogu füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu ja mitte ainult tervise või puude puudumine. Vaimne tervis võib olla mõjutatud mitmetest sotsioökonomilistest asjaoludest, mis vajavad suunamist läbi erinevate ulatuslike edendamiste, ennetamise, ravi ja taastumise strateegiate üleriigilisel tasandil (Mental Health Action Plan, 2013-2020, 2013).

Vaimne tervis on heaoluseisund, milles inimene realiseerib oma võimeid, tuleb toime igapäevase elu pingetega, suudab töötada tootlikult ja tulemusrikkalt ning on võimeline andma panuse ühiskonna heaks (WHO 2003).

RFK (*Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon*, 2001) toob välja tervise kontekstis kehtivad definitsioonid:

- **Organismi funktsioonid** on elundsüsteemide füsioloogilised talitlused (kaasa arvatud psüühilised funktsioonid)
- **Organismi struktuurid** on keha anatoomilised osad, nagu elundid, jäsemed või nende osad.
- **Puuded** on probleemid organismi funktsiooni või struktuuriga, nagu näiteks oluline kõrvalekalle või puudumine.
- **Tegutsemine** on ülesande täitmine või tegevuse sooritamine indiviidi poolt.
- **Osalus** on indiviidi kaasatus elulisse situatsiooni.
- **Tegutsemispiirangud** on raskused, mida indiviid võib tegevuste ajal kogeda.

- **Osaluspiirangud** on probleemid, millega indiviid võib elulises situatsioonis kokku puutuda.
- **Keskkonnategurid** moodustavad füüsilise, sotsiaalse ja suhtumusliku keskkonna, milles inimesed elavad.

Vaimne tervis on enam kui haiguse puudumine (Teeäär 2005). Positiivne vaimne tervis ehk vaimne heaolu on vajalik üldise heaolu saavutamiseks, kuna aitab suhestuda ja kohaneda ümbritseva keskkonnaga, tajuda, mõista ja tõlgendada seda ning vajadusel muuta. Positiivset vaimset tervist saab mõõta läbi kolme-faktorilise mudeli, mis koosneb emotsionaalsest heaolust, psühholoogilisest heaolust ja sotsiaalsest heaolust (Orpana jt 2017). Hea vaimne tervis võimaldab kogeda elu tähenduslikuna ja olla loominguline ning produktiivne ühiskonna liige (Teeäär 2005). Eestis 2016. aastal kehtima hakanud lastekaitseaduse kohaselt on lapse heaolu lapse arengut toetav seisund, milles lapse füüsilised, tervislikud, psühholoogilised, emotsionaalsed, sotsiaalsed, kognitiivsed, hariduslikud ja majanduslikud vajadused on rahuldatud (RT I, 21.12.2016, 24). Hea enesetunne ja positiivsed kogemused ning tagasiside on oluline osa igapäevasest elus

Toimetulekuks, enesega rahuloluks ning saavutusvajaduse rahuldamiseks vajab inimene enda ümber toetavat võrgustikku, mis koosneb nii professionaalidest kui ka lähedastest, kes oskavad suunata ja juhendada, on vajadusel olemas ning pakuvad vajalikku tuge.

Tervist käsitletakse kui kompleksset fenomeni, mis mõjutab laste ja noorte elukorraldust erineval moel (Halfon ja Hochstein 2002). Laste ja noorte käitumise muutus viitab sellele, et nad annavad oma käitumisega teada raskustest ja probleemidest (käitumisraskused, koolist puudumine, kodust „ära jooksmine“ jne), neil on keeruline oma igapäevaeluga toime tulla, areneda vastavalt oma arenguülesannetele ning neil võib olla raske suhelda nii eakaaslaste kui ka täiskasvanutega. See omakorda takistab toimetulekut ja oma elu eest vastutuse võtmist. Lastele ja noortele on oluline omada häid ja toetavaid suhteid täiskasvanutega, kes neid suunaks ja juhendaks. Nad vajavad piire ja norme, millest lähtuda, mis annaks neile turvalisuse ja võimaluse saada täisväärtuslikuks täiskasvanuks.

Probleemse sotsiaalse olukorra ja probleemse vaimse tervise vahel on olemas tugev seos (Erikson ja Lindström 2006). Laste geneetiline eelsoodumus, psühholoogiline funktsioneerimine (Sarafino 2006), nagu ka üldine sotsiaalmajanduslik olukord kindlas

ühiskonnas (Dahl jt. 2006; Kawachi jt. 2002) võivad samuti mõjutada lapse tervise arengut. Eesti ühiskonna kiire areng ja muutused on toonud kaasa teadlikkuse vaimse tervise probleemidest ja sellega koos on kasvanud ka vajadus vaimse tervise teenuste järele.

Vaimse tervise raskused mõjutavad neid lapsi ja noori, kes elavad uimasteid tarvitavate vanematega (Andersson 2001) või kelle vanemad on füüsiliselt või vaimselt haiged (Monds-Watson jt. 2010), kellel on intellektipuue (Azar jt. 2012) või kelle vanemad on neid kas füüsiliselt või seksuaalselt väärkohelnud (Lindell ja Svedin 2004). Keerulised suhted ja sotsiaalsed raskused osana igapäevaelust võivad põhjustada häirunud toimetulekut ning raskusi igapäevaeluga. Rizvi (2014) sõnul on emotsionaalset väärkohtlemist keeruline määratleda ja hinnata võrreldes füüsilise väärkohtlemisega ning seda võib kirjeldada kui verbaalset väärkohtlemist, karmi mittefüüsilist karistust või ähvardusi vägivallaks, kirjeldades korduvat mustrit lapsevanema- lapse suhtes, mis paneb last tundma väärtusetuna, defektsena, mitte armastatuna, mittetahetuna, ohustatuna või väärtuslikuna vaid siis, kui ta suudab kellegi vajadusi rahuldada. Laste ja noorte vaimset tervist ja toimetulekuraskusi mõjutab mõnikord ka elamine düsfunktsionaalses peres (Eriksson 2012). Perekond on esmane koht, kus laps ja noor õpivad oma eluga toimetulekut. Raskused kodus mõjutavad last ja noort, tema suhteid iseenda ja eakaaslastega ja tema vaimset tervist. Samuti mõjutavad raskused kodus lapse ja noore toimetulekut koolis ja teda ümbritsevad keskkonnas.

Lapse vaimne tervis ning tema elu erinevad aspektid on omavahel seotud. Sotsiaalne aspekt võib samal ajal mõjutada tervist nagu haigus võib mõjutada sotsiaalseid suhteid (Lundberg et al. 2008). Raskused sotsiaalsete suhetega või keeruline sotsiaalne olukord kodus on sageli alguseks erinevatele vaimse tervise probleemidele. Lapsed ja noored on väga mõjutatavad, teiste arvamus neist ja nende kodusest olukorrast ning saades tagasisidet või tõrjumist tunda oma eakaaslaste poolt, võib mõjutada nende igapäevast toimetulekut ja enesega rahulolu.

Mõnikord on lapsed või noored ise kas füüsiliselt või vaimselt haiged (Guglani jt. 2008), neil esineb probleeme koolis (Jonson-Reid jt. 2007) või on nad ise uimastisõltlased (Wiklund 2006). Individuaalsed psühholoogilised ressursid võivad mõjutada lapse vaimset tervist (Heinonen et al. 2009). Haigust on võimalik leevendada läbi toetavate faktorite nagu teiste poolt pakutav sotsiaalne toetus (Hultman, Cederborg ja Magnusson 2015) ja aktsepteerimine eakaaslaste poolt. Samuti on oluline ja vajalik noore enda enesehinnang ja enese määratlemine läbi oma haiguse. Mõnikord on raske aktsepteerida oma haigust, keeruline

näidata oma probleeme ja näidata ennast koos haigusega. Mõnikord on raske selgitada teistele oma haigust ja selle eripärasid ning jääda sealjuures enesekindlaks ja aktsepteerituks.

Perekondades esinevad erinevad olukorrad ning ettetulevad raskused igapäevaeluga toimetulekul, võivad viia vaimse tervise probleemide tekkimiseni, mis süvenedes võivad lõppeda psüühikahäirega.

## **1.2. Kaasaegsed suunad laste ja noorte vaimse tervise toetamise valdkonnas**

Alates 1950ndatest on vaimse tervise valdkond liikunud haigla põhisest sekkumisest kogukonnapõhiseks sekkumiseks (Multidisciplinary team work: from theory to practice 2006). Vaadates vaimse tervise probleemiga inimest tema keskkonnas, annab see võimaluse näha teda tema perekonna kontekstis, koolis, töökohas, naabruskonnas ja laiemas ühiskonnas. See annab võimaluse hinnata tema toimetulekut ja raskusi selles kontekstis, kus ta elab ja toimetab. Samuti annab see võimaluse hinnata raskusi ja leida ressursse tema elukeskkonnast lähtuvalt, arvestades tema sotsiaalset konteksti, kaasates võrgustikuliikmeid. Hinnates inimese keskkonda, on võimalik osutada talle teenuseid, et parandada tema funktsioneerimist ning arendada tema keskkonda.

Vaimse Tervise Komitee (2006) sõnul löid suurenenud teadmised vaimsest tervisest ja taastumisest selge teadmise, et psühholoogilisi raskusi ja sotsiaalset keskkonda tuleb koos käsitleda. Seega, et luua kogukonnapõhised alternatiivid haiglaravi kõrvale, kindlustamaks koordineeritud tervise- ja sotsiaalhoolekande vaimse tervise probleemidega inimestele, loodi multidistsiplinaarsed meeskonnad, kuhu kuulusid lisaks psühhiaatritele, vaimse tervise õdedele, psühholoogidele ka sotsiaaltöötajad. Eestis sai selliste meeskondade loomine vaimse tervise valdkonnas alguse 2012. aastal.

### **1.2.1. Multidistsiplinaarsed meeskonnad**

Vaimse Tervise Komitee (2006) kirjeldab multidistsiplinaarset meeskonda kui meeskonda, millesse kuuluvad erinevate erialade spetsialistid. Glover'i ja Johnson'i (2008) sõnul kindlustab multidistsiplinaarne meeskond vaimse tervise probleemide korral inimesele abi ja toetuse nende enda kodus ning on kaasatud kuni probleemide lahendamiseni.

Ghumani (2014) sõnul on kodu-põhine ja perekonnale keskendunud vaimse tervise teenus lastele ja nende perekondadele oluline selleks, et säilitada ning tugevdada perekondi.

Ghuman (2014) osutab VanDenBergile jt, kirjeldades lastele ja noortele osutatava vaimse tervise teenuse „raamimise elemente“, mis pakuvad filosoofilist baasi ümbritsevale protsessile: 1) jõupingutused peavad olema kogukonnapõhised; 2) lapsed ja perekonnad peavad saama individuaalset abi ja teenuseid; 3) ümbritsev protsess peab olema ehitatud noore ja perekonna unikaalsetele väärtustele ja tugevustele ning peab sobima kultuuriliselt; 4) vanemad peavad osalema igal arengu tasemel; 5) peab olema ligipääs paindlikule ja määratlemata rahastusele; 6) ümbritseva protsessi täitmine peaks olema ametkondade põhine; 7) teenused peaksid olema tingimusteta ja muudetavad sõltuvalt lapse ja perekonna vajadustele.

Iiri Tervishoiu-ministeerium soovitas 1984. aastal luua multidistsiplinaarsed meeskonnad, kus osaleksid erinevate erialade spetsialistid ning kes rakendaksid erinevat lähenemist ravile, mis vastaks psüühikahäirega patsientide vajadustele (WHO 2003). Meeskondades pidid soovituse kohaselt osalema psühhiaater, vaimse tervise õed, psühholoogid, sotsiaaltöötajad ja tegevusterapeutid, kes pakuvad terviklikku ravi ja hoolitsust psüühikahäirega inimesele (WHO 2003).

Vaimse tervise komitee (2006) sõnul on psüühikahäirega inimestel palju erinevaid sotsiaalseid ja psühholoogilisi vajadusi ning neil ei ole mitte ainult vajadus juurdepääsuks vaid arsti ja õe juurde, vaid ka sotsiaaltöötajale.

### **1.2.2. Sotsiaaltöötaja roll multidistsiplinaarses meeskonnas**

Sotsiaaltöötajad tegelevad nii laste kui noorukitega ning peavad omama teadmisi laste ja noorukite normaalsest arengust, samuti vaimse tervise probleemidest. Sotsiaaltöötaja peab pöörama igakülgset tähelepanu lapse tervisele ja arengule. Lähtuvalt lapse arengust, võivad olla sekkumistel olulised tagajärjed kindlustamaks lapse vajaduste toetamist (Hultman, Cederborg ja Magnusson 2015).

Sotsiaaltöötaja rolliks on mõista lapse tervist ja heaolu kõigist ja igast lapse unikaalsest perspektiivist (Cedeborg 2014). Laps on iseseisev indiviid, kes sõltub oma vanematest ja teda ümbritsevast keskkonnast. Sotsiaaltöötaja saab oma teadmiste ja oskustega olla peres nõustaja ja abistaja, suunates ja juhendades vanemaid tegema oma lastega koostööd ning juhendades vanemaid viisil, et nad mõistaksid paremini oma lapsi ja noori, nende erinevaid arengufaase ja neid faase läbivaid raskusi.

Seega see, kuidas sotsiaaltöötaja loob tähenduse lapse tervisest, võib omada tagajärgi sellele, millist toetust kliendid saavad (Hall jt. 2006). Sotsiaaltöötaja roll vaimse tervise probleemidega laste ja noortega toimetulekuks on oluline. Sotsiaaltöötaja peaks oskama märgata, hinnata ja olla abistajaks vaimse tervise probleemidega lapse ja noore ning tema perekonna kõrval, olla vahendajaks nende ja võrgustikuliikmete vahel, et hõlbustada nende toimetulekut. Raskustesse sattunud perekonnal on keeruline seista enda vajaduste eest, sest nad ei tea alati ka ise, mida nad vajavad. Seetõttu on oluline, et sotsiaaltöötajal oleks olemas teadmised, kuidas sekkuda ja juhendada vaimse tervise probleemide korral.

Laps ja noor on seotud oma perekonnaga ja teda mõjutavad välisest keskkonnast tulenevad faktorid. Kui lapsel või noorel on tekkinud raskusi toimetulekul, vajab ta abi ja toetust. Samuti vajab abi tema perekond ja ümbritsev võrgustik (kool, lasteaed). Mitte alati ei ole vanematel ega teiste valdkondade spetsialistidel vajalikke oskusi ja teadmisi, kuidas sekkuda, mida vältida ja millist abi lapsele/noorele osutada. Sageli ei ole laps/noor valmis oma kodust lahkuma, et ise abini jõuda. See loob vajaduse abi osutamiseks lapse keskkonnas.

### **1.2.3. Outreach teenus**

Üks viis, kuidas selles valdkonnas multidistsiplinaarne meeskond töötab, on *outreach*. Sotsiaaltöös on *outreach* teenus mõeldud inimestele, kes elavad riskis, kellel puudub kontakt sotsiaalsüsteemiga ja nad ei saa abi (Kloppenburger jt. 2010). *Outreach* teenust osutatakse alati selles keskkonnas, kus inimene elab ning teenuse eesmärgiks on toetada inimest lahenduste leidmisel oma probleemidele, aidata inimestel leida juurdepääs vajalikele sotsiaalteenustele ning vähendada kahju indiviidile ja ebamugavust keskkonnas (Kloppenburger jt. 2010).

*Outreach* teenust vaimse tervise probleemidega lastele ja noortele osutab multidistsiplinaarne meeskond, kuhu kuuluvad erinevate valdkondade spetsialistid, kes teevad omavahel koostööd, neil on ühised väärtused ja eesmärgid, mõistavad ja austavad teiste meeskonnaliikmete pädevust, õpivad teiselt erialalt ning aktsepteerivad teise eriala erinevust ja perspektiive (MHS 2006).

Kirjeldatud teenust on läbi aastate hakatud praktiseerima erinevates riikides nii Euroopas, kui ka Ameerikas. Johnsoni (2008) sõnul algasid Inglismaal kodukülastused, mille eesmärk oli pakkuda psühhiaatrilist abi 1960ndatel. Ameerika Ühendriikides alustas Benjamin Pasamanic

skisofreeniaga patsientidega kodus töötamist, et toetada patsientide toimetulekut (Johnson 2008). On leitud, et praktika toimib paremini lastele ja noorukitele, kui täiskasvanutele. Igas riigis on praktikad pisut erinevad.

*Outreach* teenuse eesmärk laste ja noorukite vaimse valdkonnas on pakkuda vaimse tervise probleemidega lapsele või noorukile ning tema perele psühhiaatrilist abi tema elukohas. Sellest tulenevalt hinnatakse nii olukorda kui ka seisundit, mis on lapsel/noorukil ja tema perekonnal, kaardistatakse võrgustik ning osutatakse vajalikku abi (ravi, pere nõustamine jm). Teenuse ühe osana jälgitakse seisundit ka edaspidi ning planeeritakse ka edasist võrgustikutööd (Haigekassa 2016).

Olukordades, kus perekond ei tule toime ning ka sotsiaalsüsteem vajab lisateadmisi on intensiivne pere sekkumise meeskond innovatiivne *outreach* teenus, mis on loodud partnerlusena vaimse tervise valdkonna ja sotsiaalsüsteemi vahel (Witkon 2012).

### **1.3. Laste ja noorte vaimse tervise toetamise erinevad tasandid Eestis**

Sotsiaalministeerium (2016) sõnastab integreeritud teenuste kontseptsioonis laste vaimse tervise toetamiseks, et Eesti riigil puudub ühtne vaimse tervise poliitika ning laste vaimse tervise tagamiseks mõeldud abistavaid tegevusi ei ole seni keskselt juhitud ega piisavalt toetatud. Seetõttu pole valdkondades tehtavad tegevused ja osutatavad teenused strateegiliselt planeeritud ega omavahel koordineeritud, samuti on sekkumiste tulemuslikkuse hindamine puudulik (Sotsiaalministeerium 2016). Valdkonnas tegutseb suur hulk teenusepakkujaid ja missioonitundega spetsialiste, mis loob head eeldused laiapõhjaliseks õigeaegseks sekkumiseks (Sotsiaalministeerium 2016).

Integreeritud teenuste kontseptsioon laste vaimse tervise toetamiseks toob välja, et abistavate teenuste osutamist Eestis iseloomustab asjaolu, et sageli on lähenemine teenuste-, mitte vajaduspõhine, see tähendab, et abivajajatele pakutakse koha peal olemasolevat teenust, kuid vajadus võib olla teistsuguste teenuste järele (Sotsiaalministeerium 2016). Sageli keskendutakse lapse meditsiinilisele aitamisele, kuigi mitmekülgset abi vajab kogu perekond, sest pelgalt lapse aitamine ei too kaasa soovitud muutust lapse heaolus (Sotsiaalministeerium 2016).

Integreeritud teenuste kontseptsioon lisab veel, et tihti on mõjususe saavutamiseks tarvis mitme spetsialisti valdkondadeülest integreeritud koostööd, kuid praegu põhineb see peamiselt isiklikul võrgustikul ning süsteemne tugi spetsialistidele koostöö tegemiseks on puudulik (Sotsiaalministeerium 2016).

Sotsiaalministeeriumi koostatud Laste ja perede arengukavas aastateks 2012-2020 lähtutakse põhimõttest, et iga laps on väärtus, mis tähendab, et kõigis lapsi ja lastega peresid puudutavates otsustes ja ettevõtmistes seab riik esikohale lapse ja tema pere huvid, vajadused ja heaolu, tagades kõigile Eestis elavatele lastele võrdsed õigused ja võimalused; luues tingimused, kus elanikud tunnevad, et lapsi ja peresid väärtustatakse.

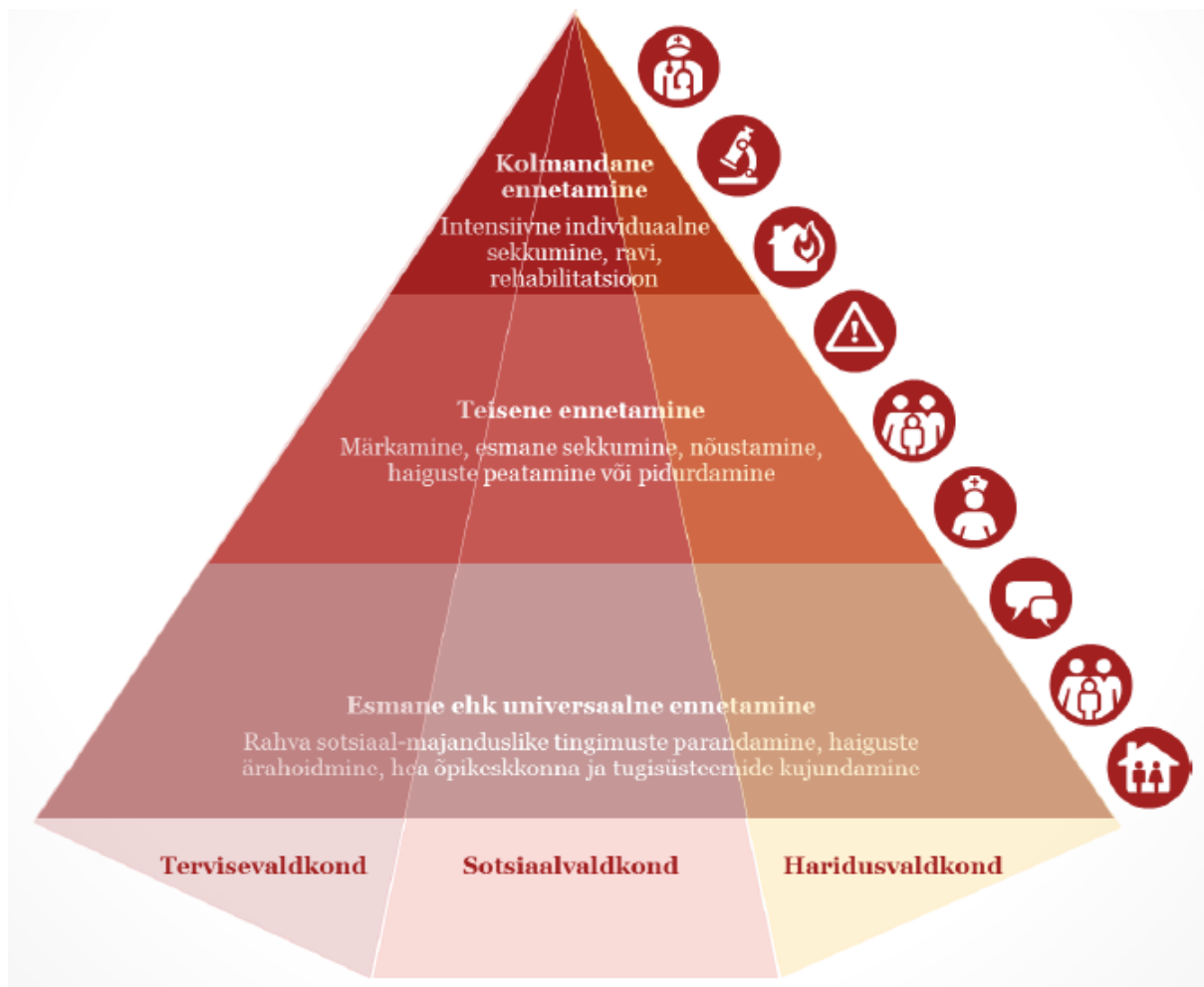
Laste vaimse tervise toetamise kontseptsioon (2016), mis on koostatud sotsiaalministeeriumis toob esile, et vaimne tervis ei ole vaid tervishoiuvaldkonna teema, vaid laste ja perede heaolu mõjutavad eri valdkonnad.

Eestis kirjeldab praegu vaimse tervise toetamiseks suunatud teenuseid sotsiaalministeeriumi (2016) poolt koostatud kontseptsioon kolmes põhivaldkonnas: tervishoid, sotsiaalhoolekanne ja haridus ning läbivalt järgitakse ennetuse kolmetasandilist käsitlust: esmane, teisene ja kolmandane sekkumine. Joonisel 1 on välja toodud erinevaid tasandeid kirjeldavad kõik kolm valdkonda lähtuvalt oma vaatepunktist.

I tasandil on sotsiaalvaldkonna spetsialistid (sotsiaaltöötajad, eripedagoogid, noosootöötajad); haridusvaldkonna spetsialistid (lasteaiakasvatavad, õpetajad) ja tervishoiu valdkonnas (kooliõed, perearstid ja pereõed) töötavad spetsialistid, kes lastega igapäevaselt kokku puutuvad. Nende spetsialistidega puutub abivajav laps ja tema perekond esmalt kokku ning nendel on võimalus olla esmaseks märkajaks ja sekkujaks. Antud tasandi spetsialistid oskavad riske hinnata, lahendada esmased probleemid ja vaimse tervise probleemi kahtluse või esinemise korral suunavad edasi II tasandile (Sotsiaalministeerium 2016).

Sotsiaalministeeriumi (2016) integreeritud teenuste kontseptsioon laste vaimse tervise toetamiseks sõnastab II tasandina toimub probleemide märkamine, sellega kaasnev sekkumine ja konsultatsioonid. Sekkumise eesmärk on probleemide süvenemise ärahoidmine, nende peatamine ja III tasandi teenuse vajaduse vähendamine. Haridusvaldkonnas täidab II tasandi teenuse rolli Rajaleidja keskus, aga ka erinevad hariduslikud tugiteenused lähtuvalt lapse

vajadustest (tasandusõpe, väikeklassid, tugiisikute teenused – koolipsühholoog, eripedagoog, sotsiaalpedagoog). Sotsiaalvaldkonnas keskendutakse erinevate tugiteenuste osutamisele (igapäevaelu toetamine, sotsiaalnõustamine, vanemlusprogrammid, psühholoogilise nõustamise teenus KOV-des). Tervishoiuvaldkonnas esmane nõustamine perearsti- ja vaimse tervise õe poolt.



Joonis 1. Integreeritud teenused kolmel tasandil  
 Allikas: Sotsiaalministeerium 2016

Sotsiaalministeeriumi (2016) sõnul on III tasandil eelkõige ravi (nii ambulatoorne kui ka statsionaarne teenus) ja rehabilitatsioon (erivajadustega lastele, alaealistele õigusrikkujatele, ka asenduskodu teenus) .

Integreeritud teenuste kontseptsioon laste vaimse tervise toetamiseks sõnastab, et sotsiaalvaldkonnast lähtuvalt on kolmas tasand seotud intensiivse individuaalse sekkumise ning raviga, milleks on traditsiooniline psühhiaatiline abi; teisene sekkumine on seotud märkamise,

nõustamise, haiguste peatamise või pidurdamisega ning esmane on seotud universaalse ennetusega, mis hõlmab rahva sotsiaal-majanduslike tingimuste parandamist, haiguste ärahoidmist, head õpikeskkonna ja tugisüsteemide kujundamist (Sotsiaalministeerium 2016).

Integreeritud teenuste kontseptsioon laste vaimse tervise toetamiseks analüüsi järgi on senine rahastus suunatud valdavalt kolmanda tasandi teenustele ning esmasel ja teisesel tasandil pakutakse vaid üksikuid laste vaimset tervist toetavaid tegevusi, sageli projektipõhiselt või erateenusena, mis ei taga järjepidevust ega vajalikku kindlust teenuse vajajatele ja seda osutavatele spetsialistidele tuleviku vaates.

#### **1.4. Psühhiaatrilise abi teenuste ülevaade**

Vaimse tervise teenused on meetmed vaimset tervist kujundavate tegevuste/sekkumiste vahendamiseks elanikkonnale, alates vaimse tervise /heaolu edendamisest ja psüühikahäirete ennetamisest kuni tõsisemate psühhiaatriliste haiguste ravini (WHO 2003).

Vaimse tervise teenuste hulka kuuluvad statsionaarne psühhiaatriline abi ja ambulatoorne psühhiaatriline abi. Ambulatoorne psühhiaatriline abi on psüühikahäirete diagnostika, ravi ja rehabilitatsioon juhtudel, kus patsiendi pidev jälgimine diagnostilistel või ravieesmärgil pole oluline või kui patsiendi psüühiline seisund seda võimaldab (Psühhiaatrilise abi seadus 1997).

Laste- ja noorukitepsühhiaatria tegeleb üldjuhul kuni 18-aastaste isikute psühhiaatriliste häirete diagnostika ja ravi ning rehabilitatsiooniga (Sotsiaalministeerium 2012, Lastepsühhiaatria arengukava).

Lastepsühhiaatriliste teenuste planeerimine peab lähtuma eeldusest, et üldiselt on laste psüühikahäirete avaldumine easpetsiifiline ning vajalikud teenused peavad lähtuma erinevate eagruppide ja diagnoosigruppide vajadustest (Sotsiaalministeerium 2012).

Esmatasandi tervishoid on iga inimese terviseprobleeme lahendav töö-, kooli- ja elukohajärgselt kättesaadav esmavajalike ambulatoorsete teenuste kogum, mis toimub tihedas koostöös teiste tervishoiuteenuste ja sotsiaalhoolekande ning haridussüsteemiga. (Sotsiaalministeerium 2008).

Vaimse tervise teenused on korraldatud peamiselt meditsiinikeskselt. Rahvastiku tervise arengukavas (2012) tõdetakse, et alates 1990. aastate keskpaigast on noorukite tervisekäitumine märkimisväärselt halvenenud.

Garralda (2016) sõnul rõhutab psühhiaatria häire mõistet, mida toetab patsiendi kurnatus ja kannatused ja põhjustavad aktiivsuse languse ja häire. Laste- ja noorukitepsühhiaatria kõrvaleriala arengukava aastateks 2012 - 2020 (2012) sõnul on laste ja noorukite puhul raviprotsess väga palju seotud terapeutilise kontakti ja keskkonnaga ning selle kujunemine sõltub eelkõige personali hulgast, professionaalse meeskonnatöö rakendamisest, piisavast ajast patsiendiga töötamiseks ja nõuetekohasest infrastruktuurist, mitte niivõrd kõrgtehnoloogilistest seadmetest või ravimitest.

Ambulatoorse ja statsionaarse psühhiaatriateenuse rahastamine on korraldatud läbi Haigekassa teenuste hinnakirja.

Tõemetsa (2016) sõnul on lastepsühhiaatrilist abi pakutud Eestis nelja suurema haigla juures: Tallinna Lastehaiglas, SA Põhja Eesti Regionaalhaiglas, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatria haiglas ning Viljandi Haiglas. Oma väikesed üksused on olnud ka Pärnu haigla juures, kust käib lastepsühhiaater kohal Saaremaale vastuvõtte tegemas.

Psühhiaatriline abi lastele ja noorukitele ning nende perekondadele käib enamasti läbi kahe Haigekassa poolt rahastatava teenuse ambulatoorne psühhiaatriateenus ja statsionaarne psühhiaatriateenus.

Ambulatoorset psühhiaatriateenust lastele ja noortele osutavad Eestis kõik suuremad haiglad Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Viljandis. Meeskondadesse kuuluvad lastepsühhiaatrid, kliinilised psühholoogid, vaimse tervise õed, psühhoterapeudid, kliinilised logipeedid ja sotsiaaltöötajad (Tõemets 2016).

Tõemetsa (2016) sõnul osutavad statsionaarset psühhiaatriateenust Eestis Tallinnas PERH, Tallinna Lastehaigla, SA TÜ Psühhiaatriakliiniku laste ja noorukite vaimse tervise keskus ning Viljandi Haigla. Spetsialistide koosseis on sama, mis ambulatoorse teenuse puhul, kuid lisaks on tööl ka spetsialistid, kellel on täiendav pädevus laste ja noorukite psühhiaatriale, kohtupsühhiaatriale, söömishäiretele, neuropsühhiaatriale, laste väärkohtlemise diagnostika jms.

Laste psühhiaatrilise abi korralduses Eestis on tänapäeval kesksel kohal haiglavälise abi ja sotsiaalse tugivõrgustiku jätkuv eelisarendamine: psühhiaatrilise abi integreerimine muu tervishoiusüsteemiga ning ravi järjepidevuse tagamine erinevate teenuste koordineerimisel (Liivamägi, jt 2006).

Alates 1991. aastast on otsustavalt ümber orienteerunud haiglakeskselt ravilt haiglavälisele abile; arstide-psühhiaatrite kõrval omandavad järjest olulisema rolli psühhiaatrilise ettevalmistusega õed-spetsialistid, logopeedid, lapsepsühholoogid, sotsiaaltöötajad ja tegevusjuhendajad (Liivamägi, jt. 2006). Samm- sammult on alustatud meditsiinikeskselt süsteemilt liikumist võrgustiku ja perede juurde. Olulisema koha on saanud teiste erialade spetsialistid oma panusega laste vaimse tervise probleemide toetamisel arsti kõrval.

Laste- ja noorukitepsühhiaatria kõrvaleriala arengukava 2012-2020 (2012) sõnul on spetsialistide puudus ja piiratud võimalused haigekassa teenuste näol kujundanud olukorra, kus lastepsühhiaatriline abi on kättesaadav piiratud hulgal patsientidele ja kättesaadavust on võimatu tõsta. Abi suudetakse tagada ainult suuremates keskustes, prioriteetset ambulatoorset abi ja võrdset regionaalset kättesaadavust kesk- ja regionaalhaiglate tasemel on praktikas võimatu edasi arendada. Piiratud spetsialistide arv ei võimalda tagada konsultatiivset abi esmatasandi meditsiini jaoks.

### **1.5. Vaimse tervise keskused**

Et tagada regionaalsed lastepsühhiaatrilise abi kättesaadavus ja jätkusuutlik areng ning tuua vaimse tervise teenused lastele ja peredele lähemale, loodi aastal 2013 Eestisse 4 Vaimse Tervise Keskust, et edendada vaimse tervise teenuste kättesaadavust lastele ja noorukitele üle Eesti. Keskused loodi Sotsiaalministeeriumi ja Norra Finantsmehhanismide toel (Sotsiaalministeerium 2016). Keskuste loomise eesmärkideks oli parandada rahvatervist ja vähendada ebavõrdsust tervise osas.

Sotsiaalministeeriumi (2016) koostatud kontesptsiooni kohaselt loodi neli erinevat keskust, mille kirjeldused on alljärgnevalt:

Põhja-Eestisse, **Tallinna Lastehaigla Vaimse Tervise Keskus**, kus leiavad abi nii ärevus- ja tähelepanuhäiretega lapsed kui ka alkoholi- või narkosõltuvusse jäänud noored. Keskus on osa laiapõhjalisest vaimse tervise võrgustiku arendamisest, mis katab kõiki Eesti piirkondi;

projekti eesmärgiks on pakkuda kvaliteetseid psühhiaatrilise ravi teenuseid patsientidele ja koolitusvõimalusi spetsialistidele nende pädevuse tõstmiseks. Lisaks ühe eesmärgina koolitada ja arendada mobiilset meeskonda (Sotsiaalministeerium 2016).

**Pärnumaa laste ja noorte vaimse tervise keskus** (SA Pärnu Haigla). Eesmärgiks on parandada mitmekesistunud lastele ja peredele suunatud vaimse tervise teenuseid ja kättesaadavust regioonis; muuta efektiivsemaks koordineeritud võrgustikutöö, teha valdkondadevahelist koostööd ja regulaarset infovahetust ning tõsta laste vaimse tervise valdkonna spetsialistide pädevust (Sotsiaalministeerium 2016).

**Ida-Virumaa vaimse tervise keskuse loomine lastele ja noorukitele.** Teenuse kättesaadavuse arendamine, mille peamiseks eesmärgiks on piirkondlike meeskondade loomine Ida-Virumaa Haigla ja Narva Haigla juurde ning nõustamisteenuse väljaarendamine. Lisaks oli plaanis Out-reach meeskonna (väljasõidumeeskonna) arendamine (Sotsiaalministeerium 2016). Keskus loodi SA TÜ Psühhiaatrikliiniku initsiatiivil, mille tulemusena loodi vaimse tervise kabinetid Kohtla-Järvele ja Narva. Kabinettides töötavad vaimse tervise õde, sotsiaaltöötaja ja psühholoog, keda konsulteerib kord kuus lastepsühhiaater.

**Lõuna-Eesti laste ja noorukite vaimse tervise keskuse loomine, SA Tartu Ülikooli Kliinikum.** Projekti eesmärgiks on vaimse tervise teenuste arendamine läbi ambulatoorsete teenuste Võru, Valga ning Põlva Haiglas. Lisaks väljasõidumeeskonna teenuse arendamine ja käivitamine (Sotsiaalministeerium 2016). Teenuste arendamise käigus loodi vaimse tervise kabinetid Põlva, Võru ja Valga Haiglate juurde, kus töötavad vaimse tervise õde, sotsiaaltöötaja ja psühholoogi, keda kord kuus konsulteerib lastepsühhiaater.

Käesolevalt on Lõuna-Eestis ja Ida-Virumaal tööd alustanud kabinettides tagatud kolme spetsialisti (vaimse tervise õde, (kliinilise) psühholoogi ja sotsiaaltöötaja) osutatavad teenused. Meeskonda kuulub ka nõustav lastearst või psühhiaater. Regionaalne vaimse tervise keskus toetab meeskonda regulaarsete supervisioonidega (Sotsiaalministeerium, 2016).

Uus teenus on psühhiaatrilised meeskonnad, kus võrdsel positsioonil on erinevate erialade spetsialistid. Outreach teenus on üks samm edasi senistest sekkumistest, minnes välja

abivajaja juurde. Psühhiaatrilistes meeskondades on erinevad distsipliinid võrdsel positsioonil, kus igaüks annab lähtuvalt oma erialast meeskonnale teadmisi.

## **1.6. Sotsiaaltöö Eesti tervishoius**

Sotsiaaltöö on tervishoius oluline ja vajalik valdkond. Sotsiaaltöötajate rolli tervishoius teiste valdkondade kõrval on hakatud järjest enam väärtustama ja sotsiaalvaldkonna koostööd peetakse oluliseks osaks vaimse tervise probleemide lahendamise korral.

Sotsiaaltöö edendab inimeste heaolu ja sotsiaalset ühtekuuluvust, aitab kaasa sotsiaalsetele muutustele ja arengule nii üksikisiku, organisatsiooni kui ühiskonna/kogukonna tasandil (Allev, jt 2014). Allevi, jt. (2014) sõnul on sotsiaaltöös tähtsal kohal sotsiaalne õiglus ja inimõigused, kollektiivne vastutus ja erinevuste austamine.

Sotsiaaltöötajal on unikaalsed oskused näha indiviidi tema enda, pere, kultuuri ja sotsiaalmajanduslike olude kontekstis ning teha ettepanekuid ja ellu viia sekkumisi selles kontekstis (Vaimse Tervise Komitee 2006). Sotsiaaltöötajal on oskus luua seoseid erinevate valdkondade vahel ja neid omavahel siduda. Sotsiaaltöötaja annab oma valdkonnaga juurde teadmised ja oskused ning suudab neid omavahel läbi oma vaate koostööle suunata.

Sotsiaaltöötaja kasutab oma töös olemas olevaid teoreetilisi raamistikke, et planeerida ja säilitada teenuseid selliselt, et ära hoida igasugune indiviidi inimõiguste diskrimineerimine või väärkohtlemine (Hill-Smith 2011).

Peerna (2006) sõnul arenes sotsiaaltöö Eesti tervishoiuasutustes 1990ndate alguses, kui Eesti haiglatesse asusid tööle esimesed sotsiaaltöötajad. Tänapäevaks on sotsiaaltöötajad tööl kõigis haiglates ja erinevates osakondades. Näiteks SA TÜ Kliinikumis töötab hetkel 11 sotsiaaltöötajat.

Reilson (2011) kirjutab, et sotsiaaltöötajad on kliendi kõrval, aidates neil mõista nendega toimuvat, olles tõlgiks meditsiini ja patsiendi vahel. Samuti on sotsiaaltöötaja rolliks mõista ning edasi anda patsienti, tema keskkonda ning tõlkida seda meditsiinivaldkonnale, et patsient saaks parimat abi, mis toetaks teda ja tema perekonda (Reilson 2011).

Tervishoiu sotsiaaltöötaja omab akadeemilist haridust, tundes haigusi ja tervist, orienteerub tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonnas; tunneb haigestumise tagajärgi, on asjatundja

sotsiaalhoolekandes, pensioni-, ravikindlustuse ja teenustevõrgustiku võimalustes; on asjatundja sotsiaalsete suhete ja elu üle kontrolli saavutamise võimaluste osas; on abistaja, nõustaja, informeerija, vestluskaaslane ja uurija (Reilson, 2011).

Sotsiaaltöötajad muudavad haiglad vastuvõtlikumaks kliendi sotsiaalprobleemide suhtes. Kontekst, kus on fookus meditsiinilistel probleemidel, mitte inimese tervikkäsitlusel, nõuab sotsiaaltöötaja suutlikkust kohanduda, aga ka võimet olukorda analüüsida (Raamat 2007).

Sotsiaaltöö tervishoius ei ole enam uus mõiste, kuid seni ei ole see töö jaotus selge ning piirid ja reeglid, kuidas sotsiaaltöötaja haiglas töötab, sõltub pigem sotsiaaltöötaja isikust. Haigla sotsiaaltöötajad püüavad leida tasakaalu paljudes erinevates rollides multidistsiplinaarses kontekstis ja annavad olulist ja tundlikku teenust akuutselt haigetele ja haavatavatele teenuse kasutajatele nende haiglas olemise ajal (McLaughlin, 2016).

Sotsiaaltöötaja ei tohi kaotada oma erialaidentiteeti ega loobuda patsientide huvide ja oma eriala professionaalse vaatenurga esindamisest ning vajadusel ei tohi karta vastanduda organisatsioonis kehtestatud reeglitele ja tavapärasele toimimisviisidele (Whittington, 1999).

Allevi jt (2014) sõnul on sotsiaaltöötaja ülesanded laste ja perede heaolu tagamiseks hinnata last ja tema perekonda, abistada perekonda oma ülesannetega toimetulekul, abistada perekonda eriolukordades, lapsevanemate ja last kasvatavate isikute nõustamine, lastega seotud kriisiolukordade lahendamine ning lapse vajaduste varane märkamine.

Allevi, jt (2014) sõnul on tervishoiu sotsiaaltöö osaks informeerimine ja nõustamine, töö kliendiga, kriisitöö ning konsulteerimine ja koolitamine. Hea sotsiaaltöötaja teeb rohkem, kui see, mida ta peab tegema, jagades inimlikku vastutust ja uut professionaalsust. Tervishoius töötamine sotsiaaltöötajana tähendab olemist teises valdkonnas teise spetsialistina. Meditsiin seab sotsiaaltöötajale selged piirid ja raamid. Parimaks praktikaks on vaja üle astuda sellest piirist.

Sotsiaaltöötaja roll vaimse tervise valdkonnas sarnaneb teistele vaimse tervise valdkonna erialade tugispetsialistide rollile. Kanada Sotsiaaltöötajate Assotsiatsioon kirjeldab vaimse tervise probleemidega laste ja noortega tegelevat tervishoiu sotsiaaltöötajat ja tööd selles valdkonnas, milles on spetsiifiline luua partnerlus spetsialistide ja perekondade vahel; teha koostööd kogukonnaga, tavaliselt selleks, et luua toetavat keskkonda kliendile; toetab

adekvaatsete teenuste, ravimudelite ja ressursside loomist; esitab väljakutseid ja muudab sotsiaalpoliitikat, et suunata vaesuse, tööhõive, eluaseme ja sotsiaalse õigluse küsimusi ning toetada sekkumisprogrammide arendamist (CASW 2016).

Vaimse tervise probleemidega lapsi ja noori ravides on olnud peamine suund meditsiinikeskne, kuid kui mõisteti, et last ja noort mõjutavad tema keskkonnad ja seal toimuv, võeti suund võrgustikutöö tegemisele. Selleks, et aidata parimal võimalikul moel last ja noort ning tema perekonda. Kuna haiglas olid sotsiaaltöötajad juba olemas, sai üheks peamiseks suunaks laste ja noorte ning võrgustiku toetamisel sotsiaaltöötaja roll.

Sotsiaaltöötaja jaoks on inimese elukeskkond sekkumise alguspunktiks ja inimese mõistmiseks. Sotsiaaltöötajale ei ole antud kindlat hindamisviisi, kuidas hinnata lapse tervist.

### **1.7. Probleemiseade**

Alates 1950ndatest on vaimse tervise valdkond liikunud haigla põhisest sekkumisest kogukonnapõhiseks sekkumiseks (Multidisciplinary team work: from theory to practice 2006). On mõistetud, et vaimse tervise probleemidega inimest tema enda keskkonnas vaadates annab see parema võimaluse näha teda tema enda kontekstis, kodus, koolis ning hinnata tema toimetulekut ning raskusi selles kontekstis. Samuti saab siis hinnata lapse ja noore ja tema perekonna ressursse ja raskusi. Mitmed riigid nii Euroopas kui mujal maailmas on alustanud psühhiaatriliste meeskondade põhist tööd, et olla lapse ja noore ning tema perekonna jaoks olemas, tema lähedal ja temaga koos ning leida viise tema vaimse tervise probleemide lahendamiseks ja toimetulekuks.

Eestis on hästi arenenud psühhiaatriline abi. Lastepsühhiaatrilist ambulatoorset ja statsionaarset psühhiaatrilist abi pakutakse Eesti nelja suurema haigla juures.

Lisaks sellele on loodud viis vaimse tervise kabinetti, kuhu on võimalus elukohajärgselt laste ja noorte vaimse tervise probleemide korral pöörduda. Kabinetid on loodud Lõuna- Eestis ja Ida-Virumaal. Ida-Virumaal oli seni lastepsühhiaatrilist abi saada keeruline, kuna puudusid lastepsühhiaater ja vaimse tervise teenused.

Üheks projekti eesmärgiks oli luua vaimse tervise kabinetid, et pakkuda elukohajärgset lastepsühhiaatrilist abi, et lastel ja noortel ning nende peredel oleks lihtsam oma probleemide

korral pöörduda vaimse tervise eriala spetsialistide poole. Elukohajärgselt on lihtsam patsienti jälgida, võimalus, et ta „kaob vaateväljast“ on väiksem ning peale statsionaarset psühhiaatrilist ravi on neil võimalus käia elukohajärgselt vaimse tervise õe vastuvõttudel, tagamaks stabiilse vaimse tervise ja ravi jälgimise.

Kuigi psühhiaatriline abi on kättesaadav, on siiski tekkinud vajadus ka uute teenuste järele. Lapsed ja noored, kes on pöördunud varasemalt kas psühhiaatri või vaimse tervise õe juurde, võivad kaduda vaateväljast, nende ravi katkeb ja probleemid tekivad taas. On lapsi, kes ei jõua psühhiaatri või vaimse tervise õe juurde ning isoleeruvad oma koju, katkestades ka õpingud ja suhtluse ülejäänud maailmaga. Seetõttu on tekkinud vajadus uuteks lähenemisteks. Uueks teenuseks on loodud *outreach* teenus, kui patsient ei ole ise valmis minema psühhiaatrilist abi saama. Teenust osutatakse patsiendi kodus, kaasates perekonda ja võrgustikuliikmeid, kellega laps seotud on. Teenust osutavad multidistsiplinaarsed meeskonnad, kuhu kuuluvad psühhiaater, psühholoog, vaimse tervise õde ja sotsiaaltöötaja. Meeskond hindab lapse või nooruki vaimset tervist ning koostab plaani edasisteks sekkumisteks ja tegevusteks.

*Outreach* teenus on selleks uueks praktikaks Eestis, mille praktiseerimist on alustatud kahe vaimse tervise keskuse poolt. *Outreach* teenuse eesmärk laste ja noorukite vaimse tervise keskuses on pakkuda vaimse tervise probleemidega lapsele või noorukile ning tema perele psühhiaatrilist abi elukohajärgselt, temale sobivas keskkonnas. Sellest tulenevalt hinnatakse nii olukorda kui ka seisundit, mis on lapsel/noorukil ja tema perekonnal, kaardistatakse võrgustik ning osutatakse abi (ravi, pere nõustamine jm). Teenuse ühe osana jälgitakse seisundit ka edaspidi ning planeeritakse ka edasist võrgustikutööd.

Käesoleva töö eesmärgiks on anda ülevaade heast praktikast vaimse tervise probleemidega laste ja noortega Eestis.

Uurimisküsimused:

1. Milline on hea praktika?
2. Kuidas kasutatakse outreach teenust laste vaimse tervise valdkonnas?
3. Kuidas toetab outreach teenus patsienti ja tema perekonda?
4. Mis on multidistsiplinaarse meeskonna roll laste vaimse tervise valdkonnas?

## II PEATÜKK: METOODIKA

### 2.1. Heade praktikate analüüs

Käesoleva töö eesmärgist lähtuvalt uurin head praktikat, et anda ülevaade uutest võimalustest laste ja noorte vaimse tervise probleemidega tegelemisel. Käsitletav hea praktika on üks viis ühendada psühhiaatria ja sotsiaaltöö, andes võimaluse luua uus ja tõhusam praktika kahe erineva valdkonna vahel, andes võimaluse teha koostööd senisest efektiivsemalt ja patsiendikeskselt.

Morago (2007) oma artiklis viitab Sackettile ja tema kolleegidele, kelle sõnul on tõenduspõhine praktika kohusetundlik, otsene ja läbimõeldud viis kasutada käibivaid tõendeid, tegemaks otsuseid inimeste eest hoolitsemisel.

Sotsiaaltöös ei saa alati nendest rangetest kriteeriumitest lähtuda, vaid räägitakse headest praktikatest, kus analüüsitakse toimivate praktikate erinevaid aspekte. Hea praktika määramiseks kasutatakse juhtumi analüüsi meetodit.

Oma uurimuse läbiviimiseks valisin kvalitatiivse meetoodika, et uurida parimate praktikate elluviimist. Infot käesolevas töös kirjeldatud parimatest praktikatest pole veel Eestis palju uuritud ning praktikuid on hetkel vaid mõned. Mõned inimesed pakuvad infoallikatena rikkalikumat teavet, kui teised ning just neid tuleks uuringu osaliste hulka haarata. Marshalli (1996) sõnul peab „heal infoandjal“ olema teadmisi ja kogemusi seoses vastava teemaga, tal peab olema refleksioonivõime ja suutma oma mõtteid selgesti väljendada.

Käesoleva uurimuse andmete kogumiseks ja analüüsimiseks kasutasin juhtumiuuringu struktuurilisi aspekte. Juhtumimeetodi uuring ei ole meetod, kuidas uurida, vaid määrab valiku, mida uuritakse (Stake, 2005).

Stake'i (2005) käsitluse järgi saab juhtumiuuringut jagada kolme tüüpi uuringuteks. Esimeseks on olemuslik juhtumiuuring, kui konkreetselt ühe juhtumi kohta tahetakse rohkem teada. Kõikide oma iseärasuste ja tavalisustega on see konkreetne juhtum huvipakkuv ning seda uuritakse sügavuti. Teine juhtumiuuringu tüüp Stake'i järgi on instrumentaalne juhtumiuuring. Sellisel juhul uuritakse juhtumit, et saada ülevaadet probleemist või tulemusi

seostada üldsusega. Juhtum ise on teisese tähtsusega, olles vaid toetavaks rollikandjaks. (Stake 2005:445)

Oma uurimisvälja katsin nii laialt, kui võimalik. Valisin oma uurimusse Eesti kahe erineva piirkonna haigla sotsiaaltöötajate poolt läbi viidud uued praktikad, mida on rakendatud vaimse tervise probleemidega laste ja noorte abistamiseks. Kuna ise olen ühe vaimse tervise interdistsiplinaarse meeskonna liige ning osalesin aktiivselt ka analüüsitava projekti/programmi väljatöötamisel ja rakendamisel, siis kasutan oma magistritöös ka autoetnograafia elemente, mis tähendab, et analüüsin oma enda tööd ja praktiseerimise viise. Witkini (2014) sõnul mängib sotsiaaltöös üldse autoetnograafia kui uurimismeetod olulist rolli, kuna sotsiaaltöö toimub interaktsioonides kliendi, teiste kliendi suhtlusvõrgustiku osapoolte ja spetsialistide võrgustikega, siis sotsiaaltöötaja enda rolli analüüs on määrav töö tulemuslikkuse hindamisel. Autoetnograafia võimaldab näha konkreetse sotsiaaltöötaja (antud juhul minu) ühilduva uurimisvormi ameti väärtuste ja kohustustega, selgitades, kuidas ehitada ja esitleda reaalsust ühes kindlas kontekstis, teades samal ajal, et kõik öeldu on tähenduslik ja erapoolik ning see tuleb üle vaadata (Witkin 2014). Seega ei esitleta neid konstruktsioone eraldatuna ega kontekstivälisena, vaid nad on seotud oluliste asjaoludega ning sotsiaalsete kategooriatega, mis on meie eludesse sisse kirjutatud (Witkin 2014).

Uurimuse käigus viisin läbi kaks intervjuud, ühe sotsiaaltöötajaga ja teise emaga, kelle laps osales uuel piloteeritaval *outreach* teenusel.

## **2.2. Erinevad praktikad- konteksti tutvustamine**

Järgnevalt kirjeldan erinevaid praktikaid, mis moodustavad käesolevas töös esitatud praktika konteksti. Praktikad said alguse kahest projektist, mida hakati piloteerima läbi Sotsiaalministeeriumi ja Norra Finantsmehhanismide rahastamise aastatel 2013-2016, et arendada uusi teenuseid laste ja noorukite vaimse tervise probleemidega paremaks ja efektiivsemaks toimetulekuks. Lisaks vaimse tervise kabinetide loomisele alustati ka uue *outreach* teenuse piloteerimist, eesmärgiga see teenus peale projekti lõppu viia Haigekassa hinnakirja. *Outreach* teenust osutavad multidistsiplinaarsed meeskonnad, mida on I peatükis kirjeldatud.

Tallinna Lastehaiglas alustati teenuse piloteerimist 2012 aasta sügisel, teenust rahasta Tallinna linnavalitsus. Piloteerimisel osales 7 spetsialisti: psühhiaater, psühholoog, 2 sotsiaaltöötajat ja 2 vaimse tervise õde. Esialgu ei olnud praktilist kindlat juhust, kasutati kriisisekkumise metoodikat ning peamised vajadused töö efektiivsemaks tegemiseks selgusid töö käigus. Uus suund võeti kasutusele Norra kolleegide näite varal, mida kasutatakse Drammeni Haiglas, kus käidi koos meeskonnaga uue teenuse kontseptsiooniga tutvumas. Peamiseks põhjuseks uue praktika elluviimise rakendamiseks oli tekkinud vajadus oma patsientide abistamiseks, kes olid kas hätta sattunud, senistelt teenustelt eemale jäänud või ei olnud valmis ise kohale tulema. Teenus seisnes patsientide koju minemises koos multidistsiplinaarse meeskonnaga, et hinnata lapse või noore vaimse tervise seisundit ning rakendada edasisi vajalikke teenuseid lapsele ja noorele ning tema perekonnale ning kaasata võrgustik.

Teise teenuse piloteerimine sai alguse 2013. aastal Tartu Ülikooli kliinikumi laste ja noorukite vaimse tervise keskus. Teenuse koordinaatoriks sai osakonna sotsiaaltöötaja, kes alustas dokumentatsiooni haldamist, teenuse kirjeldamist ja dokumenteerimist ning oli algusest lõpuni ühenduses patsiendi ja tema perekonna ning võrgustikuliikmetega. Teenuse algaasis ei olnud kasutusel ühtegi kindlat juhendit, lähtuti peamiselt Inglise ja Iirimaa mudelist *outreach* teenuse osutamisel ning töötati välja oma metoodika, millele tuginema hakati. Samuti koostati tööjuhend meeskonnale. Teenuse alustamise põhjused olid sarnased Tallinna kolleegidele, suurenenud vajadus minna patsientide juurde koju, et abivajavad lapsed ja noored saaksid vajaliku lastepsühhiaatrilist abi, kui nad ei ole ise valmis teenuste saamiseks psühhiaatri või vaimse tervise õe juurde pöörduma.

### **2.3. Analüüsitava andmestiku kujunemine**

Uurimuse teostamiseks kogusin kahe erineva projekti kohta andmeid erinevate allikate kaudu. Tartu projekti puhul kasutasin refleksiivset omapraktika analüüsi, mis tugineb minu enda praktika märkmete ja minu enda kogemuste analüüsile töös vaimse tervise probleemidega laste ja noortega ning nende peredega. Teise projekti kohta andmete saamiseks viisin läbi poolstruktureeritud ekspert intervjuu projektis töötanud sotsiaaltöötajaga Tallinna vaimse tervise keskest, kes on *outreach* teenuses osalenud ja kes omab kogemust vaimse tervise probleemidega laste ja noortega töötamisel.

Võtsin ühendust Tallinna lastehaigla sotsiaaltöötajaga, et temaga intervjuu teha. Intervjuu viisin läbi tema töökeskkonnas, et märgata teda iseloomustavaid rikkalikke detaile ja tema kogemustesse sisse elada. Intervjuu küsimused olid avatud ning poolstruktureeritud, et sotsiaaltöötajal oleks oma kogemusi võimalik kirjeldada peamiselt enda kogemusi arvestades, et teda mitte suunata ja anda talle ette viiteid, millest rääkida.

Lisaks sotsiaaltöötaja intervjuule ja oma töökogemusele intervjuerisin ka ühte teenusel osalenud patsiendi ema. Intervjuu toimus patsiendi kodus, et oleks võimalikult turvaline ja kodune keskkond. Teenuse osutamine viidi läbi samas keskkonnas, kus ka intervjuu toimus. Intervjuu oli avatud küsimustega ning poolstruktureeritud.

Uurimuse üheks eelduseks oli see, et teenust osutavad sotsiaaltöötajad omaksid praktikat ja kogemust vaimse tervise probleemidega laste ja noortega töötamisel, omaksid võrgustikutöö kogemust ja oleksid läbi viinud ka piloteeritavat teenust.

Uurimuses osales kaks sotsiaaltöötajat. Sel hetkel, kui mina oma uurimustööd läbi viisin oli Eestis kaks *oureach* teenust osutavat meeskonda, millest ühte kuulus üks sotsiaaltöötaja ja teise kaks sotsiaaltöötajat. Ehk siis üks uurimuses osalenud sotsiaaltöötaja töötas Põhja-Eesti piirkonnas ja teine Lõuna-Eesti piirkonnas. Üks töötas Tallinna lastehaigla vaimse tervise keskuses ja teine sotsiaaltöötaja töötab Tartu Ülikooli Kliinikumi Laste ja noorukite vaimse tervise keskuses. Intervjueeritaval sotsiaaltöötajal on kogemus laste vaimse tervise valdkonnas 7 aastat. Tal on kogemus võrgustikutööd tehes, omab kogemust ka KOV lastekaitsetöötajana ning on osalenud paljudes võrgustikukohtumistes. Ta on viinud läbi erinevaid koolitusi erinevatele võrgustikuliikmetele ning viib läbi grupiteraapiaid nii noorukitele kui ka lapsevanematele.

Teisel sotsiaaltöötajal on kogemus tervishoiu sotsiaaltöötajana 11 aastat. Ta omab kogemust rehabilitatsioonimeeskonna juhina, on grupiteraapia väljaõppega ning osutab viimasel kolmel aastal ka preteraapia teenust. Ta on koolitanud mitmete koolide spetsialiste ja kohalike omavalitsuste lastekaitse- ja/või sotsiaaltöötajaid, et nad omaksid teadmisi vaimse tervise probleemidest ning tuleksid paremini toime vaimse tervise probleemidega laste ja noortega.

## **2.4. Patsiendi juhtumi lugu**

Patsiendi juhtumi lugu, mida käesolevas töös analüüsin pärineb minu enda tööst. Patsiendi juhtumi loo analüüsimiseks kasutasin oma märkmeid. Märkmed jagunevad kahte ossa. Esimese osa märkmed kirjeldavad patsiendi juhtumi jõudmist minuni ning teine osa sisaldab töö käigus tehtud märkmeid. Patsiendi juhtumi lugu jõudis minuni kooli sotsiaalpedagoogi kaudu, kes võttis ühendust ja teatas nende põhikoolis õppivast noorest, kes ei ole mitu kuud koolis käinud, ei käi kodust väljas, veedab aega peamiselt arvutis ja on ema suhtes agressiivseks muutunud. Lisaks oli üheks probleemiks poisi isoleerumine oma suhtlusvõrgustikust ja eakaaslastest.

Patsiendi juhtumist ülevaate saamiseks tegin intervjuu emaga. Töös kirjeldan kliendina ema, kes kirjeldab intervjuus oma poja lugu ning patsiendina käsitlen poissi, kellele teenust osutati. Analüüsisin tegevust, et jõuda selleni, mis on teenuse eripäraks, mida teeb teenus teisiti, kui senised pakutavad teenused ning mida enamat pakub teenus, kui KOV või kool.

Emaga intervjuu lindistasin ja transkribeerisin, kodeerisin ning võtsin välja huvipakkuvad ja senistest teenustest eristuvad teemad.

## **2.5. Andmete kogumine ja uurimuse käik**

Järgnevalt kirjeldan uurimuse käiku ja andmete kogumist. Minu andmed pärinevad erinevatest allikatest. Osalejatega tegin poolstruktureeritud intervjuud, mis võimaldas siseneda nende enda keskkonda, et saada võimalikult täpselt teada nende enda kogemusi. Intervjuu küsimused koostasid teadaolevatele andmetele tuginedes, mis oli kogutud teadmistest teenuse osutamisest käesolevalt. Intervjuu küsimused olid avatud. See andis võimaluse intervjuueeritavatel edastada oma kogemus nii nagu nemad seda kogevad.

Lisaks intervjuule analüüsisin ka dokumente. Analüüsitavad dokumendid olid SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Psühhiaatriakliiniku koostatud dokumendid *outreach* teenusest, Kanada sotsiaaltöötajate assotsiatsiooni dokument sotsiaaltöötaja nõuetest kliinilisele sotsiaaltöötajale. Samuti analüüsisin oma märkmeid, mida olin teinud töö käigus ning millele tuginedes oma uurimustööd alustasin.

Toetudes eelnevalt loetud temaatilisele kirjandusele ja varasematele uuringutele, panin uurimuse koostajana enne andmete kogumist paika käesoleva uurimuse üldise raamistiku ideeliste peatükkide näol, mis olid mulle huvipakkuvad käesoleva juhtumi uurimise juures.

Dokument, mida analüüsisin oli eelduseks uueks teenuseks, mida plaaniti peale piloteerimist osutama hakata Eesti Haigekassa teenusena. Seni rahastus *outreach* teenuseks puudus.

Intervjuude teostamisel tuginesin dokumentide andmetele ning oma kogemusele. Intervjuud toimusid suuliselt ja lindistati. Dokumentide andmetest sain viited, milliseid küsimusi esitada, et oma töö üles ehitada.

Uuritav teenus Eestis on uus ning sellega on seni olnud seotud vaid mõned sotsiaaltöötajad. Kuna ma olen oma töös kasutanud oma kogemust ja oman pikaajalist kogemust vaimse tervise probleemidega laste ja noortega töötamisel, lisan käesolevale tööle ka oma kogemuse põhiseid tähelepanekuid ning eneserefleksiooni.

## **2.6. Andmeanalüüsi meetod**

Andmete analüüsimiseks kasutasin üldist analüütilist strateegiat Robert K. Yin (2009:131) kirjelduses, mille kaudu luuakse andmete analüüsimisel juhtumile kirjeldav raamistik. Kirjeldav raamistik organiseerib juhtumiuuringu andmete analüüsi ning laseb eeldada, et andmed koguti nendele teemadele vastavalt. (Yin 2009:131). Käesolevas uurimuses kasutatud andmete analüüsi meetod lubas sellist paindlikku käsitlust. Lisaks eelnevalt välja toodud strateegiale kasutasin andmete analüüsimiseks suunatud sisuanalüüsi, kus avatud kodeerimise käigus otsiti huvipakkuvaid teemasid (Laherand 2008).

Teenuse välja töötamiseks loodud dokumente ja oma märkmeid analüüsid selgusid esmased mustrid ja seaduspärasused, mille käigus selgusid esmased teema kategooriad. Suulised intervjuud kodeerisin, huvipakkuvad teemad transkribeerisin. Kõiki kogutud andmeid analüüsisin, võrdlesin ning jaotasin teemadesse.

Witkini (2014) sõnul on kriitilise refleksiooni mõistmine lõppkokkuvõttes õppimine kogemusest (või sellele tähenduse andmisest), mis on alanud fundamentaalsete eelduste avastamisest ja uurimisest, mis on kaudselt inimese enda kogemused. Eneserefleksioon selles protsessis mängis suurt rolli. Mul oli võimalus omada kogemust dokumentide koostamise

juures, teenuse väljatöötamise juures, teha intervjuu teise sotsiaaltöötajaga, kes sama kogemust omab ning teha intervjuu emaga, kelle laps teenusel osales.

## **2.7. Uurimuse eetiline aspekt**

Käesolevas uurimustöö jaoks küsisin nõusoleku intervjueeritavate käest. Töös on intervjueeritud kahte inimest. Kliendi intervjuuks küsisin temalt luba ja andsin lubaduse olla konfidentsiaalne, mis tähendab, et ma lubasin olla diskreetne, mitte kasutada nimesid ega täpseid kirjeldusi tööst. Oma töös kasutan ma vaid töö eesmärgi saavutamiseks vajalikku materjali. Konfidentsiaalsusnõudele vastavalt ei saa ma lisades ära tuua juhtumi detailset kirjeldust.

## III PEATÜKK: ANALÜÜS JA ARUTELU

### 3.1. Vajadus uute teenuste järele

Teenust sellises mõistes nagu seda on *Outreach* teenus, on pakutud ka varasemalt. Aastaid tagasi oli meie osakonnas Tartus mitmeid selliseid juhtumeid, mis vajasid sellist sekkumist. Näiteks pöördus ema, kes oli väga mures oma lapse pärast, kuna laps ei olnud valmis kodust väljuma, oli oma tuppa isoleerunud, temaga ei saanud enam keegi kontakti ja oli oht, et ta võib enesele viga teha. Olukorrad olid muret tekitavad nii vanematele, kui ka meile ja vajasid sekkumist. Kiirabi väljakutseks ei olnud nende juhtumite puhul enamasti piisavalt põhjust ning see tingis olukorra, kus kodus on abivajav patsient, hädasolevad vanemad, kuid sekkumist ei olnud võimalik teostada teisiti, kui tuli koju läksid lastepsühiater ja vaimse tervise õde. Varasema perioodi sekkumised olid ühekordsed, eesmärgiga kiiresti last ja perekonda abistada ja ta võimalikult kiiresti ühiskonda tagasi saada. Enamasti tähendas see abi lapse statsionaarsetele uuringutele suunamist, mis võimaldas lapse või noore vaimse tervise seisundi hindamist.

Psühhiaatrilise abi seaduse järgi antakse lapsele või noorele psühhiaatrilist abi tema seadusliku esindaja nõusolekul ja lapse või noore enda soovi alusel. See tähendab, et kui ta abi vajab, peab ta ise olema valmis seda vastu võtma ja peaks ka ise kohale tulema. Vanemad näevad abivajadust, aga ei oska olukorda lahendada. Selliste olukordade lahendamiseks mindi meeskonnaga koju, enamasti olid need kaheliikmelised meeskonnad, kuhu kuulus vaimse tervise õde ja psühiater.

Aastatega hakkas selliste juhtumite arv kasvama. Raske on öelda üht kindlat arvu, kuid aina enam oli neid olukordi, kus laps või noor ei olnud enam valmis kodust lahkuma, ei käinud koolis, ei suhelnud oma sõpradega ega ka vanematega ning oli suhtles arvutis ja ei lahkunud oma toast ega voodist. Nende laste ja noorte käitumine oli muutunud, nad olid kergesti ärrituvad, ähvardavad või isegi agressiivsed, kui nende ellu püüti sekkuda. Neil võis esineda ennastkahjustavat käitumist, enesetapumõtteid või ähvardusi sooritada enesetapp.

Enamasti oli kool püüdnud sekkuda, sotsiaalpedagoog oli korduvalt kodus käinud lapse või noorega rääkimas, sageli ka klassijuhataja, kuid neid ei saanud edu. Laps ei võtnud kontakti ja olukord jäi muutumatuks. Selliste juhtumite puhul oli sagedaseks olukord, kus vanemal ei

olnud teadmisi, kuhu pöörduda ja kellelt abi otsida. Enamasti välditi kohaliku omavalitsuse poole pöördumist.

Selliste olukordade lahendamiseks oli meil võimalus läbi Sotsiaalministeeriumi ja Norra Finantsmehhanismide poolt rahastatud Vaimse Tervise Keskuste loomise projekti hakata piloteerima uut teenust, *outreach* teenust, mille eesmärk oli laste ja noorukite vaimse tervise keskuses pakkuda vaimse tervise probleemidega lapsele või noorukile ning tema perele psühhiaatrilist abi elukohajärgselt, temale sobivas keskkonnas.

Tallinna Lastehaigla Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja kirjeldas teenuse alustamist selliselt: *Nii see algas sellest, et tekkis vajadus sellise mobiilse meeskonna järele. Et psühhiaatriakliinikus, kus ma siis töötasin, Tallinna lastehaigla laste ja noorukite psühhiaatria osakonnas. Sinna hakkas järjest rohkem jõudma teateid patsientidest, kes mingitel põhjustel ei jõua ravile. Esialgu olid need siis meie enda patsiendid, kes olid seal statsionaaris olnud ja neil oli siis mingi ravi määratud või mingi teraapia ja nad kuidagi vajusid ära või ei käinud enam ambulatoorselt kohal ja siis nende vanemad pöördusid meie poole, et laps on kodus ja ei tule välja, ei tule teraapiasse, ei võta ravimeid.*

Nagu näha, viis nii Tartus kui Tallinnas teenuse loomiseni viis mure patsientide pärast, kes olid jätnud või jätmas ravi pooleli. Tallinna Lastehaigla Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja rääkis, et *„Et see ühelt poolt tingis vajaduse minna uurima, kus need lapsed siis on jäänud ja mis nendega on siis saanud ja teiselt poolt pöördusid ka spetsialistid, omavalitsuse lastekaitsetöötajad või alaealiste komisjon või erinoorsootöötajad, et samal põhjusel, et siis eeskätt et laps ei käi koolis ja sageli oligi, et see laps üldse polnud ka kodust väljas käinud. Et siis koju jäänud lapsed, abi vajavad lapsed.“*

Uut teenust kavandama hakates arutasime ja kaalusime TÜ Kliinikumis erinevaid võimalusi, kuidas teenust oleks parem osutada, millised oleksid meie vajadused ja võimalused, ressursid ja raskused. Me pidime arvestama, et uue teenuse arendamine käib meie igapäevase töö kõrvalt, lisatööna, mis tähendas seda, et töömaht kasvab. Meie esmane plaan oli osutada teenust patsiendi juures kodus, st, et plaanisime, et meeskond läheb koju, sinna, kus oli patsient.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja võtab kokku teenuse algatamist järgmiselt: *Tegelikult mis meil siis juhtumiteks sai, mis praktika siis näitas, olid siis sellised pikemat aega kestnud rasked juhtumid. Et nii öelda kellegi kinni jäänud juhtumid või sellised, mis olid kuhjunud. Need juhtumid tulid meile, raske juhtum, keegi ei saa abi. Abi vajasid siis ühelt poolt ametnikud ja pere ja laps siis, nendega hakkasime tööle.*

Teenust ei planeeritud kiirabi väljakutseks igas olukorras, kus lapse või noorega toime ei tulda, seega otsustasime enda jaoks ka kindlad kriteeriumid paika panna ning planeerisime, et teenust hakkame osutama olukordades, kus lapsed või noorukid, kellel puudub võimalus statsionaarse abi saamiseks: kogevad erilist emotsionaalset, käitumuslikku või psühhiaatrilist hädaolukorda, sealhulgas (kuid mitte ainult) esinevad enesetapuähvardused, suitsidaalsed mõtted, enesekahjustamine, agressiivne käitumine, oht teiste vigastamisele, depressioon, raske emotsionaalne ärrituvus või igapäevaste tegevustega mitte hakkama saamine, kehv reaalsuse tajumine või mõttetegevuse häirumine, valdav ärevus või paanikahoo tekkimine. Teenuse osutamise tegevus lähtub patsiendi tervislikust seisundist ja sotsiaalsest toimimisest. Oluline on säilitada patsiendi huvidest lähtuv võimalikul kiire sekkumine.

Tallinnas oli kogemus sarnane. Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja: *Et ta [sotsiaalpedagoog] siis paar korda kodus käis ja siis räägiti koolist ja et miks sa ei käi ja eks see teema ja lapsed olid ilmselt muude probleemidega kimpus ja ma arvan, et need sekkumised ei olnud seal olnud edukad. Meil oli aega hakata üldse seda silda seal looma. Esimesed kolm kohtumist me võib-olla üldse kooli teemat ei puudutanud. Rääkisime maast ja ilmast või tegelesime muude asjadega ja meil oli ka mitmekülgsem aitamise võimalus.*

Oma töös näen sageli seda, et vaimse tervise probleemidega laste ja noortega tegelevatel spetsialistidel on raske ja keeruline suhelda laste või noortega, kellel on vaimse tervise probleemid. Nad kas liigitatakse koheselt probleemseteks või neile ei julgetagi läheneda. Spetsialistidel on keeruline minna olukorda, mis tundub hirmutav ja võib ohtlik olla. Enamasti ei olda valmis või pole nad kokku puutunud olukordadega, kus tuleb sekkuda füüsiliste ohjeldamistega, kui laps või noor on vägivaldne või ähvardav.

Teenuse eripäraks on *outreach* meeskonna oskused lapse ja tema pereliikmetega kontakti saada ja suhelda vastavalt nende eripäradele.

Tallinna Lastehaigla Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja jutustab sellest nii: *Enamasti oli selline olukord, et ta [laps]ei olnud üldse mingiks koostööks valmis, et oligi, et kui keegi oli koju läinud, siis laps oli aknast alla hüpanud või ära peitnud ennast või selles mõttes ei saanud sündida sellist koostööd selle inimese ja lapse vahel. Aga meil oli siis võib-olla natuke rohkem tarkust, teadmist ja kogemust, kuidas üldse vaimse tervise probleemiga lapsega ringi käia, kuna kõik meie meeskonna töötajad olid pikaajase töökogemusega vaimse tervise valdkonnas, sest me kõik olime töötanud seal psühhiaatriaosakonnas ja me teame, mida üldse tähendab psüühikahäirega laps ja meil on võib-olla ka parem koostöö selle vanemaga ja vanemal võis ka olla mingeid eripärasid, miks ametnikud ei tulnud hästi toime. Ja suurem teadmine lapse psühhopatoloogiast, see oli meil võib-olla natuke teistmoodi kui nendel ametnikel, kes seni olid käinud ja meil oli võib-olla natuke rohkem aega ja vabamad käed, et kui mõelda lastekaitsetöötaja peale või mingi muu ametniku ja kooli töötajatele, siis nende eesmärk oli see, et laps peab koolis käima. Et ta siis paar korda kodus käis ja siis räägiti koolist ja et miks sa ei käi ja eks see teema ja lapsed olid ilmselt muude probleemidega kimpus ja ma arvan, et need sekkumised ei olnud seal olnud edukad selliselt.*

Tegemist oli teatud mõttes ekspertteenusega, sest vaimse tervise probleemidega laste ja noortega tegelevad spetsialistid, kes olid varasemalt lapse või noorukiga kokku puutunud, ei olnud osanud olukorda käsitleda viisil, et see kuidagi lahenenud oleks. Meeskonnas olevatel spetsialistidel on pakkuda oma kogemust ja teadmist vaimse tervise probleemide lahendamiseks. Meeskonnaliikmed teavad, kuidas probleemsetes olukordades käituda ja milliseid soovitusi anda, et olukord paraneks.

Olukord jäi muutumatuks ja sageli süvenesid lapse toimetulekuraskused ja isoleerumine ühiskonnast. Vanemate suutlikkus oma lapsi aidata oli vähene, nad süüdistasid tekkinud olukorras ennast, ei osanud abi osutada oma lapsele ega osanud abi otsida mujalt. Vanemate olukord antud juhtumite juures oli keeruline, sest ühelt poolt soovisid nad abistada oma lapsi, teiselt poolt oli neil vaja täita seadusest tulenevat kohustust, et nende laps käiks koolis.

Seejärel võttis kool ühendust kohaliku omavalitsuse lastekaitsetöötajaga või sotsiaaltöötajaga, kes oli olukorda püüdnud sekkuda.

Meeskonna spetsialistidel on aega, sest teenusele ei ole seatud ajalisi piiranguid ning üheks eesmärgiks on esmase kontakti loomine. Meeskond saab minna koju korduvalt, kuni kontakt

on loodud ja on märgata edasiminekut, laps või noor on motiveeritum koostööks ja valmis vastu võtma pakutavat abi. Lastekaitsetöötajatel/sotsiaaltöötajatel ei ole oma suure töökoormuse tõttu võimalik käia kodus korduvalt, motiveerida last või noorukit ning vanemaid. Lastekaitsetöötaja/sotsiaaltöötaja peavad lähtuma vastavalt seadusest - laps peab käima koolis. Meeskonna abil saavad nad vastutust hajutada ning anda vaimse tervise eriala spetsialistidele juhtumi lahendamiseks edasi.

Teenuse loomiseks olid sarnased ajendid mõlemas asutuses, hakati tegelema pikka aega kestnud juhtumitega ning juhtumitega, kus laps/noor oli isoleerunud koju. Teenuse tugevuseks võib pidada meeskonnaliikmete teadmisi ja kogemusi vaimse tervise probleemidega laste ja noortega suhtlemiseks ning teenuseks piisava aja võtmist.

### **3.2. Lastega tegelevate spetsialistide puudulik teadmine ja oskus märgata ja toime tulla vaimse tervise probleemidega laste ja noortega**

Lastekaitsetöötaja või sotsiaaltöötaja käis kodus ja püüdis lapse või noorukiga kontakti saada, selgitada probleemi olemust ja püüdis last või noort motiveerida, kuid olukord jäi muutumatuks. Pakuti erinevaid teenuseid, soovitati pöörduda psühhiaatri või psühholoogi poole, aga enamasti seda ei juhtunud, sest vanemad ei osanud oma last motiveerida, olid ise hädas selles olukorras ning tundsid ennast abituna. Ja siis pöördui meie poole.

Tallinna Lastehaigla Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja: *Pöördusid ka spetsialistid, omavalitsuse lastekaitsetöötajad või alaealiste komisjon või erinoorsootöötajad, et samal põhjusel, et siis eeskätt, et laps ei käi koolis ja sageli oligi, et see laps üldse polnud ka kodust väljas käinud, et siis koju jäänud lapsed, et on aru saada et on abi vajavad lapsed, kellel ei ole nendel ümbritsevatel inimestel, siis pereliikmetel ja spetsialistidel, kes on siis sekkuda proovinud, ei ole olnud piisavalt ressursse, et neid aidata. Kas pole oskusi või teadmisi piisavalt või aega piisavalt, et see ühelt poolt ja meie enda vajadused, kus meie patsiendid siis on ja kuhu nad on kadunud.*

Patsiendid kadusid vaateväljast ja raske oli neid tagasi teenustele saada. Raskuste ei olnud mitte ainult vanemad ja laps vaid ka vaimse tervise probleemidega tegelevad spetsialistid, kelle jaoks oli olukord keeruline ja vajalikke sekkumisi, mis abistaks ei ole vaimse tervise valdkonnas.

Järjest enam pöördusid meie poole abi ja nõuannete saamiseks ka teiste erialade spetsialistid, koolidest, õpilaskodudega koolidest, erikoolidest, kohalikest omavalitsustest, asenduskodudest, lasteaedadest, kes töötasid laste ja noortega, kellel on vaimse tervise probleemid. Sagedased raskused olid lapse või noore käitumine, kergesti ärrituvus, oma emotsioonidega toimetulekuraskused, eakaaslaste või õpetajate või vanemate ründamine, liigne arvuti kasutamine, ennastkahjustav käitumine, enesetapuähvardused jne.

Tallinna Lastehaigla Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja täpsustab: *Teiste alade spetsialistid ei suuda alati märgata, kui asjad lähevad keeruliseks, nad ei ole nii teadlikud vaimse tervise probleemidest ja nendega toimetulekust, kui midagi hakkab valesti minema ja nad ei oska alati sekkuda. Ja kui palju neil on üldse aega ja oskust sekkuda seal nendesse. Üks on lapse vaimse tervise probleemid ja teine on terve pere probleemid, mis seal toimuvad. Tõenäoliselt nad jõuavad sinna ametisse alles siis, kui on midagi hullu juba, lapse käitumine koolis või satub kiirabiga, et sellist järjepidevat käimist seal ei toimu või toetamist selle olukorraga, et ägenemist ei tuleks.*

Mõned aastad varem olime alustanud laiemalt võrgustikutöö tegemist koolide, omavalitsuste ja teiste laste ja noortega tegelevate asutustega, korraldades neile koolitusi ja võrgustikukohtumisi, kus me andsime juhiseid, kuidas keeruliste olukordadega paremini toime tulla, kuidas võiks käituda keeruliste olukordade puhul ja millisel moel oleks parem suunata ja juhendada vaimse tervise probleemidega lapsi ja noori. Me selgitasime neile, mida diagnoos tähendab, milline käitumine on tingitud diagnoosist ja milline käitumine on õpitud käitumine ning vajab suunamist ja juhendamist. Need kohtumised olid loonud olukorra, kus psühhiaatria oli teinud sammu lähemale teistele spetsialistidele oma pädevusega ning jagas oma pädevust, kogemusi ja oskusi teiste erialade spetsialistidega.

Tallinna Laste ja noorukite vaimse tervise keskuse sotsiaaltöötaja räägib oma tööst: *Me kaasasime alati ka kohaliku omavalitsuse. Kui keegi pöördus, siis me kaasasime alati lastekaitsetöötaja, et oleks siis kuhu pärast [juhtum] üle anda. Meeskond oli nagu ka sel hetkel juhtumi korraldaja. Me tegime lastekaitsetöötajaga koostööd, aga sel hetkel olime meie need, kes juhtumit vedasid.*

Lisaks sellele oli järjest enam juhtumeid asenduskodudes elavate laste või noortega, kus nendega ei tulnud toime, kuigi peale statsionaarseid uuringuid oli antud juhiseid ja soovitusi.

Lihtsalt diagnoosist ei olnud abi, lisaks vajati konkreetsemaid suuniseid lapse käitumisega toimetulekuks. Loodeti, et peale uuringuid ja ravi määramist on olukorrad lahendatud kuna enamasti olid lapsed ja noored osakonnas olles ka oma käitumist muutnud. Millega ei arvestatud, oli kahe keskkonna erinevus, st lastepsühhiaatria osakond on suletud üksus, mis pakub väga kindlat režiimi, seal on kindel päevakava ja kindlad nõudmised, lastel ja noortel puudub võimalus iseseisvalt osakonnast lahkuda ning neid jälgivad ööpäevaringselt täiskasvanud.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja sõnastuse kohaselt: *Mis sellel süsteemil puudu ongi, on see ühelt poolt see arusaamine, et üldse inimesele saaks mingit abi anda, on see pikk protsess. Võib-olla oli meil neli kohtumist enne üldse ainult emaga, seisime koridoris ja rääkisime emaga, laps oli hoopis teises toas kusagil taamal, üks kinni ja me rääkisime vanemaga nii, et laps ka kuuleks. Muredest ja kuidas me aidata saame ja nii, et kes me oleme ja võib-olla alles kolmandal või neljandal korral me nägime seda last. Me võtsime hästi väikseid samme perekonna tempos hakkasime peale, et sageli oli mitu probleemi - vanematevahelised probleemid, sotsiaalsed probleemid, millega pidi tegelema. Ei olnud ainult see, et laps ei käi koolis ja minge nüüd tehke midagi.*

Sageli on lapsed probleemiks, nende diagnoosist tulenevalt on lihtne mõelda, et tegemist on haigusega ja sellisel juhul ei saa teda aidata, vajalik oleks eeskätt ravimite olemasolu ja kui laps või noor hakkab paremini käituma, on olukorrad lahendatud. Sageli ei arvestata, et laps või noor, kellel on vaimse tervise probleemid, ei ole selliselt käitudes ära õppinud vajalikke toimetulekuvõtteid, ta ei tea, kuidas mingis olukorras käituma peab, ta ei oska ennast suunata ja juhendada ning ta vajab eeskätt täiskasvanute abi, suunamist ja juhendamist. Tegelikult aga vaimse tervise probleemide puhul määravaks võivad olla suhted lapse lähiümbruskonnas. Vanemad ja hooldajad ei oska seostada nendevaheliste suhete ja suhete mõju lapse endaga lapse vaimsele tervisele.

Tallinna Laste ja noorukite vaimse tervise keskuse sotsiaaltöötaja selgitab, et *outreach* teenus ei piirdu vaid lapse või pere abistamisega, vaid selle juurde kuulub ka teiste spetsialistide ja eeskätt lastega otse suhetes olevate personali nõustamine: *Mõned kolleegid käisid ka näiteks asenduskodu personali nõustamas, kui tuli mitu pöördumist ühest asenduskodust, et neil on lapsed kes on nii rasked, et keegi ei saa hakkama, siis nad pigem läksid sinna ja tegelesid selle personaliga. Alguses jälgisid seda last ja siis oli hoopiski vaja seda personali nõustada.*

*Mitte selle lapse, kui probleemiga tegeleda, vaid pigem see, kuidas personal reageeris sellele ja kui palju nad üldse teadlikud olid, kuidas ja miks see laps niimoodi käitub ja kuidas siis tegeleda.*

Kuna meie poolt pakutav teenus on ajutine ja lapsel või noorel tuleb tagasi minna oma keskkonda ja alustada taas oma õpinguid ning vajalik on ka teiste tugiteenuste olemasolu, planeerisime ka võrgustiku kaasamist, mis aitab taastada tugisüsteemide omavahelisi suhteid: tervishoid, perekond, kogukond.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja näeb seda selliselt: *Nii see siis töö käigus kujuneski, et meie eesmärgiks sai see, et me mitte ei lahenda seda probleemi oma kohalkäiguga, vaid et saaks üldse alus selliseks koostööks. Enamasti oli siis mingi liikumine edasi kusagile teenusele või anti kohalikul omavalitsusele tagasi, kui selgus, et vajab vanemlikku nõustamist rohkem.*

Teenust osutanud sotsiaaltöötajate hinnangul on KOV sotsiaaltöötajate väljaõpe laste ja noorte vaimse tervise valdkonnas puudulik, neil võivad näiteks, puududa oskus autisliku teismelisega suhtlemiseks ja toime tulemiseks. Lapsed ja noored, kellel on vaimse tervise probleemid ning nende vanemad, vajavad spetsialisti, kellel on vaimse tervise valdkonnas ettevalmistus ja vaimse tervise spetsialisti abi vajavad omavalitsuse sotsiaaltöötajad ning asenduskodu töötajad, et tulla toime ning aidata lapsi ja noori. Lastega tegelevatel spetsialistidel on vähe teadmisi toimetulekuviisidest, kuid nad omavad seejuures suuri ootusi ning sageli ebarealistlikke ootusi lastele ja nende toimetulekule. Sotsiaaltöötajatel, kes töötavad tervishoius, vaimse tervise valdkonnas, on olemas teadmised, kogemused ja oskused töötada vaimse tervise probleemidega laste ja noorte ning nende vanematega.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja: *See on lisapädevus juures. Mitte iga sotsiaaltöötaja ei ole võimeline töötama vaimse tervise teemadega. Outreach ei ole ju tervishoiu sotsiaaltöö juurde käiv. See oli midagi muud, uus väljakutse meeskonnatöö ja juhtumid ja nende arutelud ja erinevate valdkondade spetsialistidega koostöö rikastas. Sotsiaaltöötaja on võimeline enamaks, andma oma panuse võrdse meeskonna liikmena. Sotsiaaltöötaja on keegi, kes oskab erinevad valdkonnad kokku panna. Laps ei ole ju kogu aeg meditsiinis, peab oskama tõlgendada ja edasi anda.*

*Outreach* meeskonna kogemuste alusel on nad tegelenud selliste keeruliste probleemolukordade lahendamise, mis kuuluvad kohaliku omavalitsuse lastekaitsetöötaja/sotsiaaltöötaja tegevusvaldkonda, ent mis jääb kohaliku omavalitsuse poolt lahendamata piisavate oskuste ja teadmiste puudumise tõttu.

Senine kogemus *outreach* teenuse osutamisel on olnud positiivne, andnud mitmeid eduelamusi ning aidanud mitmeid spetsialiste ning perekondi, eelkõige julgelt sekkuma ning võtnud vanematelt ära hirmu pöörduda spetsialistide poole.

Erinevate erialade spetsialistid on saanud julgustuse ja „toe“ enda kõrvale ning ka teadmisi vaimse tervise valdkonnast üldisemalt. See tähendab, kuidas sekkuda, kelle poole pöörduda ning kuidas olla toetatud ning kuidas olla ise olemas. See on aidanud toetada ja suurendada võrgustikku.

Vanemad on saanud julguse ja toetuse. Eelkõige on oluline olnud vanematel teadmine, et nad ei ole „erilised“, et julge on pöörduda ning nad ei ole üksi. Lisaks on vanematel vähenenud hirm suhelda või pöörduda hädas omavalitsuse või kooli spetsialistide poole.

Senine praktika on näidanud, et teiste erialade spetsialistid- õpetajad, sotsiaalpedagoogid, lastekaitsetöötajad/sotsiaaltöötajad, Rajaleidja keskuse töötajad ei oma piisavalt teadmisi ja oskusi, kuidas toime tulla vaimse tervise probleemidega lapse/noorukiga ning kuidas toetada perekonda. Senine kogemus näitab, et on olemas erinevad rakendatavad meetmed, mis on pigem karistavad, kui toetavad (alaealiste komisjon, õpilaskoduga kooli suunamine).

Vanemad ning ka spetsialistid jäävad üksi, on segaduses ega oska sekkuda viisidel, mis abistaks nii neid endid, kui ka hädas olevat last.

Vaimse tervise valdkond on spetsiifiline. Kas põhjuseks, miks vaimse tervise probleemidega lapse ja noorega ei julgeta suhelda, on hirm või on selleks midagi muud, on raske öelda. Lähtuvalt teoriast saab öelda, et „häda“ ei ole mitte lapses, vaid teda ümbritsevas keskkonnas ning teatud mõttes on õpetajad, asenduskodu personal ja teised vaimse tervise probleemidega laste ja noortega tegelevad spetsialistid lapse jaoks keskkond. Üheks teenuse loomise ajendiks on vajadus muuta keskkonda lapse ümber ja teenus teeb seda.

### 3.3. Töötamine multidistsiplinaarse meeskonnana

Meeskondade koosseisu planeerimisel lähtusime multidistsiplinaarse meeskonna olemusest, mis tähendab seda, et meeskonnas on esindatud erinevate erialade spetsialistid andmaks oma pädevusest lähtuvalt oma panust juhtumi lahendamisse. Meie plaaniks oli alustada kodus käimistega kolmeliikmelise meeskonnana, kuhu kuulus sotsiaaltöötaja, psühhiaater ja vaimse tervise õde ning psühholoog kaasatakse vajadusel. Vajadust hinnatakse vastavalt eelinfole. Sotsiaaltöötaja roll meeskonnas on koordineerida võrgustikutööd ja hinnata kohapeal pere ressursse ning hilisemas meeskondlikus arutelus anda oma eksperthinnang raskuste lahendamiseks.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja täpsustab nende meeskonna koosseisu: *Alustas 7 inimest meeskonnas, 2 õde, 2 sotsiaaltöötajat, psühholoog ja 2 psühhiaatrit. Näiteks üks sotsiaaltöötaja oli meil ka pereterapeut. Ja meil oligi vahepeal nii, et ta hakkas perega tööle, esialgu vanematega ja mina kohtusin lapsega. Meil olid igakuised regulaarsed supervisioonid, kus me neid juhtumeid arutasime.*

Meie meeskonda kuulusid kindlad inimesed ning meil olid rollid selgelt ära jaotatud: sotsiaaltöötaja rolliks oli võrgustikutöö koordineerimine ja võrgustiku kaasamine, eelinfo kogumine võrgustikuliikmetelt, pere ressursside ja vajaduste hindamine ning pere enda võimaluste hindamine lähtuvalt nende reaalsusest ning kogukonna võimaluste väljaselgitamine ning sellest tulenevalt, lähtuvalt lapse või noore vaimse tervise probleemidest tulenevate raskustega kohandamine ning seniste teenuste rakendamine ja nende tulemuste välja selgitamine; vaimse tervie õde rolliks oli esmase anamneesi kogumine ja vaimse tervise probleemide esmane hindamine ning seniste vaimset tervist toetavate teenuste tulemuslikkuse hindamine; psühhiaatri rolliks oli hinnata vaimse tervise probleemi ulatust ja sellest tulenevat vajadust kas raviks või edasiste uuringute vajaduse väljaselgitamist.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja sõnul oli nende meeskonna koosseis erinev meie omast: *Me hakkasime töötama paarides, supervisioonid ja juhtumi arutelud olid meil kogu meeskonnaga, aga väljasõitudel hakkasime käima kahekaupa. Et siis need varieerusid, erinevad komplektid võisid kokku saada, aga alati oli konsulteerimisvõimalus psühhiaatriga. Kui õde ja psühholoog läksid, siis arutasid hiljem psühhiaatriga. Alguses me mõtlesime et vahetame paare, et oleks ka teist vaadet, ma ei tea kust meil see mõte tuli, kas see oli kellegi*

*teise riigi kogemus või mingi praktika. Aga me ikkagi leidsime, et see ei toimi nii. Sest see kontakti loomine ja usalduse tekkimine võtab ikkagi palju aega ja oli hea, kui olid samad inimesed, kes käisid.*

Peale kodus käimist toimusid arutelud kodus käinud meeskonna vahel, kus hindasime nähtut ja kuuldot: toimus juhtumiarutelu, kus otsustati edasise tegevusplaani üle ning suunati kas vajadusel edasistele teenustele, laps või noor statsionaarse pandi raviteenuse järjekorda või toimusid korduvad kodukülastused. Teenuse arenedes, muutusid pisut ka koju mineva meeskonna koosseis. Lähtuti peamiselt eelinfost, mille põhjal otsustati, kas meeskonda, kes koju läheb peaks kuuluma ka psühhiaater. Psühhiaatriga arutati juhtum enne koju minekut ja peale kodus käimist läbi ja otsustati edasine tegevus.

Me mõtlesime kaua, kuidas oma meeskonda nimetada. Ükski nimi, mida kaalusime, ei tundunud sobivat oma pika lohiseva olemuse tõttu. Lugesime erinevaid praktikaid mujal maailmas ja otsustasime lõpuks, et *Outreach* meeskond on alustuseks kõige sobilikum.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja kirjeldab nime kujunemist järgnevalt: *alguses, kui me hakkasime kogunema ja koolitama, siis oli kriisimeeskond ja siis selline nagu reageerimismeeskond, kiirreageerimismeeskond, kiirsekkumine ja et lähme siis kui midagi on juhtunud ja lahendame. Lõpuks jäime siiski mobiilse meeskonna nimetusele kindlaks.*

Üleriigiliselt ei olnud teenus rahastatud. Teenus ei ole olnud haigekassa hinnakirjas ning seni osutatud teenused on olnud pigem juhuslikult kokku lepitud raviarsti ja vanemate poolt. Tallinna meeskonna rahastus sai alguse 2012. aastal, kui Tallinna linn otsustas rahastada teenust, et lastepsühhiaatriline abi oleks kättesaadav ka neile lastele ja noortele, kes on kas psühhiaatri või vaimse tervise õe vaateväljast kadunud või ei ole valmis ise vastuvõtule tulema. Teenust osutati vaid Tallinna linna piires.

Tartus alustati teenuse osutamist 2013. aastal läbi Sotsiaalministeeriumi ja Norra finantsmehhanismide rahastuse projekti raames piloteeritavana. Projekt lõppes aastal 2016. Teenust osutati kõigis Eesti piirkondades, kust pöördumine tuli, välja arvatud Tallinna linn, mis oli teenusega juba kaetud. Alates 2016.aastast alustas teenuse rahastamist ka Eesti Haigekassa.

### 3.4. Teenuse osutamise praktikate kujunemine

Esmane teenuse vajaduse väljaselgitamine hakkas toimuma enamasti telefoni teel täiendavaid andmeid kogudes asjassepuutuvatelt isikutelt või kohtudes patsiendi vanemaga või muu kontaktisikuga, näiteks kooli sotsiaalpedagoogiga. Meil oli välja töötatud ka suunamiskiri, kus pöördujal oli vaja täita andmed probleemi ulatusest, ohust patsiendile endale või teistele inimestele, senised sekkumised ja probleemi lahendamise viisid. Saadud info põhjal otsustas meeskond, kas ja kui kiiresti vajab laps või nooruk abi. Eelhindamise vajalikkus seisneb selles, et mobiilset lastepsühhiaatrilist teenust ei vaja kõik patsiendid, vaid komplitseeritud juhtumid. Eelhindamine siinjuures tähendab info kogumist ja sellest infost lähtuvalt saadud teadmiste põhjal tehtavat otsust.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja sõnastas nende keskuses toimunud protsessid: *Koostasime ankeedi ja nad võisid pöörduda telefoni teel. Ja siis meil tuli parem mõte, me tegime meililisti, ja pöördumine hakkas olema meili teel kõikidele meeskonnaliikmetele korraga ja siis meil oli küll piisavalt aega, kõik said korraga info ja kõik said vahetada, et kas see on meie juhtum, kas me võtame ja kas me läheme, kes läheb ja millal. Siis sai vastuse anda, et ma arvan et meil läks siis 48 tunni jooksul. Siis saime hakkama jah, kui meili teel oli.*

Meie plaan oli sekkuda nii kiiresti, kui võimalik. Esialgu me päris täpset ajalist piirangut endale ei seadnud, arvestades seda, et see töö oli meil meie igapäevase töö kõrvalt. Kuid siiski pidime arvestama, et olukorrad võivad vajada kiiret sekkumist, laps või noor ja perekond ei saa oodata väga pikalt ning me sättisime endale ajaks umbes 78 tundi.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja kirjeldab protsessi järgnevalt: *Alguses oli meil visioon, et me sõidame välja 48 tunni jooksul info teada saamisest, et kui keegi telefoni võttis ja kuidas see info siis edasi jõudis.*

Meie meeskonnas olime planeerinud, et esmane kontakt erakorralise pöördumise kohta edastatakse kas õele või sotsiaaltöötajale, kes täpsustab probleemi ja kogub lisainfot ja palub täita suunamiskirja. Seejärel kutsub sotsiaaltöötaja kokku meeskonna arutelu ning saadud info arutatakse läbi teiste liikmetega (eelhindamine) ja määratakse väljasõidu aeg. Hindamise aluseks on patsiendi seisund ja senine haiguse kulg koos rakendatud sekkumiste/teenuste

kokkuvõttega. Otsus teenuse rakendamiseks tehakse lastepsühhiaatrilise ravimeeskonna arutelu käigus, mille tulemusena koostatakse ka raviplaan, kus kirjeldatakse, millist teenust patsient vajab. Psühhiaater on alati kaasatud esmasesse raviplaani arutelusse ning lapse või noore vaimse tervise seisundi hindamiseks.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja räägib infovahetusest ja sellega kaasnevatest raskustest: *Algselt planeeritud tegevus ei olnud kõige efektiivsem, sellega oli seotud mitmeid raskusi. Üheks raskuseks oli meeskona vaheline infovahetus ja infovahetuse raskused. Mõnikord juhtus, et info jäi kuhugi „seisma“, mis tähendas seda, et patsiendil tuli planeeritust kauem oodata, kuni 78 tundi. Peale esmaste raskuste ilmnemist, otsustati teha töökorralduses muudatused. Töö käigus selgus, et algsetest ideedest ja mõtetest jääb praktikas väheks ning kujunes uus viis, mis on teenuse jaoks sobilikum.*

Teenuse üheks eripäraks on teenuse kiirus ja meeskonna valmisoleks kiireks sekkumiseks. Eelinfo, mida vajatakse lapse või noore kohta, et hinnata tema vaimse tervise probleemide ulatust peaks olema võimalikult täpne. Teenust osutatakse multidisiplinaarses meeskonnas, mille liikmetena on oluline sotsiaaltöötaja ja vaimse tervise õde.

### **3.5. Esialgsete plaanide muutmine**

Enne teenuse alustamist tegime plaani, kuidas ja millisel viisil teenust osutama hakkame. Arvasime, et tegelikult on võimalik kõik plaanid kohe võimalik täpselt kokku leppida: määrata koju mineku aeg, planeerida selle pikkus ja käimiste arv, uuringute toimumisaeg ja tegevused, peale uuringutulemuste selgumist hinnatakse seisund ja koostatakse raviplaan. Võrgustikuliikmetelt saadud eelinfo pidi olema see, mis meid esmalt edasi aitab ja annab aluse meile edasisteks tegevusteks. Eeldasime ka teiste spetsialistide võimekuse olemasolu vaimse tervise probleemidega edasi tegeleda, nende valmisolekut ja ressursse. Tegelikkus oli midagi muud.

Meie plaanides oli mõeldud, et keskmine teenuse osutamise aeg võiks olla kuni 6 kuud. Külastuse ajaks on planeeritud keskmiselt 1-2 tundi kohapeal. Visiitide sagedus ei ole kindlalt kokku lepitud. Selle määrab patsiendi seisund ja valmisolek pöörduda ambulatoorselt keskusesse. Kodukülastuste arv sõltub probleemi suuruselt ja võimalustest probleemi lahendamiseks. Kodukülastuste arvu me siiski ei osanud ette määrata, kui palju neid tulla võiks ja kas alati tegelikult on vajalik korduvalt koju minna.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja kirjeldab kohtumisi lapse või noorega kodus: *Enamasti tuli 2-7 kohtumist ühe juhtumiga. Tulemuseks oligi siis see, et võib-olla vajaski mingit ühekordset nõustamist, aga enamasti oli siis mingi liikumine edasi kusagile teenusele või anti kohalikule omavalitsusele tagasi, kui selgus, et vajab vanemlikku nõustamist rohkem. Edukad olime me kontakti loomises, 3-4 kohtumisega saime me ikka päris heale koostööle. Kui alguses laps seal nuttis ja karjus ja ei tahtnud üldse kedagi näha ja edu oligi see juba, kui me saime järgmise kohtumise kokku leppida, millal me järgmine kord kohtume ja kui ta oli nõus sellega, et me veel tuleme ja kohtume. Meil oli võimalus olla paindlik ja erinevaid asju teha.*

Sageli oli kõige keerulisemaks vanematega töö, vanemate motiveerimine, nende rahustamine ja probleemi ulatuse selgitamine. Me selgitasime oma tööd ja meie piiranguid ning võimalusi. See on üheks erinevuseks kahe projekti vahel, vajadus motiveerida lisaks lapsele ja noorele ka vanemaid.

Kõigil teenusega kokku puutuvatel inimestel olid väga erinevad ootused teenusele. Kuna lapsed olid enamasti koolist eemaldunud ning ei olnud mõnda aega osalenud õppetöös, ootasid koolid, et peale esimest kodukülastust on probleemid kadunud ja lapsed on valmis kooli naasma.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja räägib ootustest: *Ma ei oska öelda, eks nad ikka ootasid ja küsisid, aga siis oli meie kord selgitada, et mis me teeme ja tegemist on psüühikahäirega lapsega ja meie töö oli selgitada. Pöördujal olid oma ootused, tehke laps terveks või saatke kooli või vanemal oli oma ootus ja lapsel oli ju ka oma ootus ja meil olid omad. Orienteerumine nende ootustega. Juhtumi paika panemine.*

Enamasti tuli koolis töötavatele spetsialistidele selgitada olukorda, selle tõsidust ja vajalikke samme, mida tuleb astuda selleks, et laps või noor oleks taas valmis õppetöös osalema hakkama. Kooli esmased ootused teenusele olid, et vanem saaks abi ja toetuse ning laps või noor samuti. Peale esimest kodukülastust hakkas tavaliselt kool või kohaliku omavalitsuse lastekaitsespetsialist uuesti vaimse tervise keskust survestama oma igapäevaste telefonikõnedega, et laps või noor koheselt abi saaks. Kool ootas, et laps või nooruk saaks kiiresti terveks ja saaks tagasi kooli. See oli ehk kõige keerulisem, me ei olnud sellega arvestanud, et tegelikult võtab kogu teenus oluliselt rohkem aega ja palju on vaja teha

selgitustööd. Ja selgitustööd ei vajanud mitte ainult teenust vajav laps või noor ja tema vanemad vaid ka teiste erialde spetsialistid.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja kirjeldab tööprotsessi: *Jah, sest seal ikka võis olla juhtuda jälle midagi. Kas suhted läksid halvemaks või paremaks või oli peres midagi juhtunud, vanemaga või et ikkagi multiprobleemse perekonnaga tööks peab olema valmis- kus on paralleelselt psüühikaprobleemile veel ka sotsiaalsed probleemid ja seal on ikka vaja erinevaid asju korraga lahendada. Selline paindlikkust ja kannatlikkust vajav. Et ei ole nii, et tutvume kähku ja räägime, kes me oleme ja tutvustame, et meil on seal see grupiteraapia ja perele mingi muu teraapia. See ei ole selline lihtne koostööd saada. Läks ikkagi palju aega, et selgitada inimesele ja motiveerida. Alguses saad ukse lahti ja siis jõuad lapseni ja see ongi see võti, et saad kontakti lapsega.*

Vanemad olid selleks hetkeks, kui meeskond nendeni jõudis mõnikord alla andnud, ei survestanud oma last enam kooli minema või sõpradega suhtlema. Vanemad tundsid ennast „läbikukkujatena“ ning olid enamasti esialgsel kontaktil nõudlikud ja ründavad. Vanemad ootasid, et peale meeskonna kodukülastust on lapsed valmis pöörduma tagasi oma tavapärasesse ellu ja jätkavad sealt, kus neil varasemalt pooleli jäi. Mõned vanemad ootasid, et lapsed võetakse meeskonna poolt kaasa ja viiakse ravile.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja kirjeldab vaimse tervise probleemidega seonduvaid raskusi teiste erialade spetsialistidel järgnevalt: *Teiste alade spetsialistid ei suuda alati märgata kui asjad lähevad keeruliseks, nad ei ole nii teadlikud vaimse tervise probleemidest ja nendega toimetulekust, kui midagi hakkab valesti minema ja nad ei oska alati sekkuda. Ja kui palju neil on üldse aega ja oskust sekkuda seal keskkonnas nendesse. Üks on lapse vaimse tervise probleemid ja teine on terve pere probleemid, mis seal toimuvad. Tõenäoliselt nad jõuavad sinna ametisse alles siis, kui on midagi hullu juba, et kui lapse käitumine koolis muutub või satub kiirabiga, et sellist järjepidevat käimist seal ei toimu või toetamist selle olukorraga et ägenemist ei tuleks.*

Oma teadmiste, oskuste ja kogemustega oli meil võimalus olla olemas ka vanema jaoks. Tagantjärele hinnates võib öelda, et kõige suuremaks raskuseks vanematele on see, et nad elavad teadmatuses, neil on oma hirmud, nad kardavad, et kogu nende laste elu on läbi, nad ei saavuta mitte midagi ja nad tunnevad ennast väga üksi ja abituna kogu selles olukorras.

Meeskonnaliikmetel olid enamasti sarnased ootused. Kuna tegemist on raske ja keerulise valdkonnaga, olid kõik meeskonnaliikmed teadlikud eesootavatest raskustest suhtlemisel, nii vanemate, kui laste ja noorukitega. Meeskonnaliikmete ootused olid enamasti teineteisel ja mõnikord oodati ka juhtumite kiiremat lahendust. Meeskonnaliikmete ootused olid alati enne igasse uude koju minekut erinevad, mõnikord eeldati, eelneva kirjelduse põhjal, et tööd tuleb alustada väga agressiivse lapse või noorega. Sellise info ette teadmine andis võimaluse eelnevalt kokku leppida kriisisekkumisplaan.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja kirjeldab töö sisu: *Hakkasime ka, mitte ei keskendunud raskusele vaid hakkasime ressursse otsima. Mis on pere ressursid või mis seal toimib ja kellel ja kes kuidas saab tööd teha, kuidas üldse selle koostööni jõuda. See oli pikk eeltöö. See oli meile endale ka suur väljakutse ja õppimiskoht. Alguses oli ikka nii, et tahtsime midagi ära teha ja kuskile kohe jõuda. Aga tegelikult võttis see ikka väga kaua aega, et üldse ühe lapsega mingit kontakti saada ja selle vanemaga, et ja siis meie eesmärgiks ei saanudki see, et laps peab koolis käima.*

Mõnikord oli raske kokku leppida vanematega kohtumisaega. Meie lähtusime oma tööajast ja planeerisime kolme spetsialisti ühist aega, mõnel korral ka nelja spetsialisti ühist aega. Selle pidime siis saama kooskõlla ka lapsevanemaga. Mõnel korral oli samal ajal koju planeerinud koos meiega tulla ka kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötajakirjeldab mõningaid raskusi oma töös: *Enamasti käisid vanemad tööl ja olid väga hõivatud, kes käis vahetustega tööl ja öösel tööl ja kuidas sa siis leiad selle aja. Me ei läinud nii, et laps on üks kodus. Vanemad olid olulised. Jah paindlikkus pidi olema ja valmis, et lepid aja kokku ja neid ei ole, et sa panustad oma aega ja ressursi ja neid ei ole.*

Koju minnes ei teadnud me tegelikult kunagi päris täpselt, mis meid ees oodata võib. Sageli olid eelnevad kirjeldused agressiivsest lapsest või noorest meieni jõudnud, mõnikord juhtus, et me ei saanud ise kontakti vanematega ja kokkuleppe koju minekuks tegi lastekaitsetöötaja. Oli ka olukordi, kus vanemad olid küll teadlikud meie külastusest, kuid ei olnud meid siiski valmis vastu võtma või püüdsid meid ümber veenda, et nad tegelikult abi ei vajagi. Nii mõnelgi korral jäi mulje, et ka last või noort ei ole meie tulekust teavitatud ning teda ootas ees üllatus.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja: *Mõnikord laps ei teadnud, et me tuleme ja siis oli meil see ootamatu külalise roll. Ükskord kellelgi oli juhtum, et vanem tuli ukse peale, ja palus ruttu edasi tulla, et ärge üldse jalast midagi ega jopesid ära võtke ja laps on seal tagatoas ja minge kohe edasi ja aidake, et ta on seal kuskil. Laps ei teadnud üldse, et keegi tuleb ja see võtab ka palju seda hoogu maha, et keegi saabub järsku ukse peale ja siis need tulevad sind aitama. Võib-olla selles mõttes selline info liikumise näide.*

Visiitide vahepeal olime kontaktis patsiendi ja tema vanematega vastavalt vajadusele ja sõltuvalt patsiendi seisundist. Meeskonna liikmed, vaimse tervise õde ja sotsiaaltöötaja hoidsid kontakti pere ja võrgustikuga kuni seisundi stabiliseerumiseni. Sageli oli meeldivaks üllatuseks see, et vanemad helistasid tänulikult peale esimest külastust ja soovisid uuesti ja uuesti olukorda läbi arutada, saada kinnitust, et olukord on muutumas või väljendasid rahulolematust seniste sekkumiste osas. Sageli oli olukordi, kus perekonnal puudus hea kontakt kohaliku omavalitsusega, nad olid ehmunud ja hirmutatud senistes sekkumistest ja nende poole pöördumistest.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja kirjeldab juhtumiga töö lõppemist: *Sageli meie töö lõppeski seal, kus me saime siis edasi selle lapsega, saimegi nii kaugele, et laps oli siis nõus kas haiglaravile tulema või ambulatoorselt käima hakkama või pereteraapia hakkas kodus toimima või keegi hakkas individuaalselt selle lapsega tegelema. Meil oli ka noorukite grupiteraapia ja vanematele oli grupiteraapia, sai neid ka sinna suunatud. Toimus sellest seisakust, kus nad seni olid olnud mingisugune edasimineki, algus mingiks muutuseks.*

Muutus seisundis toimus enamasti mingis mõttes koheselt. Kodus käimine andis justkui vabaduse nii vanemale kui ka lapsele. Varasemad kahtlused ja hirmud, et nad on üksi ja keegi tegelikult ei tunne huvi nende elu ja olukorra vastu, hajus. Vanemad olid tajunud teiste spetsialistide poolt kriitikat ja sundust, kuid nüüd nägid nad, et saab ka teisiti ja said tõdeda, et nad tegelikult ongi raskustes mitte laisad ja huvitud.

Teenus, mida osutatakse on küll laiem, kui varasemad teenused, kuid seab siiski mingid piirid. Osutatud teenus on andnud häid tulemusi ja muutnud olukordi nii patsiendile, kui ka vanematele mugavamaks ja paremaks, kuid teenuse järgselt oleks vajalik ka lisateenused, mida vajadusele vastavalt kohandada. Lisaks sellele, et teenusel on positiivsed tulemused, on teenuse osutamisel ka oma negatiivsed pooled, millega me algselt arvestada ei osanud.

Üheks on ressursid ja ressursside vähesus. Meie meeskonnas on olemas mitmed spetsialistid, kes on teenust osutama hakanud, kuid teenuse osutamine toimub igapäevase tööga paralleelselt. Teenuse osutamisel on selgunud mitmeid keerukusi, aja planeerimisel nii külastuste arvust lähtuvalt kui ka aja planeerimisel, koju minna.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja: *Selles mõttes valmistas raskusi ressursi puudus. Kõik tegid oma põhitöö kõrval, ei olnud sellist valmisolekut. Me tegime seda vaid Tallinna piires, meid oli vähe, meil ei olnud sellist võimekust et igale poole sõita. Ei olnud sellist võimekust, et kõigiga ei saanudki koostööd teha. Vanemad ei tahtnud koostööd teha, nt meil oli kohtumine kokku lepitud ja ta oli kodust ära läinud või olid nad halvasti ette valmistatud.*

Perekonnad, kellele teenust osutatakse on komplekssete probleemidega, neil on keeruline leida aega meeskonna töötaja sees, mis tähendab enamasti seda, et meeskonna spetsialistid peavad olema paindlikud ning valmis minema teenust osutama õhtuti või nädalvahetustel. Lisaks eelnimetatule on teenust osutavaid spetsialiste vähe ning teenuse osutamine on seetõttu keerukas, võib lisada ooteaega ja ei saa teha nii palju sekkumisi, kui oleks vajalik parimaks lahenduseks.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja: *Raske on leida inimesi, kes oleks valmis selleks tööks. Need pöördumised olid ju õhtuti ja nädalavahetustel. Mina kohtusin nädalavahetustel, sest alati pidi arvestama sellega kuna pere oli kodus. See on see väga suur paindlikkus ja kliendikeskne lähenemine. Enamasti käisid vanemad tööl ja olid väga hõivatud, kes käis vahetustega tööl ja öösel tööl ja kuidas sa siis leiad selle aja. Me ei läinud nii, et laps on üks kodu. Vanemad olid olulised. Jah, paindlikkus pidi olema ja valmisolek, et lepid aja kokku ja neid ei ole, et sa panustad oma aega ja ressursi ja neid ei ole.*

Senine abistamise viis oli pigem meditsiinikeskne, lapsed ja perekonnad ning ka nendega tegelevad spetsialistid olid eraldi ning tegelesid oma teadiste põhised. Kuna järjest enam perekondi vajas abi, ei julgetud pöörduda või ei olnud ka piisavalt teadmisi või tunti häbi pöörduda, oli see üheks peamiseks ajendiks teenuse loomisel. Vajaduse kasvamine oli teiseks põhjuseks teenuse arendamisel. Järjest enam oli neid noori, kes jäid koju või ei tulnud oma tavapärasest keskkonnast toime ning abistamine vaid haigla keskkonnas ei andnud tulemusi, tingis samuti vajaduse teenuse arendamiseks.

### 3.6. Näide positiivselt lahenenud juhtumitest

Kuigi kirjeldatud oli enamasti ohtlikke ja agressiivseid noorukeid või lapsi, ei tulnud ühelgi korral kokku puutuda ohtlike või vägivaldsete olukordadega. Positiivseks tulemuseks nimetasid mõlemad sotsiaaltöötajad ka juhtumite lahenumist, see tähendab, et enamasti leidsid juhtumid positiivse lahenduse ja laps või noor naasis oma tavapärasesse elurütmi tagasi.

Tallinna Vaimse Tervise Keskuse sotsiaaltöötaja: *Üks mu juhtum, millega ma aasta jooksul tegelesin. Selles juhtumis teine paariline tegeles vanematega, tema oli pereterapeut ja mina tegelesin lapsega. Vahepeal me kohtusime ka koos kogu perega. Seal oli probleemiks erivajadusega tüdruk, kes ei käinud koolis. Oli kodus, vanematevahelised suhted olid probleemsed, nad olid lahutatud ja tüdruk selle aastase perioodi jooksul elas nii ema kui ka isaga. Ja samal ajal olid isal teise vanemaga hästi halvad suhted. Alguses olid tal kehvad suhted ka selle naisega, kellega ta parasjagu koos elas. Igasugune koostöö neil oli seal võimatu, hästi raske oli. Alguses tundus see kuidagi lootusetu juhtum. Tegelikult oli päris raske tüdruk, ma ei olnud ka sellise lapsega kokku puutunud, ei osanud seisukohta võtta. Tema oli see, kes alguses nuttis ja karjus ja ei tahtnud kedagi näha, aga kuidagi me saime temaga sellise kontakti, et ta tahtis ise minuga kohtuma hakata ja siis me käisime temaga poes mingeid asju vaatamas, telefone ja see kooli jutt, mis pöördumise põhjus oli, sellega ma ei tegelema üldse mitu kuud, tegelesime muude asjadega. Tal tuli välja nii palju muid probleeme, mis tal oli seoses nende vanematevaheliste pingetega ja mis tal endal olid, sõpradega oli mingeid probleeme. Tal oli tegelikult hästi palju muid asju. Aga me töötasime mitmeid kuid ja ta ei olnud valmis kooli minema. Me jõudsime selleni, et ta hakkas alguses koole valima, käis isaga raamatukogus vaatamas arvutist, mis koolid on üldse olemas ja kirjutas välja neid. Vaiksel liikusime selle suunas, et ta hakkaks üldse liikuma. Ta oli pidanud vanemate lahutuse tõttu kolima ja kooli vahetama ja siis tal tekkis tõrge selle kooli vastu uues kohas ja tal oli hästi suur trauma selle kooliga. Meile tundus, et kooli minekuni ei saanud veel. Ja kuna kodused suhted paranesid, nad said paremini hakkama ja siis jäi see kooli teema vanema vastutuseks, kellega koos nad siis hakkasid uut kooli otsima. Siis kaasasime Rajaleidja juhtumikorraldaja, meie tutvustasime neile siis seda inimest kuna meie olime temaga juba hea kontakti saanud ja kui ma tegin selle projekti kohta kokkuvõtet, siis ma helistasin sellele isale ja küsisin tagasiside ja kui ta ütles, et siis oli väga suur üllatus, et tüdruk läks tagasi sinna kooli, mille vastu tal oli alguses nii suur vastumeelsus, isa sõnul käib*

*tüdruk ilusti koolis. Isa alguses vedas teda bussiga, sest ta keeldus ise minemast kooli ja nüüd oli ta hakanud ise bussiga käima ja sai hakkama. See oli küll vau. Eks me ei tea, kui palju see oli meie töö ja kui palju kellegi teise töö. Eks võrgustikku sai ju ka kaasatud ja samal ajal sai ka perega tegeletud ema ja isaga. See oli küll väga tore lugu.*

Teine juhtum oli minu enda juhtum, millega tegelesin: põhikoolis õppiv noor, kes elab koos oma perega. Kaks aastat tagasi algasid koolis probleemid, poiss ei soovinud enam kooli minna, tekkisid põhjuseta puudumised. Kooli psühholoog vestles poisiga ning koostöös emaga hakkas ta uuesti koolis käima. Ema saatis poisi igal hommikul kooli.

Eakaaslastega suhted on rasked olnud. Algklassides kiusati poissi koolis, peale mida ta suunati psühholoogi juurde, kuid sai pigem noomida. Spetsialist soovis teada, miks poiss koolis ei käi, kui ta tark on. Peale seda keeldus poiss edasistest psühholoogide külastustest.

Lähedasi suhteid on poisil ühe klassivennaga. Sotsiaalvõrgustikus on ta püüdnud suhelda, kuid edutult. Ikka ja jälle on ta mõistnud, et pole milleski osav või on tal paremaks ja osavamaks olemisest midagi olulist puudu. Vastusolvangud klassi- või eakaaslastele on seejuures kerged tulema. Sageli on tekkinud arusaamatused, mida ta ei ole ise osanud lahendada. Raskusi on poisile valmistanud suhetes tekkinud erimeelsuste lahendamine. Kuna ka eakaaslaste seas ei ole olnud palju toetajaid, on pigem eelistanud omaette olemist ja eemaldumist.

Kuna kooliaasta oli edukas ning klass sai lõpetatud, ostis ema poisile varaseks sünnipäevakingiks lubatud arvuti. Suvel alustas poiss enda „treenimist“ parimaks arvutimängudes, et olla vähemalt milleski osavam, kui klassivennad. See tähendas, aga seda, et ta ei käinud kuude kaupa toast väljas, ei pesnud ennast, sõi, kuna juhtus. Kui sügisel kool algas, alustas ta koos teistega koolis käimist, kuid jäi kuu aja pärast koju.

Novembris pöördus kooli sotsiaalpedagoog laste ja noorte vaimse tervise keskuse sotsiaaltöötaja poole. Poissi kirjeldati kui agressiivset, ohtlikku oma pereliikmetele, huvitut maailmas toimuva suhtes, unerežiim on korratu, ei maga öösi, veedab kogu oma ärkveloleku aja arvutis, kas mängides või animeid vaadates. Kooli spetsialistid koos emaga täitsid suunamiskirja ning keskus otsustas, et kuna poiss keeldub tulemast kodust välja, on

agressiivne ja ettearvamatu, tuleb minna koju. Lastekaitsetöötajat ei olnud seni juhtumisse kaasatud.

*Ema: Kool jäi hätta jah. Võib-olla sellepärast, et koolil ei olnud nii palju analoogseid kogemusi. Et midagi seal...*

Kodus ootas meid ema. Poiss oli oma toas. Ema sõnade kohaselt on poisi tuppa minek ohtlik, ta võib olla agressiivne ja ettearvamatu. Täpsustusi ei osanud ta öelda.

Poiss oli oma toas, istus oma voodis rätsepaistmes, arvuti jalgadel. Visuaalselt nägi poiss välja must, küüned lõikamata, juuksed pikad. Esimese 15 minuti jooksul väljendas ta selgelt, et on oma eluga hätta sattunud, kuid ei osanud oma probleemi sõnastada. Peale kahetunnist vestlust leppisime kokku, et kohtume peatselt uuesti. Mina tegelesin poisiga ja vaimse tervise õde vestles seni emaga. Kodus olime kaks ja pool tundi ning külastus toimus sel korral hommikul, ema sai töölt loa kodus olla.

Järgmisel päeval arutasime koos meeskonnaga juhtumit. Otsustasime, et poissi oleks vajalik uurida haiglas. Andsime sõnumi emale edasi.

Peale seda algas uus telefonikõnede periood. Koolist helistas nii klassijuhataja kui ka sotsiaalpedagoog, kelle sõnade kohaselt on olukord kodus veel hullem, kui enne, poiss olevat veelgi agressiivsem, alakaaluline, ei tegele õppetööga. Meie meeskonnalt oodati poisi haiglasse viimist.

Läksime veelkord koju. Sel korral õhtusel ajal kuna emal ei olnud võimalik sel korral töölt ära saada. Ema nõudis, et me tooksime poisi tema toast välja, viiksime haiglasse. Ema väljendas korduvalt hirmu poja pärast ja poja ees, kuid ei osanud sõnastada hirmu põhjuseid. Ainus kord, kui poiss oli olnud agressiivne, oli kord, kui ta viskas oma tassi maha. Ema sõnul keelab poiss endaga suhtlemise ning ei luba kellelgi oma tuppa minna.

Mina ja vaimse tervise õde vestlesime poisiga. Ma istusin poisi kõrvale ning poiss lubas mul ka oma asju puudutada. Poiss oli lõbus ja kontaktne, nautis suhtlemist ja tähelepanu. Leppisime poisiga kokku kuupäeva ja kellaaja, kui ta haiglasse tuleb. Nii ka juhtus.

Peale uuringuid anti soovitusel koolile ning emale. Üheks soovitusel oli poisilt arvuti ära võtmine, et ta ei saaks kogu oma ööpäeva seal veeta. Lisaks soovitusel osaleda pereteraapias, mida ema ka tegi. Ning soovitusel, et poiss käiks ka vaimse tervise õe juures vastuvõtul.

Kool ootas, et haiglas olemise aeg on periood, kui poiss paraneb, peale mida läheb kooli ja alustab õppimist. Kool sai soovitusel rakendada poisile individuaalne õppekava, kuid poisil tuli käia samas klassis, kus varemgi ning ta peab iseseisvalt omandama kogu maha jäänud perioodiõppematerjalid. Peale haiglasolekut käis ta koolis 1,5 nädalat. Peale ümarlaua toimumist koolis, milles ta ka ise isales, jäi ta taas koju. Seejärel võttis kool ühendust KOV lastekaitsetöötajaga, kes avaldas soovi suunata poiss õpilaskoduga kooli. See muutis ema veel ärevamaks. Poiss isoleerus oma maailma, ei väljunud toast, ei lubanud kedagi oma tuppa, ka ema mitte.

Kutsusime kokku võrgustikukohtumise, et teha plaan, kuidas keegi täpsemalt saab poissi ja perekonda abistada. Meie meeskond pakkus välja võimaluse poiss uuesti haiglasse võtta ja pakkuda jätkuvalt nii pereteraapia kui vaimse tervise õe vastuvõttu, et perekonna toimetulekut toetada. Kohalikul omavalitsusel oli pakkuda õpilaskoduga kooli võimalus ja tugiisiku teenus, juhul, kui taotletakse puude raskusaste. Kool andis valmisoleku toetada poissi tema klassi lõpetamisel, kuid soovis vaimse tervise spetsialistidelt täpsemaid suuniseid peale uut haiglaperioodi. Peale teist haiglaperioodi külastasin perekonda kodus ja palusin emalt tagasisidet teenusest.

Emal kirjeldas oma teenusele eelnenud raskusi ja üksi olemist. Ta ei osanud selles olukorras enam kuidagi ise toime tulla.

*Emal: Aitas juba see, et te tulite koju. Kuna olukord oli keeruline, last ennast oli juba raske arsti juurde saada, arsti vastuvõttule ja sotsiaaltöötaja ning ambulatoorse vaimse tervise õe vastuvõttule, et see on nagu poolele teele vastu tulek või isegi enamatki veel sest, et see, et te tulite koju, see oli ...*

Üksi kodus püüdes olukorda lahendada oli emal palju erinevaid muremõtteid ja hirme. Ta ei olnud enam kindel, kas ta tegelikult oskab oma last kasvatada või kas ta seni on teinud kõik õigesti.

*Ema: Jah, annab teadmise, et ma ei ole päris üks. Kui vanem tunneb ennast selles olukorras läbikukkujana, siis mina tundsin küll, et ma olen läbi kukkunud, ma ei ole osanud olla talle selline, et ta on sellisesse etappi, sellisesse staadiumisse jõudnud kus ta ei taha midagi teha, kellegagi suhelda, et ta on ainult omas mullis, et see tekitab vanemas sellist abituse tunnet, et ma tahan teda ju nii väga aidata, ma ei taha, et ta selline on, ma tahaks, et suhtleks meie kõigiga, teeks oma kohustusi nagu vaja on. Et ta oleks lõbus ja rõõmus ja ta oleks ise õnnelik ja et pere oleks õnnelik ja kõik oleks, et õpetajad oleks ka õnnelikud. Aga nii on läinud. See, et mulle ikkagi abikäsi, et ma ise ulatan ja see abikäsi teiselt poolt ka minuni jõuab, et ma tunnen selle kontakti ikkagi ära, et see jõuduski ju tegelikult. Tuli mulle reaalselt koju. Ja see, et kuidas me seal edasi lähme ja ka kooli poolne, et ka kool tundis muret, et see olukord selliseks on läinud, et kuidas teda aidata. Et kool ju ka päris palju võttis ühendust ja kurtis olukorra muret, mis oli ka neil*

Üksi püüdes olukorda lahendada, katsetas ema erinevaid võimalusi, tal oli endal mitmeid abilisi, kuid siiski ei leidnud ta päris õiget lahendust. Ema kirjeldas olukorda enne teenust, kui segaduste ja raskuste aega. Ta käis korduvalt raamatupoes otsimas erinevat kirjandust, et paremini toime tulla oma pojaga. Ema kartis, et ta on oma pojale liiga teinud ja süüdistas ennast poja olukorras. Ema sõnul ei olnud tal enam ühtegi oskust ega teadmist, kuidas edasi minna ja mida tegema peab. Ta tundis koolipoolset survet, kuid samas oli üks, sest ei saanud kusagil enda murele abi. Samas tajus ta abi meeskonna poolt.

*Ema: Ja vanema jaoks oli see, et ei olegi enam nii lootusetus olukorras. Sest, et mina ise võin öelda, et mina ise olin ikka täiesti kurb ja lootusetu selles olukorras. Isegi võib olla tabasite selles esimeses hetkes, mingi kontakt meil oli ju ikka tegelikult see, et minus oli mingit paanikat, mingis hetkes mul tekkis tunne, et appi ma vist ikkagi ei saagi abi, ma läksin emotsionaalseks. Ma ise ei tajunud seda, aga kõrvalt teie tajusite selle ära. Sest mu pingetase oli niivõrd kõrge, et ma ise ei tajunud. Ja tagantjärele ma mõtlen, et see tõi ennast tagasi ja samas on see, et inimesed on niivõrd professionaalsed ja rahulikud.*

Emaga kontakti saamine ei olnud küll keeruline, kui oli tajutav tema ettevaatlikus. Ühel hetkel oli emaga koostöö ohus, kui tal tekkis segadus või kahtlus, kas ta ikka abi saab ja kas teda tegelikult ka tõsiselt võetakse.

Ema: *Kas kohe, koheselt ta ei aita, kui sa oled ise ka väga suures masenduses, aga ikkagi see jääb sulle käib su mõistusest, see käib su hingest, see käib su läbi see jääb sulle pidama ikkagi see, et see annab selle lootuse tunde. Et kõik ei ole lootusetult kadunud veel. Et inimesed tahavad aidata, et nende eesmärk ongi aidata, mitte kritiseerida vaid aidata. See on kõige olulisem. See on väga oluline. Jätkake seda täpselt niimoodi. Selles olukorras kriitika ei annaks ju mitte midagi, mis te nüüd nii tegite või niimoodi. Aga see, et me saime üle. Te ütlesite „Üks samm on tehtud ja nüüd saame siit edasi minna.“*

Ema vajab lohutust ja kinnitust, et ta ei ole eksinud, et ta ei ole halb ema ja ta on seni teinud kõik, mis tema võimuses, kuid olukord on läinud antud hetkel tema jaoks raskemaks. Olukord on hetkel vaja anda üle spetsialistidele, kes teavad, kuidas vaimse tervise probleemidega toime tulla.

Ema: *Lohutus, lootus peab jääma, see ei tohi ära surra. Sest lapsevanem peab olema ju iseendale, hoidma ennast pinna peal ja olema ka lastele ja perele, kõigile olemas, mitte ainult sellele hädas olevale lapsele vaid kõigile. Ei tohi ära kukkuda, see on oluline. Sellest on abi. Väga palju abi. Eks mul on neid kaasaelajaid ju palju. Aga neil puuduvad oskused ja teadmised, kuidas antud olukorras toime tulla. Kuidas rääkida, mida teha, mida mitte teha. See ongi see. Ma otsisin raamatupoest raamatud, mida teha, kuidas käituda. Olukorda kinni ei tohi jääda. Üksi jäämine on kõige hullem. Teist oli väga palju abi. See, kuidas te rahulikult rääkisite ja kuidas te saite kontakti temaga ja kuidas ta sai rääkida teile, mis teda vaevab. Tema tundis, et mina survestan teda, mind survestas ju kool ja kogu ühiskond ju survestab, sest koolis peab ju käima. Tema seda ei tajus. Tema tundis ainult kooli ja minu poolset survet, neid ta ei kuulnud ja mina ei olnud ka tema arvates enam tema poolt. Ta tajus palju suuremat toetust ja abi teie poolt. Koolil olid omad ootused ja minul ka.*

Samuti oli ema jaoks rahustamine, et olukord ei ole nii lootusetu, kui see paistab. Vaatamata sellele, et olukord on kestnud juba mõned kuud ja nagu vestluse käigus selgus, on mitmed raskused alanud juba varasemalt, on hetkel veel võimalusi olukorra lahendamiseks ja sellega toimetulekuks.

Ema: *Rahustamine. Kui spetsialistid tulevad koju, tulevad sulle poolele teele vastu, annavad sulle abikäe, rohkem kui poolele teele, vanemana sa ju tunned, et sa oled läbikukkunud, et sa ei oska seda olukorda lahendada, sa ei oska seda last aidata. Aga nemad, spetsialistid oma*

*professionaalse abiga tulevad ja eelkõige just see, et kui sa tunned, et sa oled läbikukkunud ja sulle öeldakse ja pannakse käsi õlalaie „Sa ei ole midagi valesti teinud. Sa oled tubli lapsevanem ja saad hakkama ja me aitame sind. Me saame selle olukorra lahendatud. See on tegelikult väga palju see, mis aitab.*

Kuigi kooli spetsialistid olid püüdnud emale abiks ja toeks olla ning andnud juhiseid olukorraga toimetulekuks, oli siiski midagi jäänud puudu, et olukorda lõplikult ära lahendada. Kooli spetsialistidel ei olnud vaimse tervise probleemidega tegelemiseks piisavalt teadmisi. Vaimse tervise alaste teadmistega spetsialistidel on ettevalmistus, kogemused ja oskused toimetulekuks ka raskemate juhtumitega.

*Ema: Nad teavad, mida nad teevad, nad teavad kuidas nad aitavad, millega nad saavad aidata. Kuidas sellest surnud punktist ütleme edasi minna. Nii vanema kui lapse jaoks mõlema jaoks on oluline. Seda peaks jätkama. Vanema jaoks on see väga oluline, kui on olukord, kus on selline laps, kes ei taha abi, ei leia ise, et ta vajab abi. Võib-olla kui ta isegi leiabki, aga ta ei oska ennast aidataja tal on hirm ja ta ei taha ennast aidata. See võib olla lapse sisse minemine, aga vanema jaoks on see oluline. Kindlasti kohe on.*

Teenuse positiivseks tagajärjeks on poisi aktiivsem suhtlus oma perekonnaga, ta on taastanud enesehügieeni ning suhtleb ka mõne oma sõbraga. Poiss on käinud koos ema ja õega kodust väljas, käib oma toast väljas ja ei karda enam võõraste inimestega suhelda.

*Ema: Kui enne ei tahtnud laps mitte kellegagi suhelda, ta ei tahtnud üldse saada mingit abi, sellest, et ta abi vajab, sellest ei saanud ta üldse aru, abi tuli koju, sest vastasel juhul oleks ta ju jäänudki abita. Kui ei oleks abi koju tulnud. Ehk siis, kui ei oleks meie juurde koju tulnud, oleks ta samas seisus olnud. Võib olla oleks veel hullemas seisus olnud. Aga praegu oli see, et temaga sai räägitud, ta nägi, et midagi hullu iseenesest ei ole, et on toredad inimesed, kes hoopis vastupidi tahavad teda aidata. Ja eelkõige vanemale ju ka, et vanemal oli ka ju pingevabas õhkkonnast, ta oli oma koduses õhkkonnas, laps oli oma koduses õhkkonnas. Ta ei pidanud kusagile minema, kus tal oleks võib-olla mingi hirmutunne või selline tekkinud, et kuhu mind viiakse või miks ma pean minema sinna.*

Sama hirmu tunnistas ka ema. Senised kogemused erinevate spetsialistidega koostööst olid pigem tedagi isoleerinud ise abi otsima läbi erinevate võimaluste (raamatud, sõbrannad).

Spetsialistide poole pöördumine ei tundunud väga julge samm ega ka samm, mille oleks julgenud ette võtta. Pigem ootas ema abi koolilt ja kooli spetsialistidelt. Olulise erinevusena tõi intervjuueeritav ema välja koju abi osutanud tulnud spetsialistide suhtumise, mis oli talle üllatuseks, mida ta ei oleks osanud oodata. Pigem kartis ta süüdistusi ja halvakspanu.

Intervjuu käigus andis ema ka soovitusi teenuse jätkamiseks. Korduvalt ütles ema, et tema arvates oleks hädavajalik, et teenus jätkuks ning kõik lapsed, kes on samas olukorras nagu tema poeg, saaksid samasugust abi ja toetust.

*Ema: Kindlasti võiks olla see teenus ka edaspidi. Antud olukorras oli ju abi seegi, kui te tulite. Ja püüdsite asjale käiku anda, hoogu anda, et olukord paraneks. Et üldse see olukord läheks paremuse poole. Tugiisik ehk võiks olla ka. Kindlasti tema puhul võiks tal olla tugiisik. Isik, kes ütleks, kes oleks oma ala proff, täiskasvanu, kes ütleks talle kuidas ta peaks olema ja kuidas ta seda saab aidata nii, et see noor, enam tagasi omasse maailma ei vajuks. Kuna antud olukorras on see, et noorel ei ole sõpru, kes tunneks huvi ja kutsuks, et lähme teeme. Sõbrad on hetkel arvuti ja internet. See on minu nägemus võib-olla tema ei tahagi teisi võib-olla piisab talle mõnest heast filmist. Teenuses ilmselt ei saaks sellist inimest. Aga vaja oleks kedagi, kes aitaks ja toetaks, kui laps on ennast ära isoleerinud. Et nagu koduteenus. Ma tajun, et ta ei taha midagi. Toetav isik, kas teie või keegi teine, keegi kes suunaks tegema midagi koos, innustaks läbi oma täiskasvanu oskuste. Minul kui vanemal on neid oskusi, ta ei kuula mind, ma olen kuidagi omam.*

Minu jaoks oli see üks positiivne kogemus ühe keerulise juhtumiga. Ma ei saa öelda, et see lugu oleks juba lõplikult lahenenud, kuid see lugu on pisikeste sammudega lahenduse poole liikumas. Mina omalt poolt sain suurepärase kogemuse, kuidas positiivne suhtumine ja rahulik suhtlemine ema ja noorega, aitavad edasi ning aitavad luua kontakti. Oluline on mitte ise ehmuda ega tagasi või kaitsesse tõmbuda nähes, et tekib vastupanu. Mina spetsialistina olin valmis olemas olema, andma teavet ja tagasiside, tegema seda korduvalt ja korduvalt ning andma piisavalt vastutust ka neile. Mina spetsialistina teavitasin neid ka võimalikest tagasilöökidest, et nad oleksid ette valmistunud nende tulekul ja ei ehmuks ega lööks käega. Mina spetsialistina olin valmis minema uuesti koju ja neile algusest peale selgitama ja nende küsimustele vastama.

Lapsed ja noored on saanud abi ja toetust ning ei ole pidanud ennast enam peitma oma koduseinte vahele. Samuti on nad saanud julgustust ning teadmise, et probleemide tekkimisel on turvaline pöörduda ning seetõttu ei ole nad „hullud“.

### **3.7. Teenust osutavate sotsiaaltöötajate hinnang laste ja noorte vaimse tervise olukorrale**

Senine abistamise viis oli pigem meditsiinikeskne, lapsed ja perekonnad ning ka nendega tegelevad spetsialistid olid eraldi ning tegelesid oma teadiste põhised. Kuna järjest enam perekondi vajas abi, ei julgetud pöörduda või ei olnud ka piisavalt teadmisi või tunti häbi pöörduda, oli see üheks peamiseks ajendiks teenuse loomisel. Vajaduse kasvamine oli teiseks põhjuseks teenuse arendamisel. Järjest enam oli neid noori, kes jäid koju või ei tulnud oma tavapärasest keskkonnast toime ning abistamine vaid haigla keskkonnas ei andnud tulemusi, tingis samuti vajaduse teenuse arendamiseks.

Lapsed ja noored on saanud abi ja toetust ning ei ole pidanud ennast enam peitma oma koduseinte vahele. Samuti on nad saanud julgustust ning teadmise, et probleemide tekkimisel on turvaline pöörduda ning seetõttu ei ole nad „hullud“.

## KOKKUVÕTE

Hea vaimne tervis on oluline kõigi inimeste jaoks terve elu jooksul, kuid eriti oluline on see nende kasvamise perioodil. Kõik lapsed vajavad enda ümber stabiilsust, armastust, hoolivust ja turvalisust, mis on arenemise ja vaimse tervisealuseks. Kui lapsel või noorel tekivad vaimse tervise probleemid, vajab laps ja noor ning tema perekond vaimse tervise spetsialistide abi ja toetust. Selleks, et anda vaimse tervise probleemide korral abi ka neile lastele ja noortele, kes ei ole ise valmis abi vastu võtma minema, on heaks võimaluseks kasutada *outreach* teenust, mida osutatakse lapse enda keskkonnas, seal kus ta elab.

Minu magistritöö eesmärgiks on anda ülevaade heast praktikast vaimse tervise probleemidega laste ja noortega Eestis.

Vastava eesmärgini jõudmiseks püstitasin järgmised uurimisküsimused:

1. Milline on hea praktika?
2. Kuidas kasutatakse outreach teenust laste vaimse tervise valdkonnas?
3. Kuidas toetab outreach teenus patsienti ja tema perekonda?
4. Mis on multidistsiplinaarse meeskonna roll laste vaimse tervise valdkonnas?

Vaimse tervise teenused on meetmed vaimset tervist kujundavate tegevuste/ sekkumiste vahendamiseks elanikkonnale, alates vaimse tervise/heaolu edendamisest ja psüühikahäirete ennetamisest kuni tõsisemate psühhiaatriliste haiguste ravini (WHO 2003).

Hea praktikana kirjeldan ma käesolevas töös vaimse tervise valdkonnas Eesti jaoks uut *outreach* teenust, mida osutatakse olukordades, kus laps või noor, kellel puudub võimalus või kes ei ole ise valmis minema abi saamiseks psühhiaatri vastuvõtule, saab teenust oma koduses keskkonnas.

Uurimuse empiirilise andmestiku kogumisel kasutasin kvalitatiivset uurimismeetodit, täpsemalt juhtumiuuringut. Kuna ise olen ühe vaimse tervise interdistsiplinaarse meeskonna liige ning osalesin aktiivselt ka analüüsitava programmi väljatöötamisel ja rakendamisel, siis kasutan oma magistritöös ka autoetnograafia elemente, mis tähendab, et analüüsisin oma enda tööd ja praktiseerimise viise. Andmestiku moodustavad suulised poolstruktureeritud intervjuud, eneserefleksioon, juhtumid, dokumendid (SA TÜ Psühhiaatrikliiniku koostatud

dokument *outreach* teenusest ja Kanada sotsiaaltöötajate assotsiatsiooni dokument nõuetest kliinilisele sotsiaaltöötajale) ja minu enda töö märkmed. Andmete analüüsimiseks kasutasin suunatud sisuanalüüsi. Uurimuses osalesid kaks sotsiaaltöötajat, üks ema ning käsitlesin kahte juhtumit.

Uurimuses käsitletud juhtumid näitasid, et senine kogemus *outreach* teenuse osutamisel on olnud positiivne, andnud mitmeid eduelamusi ning aidanud mitmeid spetsialiste ning perekondi, eelkõige julgemalt sekkuma ning võtnud vanematelt ära hirmu pöörduda spetsialistide poole. Erinevate erialade spetsialistid on saanud julgustuse ja toetuse enda kõrvale ning ka teadmisi vaimse tervise valdkonnast üldisemalt. See tähendab, kuidas sekkuda, kelle poole pöörduda ning kuidas olla toetatud. See on aidanud toetada ja suurendada spetsialistide võrgustikku.

Uurimuses käsitletud juhtumite analüüsi tulemustel võib väita, et teenusel osalenud vanemad on saanud julguse ja toetuse. Eelkõige on oluline olnud vanematel teadmine, et nad ei ole „erilised“, et julge on pöörduda ning nad ei ole üksi. Lisaks on vanematel vähenenud hirm suhelda või pöörduda hädas omavalitsuse või kooli spetsialistide poole.

Uurimuses osalenud kliendi kogemusi analüüsid selgub, et teenus, mida tema lapsele osutati oli vajalik, see andis kliendile kindluse ja toe, mille ta kaotanud oli. Teenuse juures pidas ta oluliseks vaimse tervise spetsialistide poolset abi ja toetust, teadmist, et ta ei ole üksi ning et ta ei ole vanemana ebaõnnestunud. Kliendi sõnul vajab ta endale raskel perioodil, kui ta tundis, et ei oska ise oma last aidata, abikätt, kes tuleks talle poolele teele vastu. Teenus seda abi talle pakkus.

Uurimuses osalenud juhtumeid võib pidada positiivseteks kuna mõlemad töös käsitletud juhtumid leidsid lahenduse – mõlemad noored naasid tagasi oma igapäevaelu rütmi, pere sai vajaliku abi ja toetuse ning kaasatud sai ka teiste spetsialistide võrgustik, mis perekondi edaspidi toetab.

Uurimuses käsitletud juhtumid näitavad, et praktika teostumiseks on vajalik vaimse tervise alased teadmised - kuidas toime tulla vaimse tervise probleemidega, mis on vaimse tervise probleem, millist abi vajab perekond, millised on ohud ja võimalikud tulemused, kui ei

sekkuta. Parima tulemuse saavutamiseks peaks olema laste ja noortega tegelevatel spetsialistidel ettevalmistus vaimse tervise probleemidega toimetulekuks.

Uurimuses käsitletud juhtumite analüüsist selgub, et segadust tekitab valdkonna meditsiinikeskus, st spetsialistid, kes ei oma vaimse tervise valdkonnas ettevalmistust, eeldavad, et paremaks toimetulekuks või toimetulekuks on vajalik meditsiinilise probleemi lahendamine ravimite abil. Võrgustikukohtumised on toonud kokku erinevate erialade spetsialistid ja lähendanud meditsiinisüsteemi ning toonud sekkumised lähemale teiste erialade spetsialistidele (KOV, kool, Rajaleidja) ning andnud võimaluse senisest rohkem infot saada vaimse tervise probleemidest lapsel, kellega nad töötavad. Seni on teadmised lapse või noore vaimsest tervisest olnud vähesed, kui vanemad ei ole olnud motiveeritud infot jagama. Samas on võrgustikukohtumise toimumise järgselt jäänud puudu üks juhtumikorraldaja, kes tegeleks ja jälgiks ja suunaks ka edasisi tegevusi ning jälgiks vajalike teenuste saamist ning nõustaks, motiveeriks ja toetaks vanemaid.

Uurimuses osalenud sotsiaaltöötajate kogemusi analüüsides selgus, et spetsialistidel, kes töötavad vaimse tervise probleemidega laste ja noortega peab olema võimalus osaleda koolitustel või erialasel väljaõppel, et olla valmis kasvava vaimse tervise probleemidega toime tulema. Vanematel on vaja saada abi kõigi spetsialistide poolt, et võimalikult kiiresti sekkuda ning probleemi või raskuste korral olla abistatud. Piisavalt kiire abi võib siinjuures olla ka nõustamine, rahustamine ja teadlikkus sekkumise vajadusest ning teadmised kuhu abi korral pöörduda. Lastekaitsetöötajatel oleks vaja kindlaid teadmisi sellest, mis on norm ja milline on normist kõrvalekalle, millised on vajalikud sekkumisviisid ning kuidas nemad oma pädevuse piires saaksid ennetada ning kaasatud olla. Kõik spetsialistid, kes tegelevad vaimse tervise probleemidega lastega peaksid omama teadmisi vaimse tervise probleemidest ja vajalikest oskustest. Samuti oleks vajalik nende superviseerimine. Spetsialistidel peaks olema valmisolek, julgus ja võimalused (teenuste olemasolu), et tunda ennast kindlalt. Varajane ja teadlik sekkumine aitab ära hoida ühiskonnast eemaldumise ning häbi, mida perekond tunneb. Spetsialistide paremad teadmised vaimse tervise valdkonnast aitaks neil paremini toime tulla ning olla edukas oma tööga ning sekkuda kiiremini ning tõhusamalt.

Uurimuses käsitletud juhtumid näitavad, et ilma lapse heaolu arvesse võtmiseta ja lapse või noore sundimine ilma lapse või noore enda vajaduste arvesse võtmiseta võib põhjustada hoopis vastupidise tulemuse ning laps tunneb, et kõik on tema vastu. Kui laps ja perekond on

hätta sattunud, on vajalikuks oskuseks nende motiveerimine ja julgustamine. Nii perekond kui ka hädas olev laps vajavad kindlat teadmist, et nendega toimuv ei ole midagi, mis nad ühiskonna või teiste spetsialistide silmis muudab „eriliseks“, vaid nad on julgustatud osalema vajadusel vaimse tervise valdkonna poolt pakutavates teenustes. Vaimse tervise probleemidega lapse ja tema perekonna toetamine on vajalik eelkõige spetsialistide poolt, kes on lähetatud nendega tegelema.

Uurimuses selgus, et mitte alati ei arvestata laste huvisid ja heaolu arvestavalt. Sagedased on juhtumid, kus lapse vaimse tervise probleemide ilmnemisel käsitletakse last kui probleemi, ei arvestata lapse või noore enda soove või vajadusi ning rakendatavad sekkumised lähtuvad täiskasvanu soovidest.

Uurimuses osalenud kliendi sõnul oleks vajalik ka suurem tugivõrgustik juhtudel, kui laps või noor on isoleerinud ennast ümbritsevast maailmast. Ta tegi ettepaneku, et abi võiks olla tugiisikust, kes aitab noorel alustada suhtlemist, oleks abiks ja toeks ning aitaks noorel leida erinevaid viise, kuidas ennast realiseerida.

Uurimuses osalenud juhtumeid analüüsid selgusid teatud kitsaskohad, kus ei oldud arvestatud laste või noorte huvide esiletõstmisega. Järgnevalt toon juhtumite põhjal mõned ettepanekud nende leevendamiseks.

Lapse või noore vaimse tervise probleemide ilmnemise korral ei ole abi lapse või noore ja tema perekonna survestamisest. Vajalik oleks kõigi osapoolte huvidega arvestamine, selleks oleks vajalik

- arvestada lapse või noore soovidega, võttes arvesse tema vaimse tervise olukorda ja tundes huvi ka tema enda probleemide vastu
- arvestada vanemate ressursse ja oskusi oma lapsele abi ja toetuse pakkumisel
- arvestada perekonna reaalsust ja nende teadmisi vaimsest tervisest.

Laste ja noortega, kellel on vaimse tervise probleemid, tegelevatel spetsialistidel on vähesed teadmised ja oskused vaimsest tervisest. Selleks, et neid oskusi ja teadmisi suurendada, oleks vaja

- koolitada spetsialiste vaimse tervise valdkonnas

- superviseerida spetsialiste, et pakkuda neile vajalikku abi ja toetust
- luua ühine võrgustik vaimse tervise probleemidega tegelevate laste ja noorte spetsialistide vahel, et välja selgitada ühised ootused ja toimetulekuviisid vaimse tervise probleemidega tegelemiseks.

Teenuse arendamise üheks ajendiks oli pikalt kestnud rasked juhtumid, millega teised vaimse tervise probleemidega laste ja noortega tegelevad spetsialistid ei olnud toime tulnud ning mure patsientide pärast, kes olid katkestanud ravi või teraapia. Teenuse eripäraks võib nimetada seda, et teenust osutaval meeskonnal oli aega luua suhteid patsiendi ja tema perekonnaga, et osutada lapsele või noorele vajalikku vaimse tervise abi.

Kinnitan oma allkirjaga, et töö koostamisel on järgitud teaduseetika reegleid.

Kairi Nool

29.05.17

## KASUTATUD KIRJANDUS

- Alley, R., Kauber, M., Kiis, K. (jt.) (2014). *Kutsestandart*. Sotsiaaltöö, tase 7. Tervishoiu ja Sotsiaaltöö Kutsenõukogu. Kasutatud 17.05.2017. <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10536292/pdf>
- Andersson, G. (2001). I try to go forward but the wind pulls me back- A childhood without continuity. *Breakdowns in child welfare? Five case studies*.(pp.36-77). Stockholm: Förlagshuset Gothia
- Auslander GK. Outcomes of social work interventions in health care settings. *Social Work in Health Care* 2000;2:31-46
- Azar, S.T., Robinson, L. R., and Proctor, S.N. (2012). Chronic neglect and services without borders: A guiding model for social service enhancement to address the needs of parents with intellectual disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 5(2), 130-156
- Canadian Association of Social Workers, (2011). *The Role of Social Work in Mental Health*. Kasutatud 11.03.2017. <http://www.casw-acts.ca/en/role-social-work-mental-health>
- Cedeborg, A.-C. (Ed.). (2014). Introduction. Child center perspective in social work. Malmö: Gleerups
- Dahl, E., Fritzell, J., Lahelma, E., Martikainen, P., Kunst, A., and Mackenbach, J. P. (2006). Welfare state and health inequalities. In J. S. Siegrist and M. Marmot (Eds.), *Social inequalities in health. New evidence and policy implications* (pp. 193-222). New York: Oxford University Press
- Eriksson, M. (2012). Participation for children exposed to domestic violence? Social workers' approaches and childrens' strategies. *European Journal of Social Work*, 15(2), 205-221
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006) Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiological and Community Health*, 60,378-381
- Ghuman, H.S., Weist, M.D. and Sarles, R.M. (2014). Principles Behind the Proactive Delivery of Mental Health Services to Youth Where They Are (1-14). *Providing Mental Health Services to Youth where they are*. Great Britain: Routledge
- Guglani, S., Rushton, A. and Ford, T. (2008). Mental health and educational difficulties in children in contact with Children's social services. *Child and Family social Work*, 13, 188-196
- Halfon, N. and Hochstein, M. (2002). Life course health development: An integrated framework for developing health, policy and research. *The Millbank Quarterly*, 80(3), 433-479
- Hall, C., Slembrouck, S., and Sarangi, S. (2006). *Language practices in social work. Categorisation and accountability in child welfare*. London: Routledge
- Hill-Smith, A., Taverner, R., Greensmith, H., Parsons, D. (2011). Staff relationships in multidisciplinary teams. [www.mentalhealthpractice.co.uk](http://www.mentalhealthpractice.co.uk)

Integreeritud teenuste kontseptsioon laste vaimse tervise toetamiseks. (2016). Ennetus, varaname märkamine ja õigeaegne abi. Kogumik. Sotsiaalministeerium

Johnson-Reid, M., Kim, J., Barolak, M., Citerman, B., Laudel, C., Essma, A., et al. (2007). Maltreated children in schools: The interface of school social work and child welfare. *Children and Schools*, 29(3), 182-191

Johnson, S., Needle, J., Bindman, J.P. and Thornicroft, G. (2008). Crisis resolution and Home Treatment in Mental Health. Unated Staes of Amerika: Cambridge University Press

Kawachi, I., Subramanian, S. V., and Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of helath inequalities*, 56, 647-652

Kloppenburg, R. and Hendriks, P. (2010). Approaches in Social Work. An International Perspective. Hogerschool Utrecht, Centre of Social Innovation

Laherand, M. (2008). Kvalitatiivne uurimisviis. Tallinn: OÜ Infotrükk

Lastekaitseadus, 2014. Riigi Teataja I, 2014, 06, 1

Lindell, C., and Svedin, C.-G. (2004). Social services provided for physically abused children in Sweden: Backround factors and interventions. *International Journal of Social Welfare*, 13(4), 340-349

McLaughlin, John; Social work in acute hospital settings in Northern Ireland: The views of service users, carers and multi-distiplinary professionals; *Journal of Social Work* 2016, Vol. 16 (2) 135-154

Monds-Watson, A., Manktelow, R., and McColgan, M. (2010). Social work with children when parents have mental health difficulties: Acknowledging vulnerability and maintaining the „rights of the child“. *Child Care in Practice*, 16(1), 35-55

Morano, P. (2007). Evidence-based practice: from medicine to social work. *European Journal of Social Work*, 9:4, 461-477

Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., Jayaraman, G (2017). *Measuring positive mental health in Canada: konstrukt validation of the Mental Health Continuum- Short Form*

Reilson, Mari, (2011). Kasutatud 12.04.2017 [www.kliinikum.ee/leht/oendus/651-eesti-tervishoiu-sotsiaaltoetajate-assotsiatsiooni-etsa-konverents](http://www.kliinikum.ee/leht/oendus/651-eesti-tervishoiu-sotsiaaltoetajate-assotsiatsiooni-etsa-konverents)

Rizvi SFI, Najam N. *Parental psychological abuse toward children and mental health problems in adolecence. Pak J Med Sci* 2014; 30 (2): 256-260. Doi:<http://dx.doi.org/10.12669/pjms.302.4593>

Sarafino, E. P. (2006). *Health psychology: Biopsychological interactions* (5th ed.). New York: John Wiley and Sons

Sotsiaalministeerium, (2016). Kasutatud 13.01.2017 [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed\\_ja\\_pered/Lapse\\_oigused\\_ja\\_healu/int\\_teenuste\\_kontseptsioon\\_laste\\_vaimse\\_tervise\\_toetamiseks\\_valmis\\_logodega.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/Lapse_oigused_ja_healu/int_teenuste_kontseptsioon_laste_vaimse_tervise_toetamiseks_valmis_logodega.pdf)

Sotsiaalministeerium, (2008). Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009-2015. Kasutatud 13.01.2017 [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/APO/Arengukavad/Esmatasandi\\_tervishoiu\\_arengukava\\_aastateks\\_2009-2015.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/APO/Arengukavad/Esmatasandi_tervishoiu_arengukava_aastateks_2009-2015.pdf)

Sotsiaalministeerium, (2005) *Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK)*. Kasutatud 18.05.2017 [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/E-tervis\\_ja\\_e-tervisetoend/rfk\\_icf\\_sissejuhatus.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/E-tervis_ja_e-tervisetoend/rfk_icf_sissejuhatus.pdf)

Sotsiaalministeerium, (2012). Laste- ja noorukitepsühhiaatria kõrvaleriala arengukava 2012-2020. Kasutatud 01.02.2017 [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Tervishoiusüsteem/Arstide\\_erialade\\_arengukavad/laste-ja\\_noorukitepsuhhiaatria\\_korvaleriala\\_arengukava.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiusüsteem/Arstide_erialade_arengukavad/laste-ja_noorukitepsuhhiaatria_korvaleriala_arengukava.pdf)

WHO, (2013). Mental Health Action Plan, 2013-2020. Kasutatud 01.02.2017 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1)

Sotsiaalministeerium (<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/kohalikeomavalitsuste-sotsiaalteenuste-soovituslikud-juhised/sotsiaalnoustamisteenus.htm>)

Stake, E. R. (2005). Qualitative Case Studies. *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition.*/ Denzin and Lincoln:443-466. California: Sage Publication

Teeäär, K. (2005). Juhendmaterjal. Laste vaimse tervise edendamise võimalustest ning parimast praktikast Euroopas

Wiklund, S. (2006). Signs of child maltreatment. The extent and nature of referrals to Swedish child welfare agencies. *European Journal of Social Work*, 9(1), 39-58

Witkon, Y. (2012). A crisis mental health intervention service: an innovative model for working intensively with young people on the edge of care. *Journal of Child Psychotherapy*, Vol. 38, No 2, August 2012, 154-169

WHO, (2003). Organization of services for mental health. Geneva: WHO. Kasutatud 13.02.2017 [http://www.who.int/mental\\_health/resources/en/Organization.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf)

Yin, K. R. (2009). Case Study Research. Design and Methods. Fourth Edition. United States of America: Sage Publications

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Kairi Nool (23.07.1978)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

**Multidistsiplinaarse meeskonna teenus laste vaimse tervise valdkonnas: näide kahest praktikast Eestis,**

mille juhendajad on Merle Linno ja Judit Strömpl

- 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus 29.05.2017