



TÜ ühiskonnateaduste instituut

Rehabilitatsiooniteenused sõltlastele Tartu linnas

Uurimuse aruanne

Tartu 2014

Uurimus viidi läbi Tartu Linnavalitsuse tellimusel.

Uurimuse teostas Tartu Ülikooli ühiskonnateaduste instituut.

Uurimuse läbiviijad ja aruande autorid: Merit Kangro

Kadri Kinsigo

Kai Maasoo

Meelis Kõressaar

Marion Tamberg

Liisbet Aland

Dagmar Narusson (projekti ekspert)

Judit Strömpl (projekti juhendaja)

Täname Tartu Linnavalitsuse sotsiaalabi osakonda ja kõiki uurimuses osalenud eksperte!

Uurimusega seotud küsimuste puhul pöörduda:

Judit Strömpl (e-post judit.strompl@ut.ee)

Lossi 36-410, 51003, Tartu

Tel. 737 5928

<http://www.yti.ut.ee/ee>

Lühikokkuvõte

Käesolev uurimus kaardistab Tartu linnas alkoholi- ja narkosõltlastele pakutavaid rehabilitatsiooniteenuseid eesmärgiga selgitada välja probleemi ulatus ja vajadused teenuste arendamiseks ja uute teenuste (rehabilitatsioonikeskus, projektipõhised teenused) loomiseks.

Tartu linn on oma arengukavas (2013 – 2020) olulisemate väljakutsete alla märkinud nõudlusele vastava kaasaegse sotsiaal- ja rehabilitatsioonikeskuste võrgustiku väljaarendamise. Käesolev uurimus annab sisendi arengukava elluviimiseks.

Uuringus otsitakse vastuseid järgmistele uurimisküsimustele:

- Millised teenused on praegu olemas?
- Milline on teenuste kättesaadavus?
- Kuidas teenusepakkujad hindavad praegust olukorda, tuues välja positiivsed ja negatiivsed ilmingud ning kuidas nad näevad edaspidist parimat arengut?
- Kuidas toimib teenustepakkujate vaheline koostöö Tartus ja Eestis analoogsete teenusepakkujate vahel?
- Millised on parima praktika kogemused Eestis ja mujal maailmas?

Aruanne sisaldab Tartu linnas tegutsevate alkoholi- ja narkosõltlastele rehabilitatsiooniteenuseid pakkuvate asutuste nimekirja. Kuueteistkümnest Tartus tegutsevast asutusest, mis vähemal või rohkemal viisil puutuvad kokku sõltlastega, osales uuringus 17 spetsialisti, kõik asutused olid uuringusse kaasatud. Seega on uurimuse valim esinduslik. Andmed koguti kolmes fookusrühma ja viies individuaalses ekspertintervjuus ning andmeid analüüsiti suunatud sisuanalüüsi meetodil.

Tutvustades oma klientuuri, tegevust ja valdkonda laiemalt, pöörasid alkoholi ja narkosõltlastega tegelevad eksperdid tähelepanu järgmistele iseärasustele ja lahendamist vajavatele kitsaskohtadele.

- Sõltuvus on pikaajaline, elukestev probleem, mis vajab jätkusuutlikku, hästi struktureeritud inimesele lihtsalt kättesaadavat, kliendi hetkeseisundi vajadusi arvestavat ravi ja rehabilitatsiooni.
- Olemasolevate teenuste kättesaadavus sisaldab rida vastuolusid. Näiteks ei ravita alkoholihoobes patsiente ning sageli on alkohol vastunäidustus teenusele saamiseks. Abi osutatakse vaid siis, kui abi otsija on kriitilises seisundis, tema elu on ohus. Teisisõnu, selleks, et alkohoolik saaks ravile, peab ta ennast kas nn põhja jooma või siis vähemalt kolm päeva kainust pidama. Sõltlastega tegelevad spetsialistid leiavad, et esimese juhtumi puhul on abi vaid ajutine (elupäästmine, mis kordub mingi aja pärast); teine aga raskesti saavutatav, kuna selleks, et saavutada kaine olekut, vajab sõltlane kõrvalist abi.
- Sõltlastele pakutavate teenuste puhul on oluliseks probleemiks ka teenuste kõrge hind. Sõltuvusega kaasnevad sageli majanduslikud raskused. Sõltuvuse tõttu jäävad inimesed töökohast ja

sissetulekutest ilma, aga ravi ja rehabilitatsiooniteenused on tasulised. Töötukassa küll maksab kinni mõned teenused sõltlastele, kuid ainult kitsale kliendigrupile, näiteks pikaajalistele töötutele. Ka siin tekib kummaline seos: selleks, et Töötukassa maksaks sõltlasele pakutava teenuse eest, peab inimese üldine olukord olema äärmuslik. Toimub eelmisele sarnane elupäästmine. Teatavasti on aga sekkumine seda efektiivsem, mida varem see toimub.

- Spetsialistide üldise hinnangu kohaselt on Tartu linnas sõltlastele pakutavaid teenuseid vähe, kuna probleemi iseenesest nähakse väga suurena. Puudub süsteemne ja koordineeritud lähenemine, mille alusel teenuseid pakutakse ja sõltuvushäiretega inimestega tegeletakse. Olemasolevate teenuste kättesaadavus on piiratud, mis on põhjustatud abivajajate vähestest materiaalsetest ressurssidest, teenuste kõrgetest hindadest, rehabilitatsiooni- ja tagasi ellu integreerimise teenuste puudumisest, olemasolevate rehabilitatsiooniteenuste piiratud kättesaadavusest antud sihtgrupele ja teenusele saamise pikkadest ootejärjekordadest.
- Raske on hinnata Tartu linnas sõltuvusega seotud probleemi ulatust, kuna osa sõltlasi pole endast märku andnud. Tõsise sõltuvusprobleemiga on ekspertide hinnangul Tartus seotud umbes 15 000 inimest. Seda arvu tuleb aga korrutada kahega või isegi kolmega, sest abi vajavad ka sõltlaste perekonnad, nn kaassõltlased, eriti lapsed.
- Sõltuvus on kompleksne probleem, mis haarab inimese ja tema suhteringkonda tervikuna. Sõltuvusega kaasnevad komorbiidsed terviserikked, suhte probleemid perekonna ja lähedastega, tööandjatega, toimub sõltlase järk-järguline ühiskonnast eemaldumine. Sellepärast peab sekkumine olema samuti kompleksne. Sõltlastega peavad tegelema erinevad spetsialistid üheskoos. Arstiaibist jääb väheks, kui puudub ravile järgnev või sellega üheaegselt toimuv psühhosotsiaalne rehabilitatsioon, kus terve meeskond (psühholoog, sotsiaaltöötaja, tugiisik, tegevusjuhendaja, töönoustaja jt) töötab üheskoos kuni kliendi olukorra stabiliseerumiseni.
- Sõltlastega tuleb tegeleda eraldi ainult neile spetsialiseerunud asutuses. Nende koht pole psühhiaatriakliinikus, vaatamata sellele, et kaasnevad haigused võivad nõuda psühhiaatrilist abi.
- Valdkonda iseloomustab teatud killustatus ja spetsialistide ülekoormatus. Rehabilitatsiooniteenuseid pakuvad asutused töötavad üksteisest sõltumata ja sageli ei teata, mida pakuvad teised sama valdkonna programmid/projektid. Samas tõdeti ka seda, et osa spetsialistide töötavad korraga mitmetes asutustes või projektides.
- Peale valdkonna killustatust nähti probleemi ka projektipõhises lähenemises, mida hinnati mitte jätkusuutlikuks, vaid nõ tulekahju kustutamiseks. Toimiv süsteem peab olema järjepidev. Tekkinud olukorra põhjusena toodi välja puuduv riiklik alkoholipoliitika.
- Selleks, et süsteem toimiks, on vajalik süsteemne riiklik strateegia, kus ennetus, ravi ja rehabilitatsioon on sõltuvushäiretega inimestega tegelemiseks selgelt läbi mõeldud ja paika pandud. Praegu selle puudumisel mitte ainult ei jää abivajajad abita, vaid toimub ressursside raiskamine, kuna täna sõltlaste elupäästmiseks tehtud kulutused ei ole pikas perspektiivis efektiivsed.

- Muu maailma hea praktika põhineb pakutavate teenuste kättesaadavusel ja kompleksusel. Sõltlane saab taskukohast abi kohe, kui ta seda palub. Ravi, nõustamine, toetatud elamine ning tööturule naasmise toetamine toimuvad koos ja järjepidevalt.
- Eestis hinnati toimivaks AA eneseabigruppe ja usulistel alustel töötavaid programme. Mõlema puhul ilmneb nende programmide mittestigmatiseeriv ja inimest kaasav põhimõte.
- Positiivselt on hinnatud ekspertide poolt Tartu linnas olemasolev erialane kompetents. Kui spetsialistide tegevus oleks süsteemselt koordineeritud, siis sellest oleks kasu nii sõtlastele kui ka spetsialistidele endile.

Analüüsi alusel on tehtud rida soovitusi valdkonna arendamiseks Tartus ja Eestis tervikuna (vt käesolev aruanne lk **44**).

Sisukord

Sissejuhatus	7
Töös kasutatavad olulised mõisted	10
Uurimuse kontekst	12
Alkoholi tarbimine ja alkoholipoliitika Eestis	12
Globaalne uimastitarbimine	14
Rehabilitatsiooni käsitlused.....	17
Uurimismeetodid ja osalejad-eksperdid	23
TULEMUSED.....	24
Suuremad alkoholi- ja narkosõltuvuse ravile ja rehabilitatsioonile spetsialiseerunud asutused ja programmid Eestis.....	24
Sõltlastega kokku puutuvad asutused ja projektid Tartus	25
Sõltlased uuringus osalejate määratluses	28
Sõltuvus kui kompleksne probleem	28
Kaassõltlased – lähedased ja perekond.....	30
Töötamine ja sõltuvus	31
Sõltlaste stigmatiseeritus ja tõrjutus kui positiivsete tulemuste takistavad faktorid	31
Olemasolevad teenused/võimalused, nende efektiivsus ja kättesaadavus.....	32
Teenuste kättesaadavus ja toimivus	34
Kinniste asutuste positiivsed ja negatiivsed mõjud	36
Ravi ja rehabilitatsiooni seosed, nende puudumine	36
Asutuste vaheline koostöö	37
Professionaalne pädevus.....	37
Hea praktika, ideaal, võrdlus mujal toimuvaga	38
Rahastus, sellega seonduvad probleemid	40
Riiklik poliitika.....	41
Ennetamine	42
Kokkuvõtte, soovitusel	43
Soovitused	44
Kasutatud kirjandus.....	46
Lisa.....	48

Sissejuhatus

Alkoholist ja narkootilistest ainetest tekkinud sõltuvushaigused on keerulised ja tõsised seisundid, millega kaasnevad meditsiinilised, majanduslikud, perekondlikud ja muud sotsiaalsed probleemid. Sõltuvus tekitab indiviidi tasandil hulgaliselt kaasnevaid haigusi ja psüühikahäireid ning sõltuvus ei mõjuta ainult sõltlast ennast, vaid ka teda ümbritsevaid inimesi, eelkõige lähedasi. See muudab sõltuvuse laialdaseks ja kompleksseks seisundiks, mis vajab tähelepanu ja sekkumist. Eesti kohta käivad andmed kõnelevad paraku sellest, et siin on nii alkoholist kui mittelegaalselt narkootilistest ainetest põhjustatud sõltuvusseisundi tase võrreldes teiste riikidega kõrge, samal ajal kui sekkumismehhanismid (ravi ja rehabilitatsioon) on puudulikud. Uurimused ja ülevaated eelkõige konstateerivad probleemi ja annavad juhised, kuhu poole tegevust võiks või tuleks suunata, kuid puudub täpsem ülevaade sellest, mida süsteemselt probleemi lahendamise eesmärgil riigis tehakse.

Alkoholipoliitika rohelisest raamatust (2012) selgub, et alkoholisõltuvuse esinemissagedus Eestis on võrreldes EL keskmisega kõrge – tööealiste meeste ja naiste hulgas vastavalt 11% ja 2,1% (EL keskmine 5,4% ja 1,5%). Alkoholisõltuvuse kõrval on probleemiks ka teiste narkootiliste ainete tarbimine. Narkosõltlasi on Eestis 1000 elaniku kohta 15 juhtu (EMCDA 2009). Täpne sõltlaste arv Tartus ei ole teada. Alkoholiseaduse väärtegusid registreeriti 2009. a Tartus 1670 ning narkoseaduse väärtegusid 62 (Tartu linna vigastuste profiil 2005-2009). Politsei- ja Piirivalveameti 2013. a uuringust „Narkoväärteod 2008-2013“ selgub, et narkootikumide korduvtarbijaid (on viimase 4 aasta jooksul ehk 2004-2012 narkootikumide tarbimisega vahele jäänud 2 või enamal korral) on Tartumaal kokku 48.

Üks käesoleva uuringu läbiviijatest on töötanud Tartu Ülikooli Kliinikumi üldintensiivravi osakonnas, mis on kogu tänase Eesti ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi kõige kulukam ja ressursinõudlikum lõpp-punkt. Selle osakonna (1000 eurose päevahinnaga) voodikohtadele satuvad väga tihti joomisest raskelt haiged, alkoholijooobes õnnetuse põhjustanud, või kained tavakodanikud, kes on jooobes isiku poolt põhjustatud õnnetuses viga saanud. Sealsete arstide ning õdede hinnang oma osakonnale (ning ka üldiselt Tartu Ülikooli Kliinikumile) on murettekitav – raviasutus on alkoholist läbi imbnud ning kogu haigla tegeleb väga suures osas alkoholist põhjustatud tagajärgede likvideerimisega, kasutades selleks kalleid vahendeid ning kõrgtehnoloogilisi seadmeid. Arstid on veendunud, et sellised mastaapsed kulutused ennetuses või varasemates rehabilitatsiooni lülides oleksid kokkuvõttes efektiivsemad.

Tervise Arengu Instituut toob Rahvastiku tervise arengukavas aastateks 2009-2020 välja, et Eestis on välja arendamata alkoholismi varase avastamise ja alkoholismist loobumise nõustamise süsteem ning alkoholisõltuvuse ravivõimalused. Sotsiaalministeerium on andnud välja alkoholipoliitika rohelise raamatu, et viia ellu Vabariigi Valituse tegevusprogramm aastateks 2011–2015. Raamatus kajastub, et sotsiaalsüsteemis puuduvad alkoholisõltuvusest vabanemist või sõltuvuse kontrolli all hoidmist ning sõltuvusega isiku sotsiaalse toimetuleku parandamist soodustavad rehabilitatsiooni- või erihoolekandeteenused. Raamatus on antud küll üldised suunitlused, ent puudub selge tegevusplaan ning vastutajad.

Sotsiaalministeeriumi kodulehel on välja toodud, et narkomaania ravi- ja rehabilitatsioonisüsteem Eestis on veel arenemisjärgus. Tervise Arengu Instituut on koostanud ülevaate 2013. a uimastisõltlastele suunatud nõustamise, ravi ja rehabilitatsiooni ning kahjude vähendamise teenuste kohta. Eraldi on kirjeldatud Euroopas levivat kahjude vähendamise mudelit (*harm reduction*), mille eesmärk on leevendada sõltuvuste (alkohol ja narkootikumid) negatiivseid tagajärgi tervisele ja sotsiaalseid ning majanduslikke tagajärgi.

Sõltuvuse lõpetamine ei ole eesmärk. Aastal 2014 valmis Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat (Valge raamat), mis toob välja, et Eestis on narkootikumide tarbimine võrreldes muude Euroopa Liidu riikidega kõrge just kooliõpilaste seas ning samuti on kõrge narkosurmade arv. Süstivaid narkomaane vanuses 15-44 on Eestis 5362 (2009. aasta seisuga). Dokumentis peetakse juba sõltuvusse sattunud isikute puhul oluliseks kahjude vähendamise, sõltuvusravi ja taastusabi teenuste pakkumist. Dokument kajastab Eesti üldpilti, kus vaatluse all ei olnud eraldi linnad vaid piirkonnad (nt Lõuna-Eesti). Lisaks tuuakse välja, et ressursi säästmise mõttes on oluline käsitleda legaalsete ja illegaalsete uimastite sõltuvusravi seostatuna.

Tartu linn on oma arengukavas (2013 – 2020) olulisemate väljakutsete alla märkinud nõudlusele vastava kaasaegse sotsiaal- ja rehabilitatsioonikeskuste võrgustiku väljaarendamise järele. 2014 – 2015 aastate eesmärgiks on võetud rehabilitatsioonikeskuse või teenuste arendamise kontseptsiooni väljatöötamine. Seega on Tartu linna sõltuvushaigete rehabilitatsiooni tulevikuvisioniks asutustevahelise suhtluse parandamine ning keske struktuuri idee.

Käesolev uuring annab sisendi arengukava elluviimiseks. Uurimuse eesmärgiks on alkoholi- ja narkosõitlastele olemasolevate teenuste kaardistamine ning teenuste arendamise ja uute teenuste (rehabilitatsioonikeskus, projektipõhised teenused) loomise vajaduse ja mahu välja selgitamine Tartus. Sihtrühmaks on alaealised ja täiskasvanud alkoholi- ja narkosõitlased, uurimuses osalejateks on praegu Tartus sihtrühmale rehabilitatsiooniteenuseid pakkuvad organisatsioonid.

Uuringus otsitakse vastused järgmistele uurimisküsimustele:

- Millised teenused on praegu olemas sõitlastele (ravi, sotsiaalne rehabilitatsioon, kahjude vähendamine)? Selle raames kaardistatakse,
 - kes teenuseid osutab,
 - milliseid teenuseid,
 - millise koosseisuga,
 - millisel meetodil,
 - millise rahastusega,
 - kui pikalt teenuseid osutatakse,
 - kuidas on ühendatud ravi ja sotsiaalne rehabilitatsioon.
- Milline on teenuste kättesaadavus (ravi, sotsiaalne rehabilitatsioon, kahjude vähendamine)? Kes ja kuidas teenusele jõuab ning missugune on selle efektiivsus teenusepakkujate hinnangul?
- Kuidas toimib teenusepakkujate vaheline koostöö Tartus ja Eesti analoogsete teenusepakkujate vahel?
- Kuidas teenusepakkujad hindavad praegust olukorda, tuues välja positiivsed ja negatiivsed ilmingud ning kuidas nad näevad edaspidist parimat arengut?
- Millised on parima praktika kogemused Eestis ja mujal maailmas?

Uurimuse käigus kogutud andmete alusel pakutakse soovitusi olemasolevate teenuste arendamiseks ja/või uute teenuste loomiseks.

Aruanne jaguneb kolmeks osaks. Esimeses osas tuuakse välja teoreetiline raamistik, mis sisaldab lühiülevaadet alkoholismi ja narkomaania levikust Eestis ning rehabilitatsiooni kaasaegsetest käsitlustest. Teises metoodika osas tutvustatakse lühidalt kasutatavaid uurimismeetodeid ning uurimuses osalejaid – Tartu linnas rehabilitatsiooni teenuseid pakutavate institutsioonide esindajaid. Aruande kolmandas osas on esitatud uurimuse tulemused, mis omakorda jaguneb kaheks: esmalt on kokku võetud olulisemad alkoholi- ja narkosõitlastele ravi- ja rehabilitatsiooni teenuseid pakkuvad institutsioonid ja programmid Eestis ja Tartu linnas ning teises osas on esitatud intervjuu andmete analüüsi tulemused. Aruande viimases kokkuvõttes osas on esitatud uurimistulemustel põhinevad soovitusel süsteemse rehabilitatsiooniteenuste arendamiseks Tartu linnas.

Töös kasutatavad olulised mõisted

Alkoholism – alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäire (RHK-10, F10.)

Alkoholisõltlane – inimene, kelle alkoholsete jookide tarbimine väljub antud kultuurilises kontekstis normaalseks hinnatud tarbimismõistest, kellel tekib harjumus (*addiction*) ja sõltuvus (*dependece*) alkoholsetest jookidest.

Kuritarvitamine – tarvitamise viis, mis kahjustab tervist. Kahjustus võib olla somaatiline (nt. hepatiit, mis on tingitud ainete enesele manustamisest süstetena) või psüühiline (nt. suurest joomisest tingitud episoodilised depressiivsed häired) RHK-10 F1x.1).

Komorbiidsus – ühe või enama haiguse või psüühikahäire esinemine lisaks põhihaigusele või psüühikahäirele.

Rehabiliteerima ladina keeles „habil“, „habilitas“ – võimeliseks tegema (ingl k „made able“, „to enable“) (Dean jt 2012)

Rehabilitatsioon on inimese sotsiaalse osaluse (*social participation*), sotsiaalsesse ellu kaasatuse (*inclusion*) saavutamise või taastamise kompleksne protsess, mille vahe-eesmärgid on inimese keha struktuuride ja funktsioonide ning psüühiliste funktsioonide arendamine ja restruktureerimine (*reinforce and restructure*), tegevusvõime arendamine, tegevuse ja osaluse kohandamine (*to adjust the activities and participation*) ning inimese tegevusvõimet piiravate keskkonnategurite kohandamine (Dell Orto ja Power 2007). Rehabilitatsioon jaguneb **meditsiiniliseks rehabilitatsiooniks** (*medical rehabilitation*) ehk taastusraviks, mis kuulub tervishoiu valdkonda ja **psühhosotsiaalseks rehabilitatsiooniks** ehk sotsiaalseks rehabilitatsiooniks, mis kuulub sotsiaalvaldkonda.

Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon on valdkond, mille eesmärk soodustada taastumist, täielikku integreerumist kogukonda ja elukvaliteedi parandamist inimestel, kellel on diagnoositud ükskõik milline vaimse tervise olukord, mis piirab tõsiselt võimet elada tähendusrikast elu (Anthony ja Furlog-Norman 2011).

Meditsiiniline rehabilitatsioon ehk taastusravi (ingl k *physical and rehabilitation medicine* (PRM)) kuulub tervishoiu valdkonda, taastusravi on aktiivravi lahutamatu osa (järgneb aktiivravile) ägeda haiguse või vigastuse või pikaajalise haiguse järgselt tekkinud funktsiooni(de) häirumise täielikuks taastamiseks või funktsioonijäägi säilitamiseks. (Taastusravi ja füsiatria...2012)

Rehabilitatsiooniteenus on sotsiaalteenus, mille eesmärk on parandada puudega inimese iseseisvat toimetulekut, suurendada ühiskonda kaasatust ja soodustada töötamist või tööle asumist. Rehabilitatsiooniteenuse käigus hinnatakse inimese toimetulekut ja kõrvalabi vajadust, tehakse ettepanekuid kodu-, töö- ja õpikeskkonna kohandamiseks, abivahendi saamiseks ja kasutamiseks. Inimest nõustatakse erinevates valdkondades, et parandada edasist sotsiaalset toimetulekut (Sotsiaalkindlustusamet).

Sotsiaalhoolekande seaduse tähenduses on rehabilitatsiooniteenus isiku iseseisva toimetuleku, sotsiaalse integratsiooni ja töötamise või tööle asumise soodustamiseks osutatav teenus, mille raames koostatakse isikule isiklik rehabilitatsiooniplaan kehtivusega kuus kuud kuni kolm aastat; osutatakse Vabariigi Valitsuse

kehtestatud loetelus nimetatud ning rehabilitatsiooniplaanis märgitud teenuseid; juhendatakse isikut, kuidas rehabilitatsiooniplaanis kirjeldatud tegevusi ellu viia (RT I 2004, 89, 603).

Rehabilitatsioonimeeskond – rehabilitatsiooniteenuse osutaja moodustab meeskonna, mis koosneb vähemalt viiest eri eriala spetsialistist (psühholoog, sotsiaaltöötaja, arst, õde, füsioterapeut, eripedagoog, tegevusterapeut) (RT I 2005, 38, 299).

Sõltuvushäire – RHK-10 järgi on F10 – F 19 on määratletud alkoholi jm psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired (RHK-10, F10-F19).

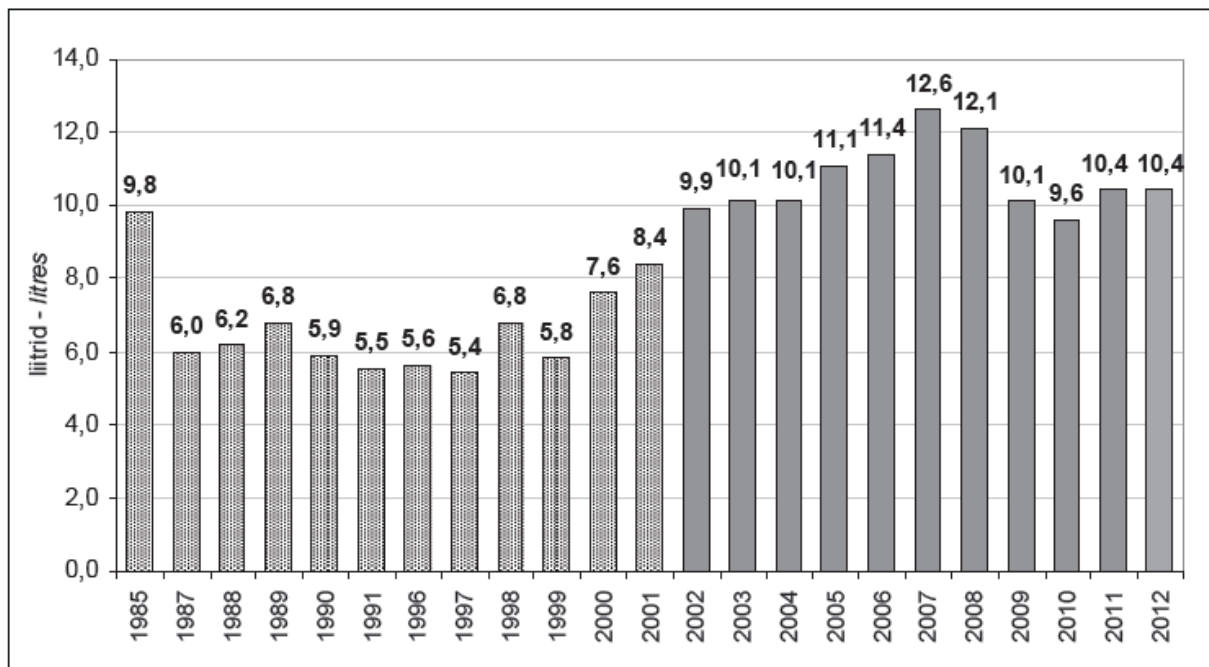
Sõltuvus – somaatiliste, käitumuslike ja kognitiivsete avalduste kompleks, mille korral aine või ainete tarvitamine saavutab patsiendi käitumises prioriteedi käitumisavalduste suhtes, mis on kunagi olnud suurema väärtusega. Sõltuvussündroomi olulisim iseloomujoon on tung (sageli tugev, vastupandamatu) psühhoaktiivset ainet (mis võib, aga ei pruugi olla arsti poolt ordineeritud), alkoholi või tubakat tarvitada. Võib juhtuda, et tagasipöördumisel aine tarvitamise juurde pärast kainusperioodi kujunevad sõltuvussündroomi nähud kiiremini kui mittesõltuvatel isikutel (RHK-10, F1x.2).

Uurimuse kontekst

Alkoholi tarbimine ja alkoholipoliitika Eestis

Alkoholi tarbimine on Eestis alates 90-ndate aastate algusest pidevalt kasvanud, saavutades oma tipu – 12,6 liitrit absoluutset alkoholi elaniku kohta – 2007. aastal. Sellele järgnevatel aastatel on küll tarbitud alkoholikogused mõnevõrra vähenenud, kuid numbrid on endiselt murettekitavad (Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2013) .

Eesti Konjunktuuri Instituut on 2010. aastast välja andnud ulatuslikku ülevaadet alkoholituru nõudlusest ja pakkumisest, alkoholi tarbimisest ning sellega kaasnevatest (negatiivsetest) tagajärgedest. 2013. aastal ilmus nende poolt „Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2013“. Sealt selgub, et ühe elaniku kohta tarbiti 2012. aastal 10,4 liitrit absoluutalkoholi, mis on samaväärne alkoholikogusega, mis tarbiti aasta varem. (Tarbimine võrdub legaalne müük miinus turistide kaasaostud ning tarbimine Eestis pluss illegaalne müük.) (Joonis 1.)



* kuni 2002. puudusid andmed turistide kaasaostude ja turistidepoolse tarbimise kohta Eestis ning illegaalse müügi kohta; kuni 2006. puudusid andmed turistidepoolse tarbimise kohta Eestis; 2011. aasta andmeid on täpsustatud

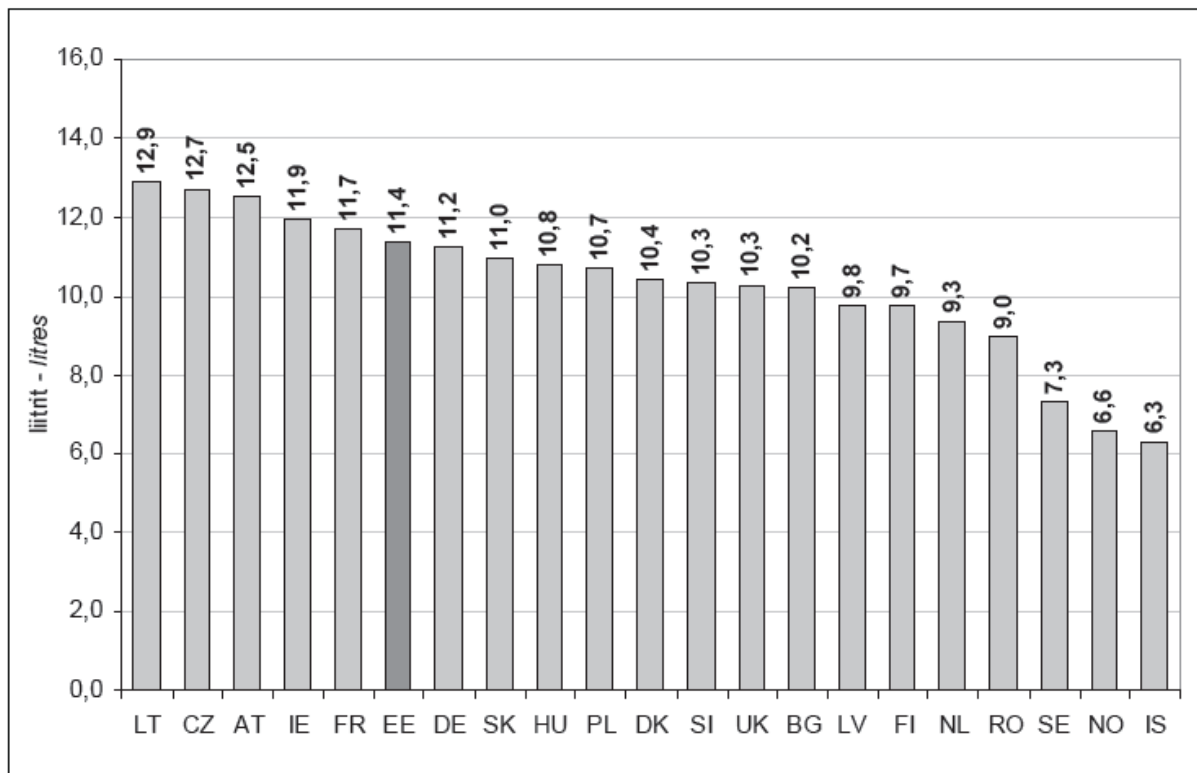
Joonis 1. Alkoholi tarbimine 1985-2012* (liitrit elaniku kohta 100% alkoholis).
Allikas: Eesti alkoholiturg, Eesti Konjunktuuriinstituut.

Kuigi alates 2007. aastast on vähenenud alkoholi tarbimine mõõdetuna absoluutalkoholi koguses elaniku kohta, siis tarbitud alkoholsete jookide kogused on hoopis suurenenud. See tuleneb tõsiasjast, et mõnevõrra vähem tarbitakse kangeid alkoholiseid jooke (2007. aastal ca 15 liitrit kanget alkoholi elaniku kohta aastas, samal ajal 2012. aastal oli sama number 10 liitri ringis), kuid sellevõrra rohkem juuakse lahjemaid alkoholiseid jooke, veini ja õlut.

Alkoholi tarbimise negatiivsed tagajärjed ühiskonnale

Eestis tarbitavad alkoholikogused on Euroopas ühed suurimad - 2010. aastal tarbiti meist rohkem absoluutalkoholi täiskasvanud (15+) elaniku kohta Leedus, Tšehhis, Austrias, Iirimaa ja Prantsusmaal.

(Joonis 2.) Kui vaadata alkoholitarbimist Põhja-Euroopas, siis võib võrdlusena tuua, et kui Eestis tarbiti 2012. aastal 10,4 liitrit absoluutalkoholi elaniku kohta, siis Soomes oli vastav number 9,6; Taanis 8,5; Rootsis 7,7; Norras 7,5 ja Islandil 6,5 liitrit. On leitud, et 6 liitrit absoluutalkoholi elaniku kohta on piiriks, mil alkoholi tarbimisest põhjustatud kahju ei ületa alkoholi müügist/tootmisest saadavat kasu (Maripuu 2012).



Joonis 2. Absoluutalkoholi tarbimine täiskasvanud (15+) elaniku kohta Euroopa riikides 2010. a.
Allikas: WHO Global Information System on Alcohol and Health

Alkoholi Aastaraamatust (2013) selgub, et eestlased ise leiavad, et kõige tõsisemaks alkoholi kuritarvitamisega seotud probleemiks on purjuspäi sõiduki juhtimine – seda pidas tõsiseks või väga tõsiseks probleemiks 93% vastanutest. Sellele järgnesid laste ja noorte alkoholi tarbimine (90% vastanutest pidas tõsiseks või väga tõsiseks probleemiks), alkoholist põhjustatud terviseprobleemid ning kodune vägivald (vastavalt 89% ja 88% vastanutest).

Samas tuuakse välja ka, et nii politsei poolt registreeritud purjus juhtide arv kui ka purjus juhi osalusel toimunud liiklusõnnetuste arv on suurem neil aastatel, mil tarbitakse rohkem alkoholi. Kurb on tõdeda, et sama seos kehtib ka liiklusõnnetustes hukkunud ning viga saanute osas. Paraku ei suurene alkoholi tarbimisega ainult liiklusõnnetuste osakaal, rohkem on ka teisi õnnetusi. Kui liiklusõnnetustes hukkunutest oli 46% kaines olekus, siis tuleõnnetuste puhul on see protsent kõigest 24% ning uppumiste puhul 50%. Seega suur osa inimestest, kes on hukkunud kas liiklus- või tuleõnnetustes või uppunud on paraku olnud purjus. Ka kuritegevuse üldine tase on Eestis seotud tarbitud alkoholi kogusega ehk mida suurem on tarbitud absoluutalkoholi kogus elaniku kohta, seda rohkem registreeritakse Eestis ka kuritegusid.

Alkoholi tarvitamine on otseselt või kaudselt seotud paljude haigustega. Põhjused ja seosed haiguste puhul võivad olla keerulised, mistõttu ei saa alati välja tuua, kas alkohol on peamine põhjus või mitte. Näiteks depressiooni puhul võib alkoholism olla nii põhjus kui ka tagajärg – depressioonis inimesed kalduvad

tarvitama rohkem alkoholi, samas põhjustab pidev alkoholi tarvitamine depressiooni. Võib siiski välja tuua kaks haigust – alkoholisõltuvus ja maksa alkoholitõbi – mis on otseselt seotud alkoholi (liig)tarvitamisega. Tervise Arengu Instituut on välja selgitanud, et esmahaigestumine nendesse haigustesse on otseselt seotud elanikkonna poolt tarbitud alkoholi kogusega (Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2013).

Alkoholi tarbimine alaealiste hulgas

Nagu eelnevalt mainitud, siis ühe tõsisema alkoholi tarbimisest tingitud probleemina töid vastajad välja ka alaealiste alkoholi tarbimise. Alkoholi tarbimine on noorte vanuserühmas 10 kuni 24 eluaastat kõige olulisem alkoholismi riskitegur (Alkoholipoliitika roheline raamat). 2011. aastal läbi viidud küsitluses selgus, et õpilastest veerand on olnud esimest korda purjus 13-14-aastasena; poistest 40% on olnud esimest korda purjus 15-16-aastasena, tüdrukutest on sama number 33. (Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2012.) Kahjuks oleme nende numbritega Euroopas teiste riikide hulgas esirinnas. Alaealised tarbivad alkoholi aasta-aastalt üha rohkem ning esimest korda tarbitakse alkoholi üha varem. Kindlasti on üks põhjustest see, et alkohol on Eestis kättesaadav üpriski lihtsalt. Alkoholi müügipunktide tihedus territooriumil on suur – linnas kulub inimesel keskmiselt 10 minutit, et jõuda poodi, kus müüakse alkoholi. Harvad ei ole juhused, kus taolised kauplused asuvad kohe mõne õppeasutuse kõrval (www.alkoinfo.ee).

Alkoholipoliitika Eestis

Tänapäeval Eestis üldine alkoholipoliitika puudub, kuid esimesi samme selle loomise suunas on astunud. 2013. aasta alguses valmis mitmete töögruppide koostöös Alkoholipoliitika roheline raamat, mis peaks paika panema raamistiku ühtse alkoholipoliitika loomisele.

Alkoholi rohelises raamatus seati alkoholipoliitika eesmärgiks alljärgnev:

- vähendada alkoholi kogutarbimist,
- vähendada liigtarvitamist,
- tõkestada alaealiste alkoholitarvitamist,
- tagada turvaline keskkond, vähendada alkoholist tingitud kuritegevust, sotsiaalseid probleeme ja tervisekahjusid,
- arendada välja ravi- ja rehabilitatsiooniteenused motiveeritud alkoholisõltuvusega isikutele.

Globaalne uimastitarbimine

Ülemaailmse uimastitarbimise aruande kohaselt (World Drug Report 2013) oli 2011. aasta seisuga maailmas hinnanguliselt 167-315 miljonit inimest vanuses 15-64 aasta, kes olid kasutanud eelneval aastal ebaseaduslikke uimastavaid aineid. Seega ligikaudu 3,6-6,9 protsenti maailma täiskasvanud elanikkonnast kasutas 2011 aastal ebaseaduslikke aineid. Ülemaailmselt on tõusnud ka retseptiravimite–rahustite kuritarvitamine, see on kohati isegi kõrgem kui paljude ebaseaduslike ainete tarvitamine. Rahustite tarvitamine on levinud just narkomaanide hulgas, kes manustavad ka teisi uimasteid. Riikidest, kus rahustite leviku kohta on informatsiooni, on Eesti esikohal (12,9%). Retseptiravimeid muretsetakse

enamasti tuttavate kaudu, kellele on need arsti poolt välja kirjutatud, järjest enam aga ka mustalt turult ning interneti kaudu.

ÜRO narkootikumide ja kuritegevuse büroo (UNODC 2011) andmetel on ülemaailmselt narkootikume süstivaid inimesi keskmiselt 14 miljonit, neist 1,6 miljonil on HIV (World Drug Report 2013). Ida-Euroopas on süstivate narkomaanide keskmine arv 4 korda suurem, kui ülemaailmne üldine keskmine. Ka Eesti kuulub riikide hulka, kus on kõrgeim süstivate narkomaanide määr (kõrgem kui Eestis on antud näitaja vaid Aserbaidžaanis, Seišellidel ja Venemaal). Eestile iseloomulike tendentsidena saab välja tuua ka näiteks kokaiinituru laienemist 2005-2010 aastal, mida näitab kokaiini konfiskeerimiste suurenenud arv ning aine levimise üldine tõus. Sarnane suundumus esineb ka teistes Balti riikides (nt Läti ja Leedu kus antud näitajad on veel kõrgemad). Samuti on Eestis registreeritud järjest rohkem amfetamiinil põhinevate uute ainete levikut, nt metaamfetamiin.

Enne 1990ndaid aastaid oli Eestis narkootikumide kasutamine haruldane nähtus, tarbiti küll mingil määral mooniteed ja marihuaanat, kuid sünteetilised ained olid ühiskonnas veel võõrad. Probleemseks muutus narkomaania 1990ndate keskel, kui turule tekkisid uued ained (ecstasy, amfetamiin, kokaiin, ketamiin, GHB (korgijook) ja LSD (hape) ning tarbimine järsult kasvas, mis võis olla tingitud ka piiriületuse lihtsustamisega. Sellest hetkest hakati narkomaaniat vaatlema kui suurt sotsiaalset probleemi (Abel, Talu jt 2003).

1994 ja 1998 aasta elanikkonnaküsitlused näitasid suurt kasvu narkootikumide tarbimises. Kui 1994. aastal oli uimasteid proovinud 1,4% täiskasvanud elanikkonnast, siis neli aastat hiljem oli antud näitaja tõusnud juba 6,3%ni. Narkootiliste ainete kasutamine oli iseloomulik just noorematele vanusegruppidele (Abel, Talu jt 2003).

Võrreldes 1999. aastaga oli narkomaaniaravile pöördunud isikute arv 2001. aastaks suurenenud 2,5 korda, 1999 pöördus ravile 812 isikut, kolm aastat hiljem aga juba 2034 (Abel, Talu jt 2003).

Narkomaania ennetamise riikliku strateegia kohaselt (2004) iseloomustavad Eestit:

- püsiv kasv sõltuvusainete (tubakas, alkohol, narkootikumid) tarbimises laste ja noorukite seas;
- uimastite esmatarbijate vanuse pidev langus;
- kõrge veeniseselt narkootikume tarbivate isikute arv;
- HIV-nakkuse kiire levik (ennekõike veenisüstivate uimastisõitlaste seas);
- narkootikumidega seotud õigusrikkumiste arvu kasv.

2006. aasta oktoobris alustas Tervise Arengu Instituut Eesti rahva tervisega seotud uuringu Terviseuuring 2006 läbiviimist (küsitleti ligikaudu 10 000 eesti elanikku alates 15-85 eluaastat). Uuringu tulemused näitasid, et 27% 16-24 aastaseid noori oli elus tarvitanud kanepit, 25-34 aastaste hulgas ligikaudu 18%. 2006. aasta andmed peegeldavad Eestit üldiselt iseloomustavaid tendentse, mille kohaselt on uimastite tarvitamine sagedasem just laste ja noorte seas (Eesti Terviseuuring 2006).

2011. aastal viis Tervise Arengu Instituut läbi Paikkonna tervisemõjuri uuringu, milles osales 4239 respondenti. Andmed näitavad, et kõige aktiivsem vanuserühm on 25-34 aastased, kuid murettekitav on ka nooremate 15-24 aastaste osatähtsus eriti kangemate narkootiliste ainete –ecstasy, amfetamiini, kokaiini

ning heroïini tarbijate hulgas. 25-34 aastastest oli teisi narkootikumide ühe korra tarvitanud 15,2%, korduvalt 14,4%. Noorte hulgas on antud ainete tarvitajate hulk kõrgem just korduvate tarvitajate hulgas. Nii 2011 aasta Paikonna terviseuuringu kui ka 2006. aasta Eesti Terviseuuringu andmetel olid illegaalsete ainete tarvitajateks enamjaolt meessoost isikud. Enim narkootikumide korduvalt tarvitanud inimesi on Ida-Viru ning Harju maakonnas, kõige vähem saartel.

Euroopa riikide võrdluses oli Eestis 2011 väga kõrge just amfetamiini tarbimise levimus rahvastikus, ka on teiste Euroopa riikide seast Eesti silmapaistev narkootikumide süstimise levimuse osas. Kui mujal Euroopas on 1000 elaniku kohta umbes 5 süstivat narkomaani, siis Eestis on see näitaja 15 (EMCDDA 2011).

Uimastite levimist kooliõpilaste hulgas on uuritud Euroopa koolide uuringuga alkoholist ja muudest uimastites. Antud uuringuid on läbi viidud 2011, 2007, 1999, 1995 (The ESPAD Report, refereeritud Abel, Talu jt 2003 kaudu). Märgatavalt tõusis sõltuvusainete kasutamine kooliõpilaste hulgas, 1995-1999. 1995 aastal oli kanepit proovinud 7% kooliõpilastest, 1999 tõusis ebaseaduslikke uimasteid proovinud õpilaste arv kaks korda. Peamiseks narkootiliseks aineks õpilaste seas oli kanep.

2007. aastal oli 15-16 aastaste kooliõpilaste hulgast 30% proovinud mingisugust illegaalset uimastit, 2011. aastal oli sama näitaja 32%. Seega on narkootikumide tarvitamine kooliõpilaste hulgas pigem stabiliseerunud, võrreldes pideva varasema kasvutendentsiga. Kõige populaarsem narkootiline aine 2011. aastal oli kooliõpilaste hulgas kanep, mida 24% on proovinud ning 17% viimase aasta jooksul tarvitanud. 2007. aasta andmetel oli kanepit proovinud 27% küsitletud õpilastest, viimase aasta jooksul tarvitanud 19%. Teisi ebaseaduslikke narkootikumide olid 2011. aastal tarvitanud 18%, 2007- 19%, sellistest ainetest populaarseimad olid sissehingatavad ained, rahustid, amfetamiin ja ecstasy.

Sooline kalduvus rohkem narkootikumide tarvitada on jätkuvalt meessoost isikutel, küll aga kasvas võrreldes 2007. aastaga 2011 aastaks narkootikumide proovinud tütarlaste arv. Narkootikumide kättesaadavust hindavad kooliõpilased 2011. aastal raskemaks kui varasemalt, 2007 pidasid 26% õpilastest ecstasy kättesaadavust lihtsaks, 2011 aga 14%. Koolides, kus õppekeeleks on vene keel, on ka õpilaste hulk, kes narkootikumide on proovinud, suurem. Regiooniti on kooliõpilaste hulgas kõige rohkem uimasteid proovinud noori Ida-Virumaal (41%), kõige madalam Lõuna-Eestis ning saartel.

Narkootikumidega seotud nakkushaigustesse haigestumine 1999-2012

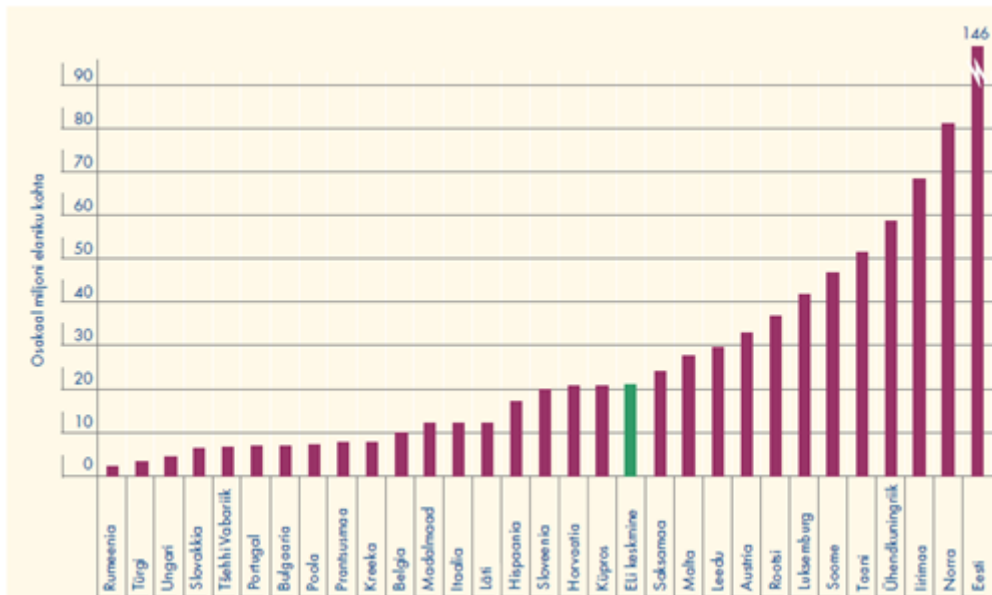
Tabelis 1 on ära toodud Terviseameti andmed narkootikumidega seotud nakkushaigustesse haigestumise kohta aastatel 1999-2012. Nii B kui C hepatiitviirustesse haigestumine on käsitletava 13 aasta jooksul märgatavalt vähenenud, kindlasti on see tingitud paremast ennetustööst ning ravivõimalustest. 2001-2002 aasta kõrgeid HIV nakatumise näitajad on tingitud antud aastal Eestis, Lätis ja Leedus esinenud nakkuspuhangutest, kõigil järgnevatel aastatel on nakkusmäärad Euroopa Liidus langusmääraga, sama on näha ka Eestis. Eesti kuulub aga siiski riikide hulka, kus HIVi diagnooside määr on väga kõrge. (Terviseameti koduleheküljel).

Narkootikumide kasutamisest tingitud surmad

Üldise tendentsina on näha narkootiliste ainete kasutamisest tingitud surmajuhtumite pidevat tõusu. Kõige rohkem surmajuhtumeid on 20-35 aastaste inimeste hulgas. Andmed näitavad, et viimase viie aasta jooksul on märgatavalt tõusnud just 30-34 aastaste vanusegrupi surmade arv. Ligikaudu 90% narkootikumide kasutamise tõttu surnud inimesed on mehed, seda igal vaadeldaval aastal. Meeste ning nooremate

vanusegruppide kalduvus rohkem narkootilisi aineid tarvitada on välja tulnud ka kõikidest varasemalt käsitletud uuringutest.

Joonisel 3 on ära toodud uimastitarbimisega seotud hinnanguline suremuse määr kõikide täiskasvanute (15-64 aastaste) seas Euroopa võrdluses. Eesti on nagu näha Euroopa riikidest kõrgemal kohal, kus suremuse osakaal miljoni elaniku kohta on 146. Eestis leidis nii 2008 kui ka 2009. aastal enamik surmajuhtumeid aset 3-metüülfentanüüli tarvitamise tõttu. (EMCDDA 2013)



Joonis 3. Uimastitarbimise hinnanguline suremuse määr Euroopa riikides

Allikas: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) kodulehekül

Narkootikumid ja kuritegevus

Narkootikumide levikust riigis annab aimu ka kuritegevuse statistika. Kui 1995 aastal avastati Eestis vaid 30 narkokuritegu, siis 2001 aastaks oli narkokuritegude arv tõusnud juba 1776. 2002 aastal võeti Eestis vastu Karistusseadustik, mille järgi muutusid kuritegude liigitused. Sellest on tingitud ka kahe erineva perioodi vahelised erinevused narkokuritegude arvus. Üldiselt on näha aga mõlemal perioodil pidevat narkokuritegude arvu tõusu, mis näitab narkootikumide suuremat levimist ning käitlemist ühiskonnas. Alates 2003 aastast on statistikat ka vanglaasutuses viibivate isikute kohta, kes on korda saatnud narkootikumidega seotud süüteo. Kümne aasta jooksul (2003-2012) on narkootikumidega seotud süüteo eest vanglaasutuses viibivate isikute arv peaaegu kahekordistunud. Enamikus (22) Euroopa riikides moodustasid 2009. aastal põhiosa narkoseaduste rikkumisega seotud kuritegudest uimastite tarbimise või tarbimise eesmärgil omamisega seotud õigusrikkumised, mille osakaal oli Euroopa riikidest üks suurimaid just Eestis (Uimastiprobleemide olukord..., 2011).

Rehabilitatsiooni käsitlused

Dagmar Narusson

Kaasaegse rehabilitatsioonikäsitluse mõistmisel on oluline teada, mis on selle kujunemise aluseks. 1950ndatel arendati välja **haiguse funktsionalistlik perspektiiv** (*functionalist perspective of illness*) ja

1960ndatel **puuete sotsiaalne mudel** ning tänapäeval on jõutud kummagi perspektiivi tugevamaid aspekte arvestades **integreeritud mudelini**.

Funktsionalistlik perspektiiv rehabilitatsioonis tugineb *Parsons*'i sotsioloogilisele paradigmale, mis ütleb, et sotsiaalne maailm eksisteerib kui üks tervik ehk süsteem, mis sõltub omavahelises seoses olevate osade funktsioneerimisest. Selleks, et süsteem (antud juhul inimühiskond) saaks efektiivselt funktsioneerida, peavad kõik selle osad täitma oma rolli. Igal inimesel on vastutus funktsioneerida oma sotsiaalses rollis, et suurem süsteem saaks terviklikult funktsioneerida. Funktsionalistliku perspektiivi teooria kohaselt, kui inimene on oma rollis deviantne, siis ühiskond ei saa optimaalselt funktsioneerida ning sotsiaalsetel institutsioonidel on võim ja autoriteet tagada, et inimene suudaks jälle oma rollis tegutseda. Tervishoiuspetsialistidel on õigus kontrollida tervislikku seisundit, mõjutada inimese haigust. Sellest perspektiivist lähtudes on tervishoiuspetsialistil kohustus ravida haiget ja saavutada olukord, et inimene suudaks jälle täielikult funktsioneerida. Kõik funktsionalistliku perspektiivi arendused rõhutavad inimese võimet funktsioneerida ootuspärastes sotsiaalsetes rollides. Funktsionalistliku perspektiivi sekkumiste peamine fookus on inimesel, tema muut(u)misel.

Sotsiaalne perspektiiv arenes 60ndatel ja kasvas välja sotsiaalpoliitilisest liikumisest, mis rõhutas, et teatud inimgrupid on ühiskonnas allasurutud paremal positsioonil olevate inimeste poolt. Liikumise peamine eesmärk oli näidata, et võimusuhted on ühiskonnas paigast ära ning vaja on tagada ühiskonnas halvema positsiooniga inimeste õiguste kaitse. Sotsiaalne perspektiiv toob välja, et *people with disabilities* puuetega inimesed on diskrimineeritud, marginaliseeritud ja allasurutud. Sotsiaalne perspektiiv rõhutab, et terviseolukorra tõttu tegevus- ja osaluspiiranguid kogevatel inimestel peaks olema samasugune iseseisvus, vastutus kui teistel ühiskonna liikmetel. Seda saab saavutada läbi jõustamise, enesemääramisõiguse ja aktiivsuse tõusu. Sotsiaalne perspektiiv defineerib *disability*'t ehk *puuet* sotsiaalse ja füüsilise keskkonna produktina, st ühiskond ja kehtiv ühiskonna korraldus loob piirangud. Käsitlus rõhutab, et *disability* ei ole individuaalne tingimus (ehk üksikinimese probleem) ja inimeste olukorra parandamiseks on vaja muuta sotsiaalseid hoiakuid, institutsioone, poliitikat ehk kogu ümbritsevat sotsiaalset keskkonda.

Funktsionalistlik ja sotsiaalne perspektiiv on oma olemuselt vastandlikel positsioonidel, kuid mõlemal on oma tugevad küljed. 2000-dendate alguses hakkas osa teadlasi **kahte perspektiivi integreerima**.

Käesoleva aja arendustes on integreeritud mudelis olulisel kohal terviseolukorrad (*health condition*) ja selle tulemusel tekkivad funktsionaalsed piirangud (*functional limitations*) ning ühiskondlikke piiranguid/barjääre (*disabling barriers*) käsitletakse kontekstina. Kahe perspektiivi ühendamise üks tulemeid on Rahvusvaheline Funktsioneerimisvõime ... Klassifikatsioon (Dell Orto, Power 2007). Samas tuleb tõdeda, et RFK-s ei ole senini edasi arendatud personaalsete tegurite osa *disability* kujunemises. Käesoleval ajal on rehabilitatsioonis ja tegutsemis- ning osaluspiiranguid kogevate inimeste teenuste arendamisel küsimuseks, kuidas integreerida süsteemi sotsiaalse perspektiivi olulisi aspekte nagu ümbritseva sotsiaalse keskkonna kujundamine.

Rehabilitatsioon on multidistsiplinaarne sekkumine

Rehabilitatsioon on multidistsiplinaarse sekkumise protsess. Multidistsiplinaarsed meeskonnad on esma(häda)vajalikud, et rehabilitatsioon oleks minimaalsel tasemel efektiivne. Ei ole olemas ühte professiooni, millel oleks olemas kõik vajalik teadmine, et osutada täies ulatuses ja adekvaatselt tegevusi, mis on rehabilitatsioonis vajalikud. See on põhjus, miks on vajalik multidistsiplinaarne praktika rehabilitatsioonis võrdselt nii hindamise kui interventsiooni puhul. Kogukonnapõhine rehabilitatsioon

täiendab multidistsiplinaarset sekkumist ja keskendub erivajadustega inimeste sotsiaalsele osalusele (*social participation*). <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/304/>.

Rehabilitatsioonis ei ole erinevate erialade spetsialistid omavahel võistluslikus situatsioonis, st ei ole mõistlik teha statistikat ja öelda, millise spetsialisti tegevused on vajalikumad või mida osutatakse suuremas mahus, vaid oluline on komplementaarsus ja sünergia, mis tekib erinevate erialade spetsialistide koostöös.

Multidistsiplinaarne meeskonnatöö rehabilitatsioonis on tõhus

Kvalifitseeritud professionaalide poolt rehabilitatsiooniteenuste osutamine on kallis/ kulukas. Kuid hind, mida inimkond maksab nende inimeste abistamise eest, kellel puudub sõltumatus (autonoomia, sõltumatus ise täiel määral toime tulla) on veelgi kallim. Need organisatsioonid, kes kompenseerivad autonoomia defitsiiti (pakuvad abistavaid teenuseid, sh abivahendeid, isiklikku abistajat, hooldusteenust jms) on USA-s arvutanud, et üks dollar, mis on investeeritud rehabilitatsiooni, säästab tulevikus kaks dollarit abistamise hinnast. Hea rehabilitatsiooniteenus on kallis, kuid majanduslikult kasulik. <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/304/>.

Rehabilitatsioonis esindatud erialaspetsialistid

Rehabilitatsioonivaldkonnas praktiseerivad kõrvuti väga erinevate erialade spetsialistid. Multidistsiplinaarsete meeskondade koosseisud rehabilitatsioonis on riigiti erinevad, kuid tavapäraselt töötavad meeskondades:

Sotsiaaltöötaja

Sotsiaaltöötaja roll on pakkuda kliendile ja tema jaoks olulistele isikutele psühhosotsiaalset toetust rehabilitatsiooni protsessis. Sotsiaaltöötaja interventsiooni esimese etapi eesmärk on tutvustada kliendile rehabilitatsiooni ja panna klienti end kindlamalt ja mugavamalt tundma ning demüstitseerida rehabilitatsiooni protsessi. Järgnevalt hinnatakse kliendi igapäevaelu situatsiooni, samuti pere ja kliendi sotsiaalse elu situatsiooni, kliendi oskusi ja ootusi rehabilitatsiooniks. Sotsiaaltöötaja toob hindamise protsessis välja terviseolukorra ja tegevusvõime piirangute psühhosotsiaalsed mõjud ja kaasuvad aspektid, et saada tervikpilt "klient keskkonnas" interaktsioonist. Sotsiaaltöötaja pakub erilist toetust kliendi olulistele isikutele, et neid abistada kliendi uue olukorraga kohanemisel ja viia kurssi põhimõtetega, millest rehabilitatsioonispetsialistid kliendi individuaalsekkumistes lähtuvad. Sotsiaaltöötaja korraldab kliendi ja rehabilitatsioonimeeskonnaliikmete, samuti pere, kliendi kolleegide ja organisatsioonide vahelist suhtlust. Sotsiaaltöötaja informeerib klienti ja peret sotsiaalse kohanemise ja integreerumise võimalustest, nagu näiteks uue elukoha leidmine.

Arst

Arsti roll on tagada kliendi tervisliku seisundi hindamine ja jälgimine rehabilitatsiooni vältel. Arst hindab kliendi bioloogilisi, psühholoogilisi ja sotsiaalseid aspekte ning määratleb võimalused meditsiiniliseks sekkumiseks lähtudes diagnoosist ja prognoosist. Arst hindab ja jälgib komplikatsioone, määrab rehabilitatsiooni sekkumiste näidustused ja vastunäidustused, suunab kliendi õige spetsialisti juurde, soovitades kliendile abivahendeid, ravimeid ja teisi raviviise või uuringuid. Arst informeerib klienti ja tema lähedasi kliendi tervise olukorrast, rehabilitatsiooni tulemustest jmt.

Neuropsühholoog/ psühholoog

Neuropsühhooloogi ja psühhooloogi roll on aidata kliente kohaneda oma uue, st muutunud olukorraga parimal võimalikul viisil, et aidata inimesel pöörduda tagasi eelnevate tegevuste juurde. Psühholoog hindab intellektuaalseid, kognitiivseid, käitumuslikke, emotsionaalseid ja isiksuse aspekte, kasutades hindamisvahendeid, küsimustikke, intervjuerimistehnikaid. Neuropsühholoogid ja psühholoogid koostavad ekspertarvamuse, mis on abiks diagnoosimisel, koostavad tegevusplaani ja pakuvad psühholoogilist abi. Koostöös teiste meeskonnaliikmetega panustavad kliendi arendamisse ja edenemise monitoorimisse. Psühholoog aitab meeskonnal ja kliendi olulistel isikutel mõista paremini kliendi käitumuslikke ja neuropsühholoogilisi aspekte. Psühholoog pakub vajadusel nõustamist kolleegidele klienditöö küsimustes.

Kutsenõustaja

Kutsenõustaja roll on toetada klienti kooli või tööle (tagasi)minemisel. Eesmärgi täitmiseks hindavad kutsenõustajad kliendi kohanemisvõimet koolis või tema tööalast profiili, selgitades selleks välja kliendi tugevused ja sobitades neid tööturu nõudmistega. Kutsenõustajad assisteerivad klienti õppetöö- või tööalaste muutuste elluviimisel, kasutades nõustamist. Kutsenõustaja roll on saavutada kliendi parem teadlikkus enesest (huvidest, isiksuseomadustest, oskustest) ja oma keskkonnast. Spetsialist aitab kliendil teha realistlikke haridus- ja tööalaseid valikuid, ta viib läbi vajadusel psühhomeetrilisi teste. Kutsenõustaja jälgib kliendi integreerumist tööellu ja valitud töökeskkonda.

Tegevusterapeut

Tegevusterapeudi roll on saavutada kliendi optimaalne sõltumatus ja rahulolu tema enda valitud tegevustes. Tegevusterapeut on kliendile toeks tema poolt valitud rollide ja nendega kaasneva vastutuse identifitseerimisel. Terapeut analüüsib personaalsete ja keskkonna faktorite mõju kliendi tegevuses ja saavutustes erinevates eluvaldkondades. Tegevusterapeut hindab kliendi funktsionaalseid oskusi, võtab seejuures arvesse kliendi ja tema jaoks oluliste inimeste ootusi, väärtusi, huvisid, et piirangutega toime tulla, aitab kliendil kohandada oma tegevuskeskkonda ning toetab kliendi püüdlust pöörduda turvaliselt tagasi varasemate igapäevaelu oluliste tegevuste juurde. Oskuste ja võimete arendamine toimub individuaalsete või grupeeritud tegevuste kaudu nii institutsionaalses kui reaalse elu keskkonnas.

Kõneterapeut, logopeed, eripedagoog

Kõneterapeut arendab kliendi funktsionaalset kõnet ja tagab kliendi turvalisuse toitumisel, arendades tema neelamisfunktsiooni. Nende eesmärkide täitmiseks spetsialist hindab kliendi kõnet, keelekasutust, kommunikatsioonioskusi ning neelamisoskust. Ta koostab ekspertarvamuse ja prognoosi lähtuvalt kahjustuse ulatusest ja olemusest. Kõneterapeut selgitab kliendile ja tema olulistele isikutele kliendi kommunikatsiooniprobleemi, õpetab kommunikatsiooni strateegiad, jälgib nende kasutamist. Terapeut korraldab ka oskuste kinnistamiseks tegevusi grupis või kogukonnas. Mõningatel juhtudel terapeut hindab abivahendite sobivust, vajadusel annab omapoolseid soovitusi abivahendite valimise protsessis ning on kaasatud abivahendite kasutamise treenimisse igapäevaelu situatsioonides.

Füsioterapeut

Füsioterapeudi roll on saavutada kliendi optimaalne funktsionaalne taastumine neurosensomotoorsest, luu- ja lihaskonna, hingamissüsteemi ja vestibulaarsüsteemi kahjustustest, mis piiravad kliendi tegevusvõimet igapäevaelu tegevustes. Füsioterapeut hindab erinevaid süsteeme, et teha kindlaks

tegevusvõime piirangu ulatus. Füsioterapeut kasutab terapeutilisi meetodeid, et arendada, taastada või säilitada võimete/oskustega seotud süsteeme. Füsioterapeut õpetab ennetuslikke ja kompensatoorseid strateegiaid ning annab soovitusi funktsionaalse võimekuse taseme parandamiseks. Füsioterapeut nõustab meeskonnaliikmeid kliendi turvalisuse tagamise küsimuses. Füsioterapeut tagab kliendi oskuste kinnistumise grupis või individuaalselt, kasutades selleks spetsiaalseid harjutusi. (Neumann, Gutenbrunner et al 2009-2010; Rehabilitation team <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/304/>).

Rehabilitatsiooni õenduseriala spetsialist

Õenduseriala spetsialisti roll on järelvalve baasiliste tervisteenuste (sh hoolduse) üle rehabilitatsiooni perioodil. Õde hindab kliendi vajadusi, koostab raviplaani ja aitab korraldada ravitegevusi, ennetustegevusi, tervisealast teavitust või koolitust. Õde taotleb oma klienditöö tegevuste kaudu, et klient tuleks võimalikult iseseisvalt ja turvaliselt toime igapäevategevustes. Ta sekkub, kui on vaja kohest meditsiiniabi või ilmnevad kriisisituatsioonid. Õde teeb koostööd kolleegidega meeskonnas tagades järjepidevalt kliendile vajaliku ravi- ja hoolduse tingimused. Õde jagab meeskonna teistele spetsialistidele ja kliendi jaoks olulistele inimestele asjakohast informatsiooni nii rehabilitatsiooni ajal kui selle järel tervise ja hooldustoimingute ning tingimuste kohta.

Kliiniline õenduseriala spetsialist

Kliiniline õendusspetsialist täidab lisaks õendusspetsialisti rollile spetsiifilisi ülesandeid, mis on vajalikud kliendi kompleksse tervisliku seisundi hindamiseks ja ravi korraldamiseks ning mis nõuavad eriteadmisi. Nad on kaasatud hindamisvahendite arendamisse, juhivad õendusmeeskonda, konsulteerivad rehabilitatsioonimeeskonna liikmeid keerulistes olukordades, vastutavad klientide tervisealase koolituse programmide kvaliteedi eest.

Õenduseriala spetsialist

Õde töötab õendusmeeskonnas ja tema roll on tagada kliendi turvalisus ja iseseisev toimetulek kodus rehabilitatsiooni perioodil. Lähtuvalt kliendi vajadustest pakub õde baasilisi hooldusteenuseid, jälgib kliendi tegevuskava elluviimist ja vajadusel korraldab kliendi kohalolu kokkulepitud kohtumistel rehabilitatsioonispetsialistide juures.

Muusikaterapeut

Muusikaterapeudi roll on tõsta (to improve) kliendi füüsilist ja psüühilist heaolu, kasutades selleks muusikalisi komponente (rütmid, meloodiad, zanrid jm). Muusikaterapeutid kasutavad erinevaid tegevusi nagu muusikainstrumentide mängimine, laulude kirjutamine jm ning erinevaid tehnikaid nagu muusika kuulamine, kujutluste kasutamine jm, et stimuleerida keha kujutluse, motoorse koordinatsiooni, tähelepanuvõime ja mälu, lõõgastumise, loovuse ja enesehinnangu integreerimist. Muusikateraapia võimaldab aidata kaasa terapeutilise suhte kujunemisele sellistes olukordades, kus terviseolukord või isiksus ei võimalda kasutada terapeutilise suhte loomiseks konservatiivseid psühhoterapeutilisi viise.

Tegevusjuhendaja (Remedial Education Instructor)

Spetsialist tegutseb kliendi elukohas ja kogukonnas, olles kliendi kõrval, jälgides, superviseerides klienti igapäevaelu tegevuste ja harjumuste juurde tagasi pöördumisel. Spetsialist assisteerib klienti elamiskohas, töökohas ja sotsiaalsesse ellu integreerumisel. Spetsialist kasutab reaalse elu situatsioone, et toetada

tegevuste ümberkorraldamist, iseseisva toimetuleku õppimist ja rehabilitatsioonis saavutatud oskuste ülekandumist igapäevaelu situatsiooni. Oma tegevuse kaudu spetsialist panustab kliendi oskuste arendamisse, eriti sotsiaalsel tasandil, soodustab rahulolu saavutamist kliendi ja kogukonnaliikmete omavahelises suhtluses rahulolu saavutamisel.

Rekreatsioonispetsialist

Rekreatsioonispetsialisti roll on toetada klienti varasemate vabaajategevuste ja harjumuste juurde tagasipöördumisel. Spetsialist hindab selleks kliendi vabaajategevuste taset hetkel, ootuseid ja huvisid. Kliendiga koostöös leitakse alternatiivid töö- ja sotsiaalse elu tegevustele, juhul kui regulaarne töötamine ei ole enam võimalik. Rekreatsioonispetsialist töötab välja arendavate vabaajategevuste programmi, mille kaudu tõsta kliendi teadlikkust ja klienti jõustada oma vaba aja kasutamisel. (Rehabilitation team <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/304/>).

Tulemusliku rehabiliteerimise saavutamiseks on väga oluline erinevate erialade spetsialistide olemasolu rehabilitatsioonimeeskondades ja keskustes. Sõltuvusest taastumiseks ja sotsiaalsesse ellu tagasipöördumiseks vajavad inimesed erinevate meetmete kombineerimist ning inimese olukorra terviklikku käsitlemist, mida on võimalik saavutada üksnes siis, kui meeskonnas on esindatud spetsialistid, kes tegelevad järjepidevalt inimese terviseolukorraga, vaimse tervisega, tööeluga seotud küsimuste ning sotsiaalsete suhetega.

Uurimismeetodid ja osalejad-eksperdid

Andmete kogumiseks koostasime teenusepakkujate nimekirja, kes osutavad rehabilitatsiooniteenuseid alkoholi- ja narkosõitlastele. Teenusepakkujaid rühmitasime nende formaalsete ja sisuliste näitajate alusel ning viisime läbi kolm fookusrühmaintervjuud esialgsete andmete kogumiseks. Kuna fookusrühmaintervjuus osalejate homogeensus on oluline tingimus parimate andmete saamiseks, siis rühmi moodustasime vastavalt sellele, missugust teenust nad pakuvad (nt ravi ja taastusravi pakuvad teenuste osutajad, meditsiini-asutused; sotsiaalset rehabilitatsiooni pakuvad mittetulundusühingud; eneseabirühmad jm analoogsed projektid). Fookusrühmaintervjuudest soovisime saada esmast ülevaadet olukorrast, et valida välja kõige olulisemaid teenuspakkujaid ja teemasid ning valmistada selle põhjal ette individuaalse ekspertintervjuu kava (vt lisas).

Analüüs põhineb kolmel fookusrühma- ja viiel ekspertintervjuu andmetel. Andmete analüüsimisel kasutasime kvalitatiivset suunatud sisuanalüüsi, mis tähendab, et keskendusime intervjuude käigus edastatud verbaalsele informatsioonile eesmärgiga leida vastuseid uurimisküsimustele.

Uurimuse valim on esinduslik, s.t uurimusse kaasasime esindajaid peaaegu kõikidest hetkel Tartus sõitlastele rehabilitatsiooni - ja/või raviteenuseid pakkuvatest institutsioonidest.

Kokku osales intervjuudes 17 spetsialisti, nendest 13 naist ja 4 meest. Kõik osalejad omasid erialast kõrgharidust ja nende töökogemus vastavas valdkonnas on olnud vähemalt 3 aastat.

TULEMUSED

Suuremad alkoholi- ja narkosõltuvuse ravile ja rehabilitatsioonile spetsialiseerunud asutused ja programmid Eestis

Alljärgnevalt anname lühiülevaate olulisematest alkoholi- ja narkosõltlastele ravi- ja rehabilitatsiooniteenuseid pakutavatest institutsioonidest, näidates selle kaudu ära Tartu linna olukorra Eesti kontekstis.

Wismari Haigla on üle-eestiliselt üks suuremaid psühhiaatriaiglaid, mis on keskendunud sõltuvushäiretega inimeste ravimisele (Wismari haigla...). Haigla asub Tallinna kesklinnas ning koosneb polikliinilisest osakonnast ning 25 voodikohaga statsionaarsest osakonnast, mis on spetsialiseerunud alkoholi- ja uimastiprobleemsetel haigetel esinevate tüsistunud võõrutusseisundite ravimisele. Statsionaarne osakond on omakorda jagatud kaheks, A-osakond on mõeldud kergemate häiretega inimestele ja B-osakond, mis on poolkinnine, raskemas seisundis patsientidele (psühhootilised haiged ja uimastisõltlased). Lisaks alkoholi ja narkootikumide tarvitamisega seotud probleemidele tegeletakse Wismaris ka muude meeleoluhäiretega, hasartmängusõltuvusega, suitsetamisest loobumisega jne. Tegeletakse nii sõltlaste endiga sh laste ja noorukite konsulteerimisega kui ka pereliikmete ja lähedastega. Asutuses pakutavate teenuste hulka kuuluvad: psühholoogi või psühhiaatri konsultatsioonid, ambulatoorsed uuringud, ambulatoorsed protseduurid ning sõltuvuse eriravi protseduurid (esperaal, tilkinfusioon jt). Ööpäevaringselt on haiglas kohal valvepsühhiaater, valvemeditsiiniõde ja valvepõetaja ning vältimatut haiglaravi pakutakse abivajajatele tasuta. Haigekassa kindlustatule on haiglaravi päevatasu 15 eurot, ravikindlustuseta inimestele 70 eurot.

Lootuse Küla on alates 2000. aastast Harjumaal Laitse külas tegutsev mittetulundusühing, mille eesmärgiks on sotsiaalselt vähekaitstud ja probleemsete meeste – alkoholi- ja narkosõltlaste – võõrutamine, rehabiliteerimine ja abistamine tavaühiskonda naasmisel (Lootuse Küla...). Tegemist ei ole kinnipidamisasutusega, asutusse tullakse vabatahtlikult. Asutuse poolt pakutav võõrutus- ja rehabilitatsiooniprogramm kestab 10-12 kuud ning see koosneb õppetööst, kodustest ülesannetest, kohustustest, vastutusest, suhtlemisest, tööteraapiast ja osalemisest teistes küla eluks vajalikes töödes. Tagatud on samuti psühholoogiline ja vaimulik abi. Programmi eesmärgiks on juhtida inimesi nägema oma sõltuvuse põhjuseid ja tagajärgi, õpitakse üksteisele toetudes igapäevaselt töötama, probleeme lahendama, oma tegude eest vastutama ning enda ja teiste eest hoolitsema. Rehabilitatsiooniprogrammi üheks osaks on töökasvatus, mida omandatakse Lootuse Küla puidutööstuses ning osalemisega vabatahtliku tuletõrjekomando töös, tööstuses valmistatud toodangu müügitulust kaetakse igapäevaseid programmiga seotud kulutusi. Lootuse Küla programm on kristlik programm, mis põhineb piibellikel alustel.

Jõhvi Noorukite Rehabilitatsioonikeskus alustas oma tööd 2004. aastal Tervise Arengu Instituudi toetusel (Jõhvi Haigla...). Teenused on suunatud lastele ja noortele vanuses 14-18 eluaastat, vajadusel võetakse vastu ka nooremaid (alates 12. eluaastast). Rehabilitatsioonikeskuse eesmärgiks on toetada lapsi ja noorukeid, kes on kuritarvitanud sõltuvusaineid, kes ei täida koolikohustust ja kellel on probleeme seadusandlusega. Ravi- ja rehabilitatsiooniteenustele suunamise aluseks võib olla: alaealiste komisjoni otsus, lapsevanema/eeskostja avaldus või nooruki enda soov sõltuvusainete kasutamisest loobuda. Ravi ja rehabilitatsioon koosneb etappidest. Ettevalmistusfaasis toimub lapse/nooruki anamneesi kogumine sõltuvuse ja muude probleemide väljaselgitamiseks. Toimub esmane lapsega tutvumine ja informatsiooni kogumine, mille põhjal pannakse talle diagnoos ja planeeritakse ravi ja rehabilitatsiooni. Järgneb ravietapp,

mille eesmärgiks on lapse/nooruki kohanemine keskus. Kasutatakse individuaalset lähenemist. Koostatakse raviskeem, viiakse läbi nii individuaalset teraapiat kui ka grupiteraapiat, tegemist on järjepideva ja süstematiseeritud programmiga.

Teise etapi eesmärgiks on lapse või nooruki ravikeskusesse integreerimine, tema tavakeskkonnast eraldamine ning diagnoosi ja raviplaani täpsustamine. Rakendatakse raviskeemi, näiteks võõrutusravi buprenorfiiniga, laps/nooruk saab psühhiaatrilist ja psühholoogilist nõustamist ning luuakse kontakt kliendi perekonnaga. Kolmandas ehk rehabilitatsiooni alustamise etapis algavad ettevalmistused lapse/nooruki keskusest väljakirjutamiseks. Jätkuvad nõustamis- ja teraapiaprotsessid sh pereteraapia, kliendile luuakse tugiisikute süsteem, toimub arendustegevus nii õppetegevus kui ka oskuste omandamine. Jälgitakse lapse/noore sotsialiseerimise protsessi, osalemist individuaalses raviprotsessis, toimetulekuoskuste paranemist, valmidust osaleda ühistegevustes ja muuta tavapärasest suhtlemis- ja käitumiskiili. Lisaks pakub rehabilitatsioonikeskus lastele ja noortele uimastite ennetusalast nõustamist.

Jõhvi Haigla pakub ka täiskasvanud uimastisõltlastele metadoonasendusravi, naloksoonipõhist sekkumist (ravim, mida kasutatakse vastumeetmena opioidide mürgituse/üledoosi korral), süstlavahetusteenust ning lisaks individuaal- ja grupiteraapiat ning psühhosotsiaalset rehabilitatsiooni (Corrigo...). Metadoonasendusravi põhieesmärgiks on seatud uimastite tarvitamisest loobumine, mis on aluseks seisundi stabiliseerumisele ja igakülgsel elukvaliteedi paranemisele.

Sõltlastega kokku puutuvad asutused ja projektid Tartus

1. **Ambromed Grupp OÜ** (Lai 28, Tartu 51005, tel. 745 1175; <http://www.ambromed.ee/>) on erakliinik, mis võtab vastu kõiki, kes on suunatud või ise tulnud psühholoogilist abi otsima. Ambromed Kliiniku teenuseid rahastab osaliselt Eesti Haigekassa. Samuti pakutakse rehabilitatsiooniteenust eesmärgiga parandada puudega inimese iseseisvat toimetulekut, soodustada töötamist või tööle asumist ja suurendada ühiskonnas osalemist.
2. **A-kliinik** (Riia tn 13, Tartu; tel 742 7888; <http://www.akliinik.ee>) on ravi- ja nõustamisteenistus, kus annavad abi erialase koolituse saanud spetsialistid. Klientideks on sõltuvushaiged, samuti nende lähedased. Sõltuvushaiguste all peetakse silmas alkoholi-, nikotiini-, ravimisõltuvust ja patoloogilist mängurlust. Ravitakse ka muid vaimse tervise probleeme nagu stress, depressioon ja unehäired. Teenused on tasulised.
3. **Anonüümsed alkohoolikud ja anonüümsed narkomaanid** (AA ja NA) (<http://www.aestonia.com/index.php?id=27>; <http://tartumaarja.eelk.ee/index.php?m1=16&m2=64&lang=13>) Tartu Maarja Kogudus pakub peavarju nii AA (Anonüümsed Alkohoolikud) kui NA (Anonüümsed Narkomaanid) tugigruppidele. Anonüümsed Alkohoolikud - see on sõpruskond meestest ja naistest, keda ühendab soov joomine lõpetada ja elada kainena. Endiste narkomaanide eneseabigrupp toetab ennast isekeskis ja aitab leida võimalusi paremaks ja inimväärsemaks toimetulekuks.
4. **E.G.U erapraksis OÜ** (Kivi 25-1, Tartu; tel 742 0660; <http://www.eguerapraksis.ee/>) pakub nii psühholoogilist kui psühhiaatrilist abi. Sõltlastele eraldiseisvad teenused puuduvad ning sõltlaste ravi ei ole prioriteediks.
5. **Ly Chini OÜ** (Anne 77, Tartu; tel 748 4677; <http://www.118finder.fi/est/sbd,91170,Ly-Chini-O%26Atilde%3B%9C-Tartu-directory.htm>) pakub sõltuvusvastast alternatiivravi. Abi võitlemisel alkoholi, nikotiini ja narkootikumidega, samuti ravimite sõltuvuse puhul. Praktiseeritakse Hiina rahva traditsioonilist

meditsiini, millega tagatakse alkoholivastane abi hiina professor Ly Chini metoodikaga. Samuti abi terviseprobleemide nagu selja- ja peavalu korral.

6. **MTÜ Convictus Eesti** (<http://www.convictus.ee/>) on mittetulundusühing, mille missiooniks on toetada sõltuvushäiretega inimesi alustamaks elu narkootikumideta. Convictus toetab sõltuvushäiretega inimesi ja nende perekondasid, pakkudes neile erinevaid tugiteenuseid sh süstlavahetust, sotsiaalsel nõustamist ja psühholoogilist abi. Pakub tugirühmade teenust HIV-positiivsetele ja sõltlastele Tartu Vanglas.

7. **MTÜ Hingekeel** (Munga 4, Tartu; tel 5688 8660; <http://hingekeel.ee/>) on nõustamis- ja tugikeskus, mille eesmärgiks on hingelise, füüsilise ja vaimse tervise edendamine ning toimetulekuoskuste arendamine. MTÜ Hingekeel pakub tasuta psühholoogilist-, sotsiaalset- ja kogemusnõustamist sõltuvushäiretega (alates 18. eluaastast) inimestele ja nende lähedastele. Samuti on loodud tugirühm kaassõltlastele/sõltlastele.

8. **MTÜ Iseseisev Elu** (Peetri 26, Tartu; tel 5622 3884; <http://www.iseseisev-elu.ee/>) on asutatud eesmärgiga arendada ja säilitada psüühilise erivajadusega inimeste elukvaliteeti. Psüühilise erivajadusega inimene on vaimse haigusega või õpiraskusega inimene. Ühing aitab neil inimestel leida oskuste- ja jõukohast tegevust ning tööd. Iseseisev Elu osutab kolme riiklikku hoolekandeteenust (igapäevaelu toetamise teenus, toetatud elamise teenus, töötamise toetamise teenus) psüühiliste erivajadustega inimestele, mida rahastab riik Sotsiaalkindlustusameti kaudu. Lisaks osutatakse rehabilitatsiooniteenust puuetega ja/või töövõimetutele isikutele. Perioodil 01.08.2012-31.05.2014 viib MTÜ Iseseisev Elu läbi projekti "Motiveeriva tugiisiku toel siirdumine tööturule", mida rahastatakse Euroopa Liidu Struktuurfondist. Projekt on suunatud tööealistele, igapäevaeluliste toimetulekuprobleemidega, vanglast vabanenud, haiguse ja/või puudega ning kaasneva alkoholisõltuvusega inimestele. Eesmärgiks on sihtrühma kuuluvatel isikutel saavutada kontroll alkoholi tarbimise üle või üldse lõpetada alkoholi tarbimine ning toetada õppima- või tööle asumist.

9. **MTÜ Loovteraapiad** (Ropkamõisa 10, Tartu, tel 5912 7991; <http://www.loovteraapia.ee/>) missiooniks on pakkuda oma klientidele riiklikul tasandil kvaliteetseid nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenuseid. Lähenedes seejuures kliendikeskselt tema elukvaliteedi ja tervise säilitamise ning parendamise eesmärgist.

10. **MTÜ Ühiselt** (Pepleri 12, Tartu; tel 735 2081; <http://www.yhiselt.ee/>) alustas rehabilitatsiooniteenuste osutamist 2008. aastal ning rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvad füsioterapeut, psühholoog, sotsiaaltöötaja, eripedagoog, logopeed, õde, arst ja psühhiaater. Missiooniks on toetada puuetega inimeste täisväärtuslikku elu, soodustades rehabilitatsiooniteenuste kaasabil klientide iseseisvat toimetulekut, õppimist, töötamist, sotsiaalset aktiivsust, psühholoogilist tasakaalu.

11. **OÜ AJK Kliinik** (Sõbra 54, Tartu; tel 5749 3960; <http://www.ajk-kliinik.ee/>) pakub ravi-, nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenuseid psüühikahäiretega inimestele ja nende lähedastele. Nende eesmärgiks on pakkuda kvaliteetseid teenuseid privaatses ja rahulikus keskkonnas, kasutades professionaalseid lähenemisi ning kaasates kogemustega meeskonnaliikmeid. AJK Kliiniku psühhiaatrilise ravi- ja nõustamisteenused on tasulised. Rehabilitatsiooniteenuste osutamise eest tasub Sotsiaalkindlustusamet ja teenuste saamiseks on vajalik suunamiskiri.

12. **OÜ Jaanson & Lääne** (Puusepa 3, Tartu; tel 782 1011; <http://jl.ee/>) pakub psühhiaatrilist abi, psühholoogilist nõustamist ja psühhoteraapiat ning on haigekassa lepingupartner.

13. **OÜ Katriito** (Tiigi 61B, Tartu; tel 5629 7411; <http://www.katriito.ee/>) - Katriito Nõustamis- ja Psühhoteraapiakeskuse eesmärgiks on pakkuda tõendus põhiseid ravi- ja psühholoogilisi sekkumisviise tunnustatud väljaõppe läbinud spetsialistide poolt. Peame tähtsaks teadusuuringute läbiviimise kaudu kaasa aidata ravimeetodite tõhususe parandamisele. Keskuses on võimalus pöörduda kliinilise psühholoogi

vastuvõtule, samuti pakutakse kognitiiv-käitumisteraapiat ja pereteraapiat ning psühholoogilist nõustamist. Alates 2012 aastast pakutakse rehabilitatsiooniteenuseid psüühikahäiretega klientidele, teenuste rõhuasetus on psühholoogilise ja sotsiaalse toimetuleku parandamisel.

14. **SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuse** (Staadioni 52, Tartu; tel 736 1500; <http://www.tartuvthk.ee/>) missiooniks on võimaldada psüühiliste erivajadustega isikutel säilitada või paranda nende toimetulekut igapäeva eluga nii, et nad on edukad ja rahul nende endi poolt valitud keskkonnas võimalikult vähese professionaalse sekkumisega. Pakutakse rehabilitatsiooniteenust, igapäeva elu toetamise teenust, toetatud elamist, töötamise toetamist, ööpäevaringset hooldusteenust, koduhooldust ja päevahooldust tööealistele ja eakatele.

15. **SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliinik** (Raja 31, Tartu; tel 731 8111; <http://www.kliinikum.ee/psyhhiaatrikliinik/>) on Sihtasutuse Tartu Ülikooli Kliinikum struktuuriüksus, mille tegevuse eesmärkideks on ambulatoorse ja statsionaarse psühhiaatrilise abi kindlustamine. Sõltlastele pakutakse tasulise teenusena alkoholi võõrutusnähtude infusioonravi ning samuti on 3-4 inimesel võimalik saada metadoonasendusravi. Psühholoogilist ja psühhiaatrilist abi on sõltuvushaigel võimalik saada üldjärjekorra alusel. TÜ Psühhiaatrikliiniku lasteosakond tegeleb ka laste ja noorte psühhiaatrilise raviga.

16. **Tartu Nõustamis- ja kriisiabikeskus** (Vaksali tn. 14, Tartu; tel. 742 7555; <http://tnk.tartu.ee/>) pakub psühholoogi, psühhoterapeudi ja dietoloogi teenuseid. Tartu linna kodanikel on teatud juhtudel võimalus saada psühholoogilist nõustamist ja psühhoteraapiat tasuta.

Sõltlased uuringus osalejate määratluses

Eksperdid liigitasid sõltlasi enamasti selle järgi, kui intensiivselt nad alkoholi või narkootikume tarvivad. Intervjuudest tuli välja, et sõltlastega tegelevate ekspertide arusaam sõltuvusest alati ei kattu. Enamasti räägiti sõltlastest kui inimestest, kellel on lisaks ka muid probleeme ning kes ei suuda sõltuvuse tõttu normaalselt igapäevaelus osaleda ning satuvad mitmenädalastesse joomasööstudesse. Samas leiti, et sõltlane võib olla ka inimene, kes suudab tööl käia ja pereelu elada, kuid kes liigtarvitab alkoholi nädalavahetustel lõõgastuseks.

Sõltlane, See on juba päriselt see, kes on elust välja kukkunud, kes ei suuda enam ilma selle füüsilise /../ tsüklid mitu nädalast järjest ja nii edasi. Seal tuleb nagu see vahe sisse. Et ütleme, et need inimesed, kelle jaoks lihtsalt alkohol on probleem, see hulk on ikka kindlasti VÄGA suur.

Kuritarvitaja on ju ka see inimene, kes tegelikult ju käib tööl ja kõik on hästi. Ja kui siis nädalavahetusel on 40 tundi täiesti out.

Eksperdid liigitasid alkoholisõltlasi juhutarvitajateks, kuritarvitajateks ning end ohustavateks sõltlasteks.

Kas niisama tarvitajad, kuritarvitajad, sõltlased, siis on need ohustava käitumisega.

Me väidame, et kuritarvitajaid on ikka päris palju. Neid saate kas või politseist, et kes on vahele jäänud.

Narkosõltlastest rääkides eristasid intervjuueeritavad nn tegutsevaid narkomaane, kes tarvivad narkootikume igapäevaselt; toodi välja juhutarbijaid ning narkomaane, kes püüavad kainust hoida.

Olid need, kes hoidsid kainust ja olid tegutsevad narkomaanid.

Nüüd ma peaks ütlema, keda ma pean tegutsevaks narkomaaniks, kes on kuritarvitaja, kes on juhutarvitaja.

Aga need on nüüd siis tõesti need sõltlased, kes on nõ multiprobleemsed. Need ei ole need ülikoolis õppivad amfetamiinitarvitajad.

See kontingent (narkomaanid) ei ole stabiilne. Nad tõenäoliselt aeg-ajalt väsivad sellest grupitööst ja jäävad kõrvale.

Sõltuvus kui kompleksne probleem

Sõltuvushäired on väga kompleksed ja multiprobleemsed seisundid. Sõltuvushäire ei esine sageli üksi, vaid sellega kaasnevad teised haigused ja probleemid. Sõltuvus mõjutab indiviidi nii majanduslikul, perekondlikul, bioloogilisel kui ka individuaalsel tasandil. Sõltuvuse all kannatajad on sageli kaotanud oma töö või elukoha, samuti esineb neil probleeme peresuhetes ning tihtipeale on haigusel meditsiinilised tüsistused nagu nt ajukahjustus. Sõltuvusega kaasuvad tihtipeale teised psühhiaatrilised häired nagu depressioon ja ärevus ning sageli jõutaksegi arsti juurde esialgu teiste kaebustega, kus sõltuvus on esialgu peidetud ning ilmneb hiljem.

Sageli on nii, et see sõltuvusprobleem tuleb tegelikult muude häiretega nõ komorbiidsena välja, kui jõuavad sinna näiteks ärevushäirega, aga tegelikult on seal veel mingid suures koguses kanepi tarvitamised või mingi muu aine tarvitamised, et tihtipeale nad ei tule üldse selle kaebusega. /../ 30-40% on kaasuvana sõltuvushäireid.

Ekspertid tõid välja, et sageli puudub võimalus aidata inimest, kes on nende poole abi saamiseks pöördunud, kuna alkoholi joores patsiente ei ravita ning sageli on alkohol vastunäidustatud mingile teenusele saamisele. Sageli jääb abi saamine ka raha taha pidama. Spetsialistid leidsid, et sõltuvushaigustel on tõsised tagajärjed, aga sõltuvust ei võeta kui tõsist haigust ning sellega reeglina ei määrata inimesele töövõimetust ega puuet.

/.../ kui seda alkoholismi ei tõlgendata ikkagi nagu, ütleme, sellist haigust või häiret, siis ei tule ka tegelikult ikkagi kaasa nagu seda teadmist, et selliseid teenuseid ongi vaja ja tegemist ongi tõsise asjaga /.../ kui on juba välja kujunenud selline haigus, siis ei saa öelda enam, et see on ainult inimese enda asi, et „hakkasid jooma, proovi nüüd ise lahti saada ka“, nii paraku ei toimi see asi./.../

Kuna alkoholism on oma olemuselt kompleksne haigus, vajab see ka kompleksset sekkumist. Sõltuvushäire puhul on vajalik erinevate spetsialistide sekkumine. Sõltlasele on abi vaja nii arstidelt, psühholoogidelt, sotsiaaltöötajatelt, tugiisikutel kui juristidelt, võimalus kompleksseks raviks aga praktiliselt puudub. Alkoholi tarvitamise lõpetamine on ainult üks väike osa kogu raviprotsessist, olulisem osa tuleb alles peale seda.

See sõltuvuse teema on hästi kompleksne teema, see ei ole nagu niimoodi, et kas ainult arst või ainult psühholoog saab sellega tegeleda või piisab ainult sellest, et keegi hoiab mul käest kinni ja käib minuga koos mingites kohtades, see on ikka hästi kompleksne töö või tegevus, et on vaja kõik need asjad kuidagi ühte saada, aga see on kõige suurem probleem minu arust.

Kompleksne lähenemine on üsnagi edukas, nii palju kui seda on siin erinevate projektide raames /.../ okei, saime praegu selle alkoholi tarbimise mingiks ajaks kontrolli alla, probleemid jäävad alles, tema jaoks on see oodatav alkoholi mõju see, et ta hetkeks need probleemid ära unustaks, siis tegelikult tuleks nende probleemide endiga tegeleda, inimesel tavaliselt seda oskust endal pole. Sellepärast selline kompleksnõustamine.

Sõltlase puhul on oluline nii see keskkond, kus inimene asub, kui seal olev suhtlusvõrgustik – see on kõik omavahel seotud. Sageli on inimene kaotanud töö, perekond on lagunenu, majanduslikud ressursid puuduvad ning sõltlase vaime tervis on nõrk. Sõltuvusega kaasnevad tihti veel nii lapsepõlve, väärtuste, perekonna kui ka isiksuse taseme probleemid. Keskkond, kus sõltlane on, mängib olulist osa haiguskäitumise jätkamisel. Spetsialistid leidsid, et kui isegi ravi oleks efektiivne, siis keskkond, kuhu sõltlane naaseb, soodustab vanu käitumismustreid.

Ükskõik kuidas ma seda inimest siin, kliinikumis või kus iganes ei raviks, kui sa saadad inimese tagasi sellesse samasse keskkonda, kui seal keskkonnas, mingisugust muutust ei toimu, siis ju see tulemus on mingi aja pärast täpselt see sama.

Iga sõltlasega on seotud ka kaassõltlased ehk sõltlase lähedased, keda see probleem samuti puudutab ja mõjutab. Sõltuvus ei ole ainult ühe inimese probleem, vaid selle mõju ulatub kaugemale. Eriti on sõltlaste peredes kannatajateks lapsed, tihtipeale kogevad nad perekeskkonnas vägivalda ning ohuks on ka vanema eeskujul sõltuvuskäitumise üle võtmine, pidades seda normiks.

Samas probleem läheb kaugemale, nendel alkohoolikutel on lapsed. Sealt tuleb järgmine põlvkond peale, kes tarvitavad alkoholi ka väga varajasest lapsepõlvest.

Sõltuvusprobleemid ja nende raskusaste on erinev ning vajalik oleks ravi ja abi pakkuda kõikidele erinevates etappides inimestele. Sõltuvusprobleem on elukestev ning seega on vaja, et inimese ravi oleks jätkusuutlik,

struktureeritud ning inimesele olemas tema enda hetkeseisundist lähtuvalt. Edukas oleks lähenemine, kus oleks seotud nii rehabilitatsioon kui ravi. Erinevatel etappidel on vaja erinevat lähenemist ja abi, kuna kontingent on spetsiifiline ja neile tuleb eraldi läheneda. Sõltuvusprobleemide puhul ei ole tegemist homogeense grupiga, vaid on palju erinevaid vajadusi, mida kõike peaks arvestama – see, mis sobib ühele inimesele, ei pruugi sobida teisele.

Selle sõltuvushäire sees on väga mitu tasandit. Ütleme, et need „hoovipoisid“, et neile peab ka oleme mingi tasand pakkuda ja siis järgmine tasand ja järgmine tasand /.../ Ei saa nüüd võtta niimoodi, et sellega pole nüüd midagi peale hakata, no on küll, aga kas me oleme selleks valmis ja kas see tasand on meil olemas, kuhu me need saadame, et mis me nendega teeme ja mis valikud meil üldse on ja mis valikute ees nad üldse seisavad. On grupp inimesi, kes võib olla kunagi ei saa terveks, aga nendega mitte tegeleda, see ei ole ka ju asja eesmärk. Et ka nendele peab olema väljund.

Kaassõltlased – lähedased ja perekond

Sõltuvusprobleem ei puuduta ainult sõltlast ennast, vaid avaldab mõju ka tema perekonnale, lähedastele, kolleegidele. Pereliikme sõltuvus võib olla väga stressirohke, ühelt poolt sõltlase ettearvamatut käitumist tõttu, ning samas seetõttu, et võetakse vastutus teise inimese käitumise üle ning jäetakse enda probleemidega tegelemata. Kaassõltlastest ning kaassõltuvusest rääkisid intervjuueeritavad üsna vähe ning tuli välja, et nendega tegeletakse samuti vähesel määral või tegutsetakse pereteraapia raames ega käsitleta seda kui tööd spetsiaalselt kaassõltlastega.

Samas tõdeti, et kaassõltuvus on tõsine probleem ning kaassõltlaste hulk väga suur.

Et kui me räägiksime nüüd sõltlastest, siis kui me määratleme enam-vähem 15 000 võiks olla sõltlaste arv [Tartus] koos alkohoolikutega, siis palun korrutage see arv kahega, võib-olla isegi kolmega, kui me räägime kaassõltlastest. Sest ema, isa, naine, lapsed...

Oleks vaja perekondade toetust. Kogu see sõltuvuse temaatika algab peres, kestab peres ja sureb peres ja rikub järgmised pered ära. Et kui see sõltuvuskeskus luuakse, siis seal peaks kindlasti olema väljaõppinud pereterapeut, kes oskab tervet pere aidata.

Tegelikult käib päris usinasti koos ka kaassõltlaste grupp. Kes ei ole küll sõltlased, aga on kaassõltlased, kes on siis sõltlastega koos, pereliikmed. Siis on veel eraldi üks naiste grupp, kes käib.

Kaassõltuvust kui probleemi tõid vähem välja meditsiinivaldkonna töötajad, kes rääkisid kaassõltuvusest pigem varjatult.

Esmased pöördujad on ikka lähedased. Siis nad tarivad kohale selle sõltlase.

Naine tuleb, lõpuks ütleb, et ma olen kaks päeva hoidnud meest luku taga, sest nad on kuulnud, et ainult kainelt võetakse.

Samas see probleem läheb veel kaugemale kui alkohoolikutel on lapsed. Et lähiring. Sealt tuleb uus põlvkond peale, kes juba tarvitab ka alkoholi väga varajasest lapsepõlvest.

Töötamine ja sõltuvus

Vestlusest ekspertidega selgus, et sõltuvuse puhul on oluline teema ka töötamine. Tihtipeale on sõltuvushäire seotud töökaotusega, alkoholi- ja narkosõltuvuse ravi on aga üldjuhul ikkagi tasuline ning eeldab mingisuguste rahaliste ressursside või sissetuleku olemasolu. Samas on olemas erinevaid projekte ja programme, mis on suunatud just sõltuvushäiretega töötutele. Seega on inimestel, kes on sõltuvuse tõttu töö kaotanud ja ei tule enam oma eluga toime, tihtipeale suuremad võimalused ravi saamiseks, kui neil, kelle probleem pole veel nii süvenenud, kuid kelle ravimine oleks lihtsam ja kiiremini tulemusi andvam.

Seda, et inimesed motiveeritud ei ole küll ei ole. Väga palju on, aga lihtsalt raha taha jääb see.

Ravi saab pigem pikaajaline töötu kui linnale tulumaksu maksev inimene, kuid kellega ravi tulemus on sisuliselt üsna nullilähedane.

Näiteks on MTÜ Iseseisval Elul praegu käimas projekt, kus sõltlase tugiisik aitab siseneda tööturule ja töökohal püsida, tingimuseks on see, et klient peab olema tööealine, igapäevaeluliste toimetulekuprobleemidega, vanglast vabanenud, haiguse või puudega ja kaasneva alkoholisõltuvusega. Seega ka antud projekti puhul ei saa töötavad inimesed abi ning tihtipeale tekivad võimalused abi saamiseks alles siis, kui sõltuvus on inimese tervist ja elu juba oluliselt hävitanud. Positiivsena nägid mitu uuringut osalenud ka koostööd Töötukassaga, kelle poolt suunatud kliente on suudetud abistada.

Selle projekti eesmärk on see, et inimesed saaks tööle. Kõik ei kvalifitseeru üldse sinna sihtgruppi. Et paljud inimesed, kes näiteks töötavad, need tuleb täna jätta ukse taha.

Meil tekivad inimese jaoks võimalused siis kui sa oled ennast niiöelda täitsa põhja joonud. Siis on mingisugused sellised, kas projektid olemas või mingi rehabilitatsiooniteenus kui sul juhtub, et keegi on sulle vormistanud töövõimetus, et siis mingisugune võimalus on.

Katriitosse tulevad Töötukassa kaudu, mis on ütleme, et paar sellist alkohoolikut, kes minul on olnud, ongi tööle tagasi läinud ja see täiesti töötab.

Samas rõhutati intervjuudes ka, et alkoholi- või narkootikumide sõltuvus ei ole siiski vaid töötute või vähem haritute probleem. Sõltlaste seas on erinevast soost, vanusest ja erineva taustaga inimesi, kõikvõimalikelt elualadelt.

Sõltlaste stigmatiseeritus ja tõrjutus kui positiivsete tulemuste takistavad faktorid

Sõltuvushaigustega käib kaasas ka hulgaliselt hukkamõistu, tõrjutust ja hirmu nii ühiskonna kui arstide ja teiste spetsialistide poolt, mis teeb selle probleemi veel tundlikumaks. Kuna sõltlaste kontingent on keeruline, siis on ka raske leida spetsialiste, kes on nõus nendega töötama.

Tegelikult üsna vähe on selliseid psühholooge, kes nendega tegeleda tahaksid ja oskaksid midagi teha.

Meditiinilises vaates on sõltuvuse puhul tegemist ikkagi haigusega. Sõltuvuse teeb eriliseks see, et sellega käib kaasas palju kriminaalset, sellepärast pole sõltlased võrreldavad depressioonihaigete patsientidega. Sõltuvushäire põhjustab hirmu ja tõrjutust ühiskonnas, sageli ka arstide juures. Statsionaarse abi puhul kipub haigekassa kinni maksma vaid väga rasked juhtumid. Spetsialistid leidsid, et haigekassal on teatud hoiak sõltlaste suhtes. Sõltuvushäired on stigmatiseeritud, keegi haigestunutest ei soovi olla tembeldatud

sõltlaseks ja ravil käia. Seega on haigus stigmatiseeritud nii sõltlaste endi, sageli nendega tegelevate spetsialistide ja kogu ühiskonna poolt. Alkoholihoobes olekut aktsepteeritakse, aga sõltlaseks olemist mitte.

Kui ühiskonnas ei vaadataks viltu nii väga sellele, siis tõenäolisemalt otsitakse rohkem abi ja võib-olla need omavalitsused ka rohkem pööraksid tähelepanu sellele probleemile ja aitaksid luua kohti.

Samuti on oluliseks küsimuseks tööandjate suhtumine sõltuvusprobleemi. Kui juba spetsialistide endi seas leiab sõltuvushäiretega klientide suhtes hukkamõistu, siis pole imestusväärne, et ka tööandjad nendesse pigem tõrjuvalt suhtuvad.

Tõepoolest see sama tööhõive probleem on hästi tõsine, et kui me mõtleme kasvõi seda, et nad iga hommiku peavad käima seal, siis on neil hästi keeruline tööle saada, sellepärast, et nende kogemus ütleb seda, et kui nad ütlevad tööandjale et nad on metadooni asendusravi programmis, siis väga paljud tööandjad enam nendega jätkata ei soovi. Et siis nad pigem varjavad ja valetavad, aga no valed saavad ka ühel hetkel otsa, et no mis ma siis ütlen, et kus ma käin iga hommik.

Olemasolevad teenused/võimalused, nende efektiivsus ja kättesaadavus

A-kliinik on Tartus ainuke asutus, mis on otseselt spetsialiseerunud alkoholismi ravile. Asutus on tegutsenud ligikaudu 13-14 aastat, tegeletakse joomasööstude katkestamisega, võõrutusseisundi raviga ning kliendi ja tema pereliikmete, lähedaste nõustamisega. Peamiselt tegeleb A-kliinik just teise staadiumi lõpus või kolmandas staadiumis olevate sõltlastega, nende puhul on tegemist juba sügava sõltuvusega. A-kliinik on Eestis ka ainuke asutus, kes kasutab teatud juhtumitel sõltuvuse raviks *Sinclairi* meetodit. Antud meetodi eesmärgiks ei ole karskluse saavutamine, vaid see, et inimene saaks oma alkoholi tarvitamise kontrolli alla. Mingil määral tegeles A-kliinik kunagi ka narkomaanidega, enam aga mitte.

Haiged tulevad liiga hilja, mitte liiga vara.

Inimene saab peremeheks alkoholi üle.

OÜ Jaanson ja Lääne pakub sõltuvushäiretega inimestele psühholoogilist ja psühhiaatrilist abi. Asutuse poolt pakutavad teenused on avalikud teenused, kindlustatud inimestele tasuta (va. visiiditasu 5 eurot aastas). Vajaduse korral pakutakse ka erakorralist abi. Eesmärgiks on leida konkreetsele inimesele sobivaim abi, olgu selleks nõustamine, pereteraapia, individuaalne psühholoogiline nõustamine või midagi muud. Teatud juhtudel tehakse koostööd ka MTÜga Iseseisev Elu.

Lõuna-Eestis tegelikult süstemaatiliselt alkoholi sõltuvusega või üldse sõltuvusprobleemidega nagu ei tegeleta /.../ inimestel, kes tahavad ise abi saada, ei ole nagu väga seda võimalust.

TÜ Psühhiaatrikliinik tegeleb alkoholi- ja narkosõltuvuses inimestega üldiselt vähe, pakutakse tasulist tilkinfusiooni ja üldpsühhiaatrilist abi, ning on loodud 3-4 metadoonasendusravi kohta, see on aga põhimõtteliselt kõik. Kliinikumi valvetuba jagab mingil määral ka informatsiooni asutustest, kes sõltuvushäiretega rohkem tegelevad. Lisaks tegeleb Tartu Ülikooli Psühhiaatrikliiniku lasteosakond ka laste ja noorte psühhiaatrilise raviga, mis hõlmab noorte sõltuvushäirete ravi. Variandid raviks on erinevad, kuna see on individuaalne protsess.

/.../ selline tulekahju saab nüüd ütleme seal valvetoas ikka kustutatud ja informatsiooni saab jagatud.

On need ambulatoorsed vastuvõttud, on erinevad nõustamisvormid, aga selles mõttes konkreetset kindlat programmi nendele, no ütleme kui me räägime nüüd noorukite alkoholi tarvitamisest või sõltuvusest, siis seda ei ole.

Kliinikumis töötab hetkel juba kolm aastat aktiivselt ka metadoonasendusravi programm, mis on loodud Tervise Arengu Instituudi eestvedamisel. Programm on suunatud täiskasvanutele ning programmi kaasatavate narkosõltlaste arv on piiratud. Patsiendid käivad igapäevaselt õe vastuvõtul, kus nad saavad oma metadooni koguse, mida järk-järgult vähendatakse ning vajadusel psühholoogi, psühhiaatri ja sotsiaaltöötaja nõustamist.

„See on selline toetus mitte tarvitada narkootilisi aineid.“

AJK Kliinik on aktiivselt sõltlastega tegelema ligikaudu 2 aastat, töötatakse nii eraklientidega kui ka rehabilitatsiooniklientidega, kellel on kas sõltuvuse või meeleoluhäirete tõttu rehabilitatsiooniteenuseid vaja ning kellel on välja kujunenud töövõimetus. Rehabilitatsiooniteenuste kaudu on inimesel võimalik lisaks raviteenusele saada ka muid toetavaid teenuseid - nõustamist, teraapiat. Ligikaudu 2-3 aastat on sõltlaste ja HIV-positiivsetega tegelema ka MTÜ Hingekeel. Asutus pakub teenuseid rehabilitatsiooniplaani alusel, tehakse erinevaid rühmatöid, psühholoogilist nõustamist, kogemusnõustamist ja sotsiaalnõustamist. Peamiselt võetakse vastu alkoholisõltlasi, tegeletakse ka kaassõltlastega ja narkomaanidega.

MTÜ Iseseisev Elu on samuti sõltlastega Tartus üpriski kaua tegelema, aga ka nende teenused on peamiselt suunatud töötutele, sõltuvushäirega peab kaasnema seega töötus. Inimesel, kes enda probleemi teadvustavad ning kelle puhul on sõltuvus veel algfaasis (ei kaasne töötust ja muid probleeme), selliste inimeste võimalused on väga piiratud. Sõltlastega töötades peab esialgne kontakt olema suhteliselt tihe, seda aga ei võimalda ei Haigekassa ega enamjaolt ka inimese enda materiaalne seisund.

Tartu Nõustamis- ja Kriisiabikeskusel otsesid teenuseid, mis oleksid sõltlastele suunatud, ei ole. Pakutakse nõustamist ja teraapiat, seda kõikvõimalike kriisisituatsioonide korral sh sõltuvushäired. Antud asutusel on ka väga suur infokeskuse roll, nad pigem suunavad ning jagavad informatsiooni teiste Tartu linnas tegutsevate asutuste kohta.

“Paistab, et see on kuidagi nii organiseeritud, et nad ei satu võib-olla meie juurde.”

Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskuses samuti otseselt sõltlastele mõeldud teenuseid ei ole, küll aga hõlmab nende igapäevatöö ka sõltlastega tegelemist. Näiteks pakuvad nad üldist nõustamist ja toetatud elamise teenust, mille puhul on alkoholism aga üks vastunäidustusi.

Tartu Maarja kogudus otseselt süsteemse tööga ei tegele, küll aga pakub ta peavarju anonüümsetele alkohoolikutele ja anonüümsetele narkomaanidele. Eneseabigrupid käivad eestvedajate toel korra nädalas koos, seda nüüdseks juba väga pikka aega. Lisaks käib koos ka kaassõltlaste grupp - sõltlaste pereliikmed ja lähedased. Alkohoolikute grupp toimib regulaarselt, narkomaanidega on rohkem probleeme, kuna antud kontingent ei ole stabiilne. AA ja AN eesmärgiks on anda inimesele tagasi „elu mõte“, seda läbi Jumala poole pöördumise. Kogudus ise aga on pigem toetavaks üksuseks ning otsest abi palutakse nende käest harva.

/.../ tal kaob pind jalge alt ja ta ei leia seda mõtet enam ülesse... ta saabki selle siis, kui ta pöördub tõesti jumala poole.

Tartu Vanglas on eraldi üksus, mis tegeleb narko- ja alkoholisõltlastega. Kokku on seal keskmiselt 150 kinnipeetavat, kes seal olles läbivad mitmeid erinevaid programme (sh näiteks vihajuhtimis-programm, toimetulekuprogramm, sotsiaalsete oskuste programm, eneseväljendusprogramm jne). Sõltlastega tegelemine on etapiviisiline, kus sõltlane liigub ühest sektorist teise läbi oma paranemisprotsessi. Muuhulgas on sõltuvushäirega inimestele vanglas välja töötatud kaks sotsiaalprogrammi – *Sinu valik* ja *Usk ja teadus*. Programmid on ülesse ehitatud 12 sammu metoodikale - sama lähenemist kasutavad ka anonüümsed alkohoolikud ning anonüümsed narkomaanid. Programmi peamine põhimõte on, et toetades teisi, toetab inimene ka iseennast. *Sinu valik* on kristlik 12 sammu sotsiaalprogramm, mis on seotud religiooni ja usuga. *Usk ja teadus* on 12 sammu programm, kust on välja jäetud usuline pool. Usu asemel toetatakse teaduslikule põhjendusele, samme on tõlgendatud tulenevalt kaasaegsest sotsioloogiast, meditsiinist ning psühholoogiast. Vanglast vabanenutele on võimalus programm läbi teha ka vabaduses, samuti on loodud eraldi MTÜ, kes lisaks vanglast vabanenutele nõustab ja toetab ka sõltlase lähedasi ja perekonda. Algselt oli Tartu Vanglas eraldi loodud nii eestlaste, venelaste kui ka alaealiste grupp, riigipoolsete rahaliste ressursside puuduse tõttu on aga praeguseks gruppide arvu vähendatud.

Alternatiivravina on Tartus levinud ka sensitiivide juures ning alternatiivmeditsiini kasutavate ravitsejate juures käimine, see on üks fenomene, mis sõltlaste, eeskätt just alkohoolikute hulgas kasutusel on. Kasutatakse Hiina rahvameditsiini metoodikat ning psühholoogiat.

Kui on vaja töötada inimestega, siis on vaja igasuguseid metoodikaid, selliseid, mis toovad kasu ja tõmbavad inimese sellest soost välja. See ei ole lihtsalt psühholoogiline töö, ma tõesti kasutan seal teistsugust psühholoogiat.

Mõned oma igapäevatöö raames sõltlastega tegelevad spetsialistid pakuvad abi ka tuginedes vaid isiklikele ressurssidele, seda aga vähesel määral.

Tänaseks päevaks olen ma nüüd lõpetanud töö nendega, kes olid tegutsevad narkomaanid, ma olen nad maha jätnud, sest lihtsalt ei ole ressursse aga omadest ressurssidest siis täiesti tasuta ma teen tööd veel mõningatega, kes on kaineks jäänud.

Teenuste kättesaadavus ja toimivus

Teenuste kättesaadavust Tartus hinnatakse väga halvaks. Juba olemasolevate teenuste vähesus piirab igakülgset abi jõudmist abivajajateni. Kättesaadavust piirab väga palju ka abivajajate isiklike rahaliste ressursside puudumine, kuna sügava alkoholismi ja narkomaaniaga kaasneb tihti ka töötus ja töövõimetus või on pakutavad teenused liiga kallid. Sõltlaseid, kes abi saamiseks asutustesse pöörduvad, on palju, pooltel juhtudel jääb abi osutamine aga just raha taha.

/.../ ennem siis ostetakse mõni naps ära peaparanduseks, kui tuuakse see raha sinna.

Loomulikult viina jaoks jätkub alati raha, aga et 25 eurot maksta meile, et abi saada, see on poolte jaoks juba võimatu.

Rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus sõltuvushäiretega inimestele on samuti piiratud, kuna see eeldab mingi kaasuva probleemi, nagu töövõimetus, olemasolu. Ainult narkomaaniat või alkoholismi põdevale inimesele ei määrata puuet, mis on rehabilitatsiooniteenuste saamise aluseks. Programmid on loodud eeskätt just töötutele, kui inimene aga veel töökohta kaotanud ei ole, ei ole tal ka ligipääsu tasuta

teenustele. Mingil määral tekivad võimalused siis, kui sõltuvus on juba lõppfaasis, inimesed, kes on aga sõltuvuse algfaasis, saavad abi vaid siis, kui nad on selle eest ise võimelised maksma.

/.../ kui inimene on lihtsalt väga raske alkoholi sõitlane, siis ega seda töövõimetust kah nagu väga ei taheta määrata, et siis me ikka punnitame sinna mingeid muid asju juurde, et üldse saakski temaga midagi teha.

Põhilise probleemina nähakse mingi ühtse süsteemi puudumist, mis kataks ära kogu selle valdkonna. Kui ambulatoorne ja statsionaarne ravi moodustavad abi hulgast vaid väga väikse sektori, siis kogu rehabilitatsiooni pool ja tagasi integreerimise pool on Tartus ja ka Eestis praktiliselt olematu või projektidepõhine, mis on suunatud väga kindlale sihtgrupile ning toimivad ja pakuvad teenuseid vaid kindla aja. Puudub võimalus kliente kuhugi edasi suunata, mistõttu nad pöörduvad tagasi oma igapäevasesse keskkonda ning jätkavad sama elustiili. Näiteks laste ja noorte puhul on mingi osa patsiente, kes saadetakse Jõhvi Rehabilitatsioonikeskusesse, aga ka seal on piiratud arv kohti. Sõitlaste ravi on järjepidev ja pikk programm, sellised võimalused aga hetkel peamiselt puuduvad.

Sõltuvusravi projektide peale ülesse teha on kahtlane üritus. See peaks olema järjepidev ja riigi strateegia.

See 21 päeva on selgelt noorele inimesele noh katkestamiseks hea, aga edasi peab ju ka midagi toimuma.

Vältimatu arstiabi on olemas, aga küsimus on see, mis edasi saab.

Väga pikad on ravi ootejärjekorrad, mistõttu saavad inimesed heal juhul endale korra kuus vastuvõtu aja. Sõltuvuse ravimine nõuab aga kliendiga tihedat kontakti, seda eriti raviprotsessi alguses. Teenusele saamine võtab kaua aega, mistõttu paljud inimesed, kes ühel hetkel oleks valmis abi otsima, ei saa seda sellel hetkel ja siis, kui abi kättesaadavaks muutub, ei pruugi nad enam seda soovida. See on aga üldine trend ning ei puuduta ainult sõltuvushäireid, teenused peaksid aga olema täna, siin ja praegu kättesaadavad. Probleemina nähakse ka spetsialistide puudust, ei ole võtta inimesi, kes antud sihtgrupiga töötada tahaksid.

Teenuste toimivus ja efektiivsus on tihedalt seotud teenuste kättesaadavusega. Olemasolevate teenustega saavutatud efekt kaob ära, kuna puuduvad sõltuvushäiretega inimeste rehabilitatsiooni- ja ellu tagasi integreerimise teenused. Pärast statsionaarse või ambulatoorse ravi saamist lähevad inimesed tagasi oma tavapärasesse keskkonda ja kui seal ei ole inimesel kellegi näol toetust võtta, satuvad nad sageli tagasi juba läbikäidud rajale. Seega on sõltuvushäiretega inimeste ravisüsteemis puudu üks sektor, mistõttu nullitakse ära ka juba osutatud abi efektiivsuse. Mingil hetkel lähevad inimesed süsteemis lihtsalt kaduma. Ilma kohaliku omavalitsuse või riigi poolse toeta ei näe meditsiinasutused ka suurt lootust asju paremaks muuta.

See teenus oleks tõhus, kui me täna oskakski öelda, et kõikide asutuste peale kokkuvõttes, kes seda võrgustikku või teenust osutavad, me saame nihukese tulemuse. Seal on augud sees, väga raske on öelda, et kus inimene kaduma läheb seal süsteemis.

Teenuste efektiivsuse määrab ära ka kliendi enda motivatsioon ning soov abi saada. Kui pakutavad teenused sageli isegi toimiksid, jääb inimesel endal puudu kas motivatsioonist või puudub tal igasugune toetav võrgustik.

/.../ said kaineks, said natukene nõustamist ka, lähevad sealt pea püsti välja aga kui võrgustikku ei ole, ümberringi on need samad sõbrad, ümberringi on need samad sõitlased, siis on täpselt see sama keskkond,

igapäevaselt neil mingisugust tuge rohkem ei ole, kui see sama semu, kes õhtul uksele koputab pudeliga ja siis ta on varsti seal samas kohas tagasi. Temaga ei ole midagi teha, teda ei ole kuhugi suunata, temaga ei ole midagi teha.

Toimivad kompleksed lähenemised, kus lisaks inimese enda ja tema probleemiga tegelemisele keskendutakse ka tema ümber olevale keskkonnale ja võrgustikule. Sõltuvusprobleemidega kaasneb enamjaolt hulk muid probleeme - töötus, perekondlikud probleemid, toetuse puudumine, võlad jne. Oluline on mitmekülgsete teenuste pakkumine, ei piisa vaid joomasööstu katkestamisest, sõltlane vajab järjepidevat ja pikaajalist toetust. Samuti on sõltuvusravi niivõrd individikeskne. Selliseid kompleksseid lähenemisi on aga vähe. Üheks efektiivseimaks programmiks peetakse AA liikumist, kuna see on järjepidev ning toetust pakkuv programm.

Kinniste asutuste positiivsed ja negatiivsed mõjud

Kinnises asutuses sõltlastele ravi pakkumisel on oma positiivsed ja ka negatiivsed küljed. Üldjuhul on ravi kinnises asutuses efektiivne, kuna inimene on pandud kunstlikku keskkonda, mis ravi toetab. See toetus aga kaob, kui sõltuvushäirega inimene naaseb oma tavakeskkonda. Intervjuudest selgus ka, et üldjuhul näiteks vanglas pakutavad programmid alkoholi- ja narkosõltlastele on üpriski edukad, mille üheks põhjuseks on justnimelt kinnised vanglamüürid.

Kinnised asutused annavad efekti, sest keskkond piirab onju. Kinnises asutuses ma võin ju väga hästi toime tulla, aga kui ma tulen tagasi sellesse keskkonda, kus ma päriselt elan, siis kinnine asutus ei õpeta mulle seda, kuidasmoodi ma seal siis pean toime tulema.

Kinnist asutust võib kasutada sõltuvushäirega inimeste ravis nii öelda ühe etapina, kui sõltlane vajab „esmast kriisisekkumist“, oluline on aga, pärast vabanemist selle inimesega edasi tegeldaks, et ta ei jääks üksi. Ühiskonda integreerimine peab toimuma samm-sammult, vastaselt juhul naastes vanasse keskkonda jätkab sõltlane oma harjumuspärast käitumismustrit.

/.../ see periood näiteks, kui ta vajab sellist esmast kriisisekkumist, et ta ongi see 21 päeva /.../ kuskil osakonnas ja siis vaikselt /.../ läheb järgmisse etappi, et ta hakkab selle keskkonnaga ise ka toime tulema.

Üks ekspertidest tõi ka välja, et kinnine asutus võib avaldada positiivset mõju alaealiste alkoholitarbimise puhul, kuna pahatihti alaealised ise alkoholi tarbimist kui probleemi ei tunnista. Kinnises asutuses või nõ „šokivangistuses“ mõistetakse aga oma probleemi tõsidust.

Seega sõltlaste ravi ainuüksi kinnises asutuses ei ole jätkusuutlik, kuigi ravi ise võib sel hetkel olla efektiivne. Oluline on, et sõltuvushäirega inimesega tegeletakse edasi ka hiljem, kui ta on naasnud oma tavakeskkonda. Hetkel sellele kahjuks tähelepanu ei pöörata.

Ravi ja rehabilitatsiooni seosed, nende puudumine

Üldiselt olid spetsialistid arvamusel, et sõltuvuse ravi ja rehabilitatsioon pole omavahel praegu üldsegi seotud. Kuna rehabilitatsiooni teenuste saamiseks on vajalik tövõimetus ja seda alkoholi ja narkosõltlastele ei määrata, siis on antud sihtgrupil ka väga keeruline rehabilitatsiooniteenust saada

Rehabilitatsiooniteenuse kaudu iseenesest saaks inimene peale selle raviteenuse ja ka muid toetavaid teenuseid, aga ütleme, et selleks peab siis juba olema see tövõimetus.

Kui tuua paralleel näiteks vaimuhaigetega. Kui sul on puue ja grupp siis saab alustada rehabilitatsiooni protsessiga, tehakse sulle rehabilitatsiooniplaan ja asi läheb käima. Aga sõltuvushäiretega inimestel ei ole ei puuet ega gruppi. Järelkult see rehabilitatsioon, mis on mõeldud nagu selles pildis on ehk siis nagu puuetega inimestele, see kukub nende jaoks kohe ära. Ja seda teist süsteemi, mis hõlmaks neid, praegust ei ole.

Asutuste vaheline koostöö

Uuringus osalenud spetsialistid leidsid üksmeelselt, et koostöö erinevate asutuste vahel nii Tartus kui ka üle Eesti toimib kas väga kehvasti või puudub üldse. Kuigi linn ei ole suur, ei olda teiste asutuste tegevusest ega spetsialistidest tihtipeale isegi mitte teadlikud. Ühtse süsteemi puudumise tõttu toimub koostöö pigem vaid isiklikul tasandil.

Polegi koostööd. Ei teagi, mida teised teevad. Ise ka googeldad koos patsiendiga.

Ei ole harjutud seda tegema. Suhtutakse pigem kui konkurenti.

Koostöö toimib isiklikul tasandil. Kuigi see on ikkagi see, et kui isiklikul tasandil tulla, keegi tuleb kasvõi mingit projekti tutvustama ja see on isiklik suhe jäänud, siis minul on vähemalt need kontaktid jäänud enamik isiklikul tasandil.

Koostöö puudumise juures nähakse kõige suurema probleemina seda, et ka endale mitte sobivaid kliente ei osata kuhu edasi suunata. Samas väljendasid intervjuudes osalenud suurt huvi ja vajadust koostöö ja selle koordineerimise järele. Koostöö koordineerimist oodatakse riiklikult või kohalikul tasandil.

Ja et sellist süsteemi küll pole, et mul on laua peal, kuhu ma erinevas faasis inimesi saan suunata. Kui ma tean kedagi, siis ma saadan.

Et see on lihtsalt nii kurb, et kui minu juurde tuleb inimene ja ma näen, et ta mulle ei sobi, kas isiksuseomadused või mingid muud asjad, et mul ei ole kuskilt võtta nimekirja, kust ma saadaksin teise tegutseva terapeudi juurde, kes oskaks sõltuvusega midagi peale hakata

Mina leian, et koostöö võrgustiku olemasolu peaks olema kohaliku omavalitsuse sotsiaalhoolekande osakonna huvi. Nii palju kui mina tean ei ole Tartus mitte ühtegi niisugust sotsiaaltöötajat, kellele sõltuvushäire oleks isiklikult südameasjaks.

Professionaalne pädevus

Eestis olevad spetsialistid, kes puutuvad oma töös kokku sõltuvushäiretega inimestega, on oma ala professionaalid ning oma töös igati pädevad. Sellest hoolimata leidub aga mitmeid kitsaskohti just sõltuvushäiretega inimestega tegelemisel.

Esimeseks probleemkohaks on spetsialiseerumine. Sõltuvushäiretega inimestega tegelemiseks on kindlasti vajalikud vastavad teadmised, sellel alal töötavad inimesed peaksid läbima sellesisulised koolitused ning end pidevalt täiendama. Kuigi spetsialist võib olla väga pädev töötamaks psüühikahäiretega inimestega, ei pruugi tema töö sõltlastega olla sugugi efektiivne ja seda just tulenevalt tõigast, et puuduvad teadmised, kuidas sõltuvushäiretega inimestega tegeleda. Eriti kriitiline on see narkosõltlastega tegelemisel, kuna siiani ei ole Tartus narkosõltuvus olnud laiaulatuslikuks probleemiks ning spetsialistidel puudub kogemus selle kontingendiga.

Võib olla ma teen siin nüüd kellelegi liiga, aga ütleme ega sellise raske narkosõltlasega ega väga ei osatagi midagi kuidagi käsitleda.

Siit kasvab kohe välja ka teine kitsaskoht – eksperdid leiavad, et vastavasisulisi koolitusi, mis oleks suunatud just sõltuvushäiretega inimeste abistamiseks, väga palju ei ole. Koolitusi küll leidub, kuid need ei ole süsteemsed, vaid pigem lühiajalised, paaripäevased ning pahatihti ei täida oma eesmärki. On oluline, et inimene, kel on huvi ja soov just sõltlastega tegeleda, saaks minna ning omandada vastavasisulise hariduse ning et ta saaks oma teadmisi edaspidi kusagil rakendada.

Sest et ei ole mingit õpet sellekohast. Et ega ei ole ka võimalust minna, et siis keegi õpetaks, et mida siis teha.

Kindlasti tuleb silmas pidada, et sõltlastega tegelevate spetsialistide arv Tartus ja ka Eestis tervikuna on siiski piiratud. Inimesi, kes sooviksid ja oskaksid töötada sõltlastega ei ole palju ning väga tihti töötavad nad korraga mitmes asutuses. Seega pädevad inimesed on küll olemas, kuid nende töö tervikuna on reguleerimata.

/.../ma arvan, et pädevus on olemas, aga see pädevus on struktureerimata, ühendamata, koordineerimata.

Sõltuvushäiretega inimestega tegelemine ei sobi igale inimesele. Kindlasti peab spetsialistil olema vastavasisuline haridus ning on oluline, et ta omaks teadmisi, kuidas töötada just sõltlastega ning mis on sõltuvushäiretega inimeste probleemide eripärad ning kuidas neid lahendada. Samas ei piisa ainult professionaalsetest oskustest. Kõige olulisemaks pidasid eksperdid, et spetsialistil endal peab olema ka huvi ning sisemine motivatsioon töötamiseks just sõltuvushäiretega inimestega. Eksperdid tõid välja, et oluline on töötaja enda valmisolek sõltlastega töötamiseks, kuna tegu on tööga, kus positiivset tagasisidet palju ei tule ning poolel teel alla anda ei tohi.

Kasutatavate töömeetoditena mainisid uuringus osalejad AA eneseabi grupi meetodikat, 12 sammu, kognitiiv-käitumusliku psühhoteraapiat, süsteemset pereteraapiat, eksistentsiaalset psühhoteraapiat ning metadoon-ravi. Hästi toimivaks hinnati AA eneseabi grupi meetodikat selle mittestigmatiseeriva olemuse ja järjepidevuse tõttu.

Hea praktika, ideaal, võrdlus mujal toimuvaga

Sõltlastele pakutavatest rehabilitatsiooniteenustest rääkides tõid eksperdid positiivse näitena välja kaks projekti. Tegu on olnud kindlale sihtgrupile ehk töötutele sõltlastele suunatud projektidega, mille eestvedajateks on olnud Töötukassa ning MTÜ Iseseisev Elu. Peab siiski tõdema, et kuigi antud projekte toodi välja kui positiivseid näiteid, siis kahjuks on need suunatud väga kitsale kontingendile ning paljud sõltuvushäiretega inimesed sinna ei kvalifitseeru. Lisaks märgiti ka kiriku ja usu positiivset mõju sõltlastele probleemidega toimetulekul, kuid ka see ei sobi kõigile sõltuvushäiretega inimestele, kuna seal on oluline, et inimesel oleksid ka teatavad usulised tõekspidamised, mida paraku paljudel ei ole.

Sealt võiks õppida, kuidas see võrgustik teeb tööd, no inimene ei ole kogu aeg üks ja on kogu aeg süsteemis sees. Ja ta täpselt teab, et süsteem kohe reageerib.

Kui vaadata piiri taha, siis hea praktikana tõid eksperdid välja Soome ning Šotimaa sõltlaste rehabilitatsioonisüsteeme. Soome puhul märgiti abi kohest kättesaadavust – kui inimene abi palub, siis talle seda kohe ka pakutakse, ootama ei pea järjekordades ning ka rahaliselt on see kõigile taskukohane.

Soomes ütleme see tavaline alkoholisõltlane, kes tuleb ja ütleb, et ma tahan abi, siis põhimõtteliselt tema jaoks on need ukсед lahti.

Samuti toodi positiivsena välja Soomes pakutavate teenuste kompleksust – ühelt poolt ravi ja nõustamine, teisalt aga ka toetatud elamine ning abi tööturule naasmisel.

Ka Šotimaal sõltlastele pakutavate teenuste puhul rõhutati kompleksust. Seal suunatakse sõltlane ravile hoopis teise maakonda, teise keskkonda ning pakutavad teenused on väga laiahaardelised. Olulisel kohal on ka sotsiaalsete oskuste õpetamine, võimalik on õppida uus amet, õpetatakse majandama rahadega, elus toimetulekut. Hiljem aidatakse ka elukoha ja töökoha muretsemisel.

Kui rääkida ideaalsest sõltlastele suunatud rehabilitatsioonisüsteemist, siis oleks märksõnadeks eelkõige süsteemsus, kompleksus ning koostöö. Paika peab olema pandud ühine eesmärk ning iga osapool peab teadma, mis on tema roll.

Kui kõik teavad mida teha, kui riik teab, kohalik omavalitsus, meditsiini pool teab ja preventatsiooni pool teab. On paika pandud haige või inimese liikumise võimalused, skeemid, kui sektor saab kaetud.“

Abivajaja seisukohalt vaadatuna on kõige olulisem, et teenus on tema jaoks nüüd ja praegu kättesaadav, et inimene teaks, kuhu pöörduda, et ta võetakse vastu ning temaga tegeldakse.

See ongi see, et kui inimene on täna siin ja tahan, siis homme ma ei pruugi enam tahta. See peaks olema täna siin ja praegu kättesaadav selle inimese jaoks.

Sõltuvuskeskus või pädevuskeskus, kus kõik sõltlastele pakutavad teenused ja spetsialistid on koondatud ühte kohta, oleks sellisel puhul ideaalne lahendus. Eksperdid tõid välja, et sõltlaste puhul siiski teatav eraldatus on oluline, et nad ei oleks samas kohas koos teiste abivajajate või teiste psüühikahäiretega inimestega. Sellises eraldi asutuses keskendutaks just sõltlasele ning tema probleemidele, kaasata tuleks lähedased ning perekond ja probleemiga saab tegeleda terve meeskond. Meekonnas peaks olema näiteks tugiisik, sotsiaaltöötaja, arst, psühholoog/psühhiaater, jurist, võlanõustaja, karjäärinõustaja. Igal abivajajal on oma tugiisik või koordinaator, kes kogu infot haldab ning vastutab, et abivajaja „süsteemi ära ei kaoks“.

Kuna sõltuvusprobleem on pikaajaline ning keeruline, siis on oluline, et paika oleks pandud süsteem, etapid, mis sõltuvushäirega inimene peab läbima. Igal etapil teda aidatakse, toetatakse ning nii samm-sammult edasi liikudes peaks ta ühel hetkel suutma oma eluga ise toime tulla.

See inimene peab olema /.../ selles sektoris kuskilgi, ideaalmudelid peaks ta olema kuskil alati olemas, et nagu on teada, mis sektoris ta liigub, mis on temale jõukohased tasandid ja aitame tal seda tasandit saavutada.

Kuigi mitmed projektid on päris hästi töötanud, siis leiavad eksperdid, et ainult projektide najal süsteemi üles ehitada ei ole võimalik. Selleks, et süsteem saaks korrektselt toimima, on vajalik, et ka riiklikul tasandil oleks strateegia sõltuvushäiretega inimestega tegelemiseks paika pandud.

Mingil juhul ei näe mina, et see on jätkusuutlik projektide põhiselt, see on riiklik strateegia. Ühegi teisel juhul psüühikahäirete projektidepõhine ravi ei ole õnnestunud, ma arvan, et see ei õnnestu ka sõltuvushäiretega. Inimesed ei teki ega kao projektide põhiselt, nad on kogu aeg olemas. Nad vajad sellist struktuuri toetust.

Selline keskus oleks ideaalne nii abivajajale kui ka teenusepakkujatele, samuti oleks märksa efektiivsemalt võimalik kasutada ressursse. Igal osapoolel on oma roll ning kõik teavad oma ülesannet. Abivajaja ei pea käima erinevaid asutusi pidi ning ka spetsialistidel on võimalik töötada ühes kohas, mitte mitme koha peal korraga. Ekspertide hinnangul on inimesed, kes sõltlastega tegeleda sooviksid, Tartus kindlasti olemas, vaja oleks nüüd süsteemsust ning koordineeritust.

Tegelikult sellise hästi pädeva tiimi annaks Tartu peale kokku panna nii et vähe pole. Ja see mis oleks tegelikult ikkagi väga tasemel. See lihtsalt ongi see, et oleks koht ja võimalused ja raha ja... /.../ Andke keskus ja me teeme tööd.

Rahastus, sellega seonduvad probleemid

Üldiselt tõdeti, et alkoholi- ja narkosõltlaste rehabilitatsiooni rahastus on vähene ning ebaühtlane, kuid siiski on peamiseks probleemiks keskse süsteemi puudumine, mis aitaks kulutusi kokku hoida või pakuks sama raha eest efektiivsemat tulemust. Paljud teenused on projektipõhised, see tähendab, et nad ei ole pidevad ega jätkusuutlikud. Kohalik omavalitsus toetab rehabilitatsiooni rahaliselt vaid siis, kui patsiendil on töövõimetus või tal on mingid muud kriteeriumid täidetud, mis tähendab, et ta peab olema juba sotsiaalhoolekande subjekt. Alkoholi- või narkosõltuvusest ning teotahetest ainuüksi ei piisa. Teatud teenuseid rahastab ka haigekassa, mis eeldab tervisekindlustust. Eraettevõtted töötavad oma vahenditest.

Projektipõhisus ei ole jätkusuutlik, peab olema riiklik strateegia, ühtegi teist haigust ei ravita ka projektipühiselt.

Kui alkoholism vajab ravi, see tulebki tippspetsialistidel selgeks vaielda, kes siis tegeleb ja rahastab

Raha tuleb patsientide taskust. Riik ei tunne sõltlaste vastu mingit huvi.

Töötav ning sõltuvushaiguse algfaasis olev inimene peab abi saamiseks tihti ise raha leidma ning maksma osalustasusid ning visiiditasusid. See eeldab väga julget probleemi tunnistamist, suurt sisemist energiat enese sõltuvushäirega tegelemisel ning piisavate rahaliste vahendite olemasolu, mis seab paljudele piirid ning alandab motivatsiooni. Oma sõltuvusest teadlikel inimestel võib olla tahe abi otsimiseks, piisava raha leidmine on aga alkoholismi- ja narkosõltuvusega kaasnevatest lisaprobleemidest (võlad, pereprobleemid, toimetulekuraskused) tingituna pea võimatu.

Inimene võib tahta abi, aga kui tal ei ole raha, siis ei saa midagi. /.../ Inimestel peab olema töövõimetus, punnitatakse igasuguseid asju juurde, et inimene üldse saaks mingi sissetuleku. Inimesi on palju, keda tahaks aidata, kuid kel raha ei ole /.../ Meil on võimalik reha saada, kui oled täielikult põhja joonud ja saanud töövõimetus. /.../

Sotsiaaltöötajate ning paljude teiste rehabilitatsioonisüsteemi valdkonna töötajate palgad on väikesed, mis tähendab tihti tasuta abi osutamist või missioonitundest tööd, samuti madalat kvalifikatsiooni sõltlaste komplekssete probleemidega tegelemisel ning nõrka motiveeritust teha kvaliteetsed tulemuslikku tööd.

Kokkuvõtlikult on spetsialistid nõus, et kogu valdkond on alarahastatud ning vaesuv. Süsteemi tuleb raha juurde saada, kuna pikas perspektiivis saadakse see raha tagasi läbi töövõimelise rahva maksujõuliseks muutmise ning alkoholismist tekkinud teiste haiguste ravikulutuste vähenemise teel. Kui rahastus ei parane, tuleks vahendid suunata kesksesse ning jätkusuutlikusse struktuuri. Kuna Eesti on Euroopa ühe kõrgeima

alkoholitarbimisega ning tarbimisest tekkinud kahjudega riik, tuleks selle valdkonna rahastamine ning arendamine võtta riiklikuks prioriteediks.

Alkoholisõltlane on sisuliselt ainuke patsient, keda on võimalik täielikult ellu tagasi tuua ja tööle saata. Nende tagasitoomine on Eestis täiesti olematu.

Riiklik poliitika

Alkoholipoliitikat polegi. Kõigile sobivad joogid- see on meie tänane alkoholipoliitika. /.../ Süsteem on killustunud, ilma riigipoolse selge poliitikata ei ole kohalikul omavalitsusel midagi teha, see eeldab struktuuri loomist, rahastusi - haigekassa vastutab meditsiinilise poole pealt, teised vastutavad mujal, kui on mingi valdkond, mis jääb katmata, siis see pudisebki laiali. /.../ Tervishoiusüsteem ja sotsiaalsüsteem on lahus.

Kõik rehabilitatsiooniga tegelevad inimesed nägid ühe suurima probleemina riikliku alkoholipoliitika hambutust, selle passiivsust või koguni soosivat mõju riskikäitumisele. Enim heideti ette riikliku rehabilitatsioonisüsteemi puudumist, kuna patsientide suunamine ja saatmine on pea võimatu, kui vabatahtlikult endale tööd juurde ei võeta. Osalejate hinnangul on pädevus olemas, kuid see on struktureerimata ja koordineerimata. Eeskujuks tuuakse Soome ja lääneriikide rehabilitatsioonisüsteemi, kus abi saamine on lihtne ning läbimõeldud. Kuna kõrgemalt koostööks ettekirjutusi ei tule, otsitakse ise võimalusi inimeste suunamiseks ning rehabilitatsiooniteenuse loogiliseks jätkuks. Spetsialistid kuulasid huviga ka üksteise tegemisi, kuna kokkupuudet ja koostööd ei ole omavahel olnud.

Mis rida ministriumid ajavad, mida ajab sotsmin ja mida teeb? Võiks olla riiklik programm, millest juhinduda. Riiklik alkoholi poliitika - ma ei tea kedagi, keda sinna kaasati, või kellele sellest kasu võiks olla.

Mujal maailmas on need süsteemid paigas ja jalgratast leiutada ei ole mõtet /.../. See struktuur tuleb luua.

Spetsialistid kritiseerivad riiklikku liberaalset poliitikat, mis joomiskultuuri muutmiseks palju vaeva ei näe. Alkoholi kättesaadavus on lai – alaealistel ei ole probleem leida inimene, kes on lahkelt nõus väikse tasu eest alkoholi ostma. Toodi välja, et riiklike alkoholi müügipiiranguid tuleks karmistada. Teaduslikud uuringud on näidanud, et kui kättesaadavust piirata, paraneb kõige haavatavamate (naiste, laste, eakate) olukord märgatavalt. Tavalised inimesed joovad vähem ning ka äkkmõttest tekkinud joomist on vähem. Samuti leiti, et alkoholi reklaamid on täis eetilisi eksimusi ning terve ühiskond tolereerib purjus peaga olemist. Eksponeeritakse kultuuri- ja poliitilise eliidi joomist.

Et Eesti kultuur ja rahvastik säiliks ja edasi areneks, oleks vaja iga suurema omavalitsuse keskusesse ühte asutust, mis tegeleb sõltushäiretega isikutega, kus on vastava hariduse saanud spetsialistid, kes oskavad teha individuaaltööd ja samas peavad olema võimalused toetada kainet elu. Et kultuuri põld toetaks kainet elu ja perekonna.

Isegi Brežnevi ajal oli grupp inimesi, kelle suhtes alkoholi joomine ei olnud lubatud, need olid noored, naised ja emad. Meeste puhul ei ole joomistraditsioonid muutunud, kuid need teised grupid, kes hoiavad rahvuslikku identiteeti, need on nüüd kadunud.

Me oleme ikka hullema poole liikumas.

Põhiprobleemiks ongi joomiskultuur ning riigi puudulik tegutsemine selle parandamiseks/muutmiseks. Kuna riigis valitseb „kõik ju joovad“ elustiil, ei tunnetata algfaasis olevad alkohoolikud ohtu. Kunagised

nõukogudeaegsed karsklusliikumised on tänapäeval varjusurmas ning tegevus ühiskondliku huvi puudumisel madala intensiivsusega.

Rahva teadlikus on alla läinud, joomine on osa kultuurist, seda teevad kõik ja suurtes kogustes.

Alkohol on inimestele liiga kättesaadav ning selle hind on väga madal. Spetsialistid soovivad alkoholi hinda tõsta, muuta müügikellaegaseid ning teha spetsiaalsed poed. Tavatarbija, kas ostab oma alkoholi päevasel ajal, kalkuleerib paremini ning hilisemal müügipiirangu ajal ei vaevu seda keerulisuse tõttu juurde hankima. Siiski on ühiskonnas valdav suhtumine, et müügipiirangutega ohustatakse inimeste vabadusi. Intervjueeritavad viitavad ka 80ndate kuivale seadusele, mida avalikult mäletatakse kui läbikukkunud projekti, kuna esile tõstetakse salaviina müüki ning piirangute vältimise meetodeid, unustatakse aga positiivsed küljed – rahva tervisenäitajate paranemine.

Probleemina nähakse ka seadusandluse lünklikkust või liigset komplitseeritust.

Paljud asutused ei ole nõus alaealisi võtma, kuna seadusandluse tõttu tekitab lapse võtmine liigseid probleeme.

Ennetamine

Spetsialistid leidsid, et sõltuvuse kujunemisel peaks sekkuma palju varasemal tasemel kui seda praegu tehakse, kuna sõltuvuse lõppfaasis ja kognitiivsete kahjustuste kujunemisel, on palju keerulisem ja kulukam inimest aidata. Spetsialistid leidsid, et nad on sunnitud tegelema probleemi tagajärgedega ja sel juhul inimest on raske aidata. Tuleks tegeleda ennetustööga ja sekkuda sõltuvusse juba varajases staadiumis.

Koguaeg peab tegelema mingisuguste tagajärgedega, selle asemel et panustada sellele /.../ et nii kaugelt nii palju inimesed ei jõua. No mida sa enam teed, kui kognitsioon on juba ikkagi kõvasti koputada saanud.

Spetsialistid tõid välja, et sõltuvusprobleemi puhul abisaamise võimalused tekivadki sageli alles siis, kui inivid ei ole enam alkoholi tarbimise alg- või keskfaasis, vaid kui tema olukord on nii majanduslikus kui tervislikus mõttes tunduvalt halvenenud. Sellisel korral on abi ositamine aga palju keerulisem ja kulukam ning ravi ka vähem tulemuslik. Spetsialistid leidsid, et sageli inimesed, kes on tarbimise algfaasis ja pole näiteks veel töökohta kaotanud, probleemi puhul abi kergelt ei leia, kuid neid oleks võimalik palju efektiivsemalt aidata. Tegeleda inimestega, kes ei ole veel pikaajalised töötud, vaid suudavad veel aktsepteeritaval tasemel funktsioneerida, oleks palju tulemuslikum ning ennetaks indiviidi seisukorra halvenemist.

Mingil määral tekivad inimese jaoks võimalused alles siis kui sa oled ennast juba nõ täiesti põhja joonud, siis on mingisugused sellised projektid olemas või rehabilitatsiooniteenused, kui sul juhtub, et keegi on sulle vormistanud töövõimetuse, et siis mingisugune võimalus on, aga ma just vaatan ka meie klientuuri, kes meil seal hästi palju käib, on tõesti need inimesed, kes on endale teadvustanud, et neil on probleem. /.../ sellistel inimestel pole nüüd üldse väga palju võimalusi kuhugi poole pöörduda, et ainult kui siis oma rahakoti pealt.

/.../et pigem tuleks rõhuda sellele, et kes on alles algfaasis selles tarvitamises või keskfaasis, aga mitte lõppfaasis.

Spetsialistid leidsid, et kuna alkoholi tarbivad enamasti nagunii kõik inimesed, siis tuleks noortele õpetada adekvaatset alkoholi tarvitamist ja tuua välja, mis juhtub, kui tarvitada soovitatud alkoholi kogustest

rohkem. Oluline oleks edasi anda noortele tervislikumat alkoholitartvitamise kultuuri ja õpetada koolis ka ennast hoidvat joomiskäitumist.

Kui see on normaalne, et kui meie noored inimesed saavad 18 aastat vanaks, seadus ütleb, et sa võid nüüd tarvitada alkoholi. Meie käitume kõik nii, et alkoholi tarvitavad ainult väga halvad inimesed või joodikud, tegelikult tarvitavad ju kõik alkoholi. See peaks hakkama juba sealt pihta, et koolis selgitatakse, et jah kõik tarvitavad alkoholi, aga õige tarvitamine on selline, et seda peaks ka õpetama. /.../ Kui on selge, et nagoonii tarvitatakse alkoholi, et kuidas see siis niimoodi on.....et see noor inimene ka teaks, et mis siis juhtub kui ma tarvitan teistmoodi./.../ mis efekti see tegelikult annab.

Spetsialistid leidsid, et alkoholi reklaam toodab ühiskonnas kultuuri ja traditsiooni, mis üha ärgitab alkoholi tarbima ning seob selle ihaldusväärsete omaduste ja tähtsündmustega. Ühiskonna nägemust alkoholi tarvitamisest kui normist, mis kuulub erinevate ürituste ja tegevuste juurde, nähti probleemseena. Eriti ohtlikuna tajuti pideva alkoholi reklaamimise mõju noortele.

Mida peaks rangemalt vaatama on meie alkoholireklaamid, et ma olen ise ka karskusseltsi liige ja reklaami valves ja neid eksimisi on ikka hulgi. /.../ Mina arvan, et meie ühiskond on liiga tolerantne joomise suhtes, et tolereeritakse purjus peaga olemist /.../ Kasvõi see pidevalt alkoholijoobes poliitikute/kultuurieliidi eksponeerimine /.../

Spetsialistid tõi eraldi välja sõltuvusttekitavate ainete kerge kättesaadavuse täiskasvanutele, kuid eriti noortele ja lastele ning leidsid, et see võiks olla riikliku sotsiaalpoliitika poolt karmimalt piiratud ning kellaajalist piirangut võiks veel tõsta.

kui üks 11-aastane ei pea probleemiks alkoholi kättesaadavust, siis on see väga suur probleem.

Kokkuvõte, soovitus

Sõltuvushäire on tõsine ja kompleksne haigus, mis ei esine sageli üksi. Sellega kaasnevad teised haigused ja probleemid, kuna sõltuvus mõjutab indiviidi nii sotsiaalsel, majanduslikul, perekondlikul, bioloogilisel kui ka individuaalsel tasandil. Keskkond, kus sõltlane asub, mängib olulist rolli haiguskäitumise jätkamisel ning iga sõltlasega on seotud ka kaassõltlased ehk sõltlase lähedased, keda probleem samuti puudutab ja mõjutab. Spetsialistid leidsid, et sõltuvushaigustel on tõsised tagajärjed, aga sõltuvust ei võeta kui tõsist haigust ning sellega reeglina ei määrata inimesele töövõimatust ega puuet.

Kuna alkoholism on ise kompleksne haigus, siis seetõttu vajab see ka kompleksset sekkumist. Sõltuvusprobleemid ja nende raskusaste on erinev ning vajalik oleks ravi ja abi pakkuda kõikidele erinevates sõltuvuse etappides inimestele, st nii varases etapis, kui inimene märkab probleemi, kui sõltuvuse väljakujunemisel või taastumise protsessis eettulevate tagasilanguste puhul kui ka olukorras, kus sõltuvusega kaasneb sotsiaalsest elust kõrvale jäämine. Sõltuvus on pikaajaline, elukestev probleem ning seega on vaja, et inimese ravi ja rehabilitatsioon oleks jätkusuutlik, struktureeritud ning inimesele kättesaadav tema enda hetkeseisundist lähtuvalt.

Tartus on mitmeid asutusi, mis vähesel või rohkemal määral sõltlastega kokku puutuvad, antud sihtgrupile vajalikku pikaajalist, koordineeritud ja süsteemset lähenemist aga kahjuks ei eksisteeri. Ainus asutus Tartus, mis on otseselt spetsialiseerunud alkoholisõltlaste ravile on A-kliinik, teistes asutustes tegeletakse sõltlastega üldjärjekorra alusel, mistõttu kaovad nad üldisesse süsteemi ära. Üldise spetsialistide hinnangu

kohaselt on Tartu linnas sõltlastele pakutavaid teenuseid vähe, kuna probleemi iseenesest nähakse väga suurena. Puudub ühtne süsteem, mille alusel teenuseid pakutakse ja sõltuvushäiretega inimestega tegeletakse. Olemasolevate teenuste kättesaadavus on piiratud, mis on põhjustatud abivajajate vähestest materiaalistest ressurssidest, teenuste kõrgetest hindadest, rehabilitatsiooni- ja tagasi ellu integreerimise teenuste puudumisest, olemasolevate rehabilitatsiooniteenuste piiratud kättesaadavusest antud sihtgrupile ja teenusele saamise pikkadest ootejärjekordadest. Tulenevalt süsteemse lähenemise puudumisest ravi ja rehabilitatsiooni pakkumisel saab kahjustada ka olemasolevate teenuste toimivus, sõltuvushäiretega inimeste rehabilitatsiooni ja ellu tagasi integreerimise teenuste puudumine *nullib ära* ka juba osutatud abi efektiivsuse. Teenuste efektiivsust mõjutab palju ka kliendi enda motivatsioon, see sõltuvushäiretega inimestel aga sageli puudub. Seega on teenuste pakkumise juures väga oluline ka toetava võrgustiku loomine ja süsteemne lähenemine. Spetsialistid leidsid, et sageli tuleb neil tegeleda sõltuvushaiguste tagajärgedega, sekkumine haiguse alg- või keskfaasis oleks aga palju tulemuslikum ja nõuaks võrdlemisi vähem ressursse. Viimaseks on aga vähe võimalusi.

Sõltuvushaigustega käib kaasas ka hulgaliselt süüdistusi, hukkamõistu, tõrjutust ja hirmu nii ühiskonna kui arstide ja teiste spetsialistide poolt, mis teeb sõltuvushaigete ravi teema veelgi tundlikumaks. Samuti on haigus stigmatiseeritud sõltlaste endi poolt, mis takistab probleemi tunnistamist ning abi otsimist. Abi hakatakse otsima alles siis, kui olukord muutub juba kriitiliseks ning ravi ja rehabilitatsioon keeruliseks ja ka liiga kulukaks.

Sõltuvushäiretega tegelevad spetsialistid vajavad kindlasti vastavat haridust ning väljaõpet, sest tegu on keerulise kontingendiga ning abi pakkuja peab olema tuttav sõltlaste eripäradega. Teadmistega samaväärselt oluline on aga spetsialisti enda sisemine motivatsioon just sõltlastega tegeleda, kuna positiivset tagasisidet pahatihti sõltlastega töötaja ei saa.

Sõltlastele pakutavad teenused peavad kindlasti olema etapiviisilised, kus sõltlane liigub samm-sammult ühest sektorist teise. Ühe etapina võib kasutada ka kinnist asutust, seda eelkõige kriisiolukordades. Üldjuhul sõltlastele pakutavad programmid toimivad kinnises asutuses hästi, kuid selle juures on ülioluline, et inimesega tegeldakse edasi ka pärast vabanemist. Vastasel juhul naaseb ta oma vanasse keskkonda ning jätkab harjumuspärase käitumustriga.

Soovitused

- Probleemiga tuleb tegeleda süsteemselt nii riiklikul kui kohalikul tasandil. Ilma hästi läbitöötatud riikliku alkoholi- ja narkopoliitikata pole võimalik ühise ning järjepideva ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi loomine kohalikul tasandil.
- Tuleb muuta suhtumist sõltlastesse professionaalsel tasemel. Seni kuni sõltuvust ei vaadelda ka meditsiiniga seotud ametid tõsise ja raske **haigusena** ning haigekassa keeldub ravi kinni maksmast, ei muutu midagi. Tõsi, alkohoolikud ja narkomaanid on ise tekitanud endale terviseprobleeme, kuid erialaspetsialistid, arstid ja eriti tervisepoliitika kujundajad peaksid olema teadlikud sellest, et süüdistamistega ja abi osutamisest keeldumisega tekivad kordades suuremad probleemid, mis haaravad mitte ainult sõltlast, vaid ohustavad ka tema lähedaste ja laiema sotsiaalse ümbruskonna heaolu. Keeldudes sõltlasele abi osutamast, jäetakse abita ka tema perekond, temast sõltuvad lapsed, kes kannatavad mitte ainult sellepärast, et sõltlane ei too koju sissetulekuid ja kasutab pere ressursid meelemürkide hankimiseks, vaid ta loob neile ebaturvalise kasvukeskkonna, ohustades nende heaolu ja arengut ning andes negatiivset eeskju.

- Tuleb välja arendada ühtne ainult sõltuvushaigeid raviv ja koordineeriv süsteem - keskus, kuhu on kaasatud erinevad spetsialistid (psühholoogid, juristid, arstid, sotsiaaltöötajad, tugiisikud, rehabilitatsioonispetsialistid jms) ning mis võimaldab aidata sõltlast vastavalt tema hetkeseisundile. Lisaks sõltlastele peab süsteem pakkuma rohkem teenuseid ka sõltlaste lähedastele, perekonnale.
- Välja peab olema töötatud kindel etapiviisiline programm (või programmid), missuguseid teenuseid ja millises järjekorras abi vajajale pakutakse. Samas peab olema üks koordineeriv üksus (või inimene, näiteks tugiisik), kes haldab kogu informatsiooni, mis on konkreetse kliendiga seotud ning kes teab, mis etapis abivajaja hetkel on ning kuhu edasi liigub. Teenused ja programmid peavad olema paindlikud ning võimaldama individuaalset lähenemist. Paindlikkust on vaja ka selles osas, millises mahus konkreetne inimene rehabiliteerivat teenust saab (üks vajab rohkem psühholoogi konsultatsiooni, teine võib vajada sotsiaaltöötaja teenust).
- Vaja oleks, et Tartus oleks olemas koht, kuhu sõltlasele oleks võimalik ükskõik millisel ajal pöörduda ja abi saada, kus ta ei peaks kartma hukkamõistu, vaid tunneks end oodatuna, kus selleks spetsiaalselt ettevalmistatud sotsiaaltöötajad oleksid võimelised neid motiveerima, kasutades selleks spetsiaalselt välja arendatud metoodikat (nt motiveeriv intervjuu, lahenduskeskne lühiteraapia, narratiiviteraapia jms). Praegu selleks võimalus puudub.
- Oluline on ravi pidevus ja jätkusuutlikkus, kuna sõltuvushäire on elukestev probleem, ning mõneaastaste projektidega probleemi ei lahenda.
- Sõltuvushäiretega klientide ravi ja rehabilitatsioon peavad olema omavahel ühendatud, see tagab ravi parema tulemuslikkuse. Sõltuvuse kui haiguse ravile ja sõltuvusest taastumisele peab koheselt järgnema inimese rehabiliteerimine, mis hõlmab nii inimese tegevusvõime ja oskuste arendamist, tööellu naasmise toetamist, sotsiaalsete suhete loomise toetamist või restruktureerimist ning muutunud eluolukorraga toimetulemise toetamist.

Kasutatud kirjandus

- Abel, K., Talu, A., Kurbatova, A., Ahven, A., Denissov, G., Neuman, A. (2003). Narkomaania Eestis 2002. Riiklik Teabekeskus, Tallinn.
- Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2012. Eesti Konjunktuuriinstituut.
- Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2013. Eesti Konjunktuuriinstituut.
- Alkoholipoliitika Roheline Raamat. Sotsiaalministeerium 2012.
- Alkoinfo portaal. www.alkoinfo.ee (10.05.2014)
- Anthony, W., Furlog-Norman K. (2011). Reading in Psychiatric Rehabilitation and Recovery. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation. Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences <http://www.bu.edu/cpr/> (27.08.2012)
- Corrigo kodulehekül. <http://www.corrigo.ee/est> (25.06.2014)
- Dean, S.G., Siegeret, R.J., Taylor. W.J. (2012). Interprofessional Rehabilitation. A person-centred approach. John Wiley and Sons, Ltd. USA.
- Dell Orto A.E., Power P. W. (2007). The Psychological and Social Impact of Illness and Disability, 5th Edition. Springer Publishing Company. New York
- Eesti Terviseuuring 2006. Tervise Arengu Instituut. <http://www.tai.ee/et/tegevused/teadustoo/loppenud-uuringud/eesti-terviseuuring-2006>, vaadatud 30.10.2013)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) kodulehekül (<http://www.emcdda.europa.eu/>) (29.10.2013)
- Lootuse Küla kodulehekül. <http://www.lootusekula.ee/> (25.06.2014)
- Maripuu, M. (2012). Seadusandlike meetmete mõju alkoholist põhjustatud tervisekahjudele.
- Narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012. (2004). Sotsiaalministeerium. http://valitsus.ee/UserFiles/valitsus/et/valitsus/arengukavad/sotsiaalministeerium/Narkomaania_ennetamise_riiklik_strateegia.pdf (30.10.2013)
- Neumann, V., Gutenbrunner, C., Fialka-Moser V., Christodoulou N., Varela, E., Giustini, A., Delarque, A. (2009/ 2010). Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. J Rehabil Med 2009 - 2010; 42:4-8 <http://jrm.medicaljournals.se/article/pdf/10.2340/16501977-0483> (vaadatud 02.09.2012)
- Paikkonna tervisemõjuri uuring 2011. Tervise Arengu Instituut. <http://www.tai.ee/et/tegevused/teadustoo/loppenud-uuringud/eesti-terviseuuring-2006> (30.10.2013)
- SA Jõhvi Haigla kodulehekül. http://www.jõhvihaigla.ee/sotsiaalteenused/noorukite_rehabilitatsioon (25.06.2014)

Sotsiaalhoolekande seadus (1995) Riigi Teataja I osa, nr 21, art 323; Sotsiaalhoolekande seaduse redaktsioon Riigi Teataja I osa , 21.03.2014, art 5

Sotsiaalkindlustusameti kogulehekülg <http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee> (04.06.2014)

Statistikaameti kodulehekülg, 2013. (www.stat.ee, vaadatud 29.10.2013)

Taastusravi ja füsiatria eriala arengukava aastani 2020. (2012). http://www.etas.ee/wp-content/uploads/2010/01/Taastusravi-ja_f%C3%BCsiaatria_arengukava_viimane.pdf)

Terviseameti kodulehekülg. (<http://www.terviseamet.ee/nakkushaigused/uudised.html>, vaadatud 29.10.2013)

The ESPAD Report, (1995, 1999, 2003, 2007, 2011). Refereeritud *Abel, K., Talu, A., Kurbatova, A., Ahven, A., Denissov, G., Neuman, A. (2003). Narkomaania Eestis 2002.* kaudu.

Uimastiprobleemide olukord Euroopas: 2011 aasta aruanne. (2011). Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus

Wismari Haigla kodulehekülg. <http://www.wh.ee/index.php> (25.06.2014)

World Drug Report 2013. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). <http://www.unodc.org/wdr/> (30.10.2013)

Vocational rehabilitation <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/128/#s2>

Lisa

REHABILITATSIOONITEENUSTE PAKKUMINE ALKOHOLI- JA NARKOSÕTLASTELE

Fookusgrupiintervjuu küsimused

Sissejuhatus

Tutvustusring

1. Uuringu lühitutvustus
2. Enda tutvustus
3. Luba küsimine lindistamiseks
4. Osalejate tutvustus
 - a. mis asutustest
 - b. mis roll/rollid täidab
5. Kas on midagi, mida soovite küsida enne intervjuu algust?

Põhiosa

I. Teenuse osutaja asutus või projekt

1. Kui pikalt teie asutustes sõltlasele teenust pakutakse?
2. Kuidas te tutvustaksite oma asutuse/projekti üldiselt (kes, millal, millega seoses asutuse/projekti arendas)?
3. Kes teenuseid rahastab? Kust tuleb rahastus?
4. Missugused on teie poolt pakutavad narko- ja alkoholisõtlastele suunatud teenused? (Palun tooge mõned näited.)

II. Klientuur

5. Kes on teie kliendid? (sõltlaste osakaal klientide hulgas; ootame kliendigruppide: sõltlane ise ja tema võrgustik = olulised teised; iseloomustusi)
6. Kuidas kliendid teie juurde jõuavad?
7. Kui palju on abivajajaid, kui suur on teie arvates sihtgrupp Tartus? Kui paljud jõuavad Teieni keskelt läbi aastas?
8. Milline on teie hinnangul sõltlastele vajalike teenuste kättesaadavus Tartus?
9. Kuidas te hindate Eesti olukorda ja kus asetseb Tartu Eesti kontekstis?

III. Teenused

10. Palun kirjeldage oma asutuse tegevust konkreetsemalt? Milliseid tegevusi te oma teenuste raames läbi viite? Kas võite tuua hea praktika näiteid oma tegevuse alusel?

11. Kuidas hindate teenuste efektiivsust Tartus?

12. Kuidas toimib teenusepakkujate vaheline koostöö Tartus, Tartumaal?

13. Missugune on koostöö analoogsete teenusepakkujate vahel Eestis tervikuna?

14. Kuidas hindate alkoholi- ja narkosõltlastele pakutavate teenuste toimimist tervikuna Tartus? Mis toimib eriti hästi?

15. Mis on peamised kitsaskohad? Milles vajaksite abi? (linna või riigi vms poolt)

IV. Süsteemi arendamine

16. Mida arvate järgmisest küsimusest, mida esitas Tartu linn oma hankes: „Kuidas on ühendatud ravi ja sotsiaalne rehabilitatsioon?“

17. Kuidas näete antud süsteemi edaspidist arendamist Tartus/Eestis? Missugune oleks parim abi sõltlasele?

18. Missugustest eeskujudest, heast praktikast tuleb lähtuda süsteemi arendamisel? Kas on teil mõni konkreetne näide selle kohta?

19. Missugused peavad olema sõltlastega töötavate inimeste pädevused (teadmised, oskused, hoiakud) ja omadused?

20. Kas ja kuidas on seotud sõltlaste ravi ja rehabilitatsioon ning riiklik alkoholi ja narkopoliitika?

Lõpetamine

21. Kas soovite veel midagi lisada?

22. Kas võib vajadusel teiega veel tulevikus ühendust võtta?

Tänamine