



**Teiste riikide praktikate  
kaardistus ja analüüs  
komorbiidselt esinevate  
häiretega isikutele  
toe pakkumiseks Eestis  
2023**

Teiste riikide praktikate kaardistus ja analüüs komorbiidselt esinevate häiretega isikutele toe pakkumiseks Eestis

Analüüsi koostas Tervise Arengu Instituudi tellimusel ja rahastusel Haap Consulting.



Analüüsi autorid:

Merle Purre

Ly Lõhmus

Marleen Pedjasaar

Laura Kalda

Mari Siimon

Analüüsi olid ekspertidena kaasatud dr Margus Lõokene ja dr Teelia Rolko.

Keeletoimetaja: Anu Rooseniit (Keeletoimetus OÜ)

Analüüsi autorid tänavad kõiki intervjuudes ja fookusgruppides osalenud spetsialiste erinevate valdkonnaga seotud asutuste juurest.

## Sisukord

Kasutatud mõistete selgitus .....	4
Sissejuhatus.....	10
1. Metoodika.....	13
1.1. Intervjuud Eesti ekspertidega .....	13
1.2. Välisriikide juhtumianalüüs.....	14
1.3. Intervjuud välisekspertidega.....	15
1.4. Teaduskirjanduse analüüs.....	16
1.5. Soovituste koostamine .....	16
2. Ülevaade komorbiidselt esinevate häirete ja sõltuvuste kaasesinemistest ja riskifaktoritest.....	18
3. Psühhiaatrilise komorbiidsusega isikute ravi ja teenuste korraldus Eestis .....	21
Psühhiaatrilise komorbiidsusega isikute ravi ja teenuste korraldus välisriikides .....	31
4.1. Holland .....	31
4.2. Suurbritannia.....	43
4.3. Soome .....	58
4.4. Taani.....	68
4.5. Sloveenia.....	81
Järeldused ja soovitused Eestile .....	90
Kokkuvõte.....	115
Summary .....	117
Viidatud allikad.....	119
Uuringu autorite intervjuud välisekspertidega .....	131

## Kasutatud mõistete selgitus

MÕISTE	Ingliskeelne vaste	SELGITUS
Aktiivsus- ja tähelepanuhäire	<i>attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), attention deficit disorder (ADD)</i>	Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) on tavaliselt lapseas algav psüühikahäire, mida iseloomustavad raskused tähelepanu juhtimisega, hüperaktiivsus, püsimatus ja impulsiivsus. See mõjutab inimese kognitiivseid funktsioone ja käitumist.
Alkoholi-tarvitamise häire	<i>alcohol use disorder (AUD)</i>	Alkoholi liigtarvitamine viisil, mille puhul on viimase aasta jooksul ilmnenu vähemalt üks järgnevast: alkoholitarvitamisest lähtuv füüsiline (nt kõrgeenenud vererõhk) või psüühiline (nt unehäired) kahjustus; tung tarvitada alkoholi; alkoholitaluvuse suurenemine; võõrutussümptomid. Alkoholi tarvitamist ei suudeta vähendada ning joomist jätkatakse hoolimata selle kahjulikest tagajärgedest tervisele, töövoimele ja suhetele. Alkoholitarvitamise häire hõlmab nii alkoholi kuritarvitamist kui ka sõltuvust.
Autism	<i>autism, autism spectrum disorder</i>	Neuroloogiline ja arenguline eripära, mida klassifitseeritakse ka autismspektri häirena. Ilmneb varases lapseas ning väljendub indiviiditi väga varieeruvalt, kuid valdavalt on omane sensoorne ülitundlikkus, raskused suhtlemises ja sotsiaalsete normide tajumises, käitumise ja huvide stereotüüpsus ja rigiidsus. Osadel inimestel võib puududa kõneline eneseväljendus. Tulenevalt spektri lõikes väga erinevast eneseväljenduse, -juhtimise ja iseseisva toimetuleku võimest, on indiviiditi toe ja kohalduste vajadus erinev.
Bipolaarne häire	<i>bipolar disorder</i>	Bipolaarne häire on meeleluhäire, mida iseloomustavad korduvad häiritud meeleolu ja aktiivsuse episoodid. Mõnel juhul ilmneb meeleolu kõrgeenemine koos energia ja aktiivsuse tõusuga (maania või hüpomaania seisund; kestab enamasti kahest nädalast nelja-viie kuuni), teistel juhtudel meeleolu, energia ja aktiivsuse alanemine

(depressioon; kestab harilikult kauem – keskmiselt kuus kuud, harva rohkem kui aasta).

Depressioon	<i>major depression (MDD)</i>	Depressioon on meeleluhäire, mis hõlmab meeleolu pikemaajalist langust, energiapuudust, huvi ja elurõõmu kadu; kaasneda võivad ka tähelepanu ja keskendumisvõime alanemine, häiritud uni, enesekahjustuse- või suitsiidimõtted või -teod ja ka muud lisasümptomid. Eristatakse ühekordset depressiooniepisoodi ja korduvat depressiooni ning kolme raskusastet, millest raskeim võib esineda ka psühhoosisümptomitega.
Intensiivne hoolekanne kogukonnas (ka intensiivne kogukonna-keskne sekkumine või hoolekanne)	<i>assertive community treatment (ACT), assertive outreach</i>	Kompleksse toevajadusega sihtgrupi (enamasti raskete psüühikahäiretega inimeste) toetamiseks välja töötatud juhtumikorralduslik abistamise vorm, mis on kasutusel paljudes välisriikides. Usaldusliku kontakti loomine ja teenuste pakkumine toimub suures ulatuses mobiilselt (väljaspool teenusepakkuja tavapärasest asukohta), nt inimese elukohas, tänaval vm. Tugi on intensiivne, kontakt abivajajaga on sage ning abistajad on järjekindlad selle pakkumisel. Multidistsiplinaarse meeskonna toel pakutakse mitmesugust abi: sotsiaal-, kriisi- ja psühholoogiline abi, nõustamine jm.
Isiksushäire	<i>personality disorder</i>	Iseloomu ja käitumise raskete häirete grupp, mis hõlmab tavaliselt isiksuse mitut aspekti ja on seotud oluliste isiklike ja sotsiaalsete raskustega; ei tulene otseselt ajukahjustusest, -häirest ega muust psüühikahäirest. Tavaliselt on märkimisväärselt mõjutatud inimese isiksuse mitu valdkonda, nt emotsioonid, erutuvus, impulsikontroll, mõtlemis- ja tajumisviis ning teistega suhtlemise stiil; tavapärasest märkimisväärselt erinev käitumine avaldub paljudes olukordades ja häire tekitab olulisi isiklike kannatusi. Eristatakse ligi kümmet isiksushäire tüüpi.
Kuritarvitamine (uimastite, alkoholi)	<i>substance abuse, alcohol abuse</i>	Tarvitamise viis, mis kahjustab tervist. Kahjustus võib olla kehaline ehk somaatiline (nt süstimise teel manustamisest tulenev hepatiit) või psüühiline (nt

		alkoholitarvitamisest tingitud episoodilised depressiivsed häired).
Komorbiidsus	<i>comorbidity</i>	Vähemalt kahe terviseprobleemi või häire koosinemine ühel inimesel.
Mobiilne teenus, (ka väljatöö)	<i>outreach</i>	Teenus, mida pakutakse inimesele väljaspool teenusepakkuja tavapäraseid ruume, nt tervishoiuteenuse pakkumine inimese kodus, hoolekandeesutuses või mujal abivajajale sobilikus kohas. Enamasti on eesmärk usaldusliku kontakti loomine ja hoidmine riskioludes sihtgruppidega, kellega tavapärasel viisidel kontakt on raskendatud. Võib toimuda mitmel viisil, nt koduviisi või bussist pakutava teenusena. Eestis on laiemalt tuntud näiteks uimastitarvitamise kahjude vähendamisel (kahjude vähendamise buss), aga ka mobiilses noorsootöös (väljaspool noortekeskust toimuv avatud noorsootööd ja sotsiaaltööd sisaldav lähenemine).
Psühhiaatriline komorbiidsus (ka kaksik- või mitmik-diagnoos)	<i>dual diagnosis, psychiatric comorbidity, concurrent disorders</i>	Termin, mille all peetakse valdavalt silmas kahe häire koosinemist viisil, kus üks on (raske) psüühikahäire ning teine on sõltuvushäire (või kuritarvitamine). Selline koosinemine raskendab kummagi häire prognoosi ja ravi ning suurendab tagasilanguste tõenäosust.
Psüühikahäire	<i>psychiatric disorder, mental illness, mental disorder</i>	Tervisehäire, mida iseloomustab kliiniliselt märgatav kõrvalekalle tavapärasest mõtlemisest, tajumisest, emotsiooniregulatsioonist, suhtlemisest või käitumisest. Sellega kaasneb tavaliselt oluline distress ja raskused igapäevaelus toimetulekuga.
Psühhoos, psühhoosi-episood	<i>psychosis, psychotic experience, psychotic episode</i>	Psühhoos on taju- ja mõtlemise häire, mis võib kaasneda mitmete psüühikahäiretega. Seda iseloomustab kontakti vähenemine või kadu reaalsusega, mis võib väljenduda hallutsinatsioonides (eri meeltega tajutakse nähtusi, mida teised inimesed ei taju, nt nägemis- või kuulmishallutsinatsioonid) või luulumõtetes (inimene on jäigalt veendunud milleski, mis ei vasta tõe; nt jälitamislul). Kaasneda võib segane mõtlemine ja kõne.

Psühhootilised häired	<i>psychotic disorders</i>	Häirete grupp, millele on omane skisofreeniaga sarnanevate või psühhootiliste kogemuste olemasolu; iseloomulikud on mõtlemise ja tajumise sügavad häired (luulumõtted, hallutsinatsioonid) ja tuimenenud tundeelu. Selle grupi levinuim häire on skisofreenia, ent siia alla kuuluvad ka skisotüüpsed ja luululised häired ning skisoafektiivne häire. Eraldiseisvalt diagnoositakse ka psühhooaktiivsete ainete tarvitamisest tulenevaid psühhootilisi häireid, mille puhul tekivad psühhootilised sümptomid aine tarvitamise ajal või vahetult selle järel.
Raske psüühikahäire, ka tõsine psüühikahäire	<i>serious mental illness (SMI)</i>	Kroonilise (püsiva või pikaajalise) kuluga psüühikahäire, millest tulenevate emotsionaalsete, kognitiivsete ja muude raskuste tagajärjel on inimese võime igapäevaeluliste ülesannetega toime tulla ning ühiskonnaelus osaleda oluliselt takistatud või piiratud.
Skisofreenia	<i>schizophrenia</i>	Raske psüühikahäire, mida iseloomustavad mõtlemise ja tajumise sügavad häired, sh luulumõtted ja hallutsinatsioonid. Teadvuse selgus ja intellektuaalsed võimed on tavaliselt säilinud, kuid aja jooksul võib kujuneda kognitiivne defitsiit, eriti korduvate ja pikaajaliste psühhosiseisundite tagajärjel. Mõtlemine muutub sageli ebamääraseks, veidraks ja segaseks ning selle sõnaline väljendus tihti arusaamatuks. Eristatakse mitmeid vorme.
Sõltuvushäire, sõltuvus	<i>addiction</i>	Kehaliste, käitumuslike ja kognitiivsete ilmingute kompleks, mille puhul sõltuvusaine (uimasti, alkoholi vm) tarvitamine muutub inimese jaoks muudest tegevustest olulisemaks. Iseloomulikud jooned on tugev tung või sundmõte aine tarvitamiseks; võimetusetus kontrollida aine tarvitamisel enda käitumist, tarvitamise kestust ja aine hulka; aine tarvitamisel või vähendamisel tekkiv võõrutusseisund; tolerantsuse teke ja tarbitava aine koguse tõus esialgse toime saavutamiseks; aine tarvitamise jätkamine vaatamata ilmsetele kahjustavatele tagajärgedele.

Traumajärgne stressihäire	<i>post-traumatic stress disorder (PTSD)</i>	Traumajärgsele stressihäirele (PTSD) on iseloomulik traumeeriva sündmuse järel selle korduva läbielamise episoodid, mis väljenduvad pealetükkivates kujutlustes ja unenägudes. Inimesed tunnevad sageli hirmu traumata meenutavate tegevuste ja situatsioonide ees, mis toob kaasa nende vältimise; samuti võib ette tulla ka hirmu-, paanika- ja agressioonipuhanguid ning tugevaid stressreaktsioone. Sageli lisanduvad eelmainitud sümptomitele ärevus ja depressioon, ka suitsiidimõtted ei ole harvad.
Uimasti	<i>substance, drug</i>	Käesolevas uuringus käsitleme uimastite all psühhoaktiivseid aineid, mis võivad tekitada sõltuvust ja mõjutavad inimese enesetunnet, ümbritseva maailma tajumist ja käitumist. Juriidilises kontekstis saab vajadusel täpsustada, kas tegu on legaalse (alkohol, tubakas ja ravimid) või illegaalse uimastiga (narkootikumid). Käesolevas uuringus kasutame üldterminina sõna „uimasti“ ning täpsustame, kui kontekst seda nõuab (nt vajadusel eristada alkoholi teistest uimastitest või käsitleda ainult narkootikume). Käesolevas uuringus me ei käsitle üldiselt tubakat, vaid keskendume alkoholile ja muudele uimastitele, välja arvatud erandjuhtudel, kui tubakatarvitamine on spetsiifiliselt välja toodud.
Uimastitarvitamise häire	<i>substance use disorder (SUD)</i>	Uimasti tarvitamine viisil, mille puhul on viimase aasta jooksul ilmnenud vähemalt üks järgnevast: aine tarvitamisest lähtuv füüsiline või psüühiline kahjustus; tung tarvitada ainet; tolerantsi suurenemine; võõrutussümptomid. Aine tarvitamist ei suudeta vähendada ning tarvitamist jätkatakse hoolimata selle kahjulikest tagajärgedest tervisele, töövõimele ja suhetele. Uimastitarvitamise häire hõlmab nii uimasti kuritarvitamist kui ka sõltuvust.
Väljatöö		Vt mobiilne teenus.
Väärarvitamine	<i>misuse</i>	Psühhoaktiivsete ainete (eeskätt ravimite) tarvitamine, mis ei lähtu arsti määratlusest või ei toimu määratletud viisil, ent mille eesmärk ei ole kõrgeenenud meeleolu

saavutamine (näiteks tarvitatakse uinumiseks retseptiravimit, mida ei ole välja kirjutatud, või kasutatakse valu vaigistamiseks ravimit arsti määratud suuremas koguses).

Ärevushäire

*anxiety  
disorder*

Ärevushäired hõlmavad mitmesuguseid seisundeid, kus esineb intensiivne muretsemine, hirm ja ärevus. Sellel on mitmeid alavorme nagu üldistunud ärevushäire (ingl *generalized anxiety disorder*, GAD), paanikahäire, sotsiaalfoobia; üldiselt (sh Eestis) määratletakse ärevushäiretega samasse kategooriasse kuuluvana ka sundseisundid (ehk obsessiiv-kompulsiivsed häired) ja rasked stressreaktsioonid ja kohanemishäired (sh traumajärgne stressihäire).

## Sissejuhatus

Psühhiaatrilise komorbiidsuse all mõistetakse psüühikahäire(te) ja sõltuvushäire samaaegset esinemist. Seejuures võib olla üks teise põhjus või tagajärg, ent ei pruugi olla omavahelist põhjuslikku seost, ehkki mõlema põhjustajad võivad olla näiteks sotsiaalsed mured, geneetiline soodumus ja trauma. Koosesinemine võib häireid süvendada ning raskendab diagnoosimist ja omakorda ravi. Näiteks alkoholitarvitamise häire puhul on psühhiaatriline komorbiidsus üks olulisemaid tegureid tagasilanguste esinemises. Lisaks võib psühhiaatriline komorbiidsus suurendada muude terviseprobleemide ja suitsiidiriski ning varase suremuse esinemise tõenäosust, aga ka sotsiaalseid tagajärgi, nagu vägivald, kodutus, kriminaalõigussüsteemi sattumine ja suhete katkemine. ([Alsuhaibani jt 2021](#), [EMCDDA 2013](#), [Sliedrecht jt 2019](#))

Psüühikahäiretest tingitud raskused võivad esineda laiall spektrel: alates kergetest takistustest igapäevaeluga toimetulekul kuni iseseisva tegutsemis- ja toimetulekuvõime puudumiseni. Käesolevas uuringus keskendume eeskätt (sõltuvushäirega komorbiidselt esinevatele) **rasketele psüühikahäiretele**. Selle all peame silmas kroonilise (püsiva või pikaajalise) kuluga psüühikahäireid, millest tulenevate emotsionaalsete, kognitiivsete ja muude raskuste tagajärjel on inimese võime igapäevaeluliste ülesannetega toime tulla ning ühiskonnaelus osaleda oluliselt takistatud või piiratud. Üldiselt kuuluvad tõsise psüühikahäire definitsiooni alla psühhootilised häired (skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired), bipolaarne meeleoluhäire ja raske depressioon (eeskätt psühhootiliste sümptomite või raviresistentse vormi puhul). Juhul, kui inimese tegutsemisvõime ja toimetulek mitmes eluvaldkonnas on tõsiselt raskendatud, võivad antud määratluse alla kuuluda ka näiteks erinevad ärevus-, söömis- ja isiksushäired. ([Evans jt 2016](#), [Pratt jt 2014](#))

Hinnanguliselt kuni 75% raske psüühikahäirega (*severe mental illness*) isikutel esineb ka sõltuvushäire ([Alsuhaibani jt 2021](#)). Ehkki täpset ja ühtset statistikat ja määratlusi on keeruline välja tuua, on Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (EMCDDA) ([2013](#)) toonud erinevate uuringute põhjal välja Euroopas sagedamini uimastisõltuvusega koos esinevad psüühikahäired: alkoholi puhul ärevus või depressioon, opioidide puhul isiksuse- või käitumishäired, kanepi puhul skisofreenia ning amfetamiinide puhul psühhootilised häired.

Uuringud kinnitavad, et traditsioonilised, eraldiseisvad teenused ei ole psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste puhul tõhusad. Oluliselt paremat tulemuslikkust on näidanud integreeritud ehk lõimitud raviprogrammid, mis ühendavad vaimse tervise ja sõltuvusega seotud sekkumised. Lisaks lõimitusele on olulisteks elementideks ka patsiendi hindamine ning teenusteülene juhtumikorraldus. Sekkumistest on tõhusaimad need, mis on suunatud motivatsioonile (eelkõige neile, kes ei tunnista sõltuvusravi vajadust) ning käitumuslikud sekkumised (sõltuvusest vabanemiseks). ([Drake ja Mueser 2000](#))

Ka on uuringutes leitud, et tõhusaimad komorbiidsete häirete esinemist leevendavad programmid hõlmavad [terviklikku, pikaajalist ja etapiviisilist lähenemist](#) taastumisele. Samuti on kriitilisteks komponentideks aktiivne ennetava toe pakkumine, motiveerivad sekkumised ning tugi mõlema häirega ja funktsionaalsete eesmärkidega toimetulekul. Lisaks peetakse oluliseks kultuurilist tundlikkust ja pädevust. ([Drake jt 2001](#))

Kui vaadata erinevate psühhosotsiaalsete sekkumiste tõendatud efektiivsust käsitletaval sihtgrupil, siis põhjaliku ülevaateuuringu põhjal saab öelda, et hea kvaliteediga uuringuid veel napib ning olemasolevate uuringute põhjal ei kerki ükski sekkumine efektiivsuse poolest oluliselt esile võrreldes tavapärase raviga. See rõhutab muuhulgas psühhosotsiaalsete sekkumiste kõrval ka medikamentoose ravi olulisust antud sihtgrupi jaoks muutuse loomiseks ([Hunt jt 2019](#)).

Käesoleva uuringu fookuses on komorbiidse sõltuvushäire ja raske psüühikahäirega isikutele suunatud ravi ja muud sekkumised. Täpsemalt on uuringus analüüsitavaid teenuste sihtrühmaks täisealised inimesed, sealhulgas psüühikahäirega inimesed ning intellektihäirega inimesed, kellel on sõltuvus alkoholist ja/või teistest uimastitest. Uuringu ajendiks on asjaolu, et Eestis ei ole praegu antud sihtrühmale vajalikud teenused – psühhiaatriline ravi, sh sõltuvusravi, ja erihoolekandeteenused – samaaegselt kättesaadavad. Erihoolekandeteenuse pakkujatel ei ole võimekust tegeleda sõltuvushäirega ning enamasti pakutakse psüühikahäirete ja sõltuvusravi eraldi. Puudub terviklik lähenemine sihtgrupi abistamiseks ja toetamiseks.

Eelnevast tulenevalt on uuringu aluseks järgmine uurimisküsimus: [kuidas tagada teenuste lõimitus ning kvaliteetsem ja õigeaegsem abi mitmikdiagnoosiga inimestele?](#) Sellele vastamiseks toetub uuring viie välisriigi kogemusele sihtgrupile ravi- ja tugiteenuste osutamisel. Selleks viidi läbi valitud riikide (Holland, Sloveenia, Soome, Suurbritannia, Taani) analüüs, eesmärgiga koondada infot tõenduspõhistest sekkumistest komorbiidselt esinevate psüühikahäire ja sõltuvushäirega inimestele tõhusama toe pakkumiseks ning anda ülevaade sekkumisi võimaldava teenuste korraldusest. Kõrvutades välisriikide praktikaid ja teenuste süsteeme Eestis olemasolevate teenuste, võimaluste ja tingimustega, esitatakse konkreetseid soovitusi sihtgrupi ravi ja toe korralduse arendamiseks Eestis.

Uuringu esimeses peatükis tutvustatakse uuringu metoodikat. Teises peatükis antakse põgus ülevaade psüühikahäirete ja erinevate uimastisõltuvuste koosinemise kombinatsioonidest ja riskiteguritest. Kolmas peatükk vaatab sihtgrupi ravi- ja toe korraldust Eestis, rõhuasetusega intervjuudes valdkonna ekspertidega tõstatatud probleemkohtadel ja arenguvajadustel. Neljandas peatükis esitatakse valitud välisriikide kirjeldav analüüs, mis põhineb dokumendianalüüsil ja intervjuudel väliseksperptidega. Eelnevates osades esitatud teabe sünteesil ja kohalike ekspertidega arutelude abil koondati viiendasse peatükki peamised tähelepanu vajavad probleemid, võimalikud lahendused välisriikide näidetel ning soovitusid psühhiaatrilise komorbiidsusega isikute ravi ja toe korralduse arendamiseks

Eestis. Soovituste puhul on hinnatud nende võimalikku panust tervikliku lähenemise kujundamisse sihtgrupi toetamisel ning teostatavust.

## 1. Metoodika

Analüüsi eesmärk on toetada koosineva raske psüühikahäire ja sõltuvushäirega inimeste ravi ja toe terviklikku pakkumist Eestis. Selleks kaardistati Eesti ekspertidega läbiviidud intervjuude põhjal praegune olukord sihtgrupi abistamisel. Uuringu käigus koostati valitud välisriikide (Holland, Suurbritannia, Soome, Taani ja Sloveenia) praktikast kirjeldav analüüs, mis põhines dokumendi- ja teaduskirjanduse analüüsil ning intervjuudel väliseksperptidega. Analüüsi põhjal koostati esialgsed soovitusel, mis sobiksid Eesti probleemistikule lahenduste pakkumiseks. Edasises uurimistöös koguti horisontaalset sisuanalüüsi kasutades individuaal- ja gruppintervjuude käigus soovitudele tagasisidet valdkonna spetsialistidelt Eestis. Analüüsi tulemusena kirjeldati konkreetseid soovitusi psühhiaatrilise komorbiidsusega inimestele abi ja toe pakkumise süsteemi arendamiseks Eestis.

Järgnevalt on kirjeldatud andmekogumise viisid ja uurimismeetodite rakendamine.

### 1.1. Intervjuud Eesti ekspertidega

Uuringu käigus viisime läbi kaks vooru poolstruktureeritud intervjuusid Eesti ekspertidega. Intervjuud kestsid 50–80 minutit ja need viidi läbi MS Teamsi keskkonnas. Osalejate loal salvestasime intervjuud põhjalikemate märkmete tegemiseks. Horisontaalse sisuanalüüsi käigus võrdlesime alateemade käsitlemist kõigi kogutud intervjuude lõikes, pöörates tähelepanu ka konkreetsetes intervjuudes osutatud kõnekatele üksikasjadele või tähelepanekutele.

Esimese vooru intervjuude eesmärk oli saada ülevaade Eestis psühhiaatrilise komorbiidsusega inimestele pakutava toe praegusest olukorrast, kaardistada põhilised kitsaskohad teenuste korralduses ning koguda ideid võimalike lahenduste pakkumiseks. Viisime läbi kaheksa individuaalintervjuud perioodil 13.–24. november 2023. Arutlesime järgnevate temade üle:

- Intervjueeritava nägemus probleemistikust ja hetkeolukorrast:
  - kuidas komorbiidselt esineva sõltuvushäire ja raske psüühikahäirega inimesed Eesti süsteemis abi saavad – millised on suurimad kitsaskohad, mis toimib hästi, kas ja kuidas toimub juhtumikorraldus ja asutustevaheline suunamine;
  - millist rolli mängivad erinevad spetsialistid (perearstid ja -õed, vaimse tervise spetsialistid, sotsiaaltöötajad jt) ning millist rolli toetavad teenused ja tegevused (nt kogemusnõustamine, patsiendiühendused jt);
  - milliseid erinevusi on märgatud sihtgrupi alajaotuste lõikes (näiteks abi saamise keerukus erinevate psüühikahäirete ja erinevate sõltuvusainete korral; esmase või korduva pöördumise erinevus; kodus või hoolekandetasutuses elavad abivajajad).
- Intervjueeritava ideed Eestile sobida võivate lahenduste kohta:

- millisel moel võiks praegust korraldust muuta, et sihtgrupp saaks edukamalt abi ning milline oleks ideaalne süsteem nende toetamisel;
- millega tuleb kindlasti arvestada Eestile sobiva lahenduse valimisel;
- kas ja millistel tingimustel tuleks rakendada ravi eest tasumisel omaosalust;
- milliste riikide lähenemistest võiks eeskjuju või inspiratsiooni leida.

Esimeses voorus intervjuerisime järgmisi eksperte:

- Ants Kask – psühhiaater, Lääne-Tallinna keskhaigla psühhiaatriakeskuse ülemarst
- Eerika Luukas – SA TÜK Psühhiaatrikliiniku sõltuvushäirete keskuse sotsiaaltöötaja
- Kadri Suija – perearst, peremeditsiini kaasprofessor Tartu Ülikoolis
- Kaiti Redlich – psühhiaater sõltuvusravikliinikus Helsingi linnas
- Rita Kerdmann – Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskuse juht
- Ülle Riisalo – Sotsiaalkindlustusameti erihoolekande sisunõunik
- Margus Lõokene – uuringumeeskonda kuuluv ekspert, Toompargi Vaimse Tervise keskuse psühhiaater-ravijuht
- Teelia Rolko – uuringumeeskonda kuuluv ekspert, SA TÜK Psühhiaatrikliiniku sõltuvushäirete keskuse juht

Teise vooru intervjuude eesmärk oli koguda hinnanguid välisriikide juhtumianalüüsis ilmnunud lahenduste sobivuse kohta Eestis sihtgrupi ravi ja toetamise parandamisele. Nende intervjuude temaatika ja läbiviimine on lähemalt kirjeldatud alapeatükis 1.5.

## 1.2. Välisriikide juhtumianalüüs

Uuringu esimeses etapis kooskõlastasime tellijaga viie välisriigi valiku, mille puhul analüüsisime konkreetseid toimivaid praktikaid või teenuste mudelid ning nende praktikate/teenuste korraldust toetavaid ja võimaldavaid süsteeme. Juhtumianalüüsis keskendusime järgmistele riikidele: [Holland](#), [Suurbritannia](#), [Soome](#), [Taani](#) ja [Sloveenia](#). Riikide valikul peeti silmas, et oleks kaasatud riike, mille sotsiaalmajanduslik tase sarnaneb Eesti omaga; valimisse kuuluks vähemalt kolm Euroopa Liidu liikmesriiki; ning riikides oleks rakendatud mõnda teaduskirjanduses tõendust leidnud komorbiidselt esinevate häiretega inimestele suunatud teenust või mudelit.

Välisriikide juhtumianalüüsis kasutasime esmalt teaduskirjanduse analüüsi ja dokumendianalüüsi, et saada vastused püstitatud uurimisküsimustele, seejärel viisime läbi ekspertintervjuud, et kinnitada teaduskirjanduse ja dokumendianalüüsi leide ning leida vastuseid aspektidele, mis eelmainitud allikates ei kajastunud. Nii teaduskirjanduse, dokumendianalüüsi kui ka ekspertintervjuude analüüsis kasutati suunatud sisuanalüüsi, mille puhul keskendusime olemasolevatele analüüsikategoriatele.

Kirjeldamiseks üleüldist tausta, andsime teaduskirjanduse, dokumendianalüüsi ja ekspertintervjuude põhjal ülevaate riikide:

- tervishoiu- ja erihoolekandeteenuse üldisest korraldusest;
- sõltuvusravi ja psühhiaatrilise ravi osutamisega seotud organisatsioonidest;
- sõltuvusravi ja psühhiaatrilise ravi pakkumist reguleerivatest seadustest ja juhenditest;
- uimastite tarvitamise kahjude vähendamise meetmetest erihoolekandeteenusel olevate isikute jaoks;
- teavitusahelatest abivajajast teavitamisel ja infovahetusest erinevate asutuste vahel.

Keskendudes teenustele, mida kasutatakse psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste ravis ja toetamisel, vaatlesime riikides kasutatavaid praktikaid või mudeleid, mis on suunatud:

- psüühikahäirega (sh skisofreenia, püsivad luululised häired, bipolaarne meeleoluhäire, sundseisund jt) inimestele, kellel on sõltuvus uimastitest;
- intellektipuudega inimestele, kellel on sõltuvus uimastitest;
- 18-aastastele ja vanematele inimestele.

Teenuste (sekkumiste, heade praktikate, mudelite) puhul oli meie siht anda erinevate analüüsimeetodite toel ülevaade, sh teenuse:

- lühikirjeldus, eesmärk ja sihtgrupp;
- korralduse eest vastutaja ja osutamise koht;
- suunamise tingimused, eeldused ja ravimeetodi üle otsustamise protsess;
- pakkumiseks vajalikud spetsialistid ja ressursid;
- osad/etapid, kestus ja järeltegevused;
- teaduslik alus, tõendus ja/või tulemuslikkus;
- eduka rakendamise eeldused ja väljakutsed.

### 1.3. Intervjuud välisekspertidega

Intervjuudes välisekspertidega tutvustasime sissejuhatuseks lühidalt käesolevat uuringut ning valideerisime dokumendianalüüsis leitud infot psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide ravi korralduse kohta antud riigis. Intervjuu käigus arutlesime efektiivsete ravimudelite või -elementide ning teenuste täpsema korralduse üle, küsides täpsustusi dokumendianalüüsis vastuseta jäänud punktide kohta. Viisime läbi viis individuaal- ja ühe grüpiintervjuu perioodil 23. november kuni 12. detsember 2023. Uurisime selle kohta, mida eksperdid näevad antud raviläheneduste rakendamise eelduste, raskuste ja edukust tagavate teguritena ning küsisime, mida pidada silmas Eestile sobilike lahenduste juurutamisel.

Riik	Organisatsioon ja esindaja
Sloveenia	Ljubljana ülikooli psühhiaatriakliiniku uimastisõltuvusravi keskuse juht: dr Andrej Kastelic

Soome	Kaiti Redlich, sõltuvusravikliiniku psühhiaater Helsingis
Holland	Trimbosi Instituut: teadurid Anneke van Wamel ja dr Hans Kroon
Suurbritannia	Suurbritannia sõltuvusravi keskuste grupi varasem ravitiimi juht; sõltuvusnõustaja ja vanem-ravikonsultant: Nuno Albuquerque, BSc University College London: rehabilitatsioonipsühhiaatria professor, dr Helen Killaspy (andis soovitusi kirjavahetuse teel)
Taani	Kopenhaageni ülikooli kaasprofessor ja Kopenhaageni vaimse tervise uurimiskeskuse vanemteadur: dr Carsten Hjorthøj Mitmikdiagnooside kompetentsikeskus; vaimse tervise teenused pealinnapiirkonnas, dr Katrine Schepelern Johansen

#### 1.4. Teaduskirjanduse analüüs

Teadusartiklite, meta-analüüside ning süstemaatiliste ülevaadete leidmiseks viidi 13.11.2023 läbi otsing andmebaasis Web of Science. Analüüsi kaasati inglise keeles avaldatud artiklid. Otsingu kriteeriumiteks oli artiklite avaldamine eelretsenseeritud teadusajakirjas aastatel 2018–2023 ja otsing viidi läbi järgmiste märksõnadega: ((*dual diagnosis OR co-occurring disorders OR psychiatric comorbidity*) AND (*substance use*)) AND (*systematic review or meta-analysis*).

Otsing andis 259 vastet ning nende ülevaatamiseks kasutasime keskkonda Covidence. Kõrvaldati kaks duplikaatvastet. Kokkuvõtete (*abstracts*) põhjal jäeti lähemast analüüsist välja 166 artiklit (põhjusteks eeskätt kehalise komorbiidsuse käsitlemine, vanuseliselt või kontekstuaalselt vale sihtgrupp või ainult farmakoloogilise ravi fookus); täistekstide vaatluse põhjal välistati eelkirjeldatud põhjustel 20 artiklit. Analüüsiks jäi sõelale 71 artiklit, millest kuue puhul puudus ligipääs terviktekstidele.

Lisaks eelkirjeldatud teadusuuringutele kasutati allikatena psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide ravi käsitlevaid teaduskirjastuste välja antud käsiraamatuid ja kogumikke ning keskkonnas Google Scholar täiendavate otsingutega leitud eelretsenseeritud teadusartikleid ja dissertatsioone. Täiendavaid otsinguid keskkonnas Google Scholar kasutasime ka vaatluse all olevates riikides kasutatavate sekkumiste, programmide ja nende tõhusust puudutava info leidmiseks.

#### 1.5. Soovituste koostamine

Toetudes Eesti olukorra kaardistusele ja tellija esitatud lähteülesandele, kirjeldasime viit suuremat probleemkohta, mille lahendamiseks soovitusi pakkuda. Välisriikide analüüsi ja Eesti ekspertidega läbi viidud arutelude põhjal tõime välja hulga ideid, millest lähtusime

konkreetsete soovitude kujundamisel. Arutasime uurimismeeskonna, tellija ja ekspertidega, mida on kõige olulisem lahenduste Eestis rakendamise puhul silmas pidada ning aruteludele tuginedes seadsime kriteeriumid, millele vastavust soovitude puhul hindasime. Teise vooru individuaal- ja grüpiintervjuudes valideerisime ekspertidega Eesti suuremad probleemkohad ning arutlesime nii välisriikide lahenduste kui ka võimalike soovitude üle Eestile. Viisime läbi kolm individuaal- ja kolm grüpiintervjuud perioodil 7.–19. detsember 2023.

Teises voorus intervjuerisime järgmisi eksperte:

- Ants Kask – psühhiaater, Lääne-Tallinna keskhaigla psühhiaatriakeskuse ülemarst
- Eerika Luukas – SA TÜK Psühhiaatriakliiniku sõltuvushäirete keskuse sotsiaaltöötaja
- Jaan Saar – Viljandi Haigla alkoholitarvitamise häirete ravi teenistuse juhataja
- Jane Alop – psühholoog, „Kainem ja tervem Eesti“ programmi juht
- Kadri Suija – perearst, peremeditSiini kaasprofessor Tartu Ülikoolis
- Lagle Kalbeg – Sotsiaalkindlustusameti erihoolekande ja rehabilitatsiooni talituse juhataja
- Liina Lanno – AS-i Hoolekandeteenused juhatuse esimees
- Marelle Erlenheim – Saue vallavalitsuse sotsiaalosakonna juhataja, sotsiaalministeeriumi endine kantsler
- Reet Asmer – AS-i Hoolekandeteenused teenuste arendusjuht
- Rita Kerdmann – Viljandi Haigla sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonikeskuse juht
- Ülle Riisalo – Sotsiaalkindlustusameti erihoolekande sisunõunik

## 2. Ülevaade komorbiidselt esinevate häirete ja sõltuvuste kaasesinemistest ja riskifaktoritest

Psüühikahäiretega isikute puhul on kõige sagedamini koosesinevaks häireks alkoholi ja/või teiste uimastite kuritarvitamine. Tõsise psüühikahäirega isikutel on tavapopulatsiooniga võrreldes oluliselt suurem risk sõltuvushäire tekkimiseks, uuringute järgi puudutab see komorbiidsus tõsise psüühikahäirega isikutest koguni kuni 75%. ([Alsuhaibani jt 2021](#)). Ameerika Ühendriikides on leitud, et psüühikahäirega isikutel on kaasuva sõltuvushäire esinemise osakaal tavapopulatsioonist oluliselt kõrgem (eri andmetel ligikaudu 3–4 korda). Samuti on hinnatud, et ligikaudu pooltel sõltuvushäirega isikutest on mõni kaasuv psüühikahäire ning pea viiendikul kaasub tõsine psüühikahäire. Sealjuures on [enimlevinud sõltuvushäireks alkoholitarvitamise häire](#). ([SAMHSA 2019](#); [SAMHSA 2020](#)) Suur osa levimusuuringutest pärineb Ameerika Ühendriikidest, kus leitud levimused on keskmiselt veidi kõrgemad kui Euroopas, mis võib tuleneda nii meetodikate erinevusest, uuringute hulgast ja kvaliteedist kui ka riikidevahelisest (ja -sisese) suurest variatiivsusest ([Carrà jt 2015](#)). 14 Euroopa riigi andmete põhjal on sõltuvusravile pöördujatest kuni 54% komorbiidse psüühikahäirega, kolme riigi (Suurbritannia, Holland, Luksemburg) andmete põhjal ületas vastav määr lausa 80% ([EMCDDA 2013](#)).

Uimastitarvitamise häired esinevad kõikide siinses analüüsis vaadeldud psüühikahäirete puhul tavapopulatsioonist sagedamini. Seda ka autismispektri häirete korral, mille puhul on varasemalt arvatud olevat vastupidine seos. Need koosesinemised võivad olla tingitud mitmest tegurist. Üheks neist on [alkoholi ja teiste uimastite tarvitamise soodustav mõju psüühikahäire tekkele](#). Näiteks on leitud, et eelkõige alkoholi- ja kanepitarvitamise häire tõstab oluliselt bipolaarse häire ja skisofreenia avaldumise riski – mida rohkem ainet tarvitatakse, seda enam kasvab risk ([Kuhns jt 2022](#); [Lalli jt 2021](#); [Masroor jt 2021](#)). Ning vastupidiselt kehtib nn [enese-ravi hüpotees](#), mis tähendab, et alkoholi ja/või uimasteid kasutatakse häiretest tingitud sümptomite leevendamiseks. Oluline on arvestada, et ühel isikul võib esineda ka paralleelselt mitu erinevat psüühikahäiret, mis võivad omakorda sõltuvuskäitumise teket soodustada. ([Castillo-Carniglia jt 2019](#), [Ressel jt 2020](#))

Lisaks on üha enam leitud psüühika- ja sõltuvushäirete koosesinemise ühiseid riskitegureid või mehhanisme, mis hõlmavad [keskkondlikke, geneetilist eelsoodumusest tingitud tegureid või aju toimemehhanisme](#). Keskkondlikest põhjustest on enimlevinud hilinenud diagnoos, vähene sotsiaalne tugi ning perekondlikud põhjused nagu teiste pereliikmete sõltuvuskäitumine ja problemaatilised peresuhted. Samuti on mõjuteguriks alkoholi- ja uimastitarvitamise alustamine varajases eas. Võrreldes näiteks komorbiidse PTSH ja alkoholisõltuvusega inimesi nendega, kellel esineb neist vaid üks, on komorbiidse häirega inimestel oluliselt enam negatiivseid lapsepõlvkogemusi (sh vaimne või füüsiline väärkohtlemine, hooletussejätt), samuti on täheldatud suuremat tõenäosust täiendavateks psüühika- või isiksushäireteks või suitsiidikatseteks. ([Blanco jt 2013](#); [Ressel jt 2020](#))

Skisofreenia või teiste psühhootiliste häiretega inimesed on eriliselt haavatavad nii alkoholist kui ka teistest uimastitest tingitud sõltuvuse suhtes. [Häirete omavaheline seos on kahesuunaline: umbes 65% puhkudest eelneb sõltuvushäire skisofreenia tekkele ning umbes 35% puhkudest eelneb skisofreenia sõltuvushäirele](#). Antud häirete komorbiidsust saab lisaks eelnevale osaliselt seletada ka polügeensete riskifaktorite ning aju motivatsiooni- ja preemiasüsteemide düsfunktsiooniga, aga ka sotsiaalmajanduslike ja keskkondlike teguritega. ([Masroor jt 2021](#))

Kaitsefaktoreid on psühhiaatrilise komborbiiduse puhul uuritud autismispektril olevate inimeste puhul: antud sihtgrupis ennustavad madalamat sõltuvushäire tekkimise riski inimese vähene sensatsioonihimu, kaasuv intellektipuue ning piiratud juurdepääs alkoholile ja muudele uimastitele. ([Ressel jt 2020](#))

Oluline on aga [psüühikahäire varajane diagnoos ja ravi](#). Näiteks on hulgaliselt uuringuid leidnud, et PTSH kipub eelnema sõltuvushäire tekkele, mistõttu PTSH sümptomaatika leevendamine mõjutab alkoholi- ja uimastitarvitamist rohkem kui vastupidine muutus. ([Roberts jt 2023](#)).

Erinevate uuringute järgi on psüühikahäirega inimestest elu jooksul alkoholtarvitamise häiret esinenud enim traumajärgse stressihäirega isikutel (34–58%). Samuti esineb alkoholtarvitamise häiret ligikaudu kolmandikul bipolaarse häirega (keskmiselt 34%<sup>1</sup>), aktiivsus- ja tähelepanuhäirega (33%) ning depressiooniga (30%) inimestest. Mõnevõrra vähem on alkoholtarvitamise häiret skisofreenia ja teiste psühhootiliste häirete diagnoosiga (21%<sup>2</sup>) isikutel, autismispektri häirega (19%<sup>3</sup>) ja üldistunud ärevushäirega (GAD; 12%) inimestel. ([Castillo-Carniglia jt 2019](#), [Ressel jt 2020](#))

Alkoholtarvitamise häirega isikute enimlevinud vaimse tervise probleemideks on depressioon ja ärevushäired (eelkõige PTSH). Isikutest, kellel on viimase 12 kuu jooksul esinenud alkoholtarvitamise häiret, on samaaegselt depressioon koguni 11,3%-l. Järgnevad traumajärgne stressihäire (5,6%), skisofreenia ning teised psühhootilised häired (4%), üldine ärevushäire (1,4%) ja bipolaarne häire (0,3%). ([Petrakis jt 2002](#))

Lisaks alkoholtarvitamise häirele on psüühikahäiretega patsientide puhul tavapopulatsiooniga võrreldes sagedam ka teiste uimastite tarvitamise häire koosesinemine.

---

<sup>1</sup> Üldpopulatsioonis jaotub see erinevates uuringutes I tüüpi häire puhul 24–44% ning II tüüpi puhul 24–39% vahel ([Castillo-Carniglia jt 2019](#)).

<sup>2</sup> Erinevad uuringud on leidnud erinevaid koosesinemise sagedusi. Alkoholi ja teiste uimastite tarvitamise koosesinemist on leitud 18,5–61,5%-l skisofreeniadiagnoosiga isikutel (Ayano 2019; Masroor jt 2021). Koos kõikide uimastitega (sh prevaleeriva tubakasõltuvusega) on see osakaal koguni 80% (Manseau jt 2016).

<sup>3</sup> Erinevate uuringute järgi jääb see komorbiidsus vahemikku 1,3–36% (Ressel jt 2020).

Tugevaimad seosed on depressiooni ning kanepi tarvitamise komorbiidsusel (koefitsient 4,9) (Saha jt 2022). Kuigi meestel diagnoositakse kanepi tarvitamise häiret sagedamini, on naised häire tekkimisele vastuvõtlikumad ning see püsib üldjuhul pikemaajaliselt (Kozak jt 2021). Kanepi tarvitamise häire on tavapopulatsioonist sagedasem ka üldistunud ärevushäirega ning bipolaarse häirega isikutel, kuid nende puhul on see mõnevõrra vähem levinud kui depressiooniga isikutel (Bahji jt 2021, Onaemo jt 2021). Skisofreenia ja teiste psühhootiliste häirete puhul on (äärmiselt kõrgelt levinud tubakasõltuvuse kõrval) levinuimaks uimastiteks kanep ja kokaiin (Ayano 2019; Manseau jt 2016; Masroor jt 2021).

Alkoholarvitamise häire ja depressiooni algusvanus on sarnane, mis muudab nende kahe seisundi vahelise seose hindamise keeruliseks. On vaieldud, kas tegu on eraldiseisvate häiretega või on need tingitud samadest põhjuslikest seostest. [Siiski on uuringutes leitud, et alkoholarvitamise häire kipub sagedamini depressioonile eelnema.](#) Tegurid, mis komorbiidset esinemist ennustavad, on varajases eas esinevad depressioonisümptomid, alkoholi tarvitamine ilma vanemate loata, samuti esimeste alkoholimürgistuste esinemine noores eas. On aga leitud ka seda, et alkoholi võidakse kasutada depressiooni näilise leevendajana, ja ka vastupidi – alkoholarvitamise häire võib tuua kaasa depressiivseid episoodide. Lisaks on mõlemal juhul tuvastatud geneetilist soodumust (sh tugevamalt depressiooni avaldumisel) ja leitud, et antud komorbiidsust esineb meestel oluliselt sagedamini kui naistel. (Castillo-Carniglia jt 2019; Hunt jt 2020)

### 3. Psühhiaatrilise komorbiidsusega isikute ravi ja teenuste korraldus Eestis

#### Raske psüühikahäire ja sõltuvushäirega inimesed

Inimesed, kellel on nii raske psüühikahäire kui ka sõltuvushäire, erinevad vajadustelt nii neist, kellel on ainult psüühikahäire, kui ka neist, kellel on ainult sõltuvushäire. Üheskoos võivad häired teineteist võimendada; psüühikahäire võib vähendada inimese suutlikkust sõltuvusega tegeleda, ja vastupidi. Samuti käivad sageli koos sõltuvushäired ja eri tüüpi isiksusehäired. Isiksusehäirega inimesed võivad olla vääriti mõistetud, mis vähendab nende võimalust abi saada. Lisaks pärsib pikaajaline uimastite tarvitamine kognitiivset võimekust, mille taastamine võib aastaid aega võtta. Mitmikdiagnoosiga patsientide maailmataju võib olla muutunud, kuivõrd kroonilise tarvitamise taustal tekib sageli **aleksitüümia** ehk võimetus oma emotsionaalset seisundit märgata või kirjeldada. Selle eripäraga tuleb ravi ja muu toetuse pakkumisel arvestada.

Olulist rolli abi saamisel ja otsimisel mängib nii sõltuvuse kui psüühikahäire **stigmatiseeritus**, mistõttu ei pruugi inimesed abivajadust tunnistada. Sageli ei mõisteta, et sõltuvushäirest vabanemise üheks ootuspäraseks osaks on toimetulek tagasilangustega. Intervjueeritud spetsialistid rõhutasid, et alkoholisõltuvusest vabanemise muudab keerulisemaks alkoholireklaamide olemasolu ning **alkoholi võrdlemisi kerge kättesaadavus**. Sotsiaalministeeriumi andmetel ja Eesti elanike hinnangul on alkohol Eestis kergesti kättesaadav ning müügikohtade arv 2020. aastast alates järjest kasvanud, sh on kättesaadavust lihtsustanud e-kaubanduse ja kiirkullerite pakutavad teenused ([SoM 2023a](#)).

Eesti elanike tervisekäitumise uuringu (2020) kohaselt oli 13% Eesti 16–64-aastastest elanikest tarvitanud narkootikume või psühhotroopseid retseptiravimeid ilma arsti korralduseta. 2019., 2020. ja 2021. aastal läbi viidud reoveeuuringud näitasid kõige levinumate ainetena kanepit ja amfetamiini. ([TAI 2022](#)) 2023. aastal Sisekaitseakadeemias magistritöö kaitsnud Carmen Tiinase Eesti narkootiliste ainete turu seoseid inflatsiooniga analüüsinud uuring leidis, et inflatsioon on mõjutanud narkootiliste ainete hindu kaudselt, muutes need tarbijatele teiste mõjuainete hulgas taskukohasemaks, ning võib arvata, et **majanduslangus suurendab uimastite tarbimist**. ([Tiinas 2023](#))

Eksperdid tõid välja nii keerulisse olukorda sattumise kui ka tagasilanguste riskitegurina **tugivõrgustiku ja kogukondliku toe puudumise**. Kui inimesel puudub stabiilne elukoht või elatakse koos teiste sarnaste häiretega (eelkõige sõltuvuskäitumisega) inimestega ja kui ei ole lähedasi, kes saaksid või oskaksid aidata, on igasuguse ravi tulemuslikkus madalam. **Lihtsam on hakkama saada kontrollitud keskkonnas**, kuid kontrollitud keskkonnas on oluline toe pakkumise kõrval toetada inimese toimetulekut ka väljaspool kontrollitud keskkonda ning olukordades, kus uimastid on kättesaadavad. Rõhutati, et mitmikdiagnoosiga inimesed vajavad väga **individuaalset lähenemist** ja tuge. Ühte kõigile sobivat lahendust või süsteemi ei

ole – sellega tuleb arvestada sobivate teenuste kujundamisel ja pakkumisel. Abi vajatakse nii meditsiinilistes kui ka sotsiaalsetes küsimustes ning sotsiaal- ja tervisesüsteemi suurem lõimitus aitaks abi tõhusamalt pakkuda. Kõnealused häired on enamasti kroonilised haigused, mille ravi peab olema pikaajaline ja süsteemne.

### Võimalused abi saamiseks

Mitmikdiagnoosiga inimeste ravispetsiifikast lähtuvalt kujundatud teenuseid Eestis käesoleval hetkel ei ole ning kahe häire omavahelisest mõjust tulenevalt **ei pruugi olemasolevad teenused olla vastava probleemiga inimesele kättesaadavad või vastata tema vajadustele**. Teatud puhkudel (patsiendi kõrge motivatsioon muutuseks; teenusele pääsemiseks või seal püsimiseks „sobilik“ diagnooside kombinatsioon või seisund) võib õnnestuda tuge saada, ent selle käigus tegeletakse üldiselt eeskätt kas sõltuvushäire või psüühikahäirega, mitte mõlemaga korraga.

Oluliseks murekohaks on **erihoolekandeteenusele pääsemine** – vastavalt sotsiaalhoolekande seaduse § 72 lg 2 p-le 2 ei pääse sinna inimesed, kelle juhtiv diagnoos on sõltuvushäire ([RT 2023](#)). Samas on intervjueritud ekspertide kogemuses teada juhtumeid, kus inimesele abi tagamise eesmärgil on vahetatud ära juhtiv diagnoos ning erihoolekandeteenusele jõuab sõltuvushäirega inimesi, **kellele ei saa seal piisavalt abi pakkuda**. Erihoolekandes töötavatel spetsialistidel ei ole piisavat väljaõpet mitmikdiagnoosiga inimeste toetamiseks ning tegevusjuhendajad võivad läbi põleda ja töölt lahkuda. Raskusi valmistavad olukorrad, kus on ühele teenusele kokku toodud väga erinevate diagnoosidega inimesi. Intervjueritud ekspertide hinnangul ei ole mitmikdiagnoosiga patsientide ning vaid psüühikahäirega inimeste ühiselt teenusele paigutamine hea lahendus, kuna nende vajadused on erinevad. Sobiv lahendus võiks olla eraldi teenus.

Hoopis erineva abivajadusega on inimesed, kellel on lisaks psüühikahäirele ka **intellektipuue**. Intervjueritud eksperdid tõid välja, et selle grupi puhul on sõltuvuse kujunemine kergem ning sõltuvuse ravimine keerulisem. Komorbiidse diagnoosiga sihtrühmale erihoolekandeteenuse pakkumisel tuleb arvestada intellektipuudega inimeste suuremat riski jääda sõltuvusse, kui nad uimastitega kokku puutuvad. Ka nende jaoks võib olla vaja eraldi teenusüksust.

**Alkoholihäire ravivõimalusi** arendati aastatel 2015–2023 programmis „Kainem ja tervem Eesti“, mille tulemusena on alates 2016. aastast võimalik saada alkoholarvitamise häire ravi spetsiaalsetes keskustes. Alates 2023. aastast on vastava tervishoiuteenuse korraldus ja rahastamine üle viidud Tervisekassa alla ning alkoholarvitamise häire nõustamist ja ravi pakutakse vähemalt 11 keskusel üle Eesti. Teenust osutatakse visiiditasuta, see ei eelda saatekirja ning pöörduda on võimalik nii ravikindlustatud kui ka ravikindlustamata inimestel. Alkoholi liigtarvitamise alast nõustamist saab pakkuda ka suur hulk perearste ja -õdesid. ([TAI „Kainem...“](#), [TAI „Kuhu...“](#), [Tervisekassa „Abivõimalused...“](#))

Riiklikult rahastatavad teenused narkootikumidest sõltuvuses olevatele inimestele on järgmised:

- **Lühiajaline võõrutusravi** – haiglaravi, mille eesmärk on uimastitarvitamise lõpetamine ning tekkivate võõrutusnähtude vältimine või leevendamine. Võõrutusravi kestab tavaliselt kuni 30 päeva ja põhineb psühhofarmakoteraapial. Osades asutustes on ravi tasuta (Viljandi haigla), teistes omaosalusega (patsient tasub voodipäeva eest 2,50 eurot kuni 10 päeva ulatuses). Teenust pakutakse Viljandi haiglas ja Wismari haiglas.
- **Pikaajaline ravi- ja rehabilitatsiooniteenus** – haiglaravi, mille eesmärk on uimastite tarvitamise lõpetamine, füüsilise ja vaimse tervise taastamine ning toimetuleku suurendamine. Ravi algab vajaduse korral võõrutusravist ning jätkub rehabilitatsiooniteenusel, kus kasutatakse erinevaid nõustamis- ja teraapiavorme. Raviprogrammi kestus varieerub, sõltuvalt patsiendi seisundist ja valmisolekust võib kesta kuni 9 kuud. Teenus on kõikidele tasuta. Teenust pakub Viljandi haigla Viljandi ja Sillamäe osakonnas.
- **Järelravi** – ravijärgset nõustamisteenust osutatakse inimestele, kes on läbinud pikaajalise ravi või rehabilitatsiooni vabatahtlikult või kinnipidamisasutuses. Järelravi eesmärk on ennetada tagasilangust ja toetada sotsiaalset kohanemist. Teenust osutatakse juhtumikorralduse põhimõttel ning see hõlmab psühholoogilist, sotsiaal- ja kogemusnõustamist. Teenust osutatakse Viljandi haiglas ja Wismari haiglas.
- **Opioidsõltuvuse asendusravi** – ambulatoorne ravi, mille puhul metadooni või buprenorfiini manustamisega vähendatakse uimastite tarvitamisel tekkivaid nähte organismis. Ravi koosneb nii ravimi manustamisest kui ka psühholoogilisest ja sotsiaalnõustamisest ning on tasuta. Teenust pakutakse Tallinnas (Wismari haigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla psühhiaatriakeskus, Tervisekeskus Elulootus, ReCuro), Jõhvis (Corrigo), Sillamäel (Aasa kliinik), Narvas (Narva sõltuvuste ravikeskuses ja Viljandi haigla teenusena), Tartus (Tartu Ülikooli Kliinikum). ([TAI, „Sõltuvusravi...”](#))

Tartu Ülikooli psühhiaatrikliinikus on sõltuvushäirete keskus, kus ravitakse erinevaid psühhoaktiivsete ainete (alkohol, rahustid, stimulandid, kannabinoideid, opioideid) põhjustatud sõltuvushäireid. Pakutakse vaimse tervise õe vastuvõttu (esmane vastuvõtt pöördujatele; alkoholitavitamise häirega patsientide ambulatoorne ravi ja lähedaste nõustamine); eelmainitud asendusravi opioidsõltuvuse korral; statsionaarset sõltuvushäirete ravi (ravi pikkus keskmiselt 2–3 nädalat; üldjuhul ainult eriarstide suunamisega, ravivajadust hindab psühhiaater; 15 voodikohta). Ravimeeskonda kuuluvad psühhiaater, vaimse tervise õed, kliiniline psühholoog ja sotsiaaltöötaja. Lisaks pakutakse tasulist alkoholivõõrutuse infusioonravi päevaravina. ([Tartu Ülikooli Kliinikum, „Sõltuvushäirete keskus”](#)) Kuigi Tartu Ülikooli psühhiaatrikliinikus pakutav ravi on spetsialistide hinnangul terviklik, on murekohaks teised Eesti piirkonnad (sh Ida-Virumaa), kus sarnane ravi ei ole kättesaadav.

**Erihoolekandeteenuseid** on eri liiki ning neid osutatakse nii inimese elukohas kui teenuseosutaja ruumides, vajadusel ööpäev läbi ([SKA 2023](#)). Silmas tuleb pidada, et

erihoolekandeteenused on vabatahtlikud (v.a kohtumäärusega teenus) ning inimene võib teenusest loobuda. Eksperdid tõid intervjuudes esile, et isegi kinnise teenuse pakkujad peavad tegema väga suuri pingutusi, et takistada tarvitamishäirega inimeste ligipääsu uimastitele. See illustreerib, kui keeruline on pakkuda mitmikdiagnoosiga inimestele teenust, kui teenus ei ole spetsiaalselt neile suunatud. SKAISi andmetel oli 2022. aastal alkoholisõltuvusega (F10) isikuid erihoolekandeteenusel 4% teenusel viibijatest ehk kokku 264.

Eksperdid rõhutasid, et kui inimene elab kodus, on ravi tulemuslikkuse seisukohast tugivõrgustiku ja koduse toetava keskkonna olemasolu väga tähtis. Sõltumata sellest, kas inimene viibib teenusepakkuja majutusasutuses või kodus, on oluline pakkuda talle ka [jõukohast tööalast väljundit ning võimalusi eneseteostuseks](#). Kogukondlike teenuste puhul toodi välja, et nende kvaliteet võib varieeruda ning ettevaatlik tuleks olla teenuste suhtes, mis toovad kokku (nt paigutavad ilma järelevalveta samasse asukohta või piirkonda elama) sõltuvushäirega inimesi, kes võivad üksteise tarvitamiskäitumist võimendada. Juhendatud ja tööalast väljundit pakkuvad teenused on sõltuvushäirete ravis olulisel kohal. Positiivse näitena tõsteti esile töömaju, nt Rapla maakonnas asuv Ahekõnnu töömaja, mis pakub töökesket rehabilitatsiooni sõltuvusprobleemidega meestele ([Töömaja](#)). Nii töömajade kui ka järgnevalt välja toodud teenuste puhul tuleb silmas pidada, et nende sobivus uuringu sihtgrupi vajadustega võib olla madal, kuivõrd need pole loodud spetsiifiliselt psühhiaatrilise komorbiidsusega abivajajatele.

Olulisemad kogukondlikud ja rehabilitatsioonile suunatud teenused on Eestis järgmised:

- [Lootuse Küla](#) – avalikes huvides tegutsev mittetulundusühing, mis pakub statsionaarset 10–12 kuud kestvat võõrutus- ja rehabilitatsiooniprogrammi nii naistele kui meestele. Ühe teenusena pakutakse tööharjutust, mis on oma olemuselt praktika, et soodustada tööharjumuse taastumist või esmase tööharjumuse omandamist. Lootuse küla pakutav teenus on oma olemuselt kristlik programm. ([Lootuse küla, „Programm“](#)) Ekspertintervjuudest selgus, et sobivust komorbiidse häirega sihtgrupile võib pärssida kriitilisus ravimite suhtes. Kuna tegeletakse ka ravimisõltuvusega isikutega, on psühhotroopsed ravimid sisekorras keelatud ning jääb ebaselgeks, kas ja mil määral tehakse erandeid krooniliste psüühikahäiretega inimestele, kelle jaoks on püsiv ravimravi möödapääsmatu.
- [SÜTIK programm](#) – Tervise Arengu Instituudi rahastatud programm, milles pakutakse uimasteid tarvitavatele isikutele vastava väljaõppega tugiisikute teenust ning tasuta nõu ja abi nii eesti kui vene keeles. ([Kallaste ja Vaher 2022](#))
- Erinevad [kahjude vähendamise keskused](#), nagu nt MTÜ Convictus Eesti, mille pakutav abi on suunatud uimastite tarvitamisega seotud psühholoogiliste, sotsiaalsete ja füüsiliste kahjude ning kõrvalmõjude vähendamisele. Teenust pakutakse ka mobiilselt paikades, kus uimasteid tarvitatakse või uimasteid tarvitavad inimesed liiguvad. ([Convictus, „Kahjude vähendamise keskus“](#))

- Arengulugu MTÜ – mittetulundusühinguna tegutsev [nõustamiskeskus](#), mis pakub erinevaid teenuseid, sh igapäeva elu toetamise teenust, toetatud elamise teenust, sõltuvushäirega klientidele suunatud grupiteraapiaid, kogemusnõustamist, tegevusjuhendaja/tugiisiku teenust jm. ([Arengulugu](#))
- AJK Kliinik – ravi-, nõustamis- ja rehabilitatsiooniteenuseid pakkuv kliinik, kelle oluline sihtgrupp on alkoholi liigtarvitamise probleemiga inimesed ja nende lähedased. ([AJK Kliinik](#))
- Eesti Töötukassa – erinevad [teenused vähenenud töövõimega inimestele](#), nt tööalane rehabilitatsioon, kogemus-, võla-, psühholoogiline ja sõltuvusnõustamine. ([Eesti Töötukassa](#)) Lisaks pakub töötukassa tööharjutuse teenust. Intervjueeritud eksperdid mainisid kogemusi uuringu sihtrühma suunamisel tööharjutuse teenusele ning kuigi teenust kirjeldati vajaliku ja asjakohasena, tõdeti, et sihtrühma on keeruline motiveerida teenusele minema ja seal püsima.
- Erinevad [tugiliinid](#), nt Sotsiaalkindlustusameti pakutav vaimse tervise tugiliin.

### Abi ja teenusteni jõudmine

Ravile võidakse jõuda ärevuse või meeleoluhäirega, mille lähemal uurimisel selgub ka krooniline uimastitarvitamine. Esmane kontakt võib olla perearsti või -õe, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja, erakorralise meditsiiniteenuse osutaja, vahel õiguskaitseorganitega. Eri osapooltel on mitmikdiagnoosi äratundmiseks ja edasiste sammude määramiseks või inimesele toe pakkumiseks erinev võimekus. Intervjuudes rõhutati, et isegi kui ravivajadus korrektselt tuvastatakse, [ei ole selle sihtrühma jaoks selgeid teenused või raviteekonda](#), kuhu inimest suunata ning kus tegeletakse süsteemselt mõlema diagnoosiga. Muret valmistavad juhtumid, kus inimene ise häiret ei tunnista või on olukord muutunud madala taseme sekkumiste puudumise tõttu kriitiliseks.

Kohalike omavalitsuste jaoks on suureks murekohaks need abivajajad, kes kodust ei välju ning kellel ei ole [ravikindlustuse puudumise tõttu](#) võimalik pääseda psühhiaatri vastuvõtule. Diagnoosi puudumisel ei saa taotleda ka puude määramist ega töövõimetustoetust. Erihoolekandeteenuse kohtade puuduse kõrval on mureks ka üldhooldusteenuse kohtade nappus. Kuigi 2019. aasta lõpu andmetel ei olnud üleriigilises arvestuses kohtade otsest puudust (täidetud oli 91,5% kohtadest), on probleem selles, et tihti ei ole teenust vajava isiku soovidele vastavaid kohti (nt jõukohase hinnaga või endise elukoha läheduses); samuti tõdeti olukorra kiiret muutlikkust ([Sotsiaaltöö 2021](#)); paljudes hooldekodudes on kohtadele pikad järjekorrad ([Ruisu 2020](#)). [Üldhooldusteenusele](#) ei soovita võtta inimesi, kellel on sõltuvushäire (ja osadel juhtudel sellega kaasuv psüühikahäire) – nii võivad tekkida olukorrad, kus inimene ei sobi erihoolekande- ega üldhooldusteenusele ja jääb abita ning kohalikul omavalitsusel ei ole teda kuhugi suunata. Omavalitsuste vaatest ei ole küsimus pelgalt rahalistes vahendites, vaid ka personalis, kes mitmikdiagnoosiga abivajajaid toetada saaks, eriti arvestades omavalitsuste suuruse erinevust ning üleüldist võimekust Eestis.

Kuivõrd mitmikdiagnoosiga inimeste [motivatsioon on väga kõikuv](#), on oluline pakkuda neile abi kiiresti, kui nad väljendavad valmisolekut selle saamiseks. Keerukas on ka teenusel püsimine, paljud katkestavad ravi. Oluline on diagnoosida ja uurida kohe võimalikke psüühikahäireid paralleelselt sõltuvushäirega, kuid olukorra muudab keerukamaks asjaolu, et need häired võimendavad teineteist. Samuti käivad mitmikdiagnoosiga reeglina kaasas [muud tervisemured ja diagnoosid](#).

Intervjuudes leiti ühelt poolt, et mistahes sõltuvushäire puhul on Eestis keeruline abi saada. Murettekitava trendina toodi välja sõltuvust ravimitest ning pealtnäha n-ö edukate inimeste sõltuvusi eri tüüpi uimastitest. Spetsialistid mainisid, et alkoholarvitamise häire puhul võib olla lihtsam abi saada kui muude uimastite puhul, kuna sõltuvust on lihtsam ära tunda ning selle raviks on loodud rohkem võimalusi, isegi kui mahud ei vasta vajadustele. Esmatasandi spetsialistidel on alkoholarvitamise häire äratundmiseks ja ravimiseks paremad oskused kui teiste uimastitarvitamise häirete puhul. Toodi välja, et [alkoholisõltuvuse puhul on ambulatoorne ravi paremini kättesaadav](#) kui muude uimastisõltuvuste korral. [Muude uimastisõltuvuste puhul on statsionaarne ravi paremini kättesaadav](#) kui ambulatoorne ravi. Opioidisõltuvuse asendusravi on Eestis võrdlemisi hästi kättesaadav, kuid süsteemi korrastades tasub arvestada, et mitmikdiagnoosiga patsiendid vajavad terviklikku ravi: lisaks asendusravile ka psüühikahäire ravi ning tuge häirete mõjul tekkinud sotsiaalsete probleemidega toimetulekuks.

Spetsialistid leidsid, et abi on mõneti lihtsam saada raskemate psüühikahäirete korral, kui sekkub kiirabi või on inimene kriminaalsüsteemist ravile suunatud. Kergemad psüühikahäired võivad jääda tähelepanuta, eriti kui need esinevad koos sõltuvushäirega. Samas mängib konkreetsest psüühikahäirest enam rolli häire tõsidus, inimese ravisoostumus ning ravi mõju. Abi otsimiseks ja saamiseks on vähe võimalusi neil inimestel, kes tunnevad, et olukord on halvenemas ning vajaksid nõustamist, sh uimastite kuritarvitajad või regulaarselt tarvitavad n-ö hästi funktsioneerivad inimesed.

Olulise murekohana märgiti tänast kohtupraktikat, kus [karistust määrav kohtunik võib suunata kuriteo toime pannud isiku sõltuvusravile](#), ilma et isikul oleks korrektne diagnoos. Selline olukord toob kaasa kaks probleemi. Esiteks satuvad psühhiaatrite või psühholoogide vastuvõtule inimesed, kellel puudub häire raviks motivatsioon (problemaatiline olukorras, kus meil on suur spetsialistide puudus). Teiseks võidakse suunata psühhiaatrilise komorbiidsusega inimene vanglast vabanedes ja jätkutoe osana alkoholisõltuvuse puhul nt Lootuse külla, kus ei ole ravimid lubatud, mis võib kaasa tuua kroonilise psüühikahäire süvenemise.

Osal nii psüühika- kui sõltuvushäirega inimestest ei ole [ravikindlustust](#) ning neil ei ole häireid diagnoositud, mis raskendab abi saamist. Selle tulemusena võivad inimesed jääda süsteemi n-ö ringlema, kuni neil tekib ravikindlustus ning võimalus saada diagnoos ja asjakohast abi. Keerulisem on abi saada ka neil, kel enda hinnangul probleemi ei ole või kui probleemi (varases faasis) ei tunnista. Tõdeti, et paljud inimesed jäävad täna abita ning [kohalikud](#)

omavalitsused on hoolekandereformi taustal hädas kõigile vajaliku abi pakkumisega. Abita jäävad ka need inimesed, kes n-ö kaovad ära ja kellel ei ole kedagi, kes võtaks enda õlule inimese jälgimise, toetamise, vajadusel teenustele tagasi suunamise (nt eestkostja või mõni spetsialist).

Ka **korduva abivajaduse** puhul võib inimesel olla lihtsam abi saada, kuna spetsialistid on abivajadusega juba kursis. Korduva abivajaduse korral on hindamine dünaamilisem – oluline osa infost võibki koguneda aastate jooksul, kui patsient end rohkem avab. Samas leidsid eksperdid, et spetsialistidel võib teatud patsientidega töötades tekkida väsimus ning väga keeruliste juhtumite korral võidakse ühel hetkel sisuliselt alla anda. Positiivne on Eesti süsteemi puhul kontakt ühe kindla psühhiaatriga või püsivalt sama raviarstiga, kui inimene on ravile pääsenud.

### Sihtrühma toetavad spetsialistid

Mitmikdiagnoosiga patsiendid võivad abi saada eri spetsialistidelt: perearstid ja vaimse tervise õed esmatasandil, psühhiaatrid ja kliinilised psühholoogid, sotsiaaltöötajad, tegevusjuhendajad, kogemusnõustajad, kirikuõpetajad või kaplanid jt. Läbivalt pärsib õigeaegse ning piisava abi saamist **eri spetsialistide nappus**. Tervise Arengu Instituudi andmetel oli Eestis 2021. aastal 100 000 elaniku kohta umbes 15 psühhiaatrit. Võrdluseks võib tuua, et 2019. aastal oli OECD andmetel psühhiaatrite arv 100 000 inimese kohta Norras 26, Soomes 24, Rootsis 23, Leedus 23 ja Lätis 16. Eesti Psühhiaatrite Seltsi koostatud psühhiaatria eriala arengukava järgi oleks ootuspärane psühhiaatrite arv 30–40 võrra praegusest enam. Olukorda muudab kriitilisemaks asjaolu, et paljud psühhiaatritest on pensioniealised või jõuavad peagi pensioniikka. (Riigikontroll 2022) Kliinilisi psühhologe ja vaimse tervise õdedesid on puudu umbes 50%, mis lähiajal kasvab veelgi umbes kümnendiku võrra. (Randver jt 2023) Eksperdid leidsid, et just **vaimse tervise õde** võiks osadel juhtudel võtta senisest suurema rolli mitmikdiagnoosiga patsientide toetamisel ja juhtumikorralduses, kuid arvestada tuleb, et sihtgrupi toetamine nõuab vaimse tervise õdedelt ja teistelt spetsialistidelt võrreldes muude patsientidega rohkem aega ja pühendumust, korduvat tuge.

Intervjueritud ekspertidel oli eriarvamusi küsimuses, milline võiks olla **esmatasandi roll**. Ühelt poolt leiti, et esmatasandil on oluline roll märkamisel ja suunamisel. Teisalt oldi teadlikud nii perearstide nappusest kui ka ülekoormatusest ja tõdeti, et kõnealuse sihtrühma puhul on oluline **kiire suunamine psühhiaatri vastuvõtule**. Perearstidel ei pruugi olla vajalikke teadmisi, et tunda ära eri tüüpi sõltuvus- ja psüühikahäireid – kui soovitakse tõsta perearstide rolli, tuleks nii vähendada perearstide nimistu suurust kui ka tagada vajalik väljaõpe. Esineb juhtumeid, kus patsiendid ei soovi psühhiaatril pöörduda, kuid sagedamini on probleeme vastuvõtule pääsemisega, kuna vajalikest spetsialistidest on puudus.

Alkoholarvitamise häiret võib olla lihtsam ära tunda kui näiteks ravimisõltuvust või sõltuvust narkootikumidest, eriti vähem levinud või uuematest ainetest. Viimase kümne aasta jooksul on perearstidele korraldatud mitmeid alkoholarvitamise häire varajase avastamise ja

lühisekkumise koolitusi, kuid [vajaka jääb muudest uimasteid puudutavatest koolitustest](#). Aastatel 2009–2011 töötas Tervise Arengu Instituut koostöös erinevate osapooltega välja alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenuse kontseptsiooni (ALVAL), mille sihtrühmaks on olnud perearstid ja -õed ning millele on hiljem lisandunud veel mitmeid koolitusi, näiteks tagasilanguse ennetamise, motiveeriva intervjuerimise või mitmikdiagnoosiga abivajaja nõustamise teemal. (TAI, „Koolitused“) Oluline on siiski arvestada, et kuivõrd sõltuvushäire on stigmatiseeritud, ei pruugi inimesed soovida olla perearstiga suheldes lõpuni ausad, eriti väiksemates kohtades.

Esmatasandi kõrval mängib olulist rolli ka [eriarstitasandi pädevus](#), kus intervjueritute sõnul võib kohata üsna suurt variatiivsust sihtgrupi ravile lähenemises. Alates 2023. aastast korraldab Tervise Arengu Instituut eriarstiabis alkoholitartvitamise häire raviteenuse pakkumiseks vajalikke koolitusi uimastiülese lähenemisega; plaanis on raviteenuse osutajatele pakkuda koolitusi uimastitarvitamisest tingitud häirete olemuse ja ravi ning häiretega kaasnevate psühholoogiliste probleemide, nõustamise ja psühhoteraapia kohta. (Tervisekassa, „Eriarstiabis...“)

Ühte selget [juhtumikorraldajat](#) mitmikdiagnoosiga inimestele intervjueritud ekspertide kogemuses ei ole. Sageli võtab selle rolli [sotsiaaltöötaja](#), kuigi rolli täitmine võib talle keeruline ja ajaliselt koormav olla, mõnikord täidab juhtumikorraldaja rolli ka psühholoog või psühhiaater, kui nad proovivad vahepeal mittekontaktseks muutunud patsiendiga ühendust saada. Siiski ei ole taoline ajakasutus nii psühhiaatrite kui psühholoogide erialast väljaõpet ja nappust silmas pidades otstarbekas. Palju on juhtumikorralduses [juhuslikkust](#), rolli mängivad nii konkreetse spetsialisti töökoormus, isiklik side patsiendiga kui ka suhted teiste spetsialistidega. Sellise korralduse tulemusena võivad patsiendid n-ö [ära kaduda](#), sh võib patsiendil olla keerukas saada uut vastuvõtuaega, kui ta eelmisele vastuvõtule kohale ei ilmunud.

Vahel on juhtumikorraldaja rollis mõni inimese lähedane isik, eestkostja, tugiisik või tegevusjuhendaja. Lihtsam võimaliku abi süsteemis orienteeruda on neil, kelle eestkostjaks on kohalik omavalitsus, kuivõrd sealne töötaja võib abivajaja lähedasega võrreldes olla paremini kursis erinevate teenuste ja nende vahel liikumise võimalustega. Abi on olnud hoolduskoordinaatoritest, kes kaasavad tugisüsteemi läbimõtlemissse abivajaja perekonna ja muu tugivõrgustiku ning panevad rõhku meeskonnatööle. Kui patsient liigub eri asutuste vahel, ei ole sujuvat süsteemi patsiendi üleandmiseks ning raviteekond võib sõltuda eri spetsialistide isiklikest kontaktidest. Samuti võib eri spetsialistide vahel minna kaotsi tervikvaade inimesest ning ei teata, milliseid sekkumisi on juba tehtud või plaanis. Ekspertid leidsid, et [juhtumikorraldaja roll on vajalik, kuid võiks olla paindlik otsustamiseks](#), milline meeskonnaliige selle rolli täpselt võtab – abivajajatel võivad olla erinevad vajadused, samuti varieerub ravimeeskondade omavaheline tööjaotus. Oluline on, et juhtumikorralduslikku tööd rahastataks selgetel alustel ja piisavas mahus ning oleks selge, kuidas juhtumikorraldaja rollis ja isikus kokku lepitakse, sh milline on eri asutuste vaheline tööjaotus ja kes protsessi juhib.

**Kogemusnõustajate** kaasamisest oli spetsialistidel erinevaid kogemusi. Leiti, et kogemusnõustajatel võib olla oluline roll ravi toetamisel, kuid neil ei saa olla peamine roll. Samuti rõhutati kogemusnõustajate väljaõppe olulisust ning asjaolu, et sõltuvushäire puhul on ka kogemusnõustajal endal oht tagasilanguseks, sh on ette tulnud olukordi, kus kogemusnõustaja ja patsient tarvitavad koos. Seetõttu on oluline kogemusnõustaja kaasatus laiemasse ravimeeskonda. Murekohana toodi välja olukordi, kus nt kohalik omavalitsus ostab kogemusnõustajatelt teenust, kuid kogemusnõustajatele puuduvad ühtsed kvaliteedinõuded või teenusstandardid. Samas võib sarnasest keerulisest olukorrast läbi tulnud ning vajaliku väljaõppega inimene olla väärtuslikuks toeks neis küsimustes, kus meditsiiniline personal seda olla ei saa. Osadel juhtudel võiks kaaluda kogemusnõustajate julgustamist täiendavaks õppeks või ümberõppeks, näiteks õenduse erialal.

### Ravi tulemuslikkus

Intervjueeritud eksperdid rõhutasid ravi tulemuslikkuse hindamisel protsessiindikaatorite olulisust, mh seda, millisel määral järgib patsient talle antud suuniseid. Tõdeti, et uuringu sihtrühma ravi tulemuslikkus ei ole paraku kõrge. Ühtsete mõõdikute loomist peeti keeruliseks ning ravimite kõrval rõhutati nõustamise rolli olulisust. Tulemuslikkuse mõõdikuid saab eri häirete ning häirekombinatsioonide puhul olla erinevaid, ühtsete mõõdikute loomine eeldaks ühiseid arutelusid, kuid intervjueeritud eksperdid mainisid võimalike indikaatoritena ka hospitaliseerimiste arvu, töövõimetuslehtede võtmise sagedust, tarvitamis- või kainuspäevade arv jm.

### Patsiendi omaosalus ravis

Kuna Eestis kehtib riiklik ravikindlustus, on enamus tervishoiuteenuseid ravikindlustatud elanikele tasuta kättesaadavad. Teatud juhtudel tuleb patsiendil tasuda väike omaosalus, nt eriarsti külastamisel visiiditasu kuni 5 eurot või voodipäevatasu kuni 2,5 eurot päeva eest. Kuigi ravimitele kehtivad soodustused, on ka ravimite eest tasumisel patsiendi omaosalus. (Tervisekassa, „Teenustasud..“) Ravikindlustuseta isikud peavad teenuste eest tasuma ise.

Lähtuvalt sotsiaalhoolekande seaduse (SHS) § 73 lg-tes 1 ja 5 sätestatust, tuleb kogukonnas või ööpäevaringse erihoolekandeteenuse saajail panustada toitlustuse ja majutuse eest omaosalusega, mille maksimaalne määr kehtestatakse igal aastal riigieelarveseadusega. Kui teenust pakutakse paremates tingimustes, kui on sätestatud vastavas tervisekaitsenõuete määruses, saab teenuspakkuja SHS § 73 lg 6 alusel küsida maksimummäära ületavat hinda. (RT 2023) Teenuskohtade nappuse tõttu võib inimene olla sunnitud vastu võtma koha, mille eest tuleb tasuda maksimummäärast suuremat omaosalust; probleemile on tähelepanu juhtinud ka õiguskantsler (Õiguskantsler, 2023). Vastavalt SHS §-dele 74 ja 75 saab piisavate rahaliste vahendite puudumisel isiku taotluse alusel hüvitada omaosaluse puudujääva osa Sotsiaalkindlustusameti kaudu. (RT 2023) Kuigi viimatimainitu pakub teatava lahenduse, võib tasu suurus, selle muutlikkus ning täiendav bürokraatia osutada abisaamisel lisatõkkeks.

Intervjueeritud spetsialistid olid omaosaluse osas erinevatel seisukohtadel. Olulise probleemkohana toodi välja, et isegi kui soovida mitmikdiagnoosiga patsientidelt omaosalust küsida, on neil tõenäoliselt keeruline või võimatu seda tasuda. Paljudel juhtudel ei ole nad pikalt tööl käinud, võivad olla võlgades või otsida ebaseaduslikke viise sissetuleku tekitamiseks. Samas leiti, et vastutuse loomisel ning kaasatuse parandamisel on omaosalusel oluline roll ning võimalusel (kui inimene käib tööl, saab pensioni või tal on muid legaalseid sissetulekuallikaid) võiks omapanust küsida. Ravi kulukust kalkuleerides tasub arvestada nii otseste kui ka kaudsete kuludega ühiskonnale, mis kaasnevad aktiivse tarvitamisega, ning mispuhul võib suur omaosaluse määr takistada abini jõudmist. Võimalus on kaaluda lahendusi, kus patsient maksab hiljem, kui ta seisund on stabiilsem ning sissetulek olemas.

## Psühhiaatrilise komorbiidsusega isikute ravi ja teenuste korraldus välisriikides

Riikide analüüsis vaatleme [Hollandi](#), [Suurbritannia](#), [Soome](#), [Taani](#) ja [Sloveenia](#) näiteid psühhiaatrilise komorbiidsusega inimestele abi ja toe pakkumisest. Antud peatükis anname teaduskirjanduse, dokumendianalüüsi ja ekspertintervjuude põhjal esmalt ülevaate riigi tervishoiu- ja hoolekande üldisest korraldusest, sõltuvus- ja psühhiaatrilise ravi osutamisega seotud organisatsioonidest, seadustest, juhenditest ning infovahetusest. Seejärel kirjeldame teenuseid, mudeleid ja häid praktikaid, mis on kasutusel sihtgrupile ravi ja toe pakkumiseks, pöörates tähelepanu teenuste täpsemale korraldusele ning eduka rakendamise eeldustele ja probleemkohtadele.

### 4.1. Holland

#### 4.1.1. Taust

##### Ülevaade riigi tervishoiu- ja erihoolekande teenuste korraldusest

Holland on 17,6 miljoni elanikuga Lääne-Euroopa riik ([Eurostat 2023](#)), mille tervishoiukulutused moodustasid 2019. aastal 10,2% SKP-st, mis on pisut üle Euroopa Liidu keskmise (9,9%); arvestatav osa kuludest on suunatud pikaajalisele hooldusele. Patsiendi omaosalus (10,6%) on Euroopa Liidu (15,6%) keskmisest madalam ([OECD 2021c](#)). Riiklik rahastus katab 13% tervishoiukuludest ning kohustuslik tervishoiukindlustusmaksete süsteem pea kolmveerandi kogukuludest ([OECD tervisestatistika 2023](#)).

Nagu näha, tugineb, tervishoiusüsteemi rahastus olulisel määral töötajate tervisekindlustuse kohustuslikel maksetel (nn Bismarcki süsteem), kuid süsteemi aluseks on reguleeritud konkurentsi põhimõtte ja tervisekindlustust pakuvad mitmed eraettevõtted. Kindlustuspakkujad on kohustatud kindlustama kõiki inimesi ning maksete summa ei sõltu terviseseisundist ega tervishoiukulude oodatavast suurusest ([Waddington 2020](#)). Tagamaks ravikindlustuskaitset madalama sissetulekuga kodanikele, on võimalik taotleda tervishoiutoetust. ([Kroneman jt 2016](#)). Tervisekindlustus katab pere- ja eriarstiabi, sealhulgas haiglaravi ja retseptiravimite kulud. Tervishoiuteenuste omaosaluse ja kindlustuse alt välja jäävate teenuste (sh hambaravi ja prillid) katteks kasutatakse täiendavat tervisekindlustust. Tasuta on võimalik pöörduda perearsti vastuvõtule, saada ämmaemandusabi ja piirkondlikku õendusabi. ([OECD 2021c](#)). Inimesed, kelle tervishoiukulud on väga kõrged (nt puude või kroonilise haiguse tõttu), saavad paljusid vastavaid kulutusi arvestada tulude deklareerimisel mahaarvamistena ([Belastingdienst, „Zornkosten 2023“](#)).

Tervishoid kuulub eeskätt tervise-, spordi- ja heaoluministeeriumi vastutusvaldkonda. Sotsiaalkaitse korraldus, mis puudutab haigus- ja puudehüvitisi, jääb sotsiaal- ja tööhõiveministeeriumi vastutusvaldkonda. See jääb väljapoole ravikindlustussüsteemi ning

selle rahastus tuleneb töötajate ja tööandjate tasutud maksetest. Pikaajalise hoolduse ja sotsiaalhoolekande osutamine on omavalitsuste korraldada; selleks mõeldud riiklik rahastus lähtub elanike arvust, pindalast jt teguritest ([Kroneman jt 2016](#)). Erihoolekande teenuste vajaduse hindamine toimub hooldusvajaduse hindamise keskuse (Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ) kaudu ([GONL, "How can I..", CIZ](#)).

Vaimse tervise abi on alates 2014. aastast jagatud kolmele tasandile:

- perearstipõhine vaimse tervise tugi ja suunamine,
- üldine vaimse tervise abi kergete kuni mõõdukate sekkumist vajavate probleemide korral, enamasti psühholoogi või psühhoterapeudi juures,
- spetsialiseeritud vaimse tervise abi komplekssemate probleemide puhul, üldiselt psühhiaatri ja kliinilise psühholoogi toel ning vajadusel haiglaravi korras. ([Kroneman jt 2016](#)).

### Sõltuvusravi ja psühhiaatrilise ravi osutamisega seotud organisatsioonid

Vaimse tervise teenuste korralduse kujundamisel mängib suurt rolli katusorganisatsioonina toimiv tööandjate ühendus [GGZ](#) (*Geestelijke Gezondheids Zorg, Dutch Association of Mental Health and Addiction Care*).

Komorbiidselt esinevate häirete valdkonnas pakub nõustamist, koolitusi ja teavet 2009. aastal asutatud riiklik ekspertiisikeskus [Ledd](#), sõltuvushäirete ja sellega seonduvate vaimse tervise probleemide ja sekkumiste uurimisega tegeleb [Trimbosi Instituut](#) ([Dom & Moggi 2015](#)). Sõltuvusainete tarvitamisega kaasnevate kahjude vähendamiseks on seotud Hollandi kahjude vähendamise võrgustik (*Dutch Harm Reduction Network*), mis jälgib kahjude vähendamise teenusepakkujate tegevust ja koostab regulaarseid ülevaateid. Võrgustik kuulub Trimbosi Instituudi alla, seda rahastab tervise-, spordi- ja heaoluministerium ([van der Gouwe jt 2022](#)).

Sõltuvusravi ekspertiisiga organisatsioone ühendab 2017. aastal loodud [Verslavingskunde Nederland](#) (*The Dutch Addiction Association*). Laienevasse koostöövõrgustikku kuuluvad paarkümmend sõltuvusravi keskust, rehabilitatsiooni- ja kriminaalhoolduskeskused, teadusasutused ja kliendiühinguid esindav nõukogu ([Verslavingskunde Nederland](#)).

Tervishoiuteenuste (sh psühhiaatrilise ravi osutamise) järelevalve ja kvaliteedi jälgimise eest vastutavad [Tervishoiuinspeksioon](#) (*Healthcare Inspectorate*) ja [Hollandi Tervishoiuamet](#) (*Dutch Healthcare Authority*). Tervishoiuinspeksiooni vaateväljas on eeskätt tervishoiuteenuste kvaliteet, turvalisus ja ligipääsetavus; Tervishoiuameti põhifookuses on jälgida teenuse- ja kindlustuspakkujate tegevuse vastavust seadustele ja määrustele ([GONL, „Monitoring the..“](#)).

## Sõltuvusravi ja psühhiaatrilist ravi koordineerivad seadused ja juhendid

Hollandi tervishoiusüsteemi üldine korraldus lähtub järgmistest seadustest:

- tervishoiukindlustuse seadus (*Social Support Act*, 2006),
- pikaajalise hoolduse seadus (*Long-term Care Act*, 2015),
- sotsiaaltoetuste seadus (*Healthcare Insurance Act*, 2015)
- noorte tervise seadus (*Youth Act*, 2015). ([NHCI](#))

Psühhiaatrilise abi pakkumist määratlevad ka täiendavad seadused:

- tahtest olenematu ravi seadus (*Compulsory Mental Health Care Act*, 2020)
- seadus, mis reguleerib intellektipuude või psühhogeriaatriliste häiretega inimeste ravi, sh tahtest olenematu ravi kontekstis (*Care and Compulsion Act*, 2020).

2020. aastal õigusaktidega ellu kutsutud muudatused suurendavad võimalusi pakkuda kliendikesksemat ravi ning näevad tuumvärtusena abi andmist võimalikult suures ulatuses vabatahtlikkuse alusel. Tahtest olenematu ravi on lubatud vaid alternatiivide puudumisel ja sellekohane otsus langetatakse multidistsiplinaarne otsustusprotsessi toel. Kompleksse reeglistiku põhjal määratletakse, millise seaduse alla mingi tervishoiuteenuse pakkumine kuulub, ja milline organisatsioon vastutab seeläbi selle rahastuse eest ([Waddington 2020](#)).

Eelmainitud katusorganisatsioon GGZ on koostanud hulgaliselt [ravistandardeid](#)<sup>4</sup> erinevate psüühikahäirete (sh sõltuvushäirete) raviks ja inimeste toetamist puudutavaid üldmooduleid (nt häbimärgistamise vähendamine, taastumise toetamine). Üks üldmoodulitest puudutab ka psüühikahäirete ja intellektipuude koosesinemist puudutavat ravi ([GGZ Standaarden](#), „[Psychische...](#)“).

2003. aastal on valminud [komorbiidse sõltuvushäire ja psüühikahäire juhendmaterjal](#) ([Trimbos 2003](#)) mis on ravistandardeid koondaval kodulehel lisamaterjalina kättesaadav ning sellele toetutakse mitmetes uimastisõltuvust puudutavates ravistandardites. Ekspertiisikeskus Ledd juhhib tähelepanu asjaolule, et eraldiseisev komorbiidse sõltuvushäire ja psüühikahäirega patsiendi ravistandard praeguse seisuga puudub (komorbiidsust käsitlev standard puudutab koos esineva somaatilise ja psüühikahäire ravi), kuid nende kodulehelt<sup>5</sup> leiab viiteid mitmetele asjakohastele juhendmaterjalidele ja ravistandardite lisadele, sealhulgas:

- Psühhiaatrilise komorbiidsuse lisapeatükk uimastite (eeskätt kanepi, kokaiini, amfetamiini, *ecstasy*, GHB ja bensodiasepiinide) tarvitamise multidistsiplinaarsele juhendmaterjalile, ([GGZ Standaarden](#), „[Addendum...](#)“)

---

<sup>4</sup> Katusorganisatsiooni GGZ ravistandardid

<sup>5</sup> Ekspertiisikeskus Ledd: asjakohased juhendid

- 2014. aastal valminud juhendmaterjal kinnipidamisasutustes kliinilise toe pakkumiseks problemaatilise uimastikasutuse korral ([Lans jt 2014](#))
- 2012. aastal valminud ärevuse ja sõltuvuste juhendmaterjal, mis annab soovitusi, et diagnoosida ja ravida komorbiidselt esinevate ärevushäirete (sh traumajärgse stressihäire, sundhäire, paanikahäire) ja aineid (sh alkoholi, uimastite, bensodiasepiinide) kuritarvitavaid või nende sõltuvusega patsiente ([Snoek jt 2012](#)).

GGZ koostatud intellektipuude ja psüühikahäirega patsientide ravistandardi üldmoodulis on sõltuvushäired toodud sihtgrupi jaoks esile kõrgenenud riskina. Sõltuvushäire ja psühhiaatrilise komorbiidsuse-spetsiifilisi ravisuuniseid ei pakuta, kuid rõhutatakse eri teenusepakujate vahelise koordineerimise tähtsust ning antakse soovitusi koostöö juhtimiseks ja parandamiseks.

### Uimastite tarvitamise kahjude vähendamise meetmed erihoolekandeteenusel olevatele isikutele

Uimastite tarvitamise kahjude vähendamise meetmed on Hollandis laialt levinud. Intervjueeritud eksperdid tõid olulisima põhimõttena välja, et **pakutakse nn madala lävepakuga teenuseid** (abivajaja jaoks kergesti kättesaadavad) ning teenuse saamise **eeltingimus ei ole kainus**. See, kui inimene pole suutnud veel tarvitamist lõpetada, või kui toimub tagasilangus, ei tohiks välistada tema jaoks võimalust abi saada. (Kroon & van Wamel, 2023)

Eksperdid tõid välja, et ka hoolekandeteenustel pööratakse sellele tähelepanu ning rakendatakse mitmeid meetmeid. Nende hulka kuuluvad nii tavapärasemad meetmed (nt kondoomide jagamine või asendusravi), aga ka vastuolulisemat vastuvõttu saavad meetmed (näiteks tarvitamiseks mõeldud järelevalvega toad (*user rooms*)<sup>6</sup> majutusega hoolekandetasutustes või puhaste süstalde võimaldamine). Majutust pakkuvate teenuste puhul eristatakse alkoholi ja muude uimastite tarvitamise lubatavuse osas nn kuiva, niisket ja märga majutust (*dry, damp, wet housing*). Selle all peetakse silmas, kas ning milliseid uimasteid on asutuses lubatud tarvitada – „kuivas“ on tarvitamine keelatud, „niiskes“ on lubatud teatud ainete/piirangute lõikes, „märgas“ on lubatud tarvitada. Tasub silmas pidada, et ka asutustes, kus tarvitamine on tolereeritud, motiveeritakse inimesi tarvitama tervist vähem kahjustaval viisil: vähendama koguseid ja tegema tarvitamisvabu päevi. Eesmärk ei ole soosida kasutamist või selle jätkamist, vaid pakkuda muutuse loomist toetavat kontakti ja tervisekahjude vähendamist inimestele, kes kainust eeldavatele teenustele ei jõua ning

---

<sup>6</sup> Tuntud ka ingliskeelse termini *drug consumption rooms* all; tubades tagatakse järelevalve ja ohutus. Täpsemat infot nende toimimise kohta Hollandis (sh hoolekandetasutustes) on võimalik saada, kontakteerudes Trimbosi Instituudi alla kuuluva kahjude vähendamise võrgustikuga (Harm Reduction Network).

jääksid muidu sootuks abita. Samuti on „Housing First“<sup>7</sup> põhimõttel toimivaid initsiatiive, mille eesmärk on võimaldada majutust ka uimasteid tarvitavatele inimestele, kelle jaoks ei ole grupipõhine hoolekandemajutus sobilik lahendus, ent paraku ületab selle majutusviisi osas nõudlus pakkumise. Eksperdid tõid esile, et kahjude vähendamise meetmete rakendamiseks on oluline eeskätt hoiakuline muutus: asjaolu, et paljud sihtgruppi kuuluvad inimesed tarvitavad uimasteid, on (vähemalt esialgu) paratamatu, ning seda aktsepteerides õnnestub neid inimesi paremini aidata. (Kroon & van Wamel, 2023)

## Infovahetus ja suunamine erinevate asutuste vahel

2021. aasta ülevaate põhjal on Hollandis terviseandmete jagamine piiratud nii tugevalt detsentraliseeritud andmestruktuuride kui ka andmekaitseorganisatsioonide tegevuse tulemusel. Puudub tsentraliseeritud terviseandmete süsteem ning eri raviasutustes kasutusel olevad digisüsteemid ei ühildu omavahel hõlpsalt. Erakorralise abi vajadusel võimaldab teenuspakkuja ligipääsu patsiendi ravilugudele. Tavapäraselt on selleks vajalik olnud patsiendi kirjalik nõusolek, kuid COVID-19 pandeemia tõttu oli vaja patsiente kiiresti erinevate piirkondade teenuspakkujate vahel liigutada – sellest tulenevalt anti perearstidele laiem võimalus jagada patsiendiinfot ka patsiendi eelneva nõusolekuta. Kuivõrd andmekaitseorganisatsioonide silmis oli see problemaatiline meede, ent Euroopa Komisjon soovib edendada terviseandmete paremat jagamist kvaliteetsemate tervishoiuteenuste osutamise, teadustöö ja poliitikakujundamise eesmärgil, siis on oodata selleteemaliste arutelude jätkumist ([OECD 2021c](#), [EU Health Data Space](#))

### 4.1.2. Komorbiidselt esineva psüühika- ja sõltuvushäirega inimeste ravi korraldus

Kirjeldame peamiseid teenusemudeleid, mis on antud sihtgrupi ravis peamiselt kasutusel. Põhjalikumalt kirjeldame mitmikdiagnoosi lõimitud ravimudelit (IDDT) ja paindliku intensiivse kogukonnakeskse hoolekande (FACT) mudelit, kuna võrreldes teiste mudelitega, kerkis esile nende sobivus antud sihtgrupi komplekssete vajadustega ning sellest lähtuv potentsiaal pakkuda Eestile sobilike lahenduste väljatöötamiseks pidepunkte ja juhendmaterjale.

### *Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT): mitmikdiagnoosi lõimitud ravimudel*

---

<sup>7</sup> Housing First (ee esmalt elukoht) on tõenduspõhine lähenemine, mis lähtub eeskätt kahjude vähendamise printsiibist elukohata inimeste jaoks, võimaldades neile püsivat elukohta, eeldamata neilt selleks kainust või ravis osalemist. See vastandub lähenemistele, mis seavad majutuse saamise eeltingimuseks kainuse ja ravi (ingl *treatment first*), mis praktikas kipuvad sageli suurendama sotsiaalset tõrjutust kodutust kogevate inimeste seas, kel on psüühika- või sõltuvushäired. ([Kerman jt 2021](#))

Tõenduspõhine, põhjalik ja pikaajaline ravimudel, mis koondab erinevaid sekkumisi ja on loodud raskete krooniliste psüühikahäirete ja sõltuvushäirega inimeste lõimitud raviks. Ravi pakub ühes kohas asuv multidistsiplinaarne meeskond (psühhiaater, psühholoog, vaimse tervise õed, sotsiaaltöötaja, kogemusnõustaja jt). Ravitakse korruga nii psüühika- kui ka sõltuvushäiret ja oluliseks teguriks on ravi jagunemine etappideks. Mudel on välja töötatud Ameerika Ühendriikides<sup>8</sup> ning on Hollandis laialdaselt kasutusele võetud. Mudel on kompleksne, sisaldades üle 20 ravi- ja korraldusliku komponendi, sealhulgas:

- ravi etapiline ülesehitus lähtuvalt patsiendi valmisolekust muutust luua (sh koostöösuhte loomine, motivatsiooni loomine muutuseks, toimetulekuoskuste arendamine, tagasilanguse ennetamine);
- kõik kliendikohtumised toimuvad motiveeriva intervjuerimise põhimõtetel;
- kognitiiv-käitumuslik teraapia;
- grupinõustamine, mis tegeleb ühtaegu vaimse tervise probleemide ja sõltuvusega;
- sõltuvusnõustamine;
- farmakoloogiline ravi (sh arstide teadlikkus mitmikdiagnoosi raviks sobilikematest ravimitest, et vähendada kõrge sõltuvuspotsentiaaliga ravimite kasutamist);
- pere kaasamine (psühholoogilise teadlikkuse tõstmine ja ravimeeskonnaga koostöö soodustamine);
- eneseabi programmidele suunamine;
- intensiivne hoolekanne kogukonnas (*assertive outreach*) – pakutakse tuge ja praktilist abi näiteks turvalise elukoha leidmisel, juriidiliste probleemide lahendamisel, meditsiinilise toe leidmisel, hoitakse tihedat kontakti haiglaravi järel jm.

Ravimudelit saab kasutada nii inimestega, kes elavad kodus, kui ka nendega, kes on ravi- või hoolekandetasutuses. Esmaselt lähenetakse pigem ambulatoorselt, ent mudel sisaldab teiseseid sekkumisi neile, kelle puhul tavapärase ambulatoorne lähenemine tulemust ei anna. Mudel ei ole ajaliselt piiritletud; teenusepakumise intensiivsust kohandatakse vastavalt vajadusele ja ravi etapile. ([van Wamel jt 2009](#), [van Wamel jt 2021](#))

Intervjuu käigus andis Anneke van Wamel mudeli pikale rakenduskogemusele toetava soovitus: **teoreetilise mudeli rangest kopeerimisest olulisem on läheneda paindlikult**, lähtudes sellest, mis on **kohalikes oludes tehtav**, ja pidades silmas **ravi sihtgrupi, nende lähedaste ja teenusepakujate vajadusi**. Praktikute seas kergendab mudeli rakendamist sammsammuline täiendõpe rakendusprotsessi jooksul (võrreldes pikema väljaõppega enne alustamist). Hollandis on tiimiliikmetel enne alustamist üldiselt üsna tugevad pädevused vaimse tervise valdkonnas ja baasteadmised sõltuvustest. Sissejuhatusena toimub ühepäevane koolitus, mille fookus on tiimisiseste **jagatud arusaamade loomisel** ja tähelepanu pööramisel praktikute **hoiakutele, eelarvamustele ja kogemustele** antud sihtgrupiga töötamisel, et jõuda tööd toetavate lähtekohtadeni. Oluline on seada sisse ka **tugev**

---

<sup>8</sup> Ülevaade ja materjalid [Case Western Reserve University tõenduspõhiste sekkumiste keskuse kodulehel](#)

[kovisioonisüsteem](#), mis võimaldab saada meeskonnalt tuge ja arutleda tekkivate raskuste ja murekohtade üle. Enamikus organisatsioonidest on mudeli ellukutsumises kesksel kohal tiimijuht (*focus officer*), kes on kogenud antud sihtgrupiga töötamisel, oskab mudeldada ja juhendada lähenemisviise ning pakkuda tuge teistele tiimiliikmetele. Et esmased teadmised vaimsest tervisest ja sõltuvustest on tiimiliikmetel olemas, jõuavad ka spetsiifilised teadmised ja oskused ühise meeskonnatöö käigus kõigi liikmeteni. Samuti on olulisel kohal ühine mõtteviis, mille lähtekohaks sobib hästi personaalse taastumise raamistik, mis on tuntud ka lühendi CHIME all<sup>9</sup>. (Kroon & van Wamel, 2023)

Organisatsiooniasutused tasub mudeli rakendamise protsessi planeerida realistlikult ning mitmeaastasena. Näiteks pühendatakse enamasti umbes pool aastat ettevalmistustele ja aasta täiendõppele, et tagada nii ühised väärtused kui selge arusaama sellest, mis saama hakkab. Mudeli rakendamise kohta tehtud uuring on näidanud, et organisatsioonid kuluvad mudeli omaksvõtule umbes viis aastat. Eduka rakendamise eelduseks on piisav finantsiline ressurss ja spetsialistide hulk, väljaõpe ja konsultatsioon, kogenud juhendajad ja supervisioon; proovikivideks võivad osutuda juhtimisprobleemid, tööjõu volavus, mudeli komponentide puudumine ja halb kättesaadavus. (Kroon & van Wamel, 2023)

Ravi eesmärk on eeskätt tõsta patsiendi elukvaliteeti. Ravimudel on kohandatav kerge intellektipuudega inimestele; ka motiveeriva intervjuerimise kohandamiseks intellektipuudega inimestele on välja töötatud juhised. Mudeli rakendamisel tehakse muuhulgas tihedalt koostööd FACT-mudeli alusel toimivate tiimidega, kes pakuvad meeskonnapõhise kliinilise juhtumikorralduse põhimõttel ning enamasti mobiilseid (st inimese elukohas või muus talle sobilikus asukohas) teenuseid raskete psüühikahäiretega inimestele. (Kroon & van Wamel, 2023). Kirjeldame FACT-mudelit käesolevas alapeatükis ka lähemalt.

[Van Wamel jt \(2009\)](#) on hinnanud mudeli kohaldamise ja rakendamise edukust Hollandis, tõdedes, et kasutuselevõtt oli keerukas, kuid edukas ning meeskondade võimekus pakkuda psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientidele ravi tõusis kahe-aastase pilootprojekti käigus oluliselt. Väljaõppe maht oli 12 päeva, pakuti supervisiooni ja konsultatsioone. Olemas on mõõtevahendid, et hinnata mudeli rakendustruudust ehk selle kasutamist programmi koostajate väljatöötatud viisil. Patsiendid hindavad ravi ja taastumisprotsessi kõige enam toetanud elementidena usalduslikku ja tähendusrikast suhet ravimeeskonnaga, ravi

---

<sup>9</sup> Personaalse taastumise protsessi toetamisele on hakatud viimastel aastatel ka Eestis sotsiaaltöö ja rehabilitatsiooni valdkonnas tähelepanu pöörama. Kui kliiniliselt või meditsiiniliselt peetakse taastumise all silmas sümptomite taandumist või kontrolli alla saamist ning tervises seisundi stabiliseerumist, siis personaalse taastumise toetamisel pööratakse tähelepanu sellele, kuidas inimene saaks igapäevaelu raskustest hoolimata olla ühiskonnas aktsepteeritud ja elada inimväärset elu. Teemaga on Eestis põhjalikult tegelema Dagmar Narusson, hea ülevaate leiab ajakirjas Sotsiaaltöö ilmunud [artiklist „Taastumist ja toimevõimekust toetav töö vaimse tervise valdkonnas“ \(1/2020\)](#).

komponente ning ravi ja toetuse korraldust (van Wamel jt 2021). Mudeli efektiivsuse hindamise tulemused ei ole olnud järjekindlad; paljuski on murekohaks kvaliteetsete uuringute puudumine ja uurimuste USA-kesksus. Mõnes uuringus ilmnenud madalamat efektiivsust saab seletada mitmete teguritega. Näiteks [Kikkert jt 2018](#) uuringus ilmnenud madal efektiivsus võis olla tingitud mudeli rakendamiseks ebapiisavast väljaõppest (nt piirduti 3-päevase koolitusega) või asjaolust, et ka kontrollgrupi sekkumismudeli mõju (FACT) osutus võrreldavalt tulemuslikuks.

Mudeli täiendav rakendus- ja kohandusvõimalus:

- **IDDT-d kaasav terapeutiline kliinilise juhtumikorralduse mudel** – Hollandis on rakendatud mudelit, mis on kohandatud koos sõltuvushäirega esinevatele isiksushäiretele. Terapeutilise loomuga kliinilise juhtumikorralduse mudeli lähtekohaks on IDDT põhimõtted, mida täiendavad kolm isiksushäiretele keskenduvat lähenemist: Livesley (2003) etapiviisiline ravi, interpersonaalne rekonstruktiivne teraapia (*interpersonal reconstructive therapy*, Benjamin 2003) ja sutehaldus (*relationship management*) (Dawson & MacMillan, 1993), mis aitab spetsialistil hoida neutraalset rolli isiksushäirega inimeste toetamisel üles kerkivates keerukates olukordades. (Stals jt 2010). Kuigi meetodika efektiivsus pole veel põhjalikult tõendatud ning käesolevalt pole selle Eestis rakendamiseks märkimisväärseid ressursse, siis võivad selle lähenemise elemendid anda alusinfot sellele, kuidas saaks tulevikus soodustada spetsialistide tööd inimestega, kel on sõltuvushäirele lisaks isiksushäire, ning jõuda parema ravikoostööni. Intervjuud Eesti spetsialistidega kinnitasid antud sihtgrupi esindatust ja sellega töötamisega kaasnevat väljakutseid.

**Assertive Community Treatment (ACT) – intensiivne kogukonnakeskne hoolekanne (eesti keelde vahel tõlgitud ka toetava kogukonnasekkumisena)**

Lõimitud, multidistsiplinaarse tiimpõhise lähenemisega ja ajaliselt piiramatult teenusmudel intensiivse toe pakkumiseks kogukonnas. Tiimi moodustavad järgmised pädevused: juhtumikorraldus, psühhiaatria, õendus, kogemuspõhine tugi või kogemusnõustamine (*peer support*), sõltuvusnõustamine ja tööhõivealane nõustamine (*employment specialists*). Mudeli rakendamisel on oluline ka väike arv patsiente, keda meeskond toetab (*small, shared caseloads*), patsiendi vajadustest lähtuv paindlikkus teenusepakkumisel ja ööpäevaringne valmidus pakkuda kriisiabi. Mudel pärineb USAst, ja hoolimata asjaolust, et uuringud selle efektiivsusest ei ole järjekindlalt tulemuslikkust kinnitanud, on sihtgrupile toe pakkumise selgest vajadusest ACT-mudelil põhinevaid meeskondi ellu kutsutud nii Lääne-Euroopas, Skandinaavias, Austraalias, Kanadas kui ka muudes riikides. Nii laiemas teaduskirjanduses kui Hollandi kogemuses on ilmnenud, et ACT-mudel on kõige tõhusam tihedalt asustatud linnapiirkondades ning sobitub halvemini hajaasustusega maapiirkondadesse, kus niivõrd intensiivse teenuse vajadus on madalam, olemasolevaid toetavaid teenuseid vähem ja tööjõu nappuse tõttu multidistsiplinaarse meeskonna loomine keerukam. Lahendamaks neid kitsaskohti ning pakkumaks sarnasel põhimõttel korraldatud tuge laiemale sihtgrupile (kuna ACT-teenusele pääsemise kriteeriumid on väga spetsiifilised ja kitsad) ning paindlikumal

moel, on Hollandis seda mudelit edasi arendatud FACT-mudeliks. ([Westen jt 2022](#), [Nugter jt 2016](#))

### *Flexible (or Functional) Assertive Community Treatment (FACT) – paindlik intensiivne kogukonnakeskne hoolekanne*

Hollandi edasiarendus eelkirjeldatud ACT-mudelist, et võimaldada paindlikult varieerida pakutava toe intensiivsust. See on laiapõhjaline biopsühhosotsiaalne mudel, kus multidistsiplinaarse tiimi toel pakutakse:

- haiguse ja selle sümptomite haldamist (ravi),
- juhendamist ja praktilist abi igapäevaelus,
- rehabilitatsiooni,
- tuge taastumisel.

Sarnaselt ACT-ga on FACT tiimpõhine kliiniline juhtumikorralduse mudel, mis rakendab intensiivse kogukonnakeskse hoolekande elemente ja on suunatud tõsise psüühikahäirega inimestele (võttes sealhulgas arvesse ka komorbiidset sõltuvushäiret). Seda võimaldab erinevate elukutsete esindatus tiimis (sh psühhiaater, medõed, psühhiaatriaõde, psühholoog, tööhõivespetsialist, sõltuvushäirete spetsialist ja kogemusnõustaja). FACTi eesmärk on tagada hoolekandeteenuste järjepidevus, ennetada psühhiaatriahaiglasse sattumist ning soodustada kaasatust, et kliendid suudaksid ühiskonnaelus osaleda. Üks FACT-meeskond pakub 40 000–50 000 elanikuga piirkonnas tuge 200–220 kliendile ning teenust pakutakse enamasti (üle 70%) mobiilselt/väljaspool raviasutust. ([Veldhuizen, Bähler 2013](#); [Westen jt 2022](#)) Tiim töötab tavapärase tööajaga, erakorralise kriisitoe pakkumisel tehakse aktiivselt koostööd välise kriisimeeskonnaga. ([van Veldhuizen 2007](#), [Keet 2016](#), [Nugter jt 2016](#))

FACT on kasutusele võetud ka nt Saksamaal ([Mulder 2017](#)), Taanis ([Nielsen jt 2021](#)) ja Norras ([Trane jt 2021](#), [Brekke 2023](#)). Kliiniline juhtumikorraldus hõlmab juhtumikorralduse vahendusemudeli funktsioone (kliendi vajaduste hindamine; teenuste planeerimine, nende osutamise korraldamine; teenuste kasutamise jälgimine ja hindamine, tulemuste ja kliendi staatuse hindamine), ent selleks, et sobida toetama mitme probleemiga ja tõrksaid sihtgrupe, lisandub teenuste otsene osutamine ning sekkumise aluseks on usalduslik kontakt, mistõttu juhtumikorraldaja roll eeldab antud mudelis spetsiifilisi klienditöö oskuseid. Otseselt (st ka kliendi kodus) osutatakse näiteks nõustamist, psühhoteraapiat, toimetulekuoskuste õpetamist, kriisisekkumist jm. (Kiis 2005). Hollandis kuuluvad FACT-tiimidesse ka piirkondlikud psühhiaatriaõded, kelle pädevusteks on ka diagnoosimine ja hooldusvajaduse hindamine ning sekkumine kriisiolukordades. ([Veldhuizen, Bähler 2013](#); [Westen jt 2022](#))

Põhiline erinevus ACT- ja FACT-mudeli vahel seisneb selles, et FACT pakub võimalust süsteemselt ja struktureeritult lülituda ühelt hoolekandeteenuse pakkumismeetodilt teisele:

1. **Individuaalne juhtumikorraldus**, millega tegeleb üks meeskonnaliikmetest. Kliendile on tagatud juhtumikorraldaja ja psühhiaatri abi, spetsiifiliste teenuste pakkumiseks võidakse kaasata ka teisi meeskonnaliikmeid (nt sõltuvushäire spetsialist, psühholoog teraapia pakkumiseks).
2. **Intensiivne meeskonnapõhine hoolekanne**, mis hõlmab kliente, kellel on kontakt mitme meeskonnaliikmega. Need kliendid kantakse FACT-meeskonna koosolekul koostatavasse nimekirja ning meeskond arutab nendega seotud küsimusi regulaarselt ja sageli toimuvatel struktureeritud koosolekutel<sup>10</sup>, et otsustada, milliseid teenuseid neile pakkuda ja kes meeskonnaliikmetest seda teevad). Kui kriisiolukord on ületatud, naaseb meeskond individuaalse teenuse pakkumise juurde. Tüüpiliselt saab umbes 200 kliendi puhul 15–25 intensiivsemat hoolekannet. (Veldhuizen, Bähler 2013)

**Individuaalse juhtumikorraldaja osa võivad meeskonnas täita erinevad spetsialistid** (õde, sotsiaaltöötaja, ka psühholoog). Optimaalse koosseisuga meeskondades on **ühel juhtumikorraldajal keskmiselt 25 klienti**. Juhtumikorraldaja on esimene kontaktisik kliendi ja tema tugisüsteemi vahel, ta külastab klienti regulaarselt, jälgib teda ning kannab hoolt selle eest, et kliendil oleks aja- ja asjakohane raviplaani. Mudelile on omane väike juhtumite arv (~15 klienti 1 spetsialisti kohta), umbes 200 patsienti tiimi kohta; meeskonna suurus võib varieeruda. Sujuva töökorralduse tagamiseks peaks vähemalt 50% tiimiliikmetest töötama vähemalt täistööaja ulatusest 0,8 koormusega antud tiimis. Hollandi FACT-meeskondades töötab palju õdesid; Suurbritannias on meeskonnas rohkem sotsiaaltöötajaid ja tööhõivespetsialiste; USA-s on paljud juhtumikorraldajad sotsiaaltöötajad – riigiti tuleb kohandada mudel vastavalt võimalustele ja vajadustele. (Veldhuizen, Bähler 2013; [Westen jt 2022](#))

FACTi abil püütakse jõuda iga patsiendi puhul tema jaoks saavutatava võimalikult kõrge vaimse ja füüsilise heaolu seisundini; patsienti haritakse haigusega toime tulema tagasilanguste ennetamisel. Mudeli paindlikkus võimaldab pakkuda teenuseid statsionaarselt, päevaravina või (ravi edenedes) kogukonnapõhistes sotsiaalhoolekandeesutustes ja muu sotsiaaltoe baasil. Umbes 10% patsientidest vajab intensiivset tuge lühiajaliselt, u 10% pikaajaliselt. Kaasatakse patsiendi tugivõrgustikku – nii formaalset (spetsialistid, hoolekandjad) kui mitteformaalset (pere, sõbrad), kellele pakutakse asjakohast tuge ja keda kaasatakse hindamisprotsessi. Oluline on patsiendikesksus, sh võimestamine ja kaasamine eesmärkide seadmisesse. Ravi lähtub raviplaani, pidades silmas taastumise etappe. Tehakse koostööd perearstiga, piirkondliku sotsiaalteenuste meeskonnaga ja statsionaarse raviteenuse pakkujaga. Teenusepakkumine ei ole ajaliselt

---

<sup>10</sup> Toimub ideaalmudeli puhul igapäevaselt, ent võib kohandatult toimuda ka harvem (nt Taanis kaks korda nädalas ja veebipõhiselt).

piiratud, ent intensiivse toe pakkumisel haiglaravina püütakse raviperioodid hoida minimaalse kestusega. (Veldhuizen, Bähler 2013; [Westen jt 2022](#))

[Westen jt \(2022\)](#) on võrrelnud FACTi rakendamist Hollandis ACT-mudeli kasutusega USAs ning andnud ülevaate, milliseid kitsaskohti edasiarendus pakub. Uuring keskendub tiimidele, kus väljaõpe seisnes vähemalt neljas poolepäevases koolitussessioonis igale tiimiliikmele. [Nugter jt \(2016\)](#) on uurinud, kui täpselt FACT-mudelit rakendatakse ning muutusi patsientide sotsiaalses ja kliinilises toimetulekus. Samas uuringus leiti olulisi paranemisi nii ravisoostumuses, katmata teenusvajaduste määras (*unmet needs*) kui ka elukvaliteedis; samuti oli märgata haiglaravile pöördumise vähenemist ning ka väiksemat ravipäevade arvu.

[Veldhuizen \(2007\)](#) on kirjeldanud FACTi esmast mudelit ning praktilist töökorraldust. 2013. aastal ilmus käsiraamatu täiendatud väljaanne (Veldhuizen, Bähler 2013) ning veebiteavikuna on see tõlgitud ka eesti keelde<sup>11</sup>. Mudeli efektiivsuse kohta on toodud välja kaheldavusi ([Nordén, Norlander 2014](#)), ent antud kriitika põhines eeskätt mudeli põhimõtete puudulikul ja osaliselt ebakorrektsel kajastamisel ([Veldhuizen jt 2015](#)). Mudelit rakendatakse ka intellektipuudega inimestel ([Neijmeijer 2020](#)).

Väärrib tähelepanu, et [Viljandi haigla psühhiaatrikliiniku meeskond on lähemalt tutvumas ACT- ja FACT-mudeliga](#) ning juba on kavas hakata neid [kohandama esimest korda ka Eesti oludele](#) Viljandi haigla psühhiaatrikliiniku sundravi osakonnas pilootprojektina JA ImpleMENTAL projekti raames ([Viljandi Haigla, 2023](#)).

Täiendavaid rakendus- ja kohandusvõimalusi antud mudelile:

- [Forensic Flexible Assertive Community Treatment \(ForFACT\)](#) – FACTi edasiarendus, mis on loodud, et pakkuda intensiivset tuge tõsiste psüühikahäiretega patsientidele, kel on kõrge risk kuritegelikuks käitumiseks ja õigusrikkumisteks ([Smeekens jt 2021](#)).
- [Resource Groups \(RG\)](#) – meetod, mis põhineb perepõhiste sekkumiste ja lõimitud ravi põhimõtetel ning pakub võimalust kaasata ravi saava inimese pereliikmeid, sõpru ja hoolekandjaid taastumisprotsessile kaasa aitama. Patsiendi RG koosneb tema võrgustiku isiklikest (pere, sõbrad) ja formaalsetest (sotsiaaltöötaja, psühholoog, kogemusnõustaja vm) liikmetest, kes kohtuvad kord kvartalis. Üheskoos arutatakse patsiendi taastumiseesmärke ning luuakse plaan nende saavutamiseks. Eesmärkide saavutamist soosib ka patsiendi võimestamine: tema on enda RG juht ning teda julgustatakse oma võrgustikult küsima tuge, mis aitaks tal seatud eesmärke saavutada. Hollandis on seda meetodit rakendatud FACT-mudeli osana, mille tulemusel selgus, et raske psüühikahäirega patsientide võimestatuse, elukvaliteedi ja

---

<sup>11</sup> „FACTi käsiraamat: paindlik intensiivne kogukonnakeskne hoolekanne. Visioon, mudel, praktika ja korraldus“; leitav [Heaolu ja Taastumise Kooli veebilehelt](#)

personaalse taastumise tulemused on olid kõrgemad kui ainult FACT-meetodi rakendamisel. (Tjaden jt 2021) Randomiseeritud kontrollitud uuringus selle mõju kohta ei vaadatud psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide alagruppi eraldi, kuid valimis oli nii raske psüühikahäirega kui ka aineid kuritarvitavaid kliente. Kuivõrd nii ACT- kui FACT-mudel sisaldavad psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste ravi jaoks loodud elemente, ei ole alusetu eeldada ka RG sobilikkust antud sihtgrupile – piisava motiveerituse ja kognitiivse võimekuse korral.

Lisaks spetsiifiliselt IDDT-, ACT- ja FACT-mudeli rakendustruudust hindavatele mõõdikutele, leiab teaduskirjandusest üldisemaid mõõdikuid, millega hinnata vaimse tervise või sõltuvusravi teenusepakkujate võimekust tegeleda patsientidega, kellel on nii psüühika- kui ka sõltuvushäire. Selleks on näiteks *Dual Diagnosis Capability In Mental Health Treatment (DDCMHT) Index* (Gotham jt 2013) vaimse tervise ravi pakkujatele ning *Dual Diagnosis Capability In Addiction Treatment (DDCAT) Index* (McGovern jt 2007) sõltuvusravi pakkujatele.

### Mida tasub Hollandi kogemusest esile tõsta?

- On olemas mitmeid pikaajalisi lõimitud ravi ja toe mudeleid, mille põhimõtteid silmas pidades on võimalik kujundada ka Eesti oludes rakendatavaid teenuseid; samuti mõõdikuid, mille abil hinnata teenusepakkujate võimekust abistada psühhiaatrilise komorbiidsusega patsiente.
- Läbivate elementidena võib esile tuua järgmist:
  - suur osakaal teenuste mobiilsel pakkumisel (nt patsiendi elukohas) – sihtgrupile võib väga oluline olla muuhulgas diagnoosimise võimalus väljaspool raviasutust,
  - usaldusliku kontakti loomisele aja pühendamine,
  - ravi planeerimine etapiti (seotuna patsiendi valmisolekuga muutuseks),
  - meeskonnapõhine kliiniline juhtumikorraldus (eristuvalt juhtumikorralduse vahendusmudelist),
  - mitme eriala spetsialiste ühendavad multidistsiplinaarsed meeskonnad,
  - tähelepanu pööramine meeskonna hoiakutele tööks antud sihtgrupiga.
- Mudelite kompleksuse taustal julgustasid väliseksperdid teoreetiliste mudelite range kopeerimise asemel (mis ei pruugi võimalikuks osutuda) tutvuma aluspõhimõtetega ning lähtuma kohandamisel sellest, mis on rakendatav.
- Väliseksperdid julgustasid esmalt läbi viima väikest pilootprojekti (ühe-kahe tiimiga), lähenedes paindlikult ja kohandusi võimaldava, aga pikaajalise plaaniga.
- Kahjude vähendamise meetmeid rakendatakse laialdaselt, ka hoolekandeesutustes (nt asendusravi, erineval määral tarvitamist aktsepteerivad asutused). Inimestele pakutakse abi ka siis, kui ta ei ole (veel) valmis tarvitamist lõpetama.

## 4.2. Suurbritannia

### 4.2.1. Taust

#### Tervishoiu- ja erihoolekande teenuste korralduse üldine kirjeldus

Suurbritannia on 67 miljoni elanikuga riik ([Suurbritannia statistikaamet 2021](#)). Tervishoiusüsteem ei põhine kohustuslikul tervisekindlustusel, vaid tervishoidu rahastatakse riigieelarvest. Vabatahtliku tervisekindluse kasutamine ei ole eriti levinud, seda kasutab alla 5% elanikest. ([Anderson jt 2022](#))

Suurbritannias kehtib riiklik tervishoiusüsteem (*National Health Service*, edaspidi NHS), mille kättesaadavus sõltub peamiselt inimese tervislikest vajadusest, mitte maksevõimest: kõik inimesed, olenemata nende kodakondsusest või sisserändaja staatusest, saavad tasuta esmatasandi ja erakorralist abi. Ka vägivalla tagajärjel tekkinud terviseprobleemide ravi ja kohtu määratud psühhiaatriline ravi on tasuta. Mõne teenuse hüvitamise määr sõltub patsiendi sissetulekust, näiteks hoolduse, hambaravi, optomeetria ja retseptiravimite puhul.

Suurbritannia neljas liikmesriigis on tervishoiusüsteem korraldatud erinevalt: Inglismaa tervishoiu ja tervishoiupoliitika eest vastutab keskvalitsus; Šotimaal, Walesis ja Põhja-lirimaal vastutavad selle eest vastavad detsentraliseeritud valitsused. Igas Suurbritannia liikmesriigis on NHSil oma kindel struktuur ja korraldus, kuid sarnaselt teiste tervishoiusüsteemidega jaguneb see suuremas osas kaheks, millest üks tegeleb strateegia, poliitika ja juhtimisega ning teine tegeliku meditsiinilise abi pakkumisega, mis omakorda jaguneb esmatasandi (perearstid, hambaarstid, apteekrid jne), teise (haiglapõhine ravi, mis on kättesaadav perearsti suunamise kaudu) ja kolmanda taseme (eriarstiabi haiglad) tervishoiuteenusteks. ([Grosios jt 2010](#))

Tervishoiukulutused on võrreldavad Euroopa Liidu keskmisega, kuid on madalamad teistest sarnase jõukuse määraga riikidest. Alates 2008. aastast ei ole eelarve pidanud sammu kasvava nõudlusega teenuste järele, mis on põhjustanud ravijärjekordade pikenemise ja teenuseosutajate puudujäägi. Esmatasandi ja kogukonnanahooluse rolli tugevdamine inimkesksete teenuste osutamisel on olnud hiljutise poliitikakujunduse keskmes. ([OECD 2019](#))

#### Sõltuvusravi ja psühhiaatrilise ravi osutamisega seotud organisatsioonid

Suurbritannias pakuvad vaimse tervise teenuseid NHS, kohalikud omavalitsused ning erinevad vabatahtlikud ja erasektori organisatsioonid. Piirkondlikud tervishoiuteenuste pakkujad ehk CCGd (*Clinical Commissioning Groups*) vastutavad tervishoiu- ja hooldusteenuste tellimise ning planeerimise eest vastavas piirkonnas. Alates 2022. aasta juulist on CCGd Suurbritannias asendatud lõimitud tervishoiusüsteemi (*integrated care system*, edaspidi ICS) ehk ICS üksustega ([NHS Confederation 2021](#))

ICS üksused koosnevad lõimitud hooldus/ravinõukogust (*Integrated Care Board*), NHS asutustest ja lõimitud hooldus/ravipartnerluse komiteest (*Integrated Care Partnership*), mis

hõlmab kohalikke omavalitsusi ja muid partnereid. ICS üksuste loomise põhieesmärgid on järgmised:

- parandada rahvatervist ja tervishoiuteenuste pakkumise tulemuslikkust,
- vähendada ebavõrdsust tervishoiuvaldkonna kogemustes, ravitulemustes ja teenuste ligipääsetavuses,
- suurendada jõudlust ning parandada hinna ja kvaliteedi suhet,
- aidata NHSil toetada laiemat sotsiaalset ja majanduslikku arengut ([National Audit Office 2022](#)).

Suurbritannias arendatakse vaimse tervise teenuseid erinevate programmide kaudu, mis hõlmavad hariduslikke aspekte (*public education*), teenusepakkujate koolitust ja varajase sekkumise põhimõtet.

Riiklike programmide loomisel lähtutakse tervise ja heaolu pädevuste instituudi (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, edaspidi NICE) standarditest. NICE töö seisneb tervise teenuste tõendus põhise ja tulemuslikkuse jälgimises. Uuringute ja hindamiste põhjal töötatakse välja sekkumiste ja/või tervise teenuste kliinilised juhised ja konkreetset soovitused, kuidas sekkumist või teenust vastavale sihtrühmadele pakkuda. (Ilves jt 2023)

Olulise teenusepakkujana kerkib esile sotsiaalne ettevõtte Turning Point, mis keskendub tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kujundamisele ja pakkumisele erinevates valdkondades: problemaatiline uimastitarvitamine, vaimse tervise probleemid, õpiraskused, autism, ajutraumad, seksuaaltervis, kodutus, tervislike eluviiside edendamine ja tööhõive. Olulist tähelepanu pööratakse lõimitud toe pakkumisele komplekssete probleemide (sh psühhiaatrilise komorbiidsuse korral) erinevates vormides – nii inimeste kodudes, töökohtades, kogukonnas kui ravi- või hoolekandeesutustes. Pea 60-aastase ajalooa heategevuslik organisatsioon tegutseb ligi 300 asupaigas üle Inglismaa ([Turning Point, „About..“](#)). Nii kogukonnatasandi vaimse tervise teenused kui teenused uimastitarvitajatele (sh nõustamine, võõrutus, ravi, rehabilitatsioon) on tasuta ([Turning Point, „Mental health“, „Drugs...“](#)).

### Sõltuvus- ja psühhiaatrilist ravi reguleerivad seadused ja juhendid

Suurbritannias reguleerivad sõltuvus- ja psühhiaatrilist ravi erinevate valitsusasutuste ja organisatsioonide kehtestatud seadused ja määrused, aga ka muud suunised ja tegevuskavad.

**Vaimse tervise seadusega** (*Mental Health Act, 1983*) määratletakse vaimse tervise häirega inimeste hindamine, ravi ja õigused ([NHS 2022](#)). **Tervishoiu ja sotsiaalhoolekande seaduse** (*Health and Social Care Act, 2012*) eesmärk oli muuta NHSi teenuste tellimist, parandada patsientide kaasaráakimisvõimalust, anda teenuseosutajatele rohkem vabadusi tervishoiukvaliteedi parandamiseks ning toetada tervishoiuasutuste reformi.

**Hooldusseadusega** (*Care Act*, 2014) reformiti täiskasvanute hoolekannet ja tugiteenuseid ning sätestatakse, et ka hooldajatele pakutakse tuge; nähti ette hoolekande- ja tugiteenuste lõimimine tervishoiuteenustega ning seati neile ühendatud eesmärgid.

Juhendite seas on olulisel kohal **NICE ravijuhendid, soovitud ja standardid**, millest võetakse sageli eeskju ka teistes riikides. Need on eelmainitud riikliku tervise ja heaolu pädevuste instituudi koostatud tõendus põhised soovitud tervishoiu ja sotsiaalteenuste kohta Inglismaal. Neis sätestatakse konkreetse terviseprobleemi ravistandardid ja eelistatud teenusekorraldus. (*NICE 2023*) Käesoleva uuringu sihtgrupi ravi ja hoolekannet puudutavad NICE järgnevad juhendid:

- raske psüühikahäire (psühhoosi) ja tervistkahjustava uimastitarvitamisega patsiendi hindamine ja ravi meditsiinisüsteemis (*NICE 2011*)
- raske psüühikahäire ja tervistkahjustava uimastitarvitamisega patsiendi käsitus kogukonnatasandi tervishoius ja sotsiaalhoolekandes (*NICE 2016*)
- komorbiidse raske psüühikahäire ja tervistkahjustava uimastitarvitamise ravi kvaliteedistandard (*NICE 2019*)
- kompleksse psühhoosiga täiskasvanud patsiendi rehabilitatsioonijuhis (*NICE 2020*)

NICE juhistes ja kvaliteedistandardites on rõhuasetus sellel, et **komorbiidselt esineva psühhiaatriline ja sõltuvushäirega inimesi ei tohi nende häirete või nende koosinemise tõttu välistada teenustele pääsemisest**, olgu tegu siis meditsiinilise abi, sotsiaalhoolekande või muude tugiteenustega.

2002. aastal avaldas Suurbritannia valitsuse terviseosakond poliitikarakendusliku juhisenä **mitmikdiagnoosiga patsientide ravi hea praktika** (*DoH 2002*) *Dual Diagnosis Good Practice Guide*). Dokumendis anti ülevaade headest praktikatest ja sätestati kohaliku rakendamise soovitud komorbiidse raske vaimse tervise probleemi ja probleemse uimastitarvitamisega inimeste hindamiseks ja raviks. Juhise eesmärk on kvaliteetne, patsiendikeskne ja lõimitud ravi, mida osutatakse vaimse tervise teenuste osana.

Kõikidele komplekssemate ja akuutsemate vaimse tervise vajadustega inimestele (sh tõsise psüühikahäirega, tervistkahjustava uimastitarvitamisega, suitsiidiriskis, ennast või teisi kahjustava käitumise riskis, õpiraskustega jm) on pikalt pakutud abi **Care Programme Approachi** (CPA) raames. Programm hõlmab nii hoolduse koordineerija olemasolu kui ka hooldusplaani (*NHS „Care..“*). CPAd on lähemalt käsitletud käesoleva peatüki alaosas, mis vaatlleb komorbiidse häirega patsientide ravi mudeleid. 2022. aastal korraldati CPA ümber kogukonnapõhise vaimse tervise raamistikuks (*Community Mental Health Framework*), mille eesmärk on säilitada CPAs rakendatud ravi ja toe planeeritud koordineeritus, ning millega soovitakse tõsta teenuse paindlikkust ja kogukonnatasandi tugiteenuste kvaliteeti kõigi kogukonnas elavate tõsiste psüühikahäiretega inimeste jaoks (*NHS England 2019, NCCMH 2021*). CPA rakendamist jätkatakse mõningate sihtgruppide puhul, sh täiskasvanute kinnistes

psühhiaatrilistes raviasutustes, kus pakutakse kohtumäärusliku jm suunamise korral ravi inimestele, kes võivad olla ohuks teistele ([NHS England 2022a](#)).

Organisatsioon Turning Point on lähtuvalt eelmainitud ja muudest sihtgrupi ravi ja toetamist kujundavatest dokumentidest ning pikaajalise kogemuse põhjal koostanud mitmeid praktilisi materjale:

- Praktikutele suunatud hea tava juhised ([Turning Point 2021](#)) annab kompaktse, ent põhjaliku ja praktilise ülevaate probleemi levimusest ja mõjust; erinevate ravietaapide jooksul rakendatavatest töö- ja hindamismeetoditest ning olulisematest riiklikest juhendmaterjalidest.
- Teenuste kujundajatele ja praktikutele suunatud hea tava juhised ([Turning Point 2007](#)) pöörab võrreldes eelmises punktis nimetatud väljaandega rohkem tähelepanu teenuste planeerimisele ja väljakujundamisele.
- Veebipõhine lühikursus praktikutele, mis pakub antud sihtgrupiga tööks vajalikke põhiteadmisi vaimsest tervisest, uimastitarvitamisest ja sellest, kuidas ravi korraldada, muuhulgas käsitletakse traumateadlikku lähenemist.<sup>12</sup>

### Uimastite tarvitamise kahjude vähendamise meetmed erihoolekandeteenusel olevate isikute seas

Kahjude vähendamise poliitikat on riigis erinevate sihtgruppide puhul rakendatud, ent valdav osa dokumendianalüüsi põhjal leitud meetmetest ei sobitu erihoolekandeteenusel olevate inimeste sihtgrupiga. Rohkem infot leiab meetmetest uimasteid tarvitavatele kodutusriskis või kodututele inimestele, mille eesmärk on võimaldada öömaja või püsivama loomuga elupaika ([Shelter England 2006](#), [The Wallich](#), „CHT“)<sup>13</sup>. On üksikuid näiteid<sup>14</sup> ja uuringuid hoolekandetasutustest, kus kahjude vähendamise põhimõttele toetudes tolereeritakse alkoholitavitamise jätkumist, kuid motiveeritakse tarvitama vähem tervistkahjustaval moel (nt väiksemates kogustes või tarvitamisvabade päevadega), tagades kohapeal pakutava tervishoiuabi, ravimravi puudutava abi, toitaineterikka toitlustuse ja sotsiaalsed tegevused ([McCann jt 2017](#)).

---

<sup>12</sup> Leitav veebilehelt: <https://www.turning-point.co.uk/for-professionals>

<sup>13</sup> Nt Shelter Englandi raportis „[Safe as Houses: An Inclusive Approach for Housing Drug Users](#)“ (2006), kajastatakse Cardiffis asuvat Wallich Clifford Community kogukonnapõhist majutusprogrammi mitmikdiagnoosiga inimestele, ent paraku on alates 2021. aasta maist antud teenuse pakkumine lõpetatud ([The Wallich Community House Team](#), kasutatud 14.12.23)

<sup>14</sup> Mittetulundusliku ühingu veetav hoolekandetasutus Oak Mount, kus pakutakse abi krooniliste vaimse või füüsilise tervise probleemi ja kroonilise alkoholitavitamisega meestele, lähemalt kajastatud näiteks [Community Care veebilehel](#), kasutatud 14.12.23

## Infovahetus ja suunamine erinevate asutuste vahel

Suurbritannias on mitmeid tehniliste lahenduste algatusi, mis soodustavad asutustevahelist infovahetust. 2015. aastal tegi sotsiaalne ettevõtte ja tehnoloogiaplattform Patients Know Best (PKB) koostööd Imperial College NHS Healthcare Trustiga, et käivitada Põhja-Londonis ravialase teabevahetuse portaali ([Care Information Exchange, edaspidi CIE](#)). CIE kogus andmeid haiglatelt ja perearstipraksistelt ning ka haiglatelt väljaspool Londoni loodeosa. CIE sisaldab patsiendi teavet, sealhulgas vastuvõtuandmeid, analüüsivastuseid, raviplaanid, ravilt väljakirjutamise kokkuvõtteid ja teavet ravimite kohta. Kui patsiendi esmatasandi arstiabi pakkuja on portaaliga liitunud, on neile nähtavad ka sellised andmed nagu allergiad, ravimid ja diagnoosid. Patsientidel on alati juurdepääs oma andmetele, juhul kui nad soovivad näiteks ravialast informatsiooni või olla kursis viimaste analüüsivastustega. ([Neves jt 2021](#)) Praeguseks pakub Patients Know Best patsiendi tervisetõimikut (*Patient Health Record*), mis koondab nii raviandmeid kui patsiendi enda lisatud infot, ning võimaldab inimesel turvaliselt jagada oma terviseinfot osaliselt või terviklikult nii pereliikmetele, hooldajatele kui ka tervisespetsialistidega. Plattform ühildub ka NHSi terviseandmete rakendusega ning koondab enam kui 15 miljoni Suurbritannia kodaniku andmeid ([PKB 2023](#)). Inglismaa NHS on välja töötanud ka ühenduvusraamistiku ([connectivity framework](#)) *NHS Spine*. See võimaldab tervise teabe turvalist jagamist selliste riiklike teenuste kaudu nagu digireseptide teenus, kokkuvõtlik raviaruanne, e-saatekirjade teenus ja GP2GP, mis võimaldab perearstidel edastada andmeid ühest praksisest teise. ([NHS Digital 2023](#))

Sujuva infovahetuse, suunamise ja koostöö võimaldamise mehhanismina saab vaadelda ka tööprintsibiina multidistsiplinaarsete meeskondade ([Multidisciplinary Team, edaspidi MDT](#)) kasutamist. MDT on rühm tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandetöötajaid, kes kuuluvad erinevatesse organisatsioonidesse ja on eri erialadelt (nt perearstid, sotsiaaltöötajad, meditsiiniõed), kes teevad koostööd, et langetada otsuseid üksikute patsientide ja teenusekasutajate ravi kohta. MDT-d kasutatakse mitmete sihtgruppide puhul ning nii tervishoiu- kui ka hoolekandetasutustes. ([NHS England 2022b](#))

MDT-de ühised tunnused on järgmised:

- Kokkulepitud juht, kes hõlbustab meeskonna koostööd.
- Ühtne protsess meeskonnavaheliseks suhtluseks ühistel koosolekutel, et jagada teadmisi ja murekohti.
- Ühine elektrooniline andmebaas, kus kajastub iga meeskonnaliikme töö patsiendiga: kohtumised, hindamised ja sekkumised nii abivajaja kui ka tema perekonnaga.
- Võtmetöötajate süsteem (*key worker system*), mille kaudu koordineerib kompleksse toetusvajadusega inimeste ravi üks kindel meeskonnaliige.
- Mitmekesisus tiimi moodustavate inimeste ametites, distsipliinides ja taustas, et katta kliendiks oleva sihtgrupi vajadusi. ([SCIE 2022](#))

#### 4.2.2. Komorbiidselt esineva psüühika- ja sõltuvushäirega inimeste ravi korraldus

Komorbiidselt esinevad psüühikahäired ja tervistkahjustav uimastitarvitamine on Suurbritannias levinud ja teadvustatud mure. On leitud, et 86%-l alkoholisõltuvusega inimestele suunatud teenustel olijatest on mõni vaimse tervise probleem; 44% patsientidest vaimse tervise kogukonnateenustel on tunnistanud probleemset alkoholi- või muude uimastite tarvitamist uuringule eelnenud aastal ([IAS 2018](#)). 20–37% inimestest, kes saavad psühhoosiga seondult vaimse tervise teenuseid, on kaasuva uimastiprobleemiga; sõltuvusravis on välja toodud antud sihtgrupi esindatust 6–15% ulatuses ([Carrà jt 2009](#)). Paraku korraldab vaimse tervise teenuseid NHS ja uimastitarvitajatele suunatud teenuseid kohalike omavalitsuste rahvatervise osakonnad, millest tulenevad sageli eraldiseisvad otsustusprotsessid ning tõrked koostöös. Tulemuseks on keerukused koostöö saavutamisel ja paljudes riikides sama sihtgrupi ravis ilmnev „silotornide“ efekt, kus erinevate valdkondade vahel on nii omavaheline tööpraktikate mõistmine kui patsiendi ravi järjepidevus sageli raskendatud ([Turning Point 2021](#)). Koostöö edendamiseks on viimastel kümnenditel loodud mitmeid algatusi, millest antakse ülevaade käesolevas alapeatükis.

Intervjuu välisekspertidega tõi täiendavalt välja, et antud sihtgrupi toetamisel on eriti olulisel kohal paindlik ja etapiviisiline raviteenuse korraldus ning traumateadlik lähenemine ([Albuquerque 2023](#)).

Soovituste kohaselt peaksid kõik tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandetasutused läbi viima kohaliku kaardistamise (*local mapping*), et kindlaks määrata piirkondlik teenuste vajadus psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide seas ning ka hetkel olemasolevate teenuste ulatus. Eelnev on aluseks, et välja selgitada vajaliku teenuse osutamise mudel: kas peavooluteenustesse kaasatus (*mainstreaming*) või spetsialiseeritud teenuse mudel (*dedicated service*). ([HRB National Drugs Library 2023](#)).

##### 1. Peavooluteenustesse kaasamise (*mainstreaming*) mudel

Suur osa Inglismaa poliitikast antud sihtgrupi ravis põhineb mitmikdiagnooside hea tava juhendil (*Dual Diagnosis Good Practice Guide*). Selles on sätestatud, et ravi peaks olema kvaliteetne, patsiendikeskne ja lõimitud ning et seda tuleks osutada haakuvalt kõigi vaimse tervise teenustega. Sedatüüpi mudelit tuntakse kui nn peavooluteenustesse kaasamist (*mainstreaming*), mille kohaselt peaksid nii vaimse tervise kui ka uimastitarbimise valdkonna teenusepakujad olema koolitatud, et lõimida mitmikdiagnoosiga patsiendid tavapärastesse ravipraktikatesse ning patsiente ei tohiks suunata erinevate teenuste vahel ja seeläbi tekitada oht, et nad võivad ravist üldse ilma jääda. ([Black 2021](#))

Ajalooliselt on riigis keskendunud termini „mitmikdiagnoos“ mõistes raskete psüühikahäirete ja uimastite kuritarvitamisega seotud probleemidele. RdaSH (*Rotherham, Doncaster and South Humber NHS Foundation Trust*) programmis välja töötatud peavooluteenustesse kaasamise mudelis nenditakse siiski, et mitme häire koosesinemine toob kaasa märkimisväärse spektri

erinevaid vajadusi mitmesuguste teenuste raames. Seepärast edendab mudel kaasamise põhimõtet, hõlmates väga laia spektrit, alates samaaegselt esinevast mõõdukast ärevusest ja depressioonist kuni raske psüühikahäireni (nt psühhoos) nende kooslustes problemaatilise uimastitarvitamisega selle eri vormides. ([Guest & Chrisp 2015](#))

Hiljutised riikliku tasandi algatused mitmikdiagnoosiga inimeste aitamiseks on hõlmanud mitmete [NICE suuniste](#) avaldamist antud sihtgrupi raviks (välja toodud eelnevas alapeatükis „Sõltuvus- ja psühhiaatrilise ravi reguleerivad seadused ja juhendid“). NICE juhendite eesmärk on parandada komplekssete vajadustega patsientide ravi, pakkudes nende tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandevajaduste rahuldamiseks koordineeritud teenuseid, ning anda konkreetseid suuniseid teenustele, näiteks patsientidele hoolduskoordinaatorite määramise kaudu. Organisatsioon Inglismaa Rahvatervishoid (*Public Health England*) ja NHS Inglismaa koostasid 2017. aastal ka juhendid teenuste tellijatele ja osutajatele, et hõlbustada koostööd, mille toel parandada juurdepääsu ennetavatele, ravi- ja rehabilitatsiooniteenustele, võimaldada tõhusalt ja paindlikult reageerida olemasolevatele vajadustele ja ennetada antud sihtgruppi kuuluvate inimeste ühiskondlikku tõrjutust ([PHE 2017](#)).

Sätetatud on [kaks põhiprintsiipi](#):

**1. Igaühe töö** (*Everyone's job*): Vaimse tervise ning uimastitarvitamise teenuste tellijatel ja osutajatel on ühine kohustus täita psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste ravivajadusi, tehes koostööd lahenduste leidmiseks.

**2. Ei ole valet ust** (*No wrong door*): Uimastitarvitamise ravi, vaimse tervise ja muude teenuste osutajatele kehtib avatud uste poliitika ka mitmikdiagnoosiga inimeste jaoks. Iga kontakt on oluline ning mis tahes komorbiidsete seisundite ravi peab olema kättesaadav iga kontaktpunkti kaudu. ([NHS Sheffield Health and Social Care 2021](#))

Eelmainitud 2017. aasta juhistes ei soovitata NICE juhiste põhjal korraldada teenusepakkumist ainult psühhiaatrilisele komorbiidsusele spetsialiseerunud tiimide kesksena. Kuigi antud spetsiifilise pädevusega inimeste roll multidistsiplinaarses meeskonnas (ja nende töö kliinilisel juhtimisel) on ääretult tähtis, peaksid probleemi levimust silmas pidades kõik teenusepakkujad olema pädevad psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste esmaseks abistamiseks. Samuti tuuakse suunistes välja, et teenuseid ei pea tingimata pakkuma samas asukohas, kuigi patsiendid ise on andnud positiivset tagasisidet sel viisil korraldatud teenuste kättesaadavuse kohta.

Vaatamata erinevatele poliitilistele soovitudele, on Inglismaa Rahvatervishoiu kogutud tõendid näidanud, et eelnimetatud soovitusi ei ole laialdaselt rakendatud ja mitmikdiagnoosiga patsientidel ei ole sageli juurdepääsu vajalikule ravile. ([Black 2021](#))

Peavooluteenustesse kaasamise mudel töötab mitmikdiagnooside hea tava juhendi kohaselt vaid järgmistel tingimustel:

- Kohalikud teenusepakkujad peavad välja töötama mitmikdiagnoosi definitsiooni, mis kajastaks kohalike vajadusi ja piiritleks teenuste sihtrühma.
- Need määratlused peavad olema kokku lepitud asjaomaste asutuste vahel.
- Seal, kus on olemas spetsiifilise mitmikdiagnoosi pädevusega spetsialistid, peaksid nad toetama ka vaimse tervise tavateenuseid (*mainstream mental health services*).
- Kõik töötajad, kes kuuluvad intensiivse kogukonnakeskse hoolekande meeskonda, peavad olema väljaõppe ja valmisolekuga töötada psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientidega.
- Peab olema piisav hulk spetsialiste, kel on kriisisekkumiste, varajase sekkumise, vaimse tervise kogukonnateenuste (*community mental health teams*) ja statsionaarse ravi väljaõpe.
- Kõik tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeasutused peavad kaardistama teenused ja vajadused.
- Väikesed ja piiratud ajalise ressursiga projektijuhtimise meeskonnad, kuhu kuuluvad vaimse tervise ja sõltuvushäirete spetsialistid (*substance misuse specialists*) peaksid koos ette valmistama juhised ravi, sotsiaalhoolduse ja protsesside kliinilise juhtimise jaoks.
- Kõik teenusepakkujad, sealhulgas sõltuvusravi pakkujad, peavad tagama, et raske vaimse tervise probleemi ja uimastisõltuvusega klientidele kohaldatakse [programmi Care Programm Approach](#) ja neile tehakse täielik riskihindamine. ([HRB National Drugs Library 2023](#))

Kuigi leitakse, et peavooluteenustesse kaasamise mudel pakub ühelt poolt märkimisväärseid võimalusi spetsialistide ja klientide toetamiseks organisatsioonis, toob see teisalt kaasa mitmeid kitsaskohti. Näiteks toetub mudel täielikult spetsialistidele, kes võtavad initsiatiivi, et suunata kliente koostööle. Siiski, nende spetsialistide puhul, kes võivad loobuda koostööst klientidega (näiteks tulenevalt vähesest enesekindlusest või kogemusest), võib peavooluteenustesse kaasamise mudel olla vähetõhus. ([Guest & Chrisp 2015](#))

## 2. Spetsialiseerunud psühhiaatrilise komorbiidsuse teenuse mudelid

Sõltuvalt kohalikest vajadustest võib kasutusele võtta järgmisi teenusemudeleid:

- Spetsiaalsed mitmikdiagnoosiga tegelevad meeskonnad (*dedicated dual diagnosis teams*), mis toetavad teenuseid kõige keerulisemate klientidega tegelemisel, töötades mobiilselt (*outreach*) või nõustamismeetodil ning kes keskenduvad üldisemale nõustamisele, toetusele ja koolitusele seoses psühhiaatrilise komorbiidsusega.
- Intensiivse kogukonnakeskse hoolekande meeskonna (*assertive outreach team*) arendamine, mis on spetsialiseerunud psühhiaatrilisele komorbiidsusele ja mida juhivad ekspertrühma juht.
- Kohaliku võrgustiku arendamine, mis koosneks psühhiaatrilisele komorbiidsusele spetsialiseerunud arstidest, kes määratakse meeskondadesse ja statsionaarsetesse

raviasutustesse, kus on suur hulk komorbiidseid patsiente. Nad pakuksid üksteisele tuge ja supervisiooni ning tegutseksid oma tööpiirkonnas. Juhtivad arstid ja võrgustikud peavad olema seotud kõrgema juhtkonnaga ning töökoormuse läbivaatamiseks ja konkureerivate prioriteetide üle läbirääkimiseks peavad olema kehtestatud vajalikud mehhanismid. ([HRB National Drugs Library 2023](#))

Spetsialiseerunud mitmikdiagnoosiga tegelevate meeskondade töö üheks raskuskohaks võib osutada kaasamiskriteeriumide kindlaksmääramine patsientide vastuvõtmiseks ja raviks. Võib juhtuda, et sõltuvushäirega patsiente, kellel on vähem tõsised vaimse tervise probleemid, ravivad jätkuvalt uimastisõltuvuse meeskonnad ning mitmeid tõsiste vaimse tervise probleemidega patsiente, kellel esinevad ka sõltuvushäired, ravivad vaid vaimse tervise teenuse pakkujad. ([Laker 2006](#)) Intervjuus tõi multidistsiplinaarseid tiime juhtinud Albuquerque esile näite, kus päevaravi teenuse edukaks pakkumiseks tuli läheneda paindlikult ja sihtgrupi vajadusi arvesse võttes: oluliseks osutus teenusele ravi-eelse etapi loomine, kus ei nõutud kainust, aga tegeleti asendusravi koguste vähendamisega; ravi etapis eeldati patsientidelt ka kainust. (Albuquerque, 2023)

#### Näide tänaseni toimivast spetsialiseerunud mitmikdiagnoosi teenusest: COMPASS-programm

COMPASSi-nimelist programmi hakati arendama 1998. aastal Põhja-Birminghami Vaimse Tervise NHS Trust organisatsioonis (*Northern Birmingham Mental Health NHS Trust*) ning see kujutab endast lõimitud teenuste pakkumist, et aidata raskete vaimse tervise probleemidega inimesi. Teenuse mudeli eesmärk on saavutada ravi lõimimine nii kliinilisel kui ka teenuste tasandil. COMPASS-programmi peamine eesmärk on koolitada ja toetada vaimse tervise valdkonna töötajaid, eelkõige intensiivse kogukonnakeskse hoolekande meeskondi, et tagada **lõimitud ravi**. COMPASS-programmi tiim on seega spetsialiseerunud **multidistsiplinaarne meeskond**, kes koolitab ja toetab olemasolevaid vaimse tervise ja uimastisõltuvusravi teenusepakkujaid tööks lõimitud ravi põhimõttel, ent töötab ka otse sihtgrupiga. Meeskonnas on kuus multidistsiplinaarset töötajat, kelle tegevusvaldkonnad on järgmised:

- Intensiivse kogukonnakeskse hoolekande töötajate koolitamine lõimitud kognitiiv-käitumusliku nõustamise (*Cognitive-Behavioural Integrated Treatment, C-BIT*) rakendamiseks, millele järgneb COMPASS-programmi meeskonna regulaarne iganädalane toetus ja ühistegevus sekkumise elluviimise toetamiseks.
- Hindamine ja motivatsiooni suurendav sekkumine koos juhtumikorraldajate/ravipersonaliga vaimse tervise ja uimastite kuritarvitamise teenustes.
- Kahetasandiline koolitusprogramm esmatasandi vaimse tervise ja statsionaarse ravi töötajatele. Koolitus hõlmab baastadmisi psühhiaatrilisest komorbiidsusest ja koolitust selle avastamiseks ning motivatsiooni suurendava sekkumise läbiviimiseks.
- Vaimse tervise ja uimastisõltuvuse teenuste vaheliste seoste ja ravivõimaluste parandamine.

- Lõimitud ravimeetodi tõhususe süstemaatiline hindamine. ([HRB National Drugs Library 2023](#))

COMPASS-programm pakub teenust inimestele, kellel on rasked ja püsivad vaimse tervise probleemid (näiteks skisofreenia, psühhoos, bipolaarne häire, depressioon ja isiksusehäired) ning kes kasutavad uimasteid. Teenusele saavad suunata kõik tervishoiutöötajad. Programmi patsiente külastatakse nende kodus, kogukonnas või haiglas, olenevalt sellest, mis on teenusekasutajale kõige sobivam. COMPASS-programm pakub patsientidele järgmisi teenuseid:

- Teenuste koordineerimine
- Sõeluuringud ja terviseseisundi hindamine
- Uimastitarvitamise kliiniline hindamine
- Ravi planeerimine
- Kaasamine ja motivatsiooni loomine muutusteks
- Arutelu käitumisviisi muutmise üle
- Varajase tagasilanguse ennetamine
- Tagasilanguse pikaajaline ennetamine ja juhtimine
- Oskuste arendamine, sh emotsioonidega toimetulek ([BSMHFT NHS 2023](#))

COMPASS-programmi oluline tugevus seisneb selles, et vastava kompetentsiga meeskond töötab sihtgrupiga otse ja samas õpetab välja ka teisi spetsialiste, kes sihtgrupiga kokku puutuvad. See tagab nii teadmiste edasiandmise kui ka väljaõppe praktilisuse. ([Turning Point 2021](#)).

### Rakenduslikud raamistikud *Care Programme Approach* ja *Community Mental Health Framework*

Suurbritannias rakendatud lähenemistele on omane, et psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide ravi edendamisele lähenetakse laiema süsteemi ja ravikorralduslike printsiipide kaudu, mis võimaldaksid ka komplekssemate vajadustega (sh mitmikdiagnoosiga) patsientide vajadustele tähelepanu pöörata lõimitud viisil.

Care Programm Approachiga (CPA) pidid kõik teenuspakkujad (sh uimasti- ja alkoholisõltuvuse teenuste) tagama raske vaimse tervise häire ja uimastisõltuvusega patsientidele CPA-programmi kohaldamise. CPA on süsteem komplekssete vajadustega, sh psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste ravi, hoolekande ja tugiteenuste koordineerimiseks. See nõuab tihedat koostööd patsientide ja nende hooldajatega ning hõlmab ravi hindamise, planeerimise, osutamise ja läbivaatamise korraldust ([RDASH NHS 2022](#)). Patsiendil peab olema enda hooldusplaani koopia, milles on kirjas ka see, kes ja millist tuge talle pakub, ning mida teha ja kellega kontakteeruda erakorralises või kriisiolukorras ([NHS England 2019](#)).

CPA-programmis on kesksel kohal [hooldusplaan](#), mille eesmärk on tagada läbipaistev, vastutustundlik ja koordineeritud lähenemine erinevate füüsiliste, psühholoogiliste, emotsionaalsete ja sotsiaalse toe vajaduste rahuldamiseks. CPA-programmis määratakse patsiendile kindel hoolduskoordinaator, kes vastutab raviplaani koostamise, rakendamise ja hindamise koordineerimise eest. CPA-programmi neli põhielementi on järgmised:

- Süsteemne korraldus tervishoiu ja sotsiaalsete vajaduste hindamiseks erihoolekandeteenustele vastuvõetud inimeste puhul.
- Hooldusplaani koostamine, milles määratakse kindlaks tervishoiu- ja sotsiaaltoe vajadused ja erinevate teenusepakujate võimaldatavad teenused.
- Hoolduskoordinaator, kes hoiab tihedat kontakti patsiendiga ning jälgib ja koordineerib hooldust.
- Patsiendi seisundi regulaarne ülevaatus ja vajaduse korral kokkulepitud muudatuste tegemine hooldusplaanis. ([RDASH NHS 2022](#))

Nagu eelnevalt mainitud, korraldati CPA mullu ümber [kogukonnatasandi vaimse tervise raamistikuks](#). Sellega püütakse lõimitud ravi tuua kogukonnatasandile, ühendades esmatasandil pakutavat ravi ning spetsialiseeritud tasandil pakutavaid komplekssemaid teenuseid (sh toetatud elamine ja hooldekodud). Muutusega soovitakse alles jätta kõik CPA tugevused, ent liikuda teenuste üldisemalt koordineerimiselt terviklikuma, meeskonnapõhise toe pakkumiseni. ([NHS England 2019](#)) Kogukonnatasandi vaimse tervise raamistiku fookuses on enamiku abivajajate toetamine lõimitud kogukonnatasandi vaimse tervise teenuste osa, ent tõdetakse, et [komplekssemate vajaduste korral on siiski tarvilik spetsialiseerunud abi tasand](#). Sinna kuuluvad näiteks spetsialiseerunud kogukonna vaimse tervise meeskonnad (eriti psühhootiliste ja muude häirete puhul, mis oma raskusastme juures on kaasa toonud puude); rehabilitatsioonimeeskonnad; kriisilahenduslikud sekkumised, koduravi teenused ja haiglaravi erakorralise ja intensiivse abi ja toe pakkumiseks; spetsialiseerunud raviteenused komplekssemate häirete puhul; tugiteenused tõrjutusriskis inimestele. Raamistik toetub riigis paljuski olemasolevatele pädevustele ja teenustele, kuid sisse tuuakse esile „[kogukonnalüli](#)“ (*community connector, social prescribing link worker, care navigator, wellbeing advisor*) rolli, mida võivad täita näiteks vastava ettevalmistuse saanud kogemusnõustajad, tugiisikud, juhtumikorraldajad jt. Nende ülesanne on olla kursis ja kontaktis kohalike abi- ja tugiteenuse pakujatega, sh vabatahtlike ja kogukondlike organisatsioonidega, ning nad aitavad inimesel leida talle sobilikke tegevusi ja teenuseid. NHS Inglismaa on võtnud vastutuse värvata ja koolitada suurel hulgal kogukonnalüli täitvaid inimesi (et rakendada 2021. aastaks antud rollis 1000 inimest ning tõsta seda hulka veelgi 2024. aastaks). Ka uues raamistikus on olulisel kohal [plaan](#), mis on (vastavalt patsiendi võimekusele) loodud teda võimalikult palju kaasates ning talle kättesaadav nii praktiliselt kui ka keelekasutuslikult; tähelepanu pööratakse ka hooldajate võimalikult suurele kaasatusele ning hooldajate enda toetamisele. Raamistikus pakutava toe ellukutsumiseks rakendatakse [teenuspakujate-vahelisi mitme-aastaseid koostöölepinguid](#), milles organisatsioonid lepivad kokku ühistes väärtustes, visioonis, eesmärkides ja prioriteetides. ([NHS England 2019](#), [NCCMH 2021](#))

## HOPE(S)-mudel kinnistes raviasutustes

Kinniste ja kõrge turvatasemega psühhiaatriliste raviasutuste teenusekirjelduses ([NHS England 2021](#)) tuuakse välja taastumispõhine kliiniline ravimudel ja progressistrateegiad, mis on loodud selleks, et vähendada vajadust patsiendi pikaajaliseks eraldamiseks. Raviasutuses on multidistsiplinaarne meeskond, kuhu kuuluvad vastava väljaõppe ja supervisiooniga psühhiaater, kliinilised ja/või kohtuekspertiisiga psühholoogid, vaimse tervise õed, tegevusterapeutid ja sotsiaaltöötajad. Ravi planeerides tuleb silmas pidada farmakoloogilise ravi aspekte; kasutada sõnavara, mida patsient mõistab; olla paindlik rakendatavates planeerimismeetodites (näiteks sõnalise plaani asemel kasutada pilte); toetada positiivse käitumusliku plaani loomisel. Mudeli põhilisteks töövahenditeks on kontaktloome (*engagement*) ja koostöö ning tähelepanu pööratakse nii töötajate kui ka patsientide toetamisele. Kaasamise keskmes on püsivad pingutused selle nimel, et tekitada inimeses huvi ja kaasata teda igapäevastesse sotsiaal-, tugi- ja kliinilistesse teenustesse. Mudeli põhielemendid on süsteemi rakendamine kesksete kontaktisikute kaudu; positiivseks käitumiseks ning tähenduslikuks ja füüsiliseks tegevuseks võimaluste pakkumine; riskide maandamiseks kaitsetegurite ja kliinilise toe strateegiate tuvastamine; nii patsientide kui töötajate toimetulekuoskuste suurendamine; süsteemi haldamine ja arendamine nende etappide jooksul toe pakkumiseks.

Mudeli sammud ja nende olulisemad kirjeldused on alljärgnevad (mudeli etapid ei kulge lineaarselt, ent esimene etapp on enamasti ka alguspunktiks).

*Harness the System and Engage the Person*: kasuta süsteemi ja kaasa inimene

1. Stabiliseeri indiviid ja teda ümbritsev süsteem
2. Loo võtmekontaktid, määra „tõlk“ inimese ning raviotsuseid tegeva tiimi vahele
3. Tekita ootus progressiks

*Opportunity for Positive Structured Activity in an Enabling Environment*: Võimalus positiivseks struktureeritud tegevuseks turvalises keskkonnas

4. Turvalised keskkonnad, mis on rahulikud ja maandatud riskidega
5. Tähendusrikka tegevuse võimalused, mis sisaldavad kehalist aktiivsust
6. Sammsammuline plaan suurema vabaduse poole liikumiseks
7. Väga struktureeritud edenemisplaan, kus on selgelt kirjas kriteeriumid ja vastutus
8. Plaanis on määratud ülevaate- ja lõpp-punktid

*Preventative and Protective Factors*: Ennetuslikud ja kaitsetegurid

9. Analüüsi varasemat vägivaldset käitumist
10. Kirjelda, kuidas riskide avaldumist mõjutavad traumaatilised kogemused, vaimse tervise probleemide sümptomid (sh isiksushäire, autism jne)
11. Tuvasta riskifaktorid ja praktilised riskimaandamise strateegiad
12. Tuvasta kaitsestrateegiad ja tagasilanguse indikaatorid
13. Tööta koos inimesega välja kriisiplaan

14. Taga nii progressi kui tagasilanguste järel võimalus arutleda inimesega seda põhjustanud tegurite üle

*Enhance Coping Skills and Maintain*: Suurenda toimetulekuviise ja tulemuste püsivust

15. Juhi ja vähenda nii patsientide kui töötajate ärevust
16. Kasuta traumateadlikku lähenemist
17. Arenda emotsioonidega toimetuleku ja impulsikontrolli oskuseid
18. Kasuta töötajate ja patsientide vaheliste piiride dünaamika teadlikkuse ja oskuste suurendamiseks Hamiltoni „piiride kiige“ (*Boundary See-Saw*) lähenemist (Hamilton 2010)
19. Märka ja tunnusta progressi eest nii töötajaid kui ka patsiente
20. Arvesta asjaoluga, et progress ei ole lineaarne
21. Sea paika strateegiad progressi säilitamiseks
22. Üleminekud suurema vabaduse poole peaksid olema samm-sammulised ja planeeritud

Mudeli osaks on ka süsteemi puudutavad ja progressistrateegilised aspektid, milles tuleb käsitleda näiteks keskkonna kujundamist (nt võimalus viibida nii sensoorselt vähestimuleerivas ruumis kui ka sellises, kus saab tegeleda struktureeritult ja keskendunult rahuldust pakkuvate tegevustega, mis juhiks tähelepanu sümptomitelt eemale), töötajate koolitamist, individualiseeritud ravistrateegiaid (näiteks dialektilis-käitumuslik teraapia, sobilik farmakoloogiline raviskeem), selgete eesmärkide ja plaanide olemasolu jne.

Mudeli efektiivsuse kohta on käimas uuringud, mille esmaseid tulemusi on oodata 2024. aasta alguses (NHS Foundation Trust).

### Kohandatud kognitiiv-käitumuslikud teraapiad C-BIT ja BIMi

Töös psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientidega tuuakse Suurbritannia näitel välja kohandatud kognitiiv-käitumusliku teraapia mudeleid, mida tõi intervjuu esile ka välisekspert (Albuquerque, 2023).

COMPASS-programmis kasutatakse kognitiiv-käitumuslikku lõimitud ravi (*Cognitive-Behavioural Integrated Treatment*, C-BIT (Graham 2004)), mis on välja töötatud just uimastiprobleemide ja tõsiste psüühikahäiretega inimestele. C-BIT on manualiseeritud (üksikasjaliku juhendiga) tõenduspõhine lähenemine, mis on jaotatud viite etappi: hindamine ja neli ravifaasi (kontaktiloome ja muutuseks motivatsiooni loomine; läbirääkimised mõningase käitumusliku muutuse saavutamiseks; varajane tagasilanguse ennetamine; tagasilanguse ennetamine ja toimetulek tagasilanguse korral). Põhjalik käsiraamat pakub ka täiendavate probleemidega tegelemise elemente nii indiviidi kui teda ümbritseva võrgustiku tasandil. Nende abil saab spetsialist aidata patsiendil õppida erinevaid oskuseid – näiteks toimetulekut ärevuse, depressiooniga või vihaga ja impulsikontrolli parandamist, sotsiaalseid oskuseid või tegelemist enesehinnanguga. Pere ja sotsiaalse võrgustiku alateemad

puudutavad nii neile psühhohariduse pakkumist, nende raviprotsessi kaasamise julgustamist kui ka praktilisi toimetulekustrateegiaid ja -oskuseid. Käsiraamatus puudutatakse muuhulgas rakenduslikke küsimusi: ravi rakendamise väljakutseid ja lahendusi, väljaõpet ja supervisiooni, organisatsioonilisi tegureid ning ülevaadet tõenduspõhisusest. (Graham 2004)

C-BIT lähenemise autorid on seda täiendades loonud ka motivatsioonil põhineva lõimitud lühisekkumise (*Brief Integrated Motivational Intervention* (Graham jt 2016)), mis pakub tõenduspõhise manualiseeritud lähenemise, millega on õnnestunud suurendada inimese osalust sõltuvusravis ning tuua kaasa mõningane muutus käitumises. Kohtumiste arv võib varieeruda (1–6), kesta 15–30 minutit ning ideaalis toimuvad need kuni kahe nädala jooksul. BIMi oluliseks eripäraks on maksimaalselt ära kasutada muutusele juba mõningaselt avatud ajaakent – näiteks esimesi nädalaid terviseprobleemi tõttu haiglaravile sattudes või pöördudes vaimse tervise teenusepakkuja poole, kui inimese tervisemure on akuutses seisundis. See rakendab ajaperioodi, mil inimene on kognitiivselt rohkem aldis mõtlema sellele, kuidas tema uimastitarvitamine on toonud teda käesoleva abivajaduseni. BIMi kasutab kolme-sammulist raamistikku, millest võtmetähtsusega on just esimene. Esimese sammu jooksul tehakse lühike hindamine ja pakutakse inimesele tagasisidet, mis toob esile tema uimastitarvitamise mustrid ja nende võimaliku mõju tema füüsilisele ja vaimsele tervisele. Soovituslik on pakkuda ka personaliseeritud psühhohariduslikku teavitustmaterjali (nt voldikuid) uimasti(te) kohta, mida inimene tarvitab. Teise sammu jooksul aidatakse inimesel teha otsuseid selle osas, milliseid tulemusi ta soovib. Selleks rakendatakse strateegiaid, mis on suunatud teadlikkuse tõstmisele sellest, mida inimesed tajuvad tarvitamisest tuleneva „kasuna“, ning arutlust sellest, mis toimub tarvitamismustri jätkamisel; uimastitarvitamist alalhoidvate positiivsete mõtete ja uskumuste ümberhindamisele; teadlikkuse tõstmisele vaimse tervise probleemi ja uimastitarvitamise omavahelistest vastastikmõjudest ja sellest, kuidas need võivad vastastikmõju toel probleeme süvendada ja „nõiaringi“ käimas hoida. Kolmandas sammus julgustatakse inimesi kaaluma muutuse tegemist ja koostama enda seatud eesmärgi saavutamist võimaldavat plaani, mille loomisel kasutatakse eesmärgi saavutamise planeerimise tööriistu. See võimaldab muutust tajuda võimaliku ja saavutatavana. Kaasatakse strateegiaid, et toime tulla tagasilöökidega ja tungidega ning tarbimise sütikutega ja otsida muutusele sotsiaalset tuge. Käsiraamat sisaldab lisaks etappidele ja neis kasutatavatele strateegiatele ka töölehti, jaotusmaterjale lähedastele, sõeltestele jm. (Graham jt 2016)

### Soovitud käitumise kinnitamine (*contingency management*)

Nii välisintervjuu (Albuquerque, 2023) kui ka sõltuvusravialase teaduskirjanduse põhjal kerkib esile soovitud käitumise kinnitamine (*contingency management, CM*) kui üks potentsiaalne viis tõsta ravis osalemise määra ja/või ravitulemusi (enamasti mõõdetud tarvitamisvabade päevadega). CM põhineb käitumusteaduslikul lähenemisel, täpsemalt operantse tingimise põhimõtetel, ning seisneb inimese premeerimisel ravikohtumisel osalemise või negatiivse uimastitesti puhul. Preemiad võivad olla mitmekesised, varieerudes sõnalistest tunnustustest

kuni rahaliste või rahalise väärtusega preemiateni (nt kinkekaardid). Antud lähenemise efektiivsust on uuritud ka psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide puhul ning leitud väikest mõju, kuigi täiendavad kvaliteetsed uuringud on vajalikud ([Destoop jt 2021](#), [Kelly jt 2014](#), [Hunt jt 2019](#)). Võttes arvesse ka Eesti ekspertide intervjuudest saadud seisukohti, võib aga tegu olla elementaarse ja võrdlemisi vähekuluga viisiga, kuidas soodustada sihtgrupi osalust kohtumistel: lihtsaim näide võib olla osalejatele eine pakkumine.

### Mida tasub Suurbritannia kogemustest esile tõsta?

- Psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide ravi edendamiseks on mitmeid väga asjakohaseid ja kergelt ligipääsetavaid (veebis kättesaadavaid ja ingliskeelseid) kvaliteedistandardeid ja praktilisi juhendmaterjale, millest saab Eesti oludele sobiva teenuse väljatöötamisel ja pakkumisel juhinduda.
- Välja on töötatud kaks manualiseeritud (ehk põhjaliku korraldusliku juhendiga) kognitiiv-käitumuslikul teorial põhinevat sekkumist, mis on suunatud just psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide raviks (sh pidades olulise aspektina silmas esialgse motivatsiooni saavutamist muutuseks).
- Riikliku tasandi sihiks on tõsta kõigi vaimse tervise ja sõltuvushäirete ravi teenusepakkujate esmaseid pädevusi ka antud sihtgrupiga töötamiseks. Sõnastatud on põhimõtted, mille kohaselt on iga kontakt spetsialistiga oluline ja saab alguspunktiks koosinevaid häireid silmas pidavale ravile.
- Antud sihtgrupiga töötamises rakendatakse aina rohkem multidistsiplinaarseid meeskondi ja valdkondadevaheliselt koordineeritud ravi.
- Psühhiaatrilisele komorbiidsusele spetsialiseerunud tiimid toimivad sageli viisil, kus lisaks teenuste pakkumisele otse sihtgrupile, õpetatakse välja ja juhendatakse teisi spetsialiste ja meeskondi, kes nendega töötavad.
- Üsna värskes kogukonnatasandi vaimse tervise raamistikus rakendatakse „kogukonnalülisid“, kes aitavad inimestel kontakti luua kohalikult olemasolevate ravi- ja tugivõimalustega. Selle rolli täitmisel saab rakendada nii kogemusnõustajaid, juhtumikorraldajaid, tugiisikuid kui ka muid asjakohaste teadmiste ja pädevustega inimesi ning see võimaldab vähendada kliiniliste spetsialistide koormust.
- Tagatakse toetavate teenuste rakendamine ka raskete psüühikahäiretega inimeste hooldajatele (määratletult nii seadusandlikul kui ka rakendusliku raamistiku tasandil).

## 4.3. Soome

### 4.3.1. Taust

#### Ülevaade riigi tervishoiu- ja erihoolekande teenuste korraldusest

Soome on 5,6 miljoni elanikuga Põhja-Euroopa riik (Eurostat 2023). Soome tervishoiukulutused moodustasid 2019. aastal 9,2% SKP-st, mis on Euroopa Liidu keskmisest 0,7 protsendipunkti võrra madalam. (OECD 2021b)

Kõik Soome alalised elanikud on riikliku tervisekindlustussüsteemiga kaetud üldiste tervishoiuteenuste (esmatasandi ja eriarstiabi) paketi<sup>15</sup>. Lisaks munitsipaalteenustele katab riiklik tervisekindlustussüsteem elanikele osa ravimite, hambaravi ja mõningate erasektori teenuste kuludest. Tööga hõivatud elanikkond on kaetud ka töötervishoiu kaudu tööandjate kindlaksmääratud teenustega (seadusega kehtestatud miinimumstandarditega), milleks on tavaliselt esmatasandi tervishoiuteenused. Töötervishoiuteenused loovad paralleelse süsteemi: see tagab töötavale elanikkonnale kiirema ja tasuta juurdepääsu teenustele, samas kui munitsipaaltervishoiu kasutajad puutuvad kokku omaosaluse ja ooteaegadega. (OECD 2021b)

Enamiku munitsipaalteenuste (esmane, ambulatoorne ja statsionaarne eriarstiabi, samuti erakorraline ravi) ja ravimite eest tuleb tasuda märkimisväärne omaosalus. Piirmäärad on paika pandud seadusega, kuid omavalitsused võivad võtta tasu alla piirmäära või määratleda rühmad, kes on sellest vabastatud. Üle viiendiku (17,4%) tervishoiukulude rahastamisest 2019. aastal pärines eraallikatest – peamiselt patsiendi omaosalusest. Omaosalusest on vabastatud esmatasandi arstiabi alla 18-aastastele lastele, laste vaksineerimised, naistekliinikud ning teatavate haiguste diagnoosimine ja ravi. Lisaks on seatud kolm ülemmäära aastas – 683 eurot munitsipaalteenustele, 580 eurot ravimitele ja 300 eurot sõidukuludele (2021. aastal). (OECD 2021b)

Tervishoiuteenused jagunevad esmatasandi ja eriarstiabiks. Maakonna ja omavalitsuste tasandil tagatud esmatasandi teenused hõlmavad elanikkonna tervise jälgimist, tervise ja heaolu edendamist ning haiguste ennetamist, diagnoosimist ja ravi. Esmatasandi tervishoiuteenuseid osutatakse tervisekeskustes. Enamik eriarstiabi teenuseid osutatakse haiglates. Patsientide staatus ja õigused ning ravile juurdepääsu tähtsajad on sätestatud seadusega. (MSAH 2023e)

---

<sup>15</sup> Üldine ravikindlustus ei laiene varjupaigataotlejatele, kes saavad abi vastuvõtukeskuste kaudu, ega dokumentideta sisserändajatele, kes võivad küll saada kiireloomulist arstiabi riiklikelt teenusepakkujalt, kuid peavad oma kulud võib-olla ise katma (OECD 2021b).

Alates 2023. aasta algusest vastutab elanikele tervishoiu-, sotsiaal- ja päästeteenuste tagamise eest Soomes 21 nn [heaoluteenuste piirkonda](#) (*wellbeing services counties*, soome k *hyvinvointialue*), Helsingi linn ning Helsingi ja Uusimaa piirkonna omavalitsus (HUS Grupp). Heaoluteenuste piirkonnad ja Helsingi linn korraldavad esmatasandi tervishoiu, sotsiaalhoolekande, eriarstiabi, hambaravi, vaimse tervise ja uimastite kuritarvitamisega seotud teenuseid, puuetega inimeste teenuseid ja eakate eluasemeteenuseid. Omavalitsused (kokku 293) ja heaoluteenuste piirkondade katusasutused teevad koostööd tervise ja heaolu edendamisel. Eraettevõtjad koos organisatsioonide ja ühendustega täiendavad riiklikke tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid. ([MSAH 2023a](#))

Heaoluteenuste piirkondade tööd juhivad strateegiliselt sotsiaal- ja tervishoiuministerium tervishoiu- ja sotsiaalteenuste tagamisel, siseministerium päästeteenuste tagamisel ning rahandusministerium jälgib tegevusi ja rahaasju. Samas ei pane ministeriumid piirkondadele ette detailselt kindlaid tegevusi ja kohustusi, vaid vastutuse vastavaid teenuseid elanike vajadustest ja jagatud parimatest teadmistest lähtuvalt osutada. Heaoluteenuste piirkonnad on autonoomsed, ehkki neid rahastab valitsus. ([MSAH 2023b](#), [MSAH 2023c](#))

Iga heaoluteenuste piirkond kuulub omakorda ühte viiest koostööpiirkonnast, mille eesmärk on edendada tervishoiu ja sotsiaalhoolekande piirkondlikku koostööd heaoluteenuste piirkondade vahel. See võimaldab muuhulgas kokku leppida kohustuste jaotuse samasse regiooni kuuluvate heaoluteenuste piirkondade vahel. ([MSAH 2023d](#)) Samuti tehakse tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamisel koostööd omavalitsuste, ülikoolihaiglate (mida on igas koostööpiirkonnas üks), sotsiaalhoolekande kompetentsikeskuste, erateenuste osutajate ning muude valdkondlike organisatsioonide ja liitudega (mida on üle 11 000). Sotsiaalhoolekande kompetentsikeskuseid on 11 ning need katavad kõiki heaoluteenuste piirkondi. Kompetentsikeskuste ülesanne on pädevuse ja oskusteabe arendamine ja jagamine sotsiaalhoolekandesektoris, avalike põhiteenuste ja eriteadmisi nõudvate eri- ja ekspertteenuste arendamine ning koostöö toetamine eri- ja ekspertteenuste osutamiseks piirkondlikul tasandil. ([MSAH 2023a](#))

Omavalitsuse sotsiaal- ja tervishoiuteenused keskenduvad vaimse tervise häirete ennetamisele, varajasele diagnoosimisele, ravile ja rehabilitatsioonile. Ravi pakutakse peamiselt ambulatoorselt ja esmatasandi tervishoiuteenustena, aga ka psühhiaatriakliinikutes ja -haiglatess osutatava eriarstiabi osana. Omavalitsuste korraldada on eluaseme- ja koduteenused. Vaimse tervise teenused hõlmavad järgmist:

- juhendamist, nõustamist ja vajadusel psühhosotsiaalset tuge,
- psühhosotsiaalset tuge kriisiolukordades,
- psüühikahäirete diagnoosimist, ravi ja rehabilitatsiooni. ([MSAH, „Mental health services“](#))

Teenused uimastisõltuvusega inimestele on kättesaadavad järgmistes vormides:

- üldised sotsiaal- ja tervishoiuteenused,
- spetsiaalsed teenused uimastisõltuvusega inimestele,
- meditsiinilise ravi eritasand.

Teenused sõltuvushäirega inimestele hõlmavad:

- ambulatoorset ravi,
- institutsionaalset hooldust,
- rehabilitatsiooni,
- eluaseme- ja tugiteenuseid.

Sõltuvusravi teenused hõlmavad ka võõrutusravi, et tulla toime võõrutusnähtude ja muude uimastitest põhjustatud probleemidega. Lühiajaline ööpäevaringne institutsionaalne hooldus kestab tavaliselt üks–kaks nädalat. Ravi ja rehabilitatsiooni toetavad teenused hõlmavad tugi- ja majutusteenuseid. Ravi ja rehabilitatsioon toimuvad vabatahtlikult ja konfidentsiaalselt. Mõned lastekaitseasutused pakuvad samuti uimastisõltuvuse rehabilitatsiooni. Lisaks on Soomes arvukalt ühendusi, mis pakuvad uimastisõltuvusega inimestele kogemusrõustamist. (MSAH, „Services for substance abusers“)

### Sõltuvusravi ja psühhiaatrilise ravi osutamisega seotud organisatsioonid

Soomes on 2020. aasta seisuga üle **11 000 tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeorganisatsiooni**, mis täiendavad avalikke teenuseid. Erasektori teenused võivad olla osa teenuseahelast või -paketest ehk heaoluteenuste piirkonnad ja omavalitsused teevad nendega koostööd. (MSAH 2023a)

Näiteks pakuvad sihtasutus **A-kliinik** (*A-klinikkasäätio*) ja noortekliinikute võrgustik ambulatoorselt ja veebipõhiselt uimastite kuritarvitajatele suunatud teenuseid. A-kliinik loodi 1955. aastal ning on ajalooliselt keskendunud alkoholi kahjulike mõjude vähendamisele. Tänapäevaks hõlmab fondi töö ka teisi sõltuvusi. Teadusandmetele tuginedes on üks nende põhimissioone teha ühiskonnas teavitustööd ja osaleda ühiskondlikes aruteludes. Sihtasutusele kuuluv A-kliinik (Ltd/OÜ) pakub sõltuvusravi ja vaimse tervise teenuseid, sh statsionaarselt A-kliiniku kogukondades ja võõrutusüksustes ja -keskustes. A-kliiniku sõltuvusravihaigla Järvenpää on ainuke sõltuvusravile spetsialiseerunud haigla Soomes. (MSAH 2023a, *A-Clinic Foundation 2023, A-klinikka*)

Veel on mitmeid intellektipuudega inimesi koondavaid ja toetavaid ühinguid, näiteks **Soome intellekti- ja arengupuudega inimeste ühendus (FAIDD)** ja **Kehitysvammatuki 57<sup>ry</sup>**. Need organisatsioonid ühendavad, jälgivad ja toetavad puuetega inimeste õigusi, nende peresid ja lähedasi ning arendavad võimalusi ühiskonnaelus täieõiguslike liikmetena osalemiseks. Muuhulgas pakub Kehitysvammatuki 57 erinevaid teenuseid, sh toetatud elamise teenust, ka

ööpäevaringset toetust nn kodukogukondades ja päevakeskustes. ([Kehitysvammatuki 57, Kehitysvammaliitto](#))

Sõltumatu riiklik ekspert- ja uurimisinstituut [Tervise ja Heaolu Instituut \(THL\)](#) vahendab usaldusväärset teavet otsuste tegemiseks ja tegevusteks tervise ja heaolu valdkonnas. Lisaks pakub THL erinevaid teenuseid, näiteks kriisiabi ja varjupaigateenust koduvägivallaohvritele, aga ka uimastite tarvitamise testimist. Samuti tegeleb THL riigis sõltuvuse ennetamise eesmärkide ja tegevuste koordineerimise ning arendamisega. ([THL 2023](#)) Teine oluline multidistsiplinaarne teadus- ja ekspertorganisatsioon on [Soome töötervishoiu instituut \(TTL\)](#), mis keskendub töötervishoiule, teadusuuringutele, nõustamisele ja koolitustele. ([TTL 2023](#))

[Sotsiaalkindlustusamet \(Kela\)](#) pakub ja vahendab erinevaid teenuseid ja hüvitisi, näiteks puudetoetusi, töövõimetustoetusi, hooldajatoetusi, sotsiaalabi jpm. Muuhulgas hüvitab Kela 16–67-aastaste inimeste töö- või õppimisvõime parandamiseks tehtava rehabiliteeriva psühhoteeraapia kulud. Kulude kompenseerimisele kvalifitseeruvad inimesed, kelle töö- ja õppimisvõime on psüühikahäire tõttu piiratud. Kela võimaldab erinevates vormides rehabilitatiivset psühhoteeraapiat ühe aasta kaupa (kuni 80 seansi aastas) ja kuni kolm aastat (kokku kuni 200 seansi). ([Kela 2023](#), [MSAH 2023e](#))

Riiklikke ja eratervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeteenuseid, sh nende kättesaadavust ja kvaliteeti, suunavad ja kontrollivad [piirkondlikud haldusasutused \(Regional State Administrative Agencies\)](#). Samuti väljastavad nad oma piirkonna eraõiguslikele teenusepakujatele litsentse. Et tagada ühetaolised litsentsimis-, juhendamise- ja järelevalvetavad kogu riigis, suunab piirkondlikke haldusasutusi Soome riiklik tervishoiu ja sotsiaalhoolekande litsentsimisasutus [Valvira](#). ([MSAH 2023a](#))

### Sõltuvus- ja psühhiaatrilist ravi reguleerivad seadused ja juhendid

Soome tervishoiusüsteemi üldine korraldus lähtub järgmistest seadustest:

- tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeteenuste korraldamise seadus (*Act on Organising Healthcare and Social Welfare Services, 2021*),
- sotsiaalhoolekandeseadus (*Social Welfare Act, 2014*),
- tervishoiuseadus (*Health Care Act, 2010*),
- vaimse tervise seadus (*Mental Health Act, 1990*).

Eriõigusaktid hõlmavad laste heaolu, uimastisõltuvuse ravi, intellektipuudega inimeste erihooldust, puuetega inimeste teenuseid, mitteametlikku hooldusabi, perehooldust, rehabilitatsiooni ja eakaid inimesi, näiteks:

- lapse heaolu seadus (*Child Welfare Act, 2007*),

- eakate inimeste töövõime toetamise ning eakate sotsiaal- ja tervishoiuteenuste seadus (*Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Services for Older Persons, 2012*),
- puuetega inimeste hoolekannet suunab käsiraamat (*Vammaispalvelujen käsikirja*), mis on mõeldud inimestele, kelle töö on seotud puuetega inimestele pakutavate teenustega.

Lisaks on eraldi seadused töötervishoiu, nakkushaiguste ennetamise ja ravi ning patsientide staatuse ja õiguste kohta. (MSAH, „Legislation on health...“, THL, „Vammaispalvelujen käsikirja“)

Sotsiaalhoolekannet ja sotsiaalteenuseid käsitlevad sätted on kehtestatud sotsiaalhoolekande seaduses ja sotsiaalhoolekannet käsitlevates eriseadustes. Sotsiaalteenuste hulgas on heaoluteenuste piirkondadel vastutus reageerida alkoholi ja narkootikumide kuritarvitamisest, muudest sõltuvustest, vaimse tervise probleemidest või muudest haigustest või puudest või vanusest tingitud abivajadusele. (MSAH 2023f) Sotsiaalhoolekandeseadusest tulenevalt peab sotsiaalhoolekandes tehtav sõltuvusalane töö olema planeeritud ja rakendatud nii, et see moodustaks koos muu omavalitsuses tehtava sõltuvusainete ja vaimse tervise alase tööga funktsionaalse terviku. Samuti tuleb vaimse tervise alane töö kavandada ja rakendada nii, et see moodustaks koos ülejäänud sotsiaalhoolekande ja tervishoiuga funktsionaalse terviku. (THL, „Linjaukset 2009–2015...“)

Soomes ühitavad mitmed omavalitsused vaimse tervise teenused uimastisõltuvusega inimestele mõeldud teenustega. Sotsiaal- ja tervishoiuteenuste pakkujad teevad koostööd vaimse tervise ja sõltuvusainete kuritarvitamise probleemide ennetamisel ja ravimisel. Omavalitsused koordineerivad uimastisõltuvusega inimestele mõeldud riiklikke, vabaühenduste ja erasektori teenuseid. (MSAH, „Mental health services“)

2009. aastal algatati Soomes **riiklik reform, et lõimida vaimse tervise ravi ja sõltuvusainete kuritarvitamise ravi süsteemid** (Tammi ja Stenius 2014). Lõimitud ravi eesmärk on pakkuda kergesti kättesaadavaid ja paindlikke teenuseid ning tegeleda psüühikahäirete ja uimastiprobleemidega ühes üksuses (MSAH, „Services for substance abusers“). Riiklikus vaimse tervise ja uimastisõltuvuse kavas esitati sotsiaal- ja tervishoiuministeeriumi kokku kutsutud töörühma ettepanekud vaimse tervise ja uimastisõltuvuse alase töö arendamiseks kuni 2015. aastani. Kavas visandati esimest korda vaimse tervise edendamise ja uimastisõltuvuse alase töö arendamine ühtse tervikuna riiklikul tasandil. Vaimse tervise ja sõltuvusainete kuritarvitamise kava rakendamise eest vastutasid aastatel 2009–2015 Tervise ja Heaolu Instituut (THL) ning sotsiaal- ja tervishoiuministeerium. (THL, „Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma“)

Riikliku vaimse tervise edendamise ja uimastite kuritarvitamise vastase töö arendamise kava viidi ellu projektidena neljas fookusvaldkonnas:

1. kliendi positsiooni ja osaluse tugevdamine teenuse väljatöötamises,
2. investeerimine ennetusse: programmid sotsiaalse tõrjutuse ning vaimse tervise ja uimastiprobleemide põlvkondadevahelise edasikandumise vältimiseks ja varajase tuvastamise toetamiseks,
3. ambulatoorsete põhi- ja erihooldusteenuste ja uimastite kuritarvitamise teenuste arendamine funktsionaalseks tervikuks, mis hõlmab kogu elutsükli,
4. poliitikavahendite tugevdamine vaimse tervise ja uimastitöö arendamise toetamiseks. (THL, „Linjaukset 2009–2015...”)

Kava täideviimise hindamise aruande kohaselt täheldati positiivseid arenguid eelkõige järgmistes valdkondades: kogemusekspertide ja -nõustajate toe kaasamine, tahtevastase psühhiaatrilise ravi vähendamine, vaimse tervise ja uimastite kuritarvitamise strateegiate lülitamine munitsipaalstrateegiatesse ning töövõime ja tööle naasmise toetamise tugevdamine töötervishoius. Välise lõpphinnangu kohaselt avaldas kava positiivset mõju eelkõige teadlikkuse tõstmisele kliendi positsiooni tugevdamise, edendamise- ja ennetustöö ning teenusesüsteemi arendamise vajadusest. (MSAH 2016) Üks Soomes läbi viidud uuring, mis vaatas mitmikdiagnoosile suunatud ravi osutamise võimekust sõltuvusravis, järeldab, et nimetatud kava on üldiselt aidanud kaasa [vaimse tervise orientatsiooni tugevdamisele sõltuvusravis](#), olgu see siis lõimitud või mitte (Tammi ja Stenius 2014).

Edaspidiseks (kuni 2020. aastani) koostas juhtrühm soovitusel rõhuga järgmistel fookusvaldkondadel.

- teenusekasutajate positsiooni tugevdamine, mh mitmekesistades teenuste pakkumist ja suurendades kättesaadavust ning teenusekasutajate valikuvabadust, vähendades tahtevastase ravi vajadust ning toetades rehabilitatsiooni ja juurdepääsu tööhoivele;
- vaimse tervise ja uimastite kuritarvitamisest vaba olemise edendamine ning probleemide ennetamine erinevates haldusüksustes ning sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuste osutajate ja omavalitsuste koostöös;
- vaimse tervise ja uimastite kuritarvitamise teenuste korraldamine selliselt, et need vastaks vaimse tervise ja sõltuvusainete kuritarvitamise probleemidega inimeste vajadustele;
- suunamismeetmete arendamine, mh sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuteenuste juhtimisel võetakse arvesse vaimse tervise ja sõltuvusraviga seotud eriküsimusi, näiteks teenuste vajaduspõhist pakkumist ning omavalitsuste ja healüteenuste piirkondade vahelist koostööd. (MSAH 2016)

2020. aastal käivitas sotsiaal- ja tervishoiuministerium uue 10-aastase [vaimse tervise strateegia](#). See hõlmab viit peamist prioriteetset valdkonda: vaimne tervis kui inimkapital, laste ja noorte vaimne tervis, vaimse tervise alased õigused, inimeste vaimse tervise vajadustele vastavad mitmekesised teenused ja vaimse tervise valdkonna hea juhtimine. (MSAH 2020, OECDb)

## Uimastite tarvitamise kahjude vähendamise meetmed

Soome uimastipoliitika on keelustava iseloomuga, ehkki rakendatakse ka kahjude vähendamise meetmeid, et ennetada sõltuvust, kuritegelikku käitumist ja sotsiaalset tõrjutust. Meetmed uimastitega seotud kahjude vähendamiseks hõlmavad uimastitarbijatele pakutavat tervisenõustamist, sealhulgas nõela- ja süstlaprogramme ning opioidasendusravi. Kahjude vähendamises ei ole esmatähtis uimastitarbimisse sekkumine, vaid olulisemaks peetakse uimastitarbimise kõige kahjulikumate tagajärgede ennetamist ja vähendamist. (THL, „Drug policy“) Valitsuse uimastipoliitikat (2021–2023) käsitleva otsusega jätkatakse muuhulgas kahjude vähendamise meetmetega, mis toetavad uimastitarbijate heaolu ja turvalisust. Fookus on uimastitarbijatele suunatud madala lävendiga tervise- ja sotsiaalõustamise teenuste kättesaadavuse parandamisel ning tervishoiu- ja sotsiaalteenuste reformi osana uimastitarbijatele mõeldud alalise tervisenõustamise loomisel. (MSAH 2021)

Intervjuust Helsingis asuva sõltuvusravikliiniku psühhiaatri Kaiti Redlichiga selgus, et ka erihoolekandeteenusel rakendatakse uimastite tarvitamise kahjude vähendamise meetmeid, ehkki need algavad juba varem. Ööpäevaringsel teenusel on pidev sotsiaaltöötaja või õe kontroll, kliente testitakse ning mõnes erihoolekandetasutuses on hakatud kohapeal C-hepatiiti ravima. (Redlich 2023)

## Infovahetus ja suunamine erinevate asutuste vahel

Helsingis on üks keskne vastuvõtupunkt, kuhu inimene võib minna ise abi küsima iga päev kell 9–16. Seal tehakse patsiendile esmane hindamine ja suunatakse edasi, nt võõrutusravile, asendusravi alasele hindamisele jne. Vastuvõtupunkt asub Helsingis sellises kohas, kuhu on mugav metrooga kohale jõuda (mh põhjusel, et metroos saab vajadusel piletit sõita) ja kuhu jõuaks kohale ka jalgsi. (Redlich 2023)

Kui patsient on jõudnud psühhiaatri vastuvõtule ja spetsialist märkab, et patsiendil on sõltuvus, siis võtab psühhiaatrikliinik sõltuvusravi polikliinikuga ühendust patsiendile lisatõe saamiseks. Kui tarvitamine segab psühhiaatrilist diagnostikat ja ravi, siis suunatakse patsient esmalt sõltuvusravikliinikusse. Ka vastupidi – sõltuvusraviarst võib suunata inimese psühhiaatrilisele hindamisele, kui näeb vajadust, ehkki sedapidi liikumine on keerulisem. Siiski osalevad psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide ravis mõlemad pooled, sõltuvus- ja psühhiaatrilise ravi spetsialist. (Redlich 2023)

Väga raskete juhtumite korral – nt seisundi ägenemine, kui patsient ei ole pikalt ravimeid võtnud; on endale või teistele ohtlik – võidakse patsient suunata polikliinikust kõrgema tasandi haigla sõltuvuspsühhiaatria osakonda. Sinna võib jõuda ka, kui on kutsutud kiirabi või politsei või kui keegi viib inimese erakorralisele vastuvõtule. Samuti on võimalik selline teekond, kus lähedane helistab hädaolukorra tõttu perearstile. Sellisel juhul peab patsienti hindama kaks arsti, perearst ja valvearst – kiirabi sõidutab patsiendi perearstile ja seejärel valvearstile. Patsient ise otse haiglasse pöörduda ei saa, selleks on vaja saatekirja.

Patsiendi info liigub uues süsteemis (*apotti*), mis on elektrooniline sotsiaal- ja tervishoiuandmestik, mis ühendab sotsiaal- ja tervishoiuandmed üheks ühtseks andmestikuks, aga ka krüpteeritud meilidega – näiteks teisest KOVist eelnevate haiguslugude küsimiseks. Telefonitsi ja tavaliste e-kirjadega patsiendi infot ei jagata. Haiglaravile või rehabilitatsiooniteenusele saatmiseks väljastatakse polikliinikust saatekiri, mis saadetakse posti teel koos allkirjastatud otsusega teenusele saatmiseks suunatavasse asutusse. (Redlich 2023)

#### 4.3.2. Komorbiidselt esineva psüühika- ja sõltuvushäire ravi korraldus

Uurisime Helsingi sõltuvusravikliiniku psühhiaatrit dr Kaiti Redlichilt täpsemalt Soome ja eelkõige Helsingi piirkonna komorbiidselt esinevate psüühika- ja sõltuvushäire ravi korralduse kohta <sup>16</sup>. Soomes on olemas riiklikud soovitusel mitmikdiagnoosiga patsientide ravi korraldamiseks, aga üldiselt võib ravi ja teenuste korraldus piirkonniti erineda – nn heaolu teenuste piirkondadesse koondunud omavalitsuseti. Näiteks erinevalt Helsingist on väiksemates piirkondades tihti sõltuvusravi- ja psühhiaatriosakonnad samas asutuses, nii et eri spetsialistidel võib olla lihtsam koostööd teha ning patsientidel süsteemis liikuda. Soomes pakutakse sõltuvusravi väljaõpet nii täiendkoolitustena kui ka eripädevusena arstiõppes, ehkki see ei ole nõue valdkonnas töötamiseks. (Redlich 2023)

Helsingis on psühhiaatria- ja sõltuvusravikliinikud eraldi, v.a kõrgeima tasandi haigla (Helsingi ülikoolihaigla), kus tegeletakse kõige raskemate juhtumitega sõltuvuspsühhiaatria osakonnas. Samas toimub mitmikdiagnoosiga patsientide puhul koostöö psühhiaatria- ja sõltuvusravi kliinikute vahel, eriti kui on patsiendil raske häire. Praktikas sõltub see konkreetsest juhtumist. (Redlich 2023)

2013. aastast on **sõltuvusravi ja psühhiaatria mõlemad tervishoiusüsteemi osad**. Selle muudatuse eesmärk on pakkuda abi ühest kesksest kohast ning vajalike pädevustega ravimeeskondade olemasolu. Reaalsuses tehakse küll koostööd, ent füüsiliselt ollakse eri kohtades. Mingis hindamise etapis – see pole ajaliselt kuidagi kindlaks määratud – moodustatakse mitmikdiagnoosiga patsiendi (iga patsiendi puhul eraldi) raviks **multidistsiplinaarne meeskond** <sup>17</sup>, kuhu kuulub üks spetsialist sõltuvusravikliinikust (sõltuvusravi pädevusega arst, psühhiaater või vastava pädevustega töötervishoiuarst) ja psühhiaatrikliinikust psühhiaater ja juhtumikorraldaja (vaimse tervise vm õde, sotsiaalterapeut või -töötaja). Kogemusnõustajad ravimeeskonda ei kuulu, aga nad pakuvad teenust nii võõrutusosakondades kui ka rehabilitatsioonikeskustes. Samuti on levinud

---

<sup>16</sup> Intellektipuudega patsientide raviks on Soomes eraldi süsteem ja sotsiaalsed toetused, ravivõimalused ja rehabilitatsiooniteenused. (Redlich 2023)

<sup>17</sup> Suhtlus sõltuvusravikliiniku ja psühhiaatrikliiniku vahel toimub ka siis, kui meeskonda ei ole veel moodustatud.

tugiisikuteenus, nii et vastuvõtul võivad patsiendid käia sageli koos sotsiaaltöötaja või muu tugiisikuga (nt sotsiaalaja või muu teenusepakkuja töötajaga). (Redlich 2023)

Sõltuvalt patsiendi olukorrast erineb ravi iseloom ja asukoht – osad patsiendid on ravil elukohajärgses psühhiaatrikliinikus, teised sõltuvusravikliinikus. Eesmärk on võimalikult normaalne elu, aga ka kahjude (infektsioonide, põletike, kuritegude jm) vähendamine, et inimese terviseprobleemiga kaasnevad kulud poleks ühiskonnale nii suured. Soomes on ravi aluseks ka „täielikule paranemisele viiv lähenemine“, sealjuures rõhutatakse, et inimene on paranemisprotsessis erinevates etappides. (Redlich 2023)

Ravimeeskond kohtub tihti, et otsustada ravi edasise kulu üle – nt saadetakse patsient psühhiaatrikliinikust sõltuvusravile, et oleks võimalik psühhiaatrilist diagnostikat teha, või sõltuvusravist psühhiaatrikliinikusse diagnostikaks ja psühhiaatriliseks raviks. Alati ei pea selleks patsienti teise kliinikusse saatma, vaid konsulteeritakse sealsete spetsialistidega, nt asendusravi osas. Igas ravietapis hinnatakse patsiendi seisukorda, et võimalusel liikuda n-ö madalamale etapile: kõrgema tasandi haigla sõltuvuspsühhiaatria osakonnast sõltuvusravi või psühhiaatria polikliinikusse, sealt tervisekeskuse või koduteenusele vm. Kõrgemast etapist tavaliselt otse koju ei saadeta, ehkki pigem osutatakse võimalikult palju ambulatoorset ravi. Mitmikdiagnoosiga patsientide ravil konkreetset kestust ei ole, pigem hinnatakse jällegi patsiendi stabiilsust. (Redlich 2023)

Teenuse tõhususele aitab dr Redlichi hinnangul kaasa piisav kontakt patsiendiga, et spetsialist/meeskond näeks õigel ajal muutusi, et hinnata, kas ja mis ravi ta vajab. Seepärast on oluline juhtumikorraldaja roll, kes patsiendiga kõige rohkem ühenduses on. Soomes on see tavaliselt öde või sotsiaalterapeut/-töötaja. Ka võimaldavad patsiendil n-ö silma peal hoida mobiilsed teenused koduteenusel olevatele patsientidele, käies regulaarselt patsiendi elukohas talle ravimeid manustamas. Vähem oluline ravi tõhususe tagamisel ei ole ka spetsialistide suhtumine sõltuvushäiresse – kainuse nõue võib seda takistada, sest tagasilangused on sõltuvushäire osa. (Redlich 2023)

Ravi on kõigile tagatud, ka tahtest olematu ravi, ning patsient ei pea vastama eeltingimustele (nt kainus, ka psühhiaatrias mitte), et ravi saada. Ainuke tingimus on arstlik otsus. Tagasilangused ja loobumised käivad asja juurde – mida raskem on probleem, eriti kaasuva psüühikahäirega, seda ambivalentsem on inimene ja seda vähem haakub raviprotsessiga. Korduvravi on alati võimalik; suurem osa selle sihtgrupi patsiente on korduvad abivajajad. (Redlich 2023)

Üldiselt on eriarstide vastuvõtul ja haiglapäevadel, sh võõrutusravil, seaduses sätestatud omaosaluse määr. Kui patsiendil pole võimalik omaosalust tasuda, siis see kaetakse erinevatest sotsiaaltoetustest. Kohalik omavalitsus tagab ravi, sh rehabilitatsiooni- ja asendusraviteenused. Teatud juhtudel ostab KOV teenuseid erasektori pakkujatelt. Näiteks kui Helsingi linnas suunatakse patsient asendusravile, on seatud teatud kriteeriumid linna oma polikliinikusse ravile saamiseks. Kui patsient kriteeriumidele ei vasta, siis saab linn

teenust osta sisse erasektorist. Linn (KOV) vastutab selle eest, et patsiendid saavad vajaliku ravi. Nii on ka võõrutusosakondade ja rehabilitatsiooniteenusega – kui linna osakonnad on täis, ostetakse teenust sisse. (Redlich 2023)

Ka lähedastele pakutakse polikliinikutes toetavaid teenuseid, enamasti tugigruppidega. Helsingisse loodi noortele hiljuti sõltuvushäire korral pöördumiseks eraldi koht. Seal on tugigrupp samuti neile, kes on oma lähedase kaotanud. Linna poolt on ka keskused, kus pakutakse esmast ravi ja vajadusel kirjutab sealne arst näiteks põletiku korral antibiootikumid; sinna saab minna sooja ja pakutakse einet. (Redlich 2023)

### Mida tasub Soome kogemusest esile tõsta?

- Mitmikdiagnoosiga patsientide ravi on korraldatud meeskonnapõhiselt, kusjuures meeskond võib moodustuda ka eri asutuste – sõltuvusravi- ja psühhiaatrikliiniku – spetsialistidest.
  - Seda lihtsustab asjaolu, et alates 2013. aastast on sõltuvusravi ja psühhiaatria mõlemad tervishoiusüsteemi osad.
  - Meeskond komplekteeritakse patsiendist lähtuvalt ja sinna kuulub raviarst sõltuvusravikliinikust, psühhiaater ja vaimse tervise õde ning sotsiaaltöötaja või -terapeut psühhiaatrikliinikust.
  - Ravimeeskond kohtub koosolekuteks tihti, et otsustada järgmise ravietaapi üle.
- Ravi eesmärk erinevates etappides on patsiendi võimalikult stabiilne olukord, et patsient saaks võimalusel liikuda madalama astme teenusele – kõrgema astme haiglast kliinikusse, kliinikust tervisekeskusesse või koduteenusele.
- Võimalikult palju tehakse ambulatoorset ravi.
- Intervjueeritud spetsialist rõhutas piisava kontakti olulisust ravi tõhususe tagamisel, et hinnata õigel ajal muutusi patsiendi seisundis ja määrata vastavalt järgmine ravisamm. (Vaimse tervise) õe või sotsiaaltöötaja/-terapeudi juhtumikorraldaja roll võimaldab seda.
- Kainus ei ole ravile saamise eeldus, ka psühhiaatrikliinikus mitte, ehkki vahel on tarvilik enne psühhiaatrilise diagnoosi ja ravi määramist võõrutus- või asendusravi võimaldamine, mis otsustatakse ja võimaldatakse koostöös sõltuvusravikliinikuga.
- Kohalik omavalitsus tagab raviteenused ja vastutab selle eest, et inimesed saavad vajaliku ravi.
- Riiklik kava, mille toel edendatakse ühiselt vaimse tervise teenuseid ja uimastisõltuvusalast tööd: uimastipoliitika fookuses on uimastitarvitajatele suunatud madala lävendiga tervise- ja sotsiaalnoustamise teenuste kättesaadavuse parandamine ning tervishoiu- ja sotsiaalteenuste reformi osana uimastitarbijatele mõeldud alalise tervisenõustamise loomine.

## 4.4. Taani

### 4.4.1. Taust

#### Ülevaade riigi tervishoiu- ja erihoolekande teenuste korraldusest

Taani on 5,9 miljoni elanikuga Skandinaavia riik ([Eurostat 2023](#)). Taani tervishoiukulutused moodustasid 2022. aastal 10,8% riigi SKP-st ([OECD 2023](#)) ning on viimase kümnekonna aasta jooksul püsinud pisut kõrgemal Euroopa Liidu keskmisest. ([OECD 2021a](#), [OECD 2023](#)). Vaimne tervis on võetud riiklikuks prioriteediks. Valitsus on otsustanud määrata lisaks iga-aastasele vaimse tervise valdkonna rahastusele (0,5 miljardit Taani krooni, u 67 miljonit eurot) täiendava rahastuse (3 miljardit Taani krooni, u 402 miljonit eurot), et ellu viia mullu valminud ja vastu võetud 10-aastane psühhiaatrilise abi parandamise tegevusplaani. Umbes 5,4% Taani SKP-st suunatakse psüühikahäiretega tegelemiseks ([Healthcare Denmark 2023](#)).

Tervishoiusüsteemi rahastus kaetakse põhisos (85%) riiklikust rahastusest, mis on rohkem kui EL keskmine (75%). Patsiendi omaosalus on 14%. Omaosalusest suure osa (kokku 44%) moodustavad hambaarsti- ja ravimikulud ([OECD tervisestatistika 2023](#)). Kehtib universaalne tervisekindlustus – kõik kodanikud on automaatselt hõlmatud riikliku tervisesüsteemiga. Rahastus tuleneb enamasti riikliku tasandi maksulaekumistest ning väiksemas osas munitsipaaltasandil kogutavast tulumaksust. Keskkvalitsus eraldab piirkondlikele omavalitsustele toetussummasid, võttes aluseks demograafilised ja muud tegurid. ([OECD 2021a](#)).

Tervishoiuteenuste pakkumine on valdavalt detsentraliseeritud: valitsuse tasandil korraldatakse regulatsioone, järelevalvet, planeerimist ja kvaliteedikontrolli. Viie regiooni/piirkonna<sup>18</sup> valitsuste vastutusvaldkonda kuulub tervishoiuteenuste (ambulatoorse ravi, haiglaravi, eriarstiabi) pakkumise kujundamine ja korraldus. Vaimse tervise aspektist kuuluvad piirkonnavalitsuse vastutusvaldkonda psühhiaatrilise haiglaravi ning psühholoogi- ja psühhiaatriteenuste korraldus. Munitsipaaltasandile, mille moodustavad 98 omavalitsust, jääb terviseedenduse, haiguste ennetamise, rehabilitatsiooni, kodus pakutava hoolduse ja pikaajalise hoolduse korraldus. Selle tasandi vastutusvaldkonda kuuluvad ka vaimse tervise probleemide ennetus, sotsiaalpsühhiaatria, psühhiaatriline koduravi, psühhiaatrilised hooldekodud, alkoholi- ja uimasti tarvitamise häirete ravi ja haiglaväline rehabilitatsioon ([Healthcare Denmark 2023](#), [OECD 2021a](#), [Vrangbæk 2020](#))

Kuludest suurim osa (35%) läheb ambulatoorsele ravile (sh koduravile), mis on Euroopa keskmisest oluliselt kõrgem. Statsionaarsele ravile kuluv 25% on seevastu EL keskmisest oluliselt madalam ning sellesse on panustanud viimase kümnendi reformid, mille käigus on

---

<sup>18</sup> Kesk-Jüütimaa, Lõuna-Taani, pealinna-, Põhja-Jüütimaa ja Sjælland piirkond.

raviteenuste rõhuasetust muudetud haiglapõhiselt ravilt ambulatoorsele. Pikaajaline hooldus moodustab samuti umbes veerandi kuludest ning selle osas on Taani kulud kõrgemad EL keskmisest (18%) ([OECD 2021a](#)).

Omaosalust ei nõuta esmatasandi arstiabi ega haiglaravi puhul (sh. ravi jooksul määratud ravimite kulude katteks) ega ka perearsti suunamise korral eriarstiabi visiitide eest. Omaosalust rakendatakse tervisekindlustusega osaliselt kaetud teenuste puhul, kuhu hulka kuuluvad näiteks ambulatoorses ravis määratud ravimravi, hambaravi ja füsioteraapia. Kuigi nende tasude katmiseks pakutakse ka hüvitisi, soetavad paljud inimesed selle jaoks erinevat tüüpi täiendavaid tervisekindlustusi (sageli tööandjate pakutava erisoodustusena). Nende kaudu on laiendatud ligipääs erakliinikutele ja valikteenustele. Sellegipoolest moodustab vabatahtlik tervisekindlustus vaid 2,5% tervishoiukuludest. ([OECD 2021a](#)).

Valdavalt on kohustuslik olla registreeritud perearsti nimistusse, kes pakub esmatasandi ravi ja on vahelüli enamike eriarstide ja haiglaravi teenusteni jõudmiseks. Perearstid on valdavalt iseenda tööandjad – 2019. aastal töötas 46% perearstidest üksikpraksistes. ([OECD 2021a](#)). Taanis on inimese kohta rohkem arste ja õdesid kui ELis keskmiselt, vastavalt 4,2 arsti ja 10,1 õde 1000 inimese kohta. Arstidest umbes viiendik on perearstid, mis on ELi keskmisega sarnane suurusjärg. Sellegipoolest on Taanis perearstide puudus, eriti maapiirkondades ja riigi äärealadel. 2019% aastal võttis vaid 37% perearstidest vastu uusi patsiente (võrreldes 51%-ga 2015. aastal). Välisintervjuu tõi esile, et ka psühhiaatritest on riigis pigem puudus. (Hjorthøj 2023)

Tervishoidu puudutavad poliitikakujundamise aspektid (haiglad, raviteenused, patsiendiõigused, tervishoiuandmete kogumine ning meditsiini- ja uurimiseetika) kuuluvad Taani tervise- ja siseministeeriumi vastutusvaldkonda <sup>19</sup>. Hoolekandevaldkond (sh puudepoliitika, sotsiaalprobleemidega või nende riskis inimeste toetamine) kuulub sotsiaal-, majutuse- ja eakate ministeeriumi vastutusvaldkonda. Antud ministeeriumil on puuetega inimesi puudutavate poliitikate osas koordineeriv roll, kuid teiste ministeeriumitega jagatakse poliitikate arendamise vastutust (nn sektoripõhise vastutuse põhimõttel) – iga ministeerium peab silmas pidama ka puudepoliitika aspekte enda vastutusvaldkonna poliitikakujunduses (näiteks vastutab tööministeerium puuetega inimeste osalusvõimaluste eest tööturul, haridusministeerium selle eest, et koolides pakutaks erivajadustele vastavat tuge) ([MSAHSC, "Disability policy"](#)).

---

<sup>19</sup> Ministeeriumi alla kuuluvad ka erinevad institutsioonid: terviseamet, meditsiiniamet, patsienditurvalisuse amet, terviseandmete amet, Statens Serum Institut (tegeleb nakkus- ja kaasasündinud haiguste, ja bioloogiliste ohtude alase uurimise ja valmisolekuga), eetikakomitee sekretariaat ja riiklik teaduseetika komitee. ([Healthcare Denmark, "About the Ministry..", Statens Serum Institute](#))

## Sõltuvus- ja psühhiaatrilise ravi osutamisega seotud organisatsioonid

Tervishoiuteenuste osutamist korraldavad riigi viis piirkonda, mistõttu tegutsevad igas piirkonnas ka erinevad organisatsioonid. Näiteks pealinna piirkonnas tegutseb riigi suurim psühhiaatriliste teenuste pakkuja (*Region Hovedstadens psykiatriske hospital*) ning selle moodustavad kaheksa täiskasvanutele suunatud vaimse tervise keskust, kus pakutakse ambulatoorset ja statsionaarset ravi, kogukonnapõhiseid ja mobiilseid teenuseid ning spetsialiseeritud ravi, ja üks laste ja noorukite vaimse tervise keskus. Selles keskus pakutakse ravi ligi kolmandikule riigi vaimse tervise häirega inimestest. ([Region Hovedstadens Psykiatri](#))

Sõltuvushäirete ennetuses ja varases märkamises toetatakse sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna spetsialistide koostööle. Riiklikku ennetusprogrammi viib ellu [terviseamet](#), mis monitoorib uimastite kasutamist ja vastutab uusi tarvitamistrende ja riske puudutava info edastamise eest teistele ametkondadele. (Terviseministerium 2017)

Psühhiaatria ja sõltuvusravi alasesse huvikaitsesse, uuringutesse, nõustamisse ja teavitustöösse panustab oluliselt [psühhiaatriasihtasutus](#) (*Psykiatrifonden*). Sihtasutus toimib heategevuslikel alustel (ehk ei saa riiklikku rahastust) ja seda on aegade jooksul juhtinud eeskätt arstid ja psühhiaatria valdkonna spetsialistid; käesolevalt töötab sihtasutuses ligi 50 töötajat ja 130 vabatahtlikku. ([Psykiatrifonden](#)) Riigis pakutakse lisaks riiklikele teenustele hulgaliselt vabatahtlike panusel põhinevaid tasuta teenuseid (nt telefoni- või veebinõustamine, tugiisikuna vastuvõttudel kaasas käimine) nii abivajajaile kui nende lähedastele ([Healthcare Denmark 2023](#)).

Psühhiaatrilise ja sõltuvusravi osutamist oluliselt kujundavate organisatsioonidena võib vaadelda eelmisel aastal valminud psühhiaatrilise abi 10 aasta tegevusplaani koostamise osalisi: [sotsiaalteenuste- ja majutuse amet](#) (*Danish Authority of Social Services and Housing*), [terviseamet](#), [erialaspetsialistide ametiühendused](#), [patsiendiühingud](#) ja [valitsus](#) (eeskätt rahastuslikus plaanis). Pika traditsiooniga on valdkondadeülene tegutsemine ja terviseedendus [riiklike ja eraettevõtete partnerluse vormis](#) (*public-private partnerships*), näiteks mittetulunduslik organisatsioon [Healthcare Denmark](#), mis edendab nii riigisisest kui rahvusvahelist koostööd ja teadustegevust, või [The Lighthouse Life Science](#), mis ühendab üle 300 riikliku ja erasektori partneri (sh piirkonnad, kohalikud omavalitsused, pensionifirmad, teadmusinstitutsioonid) tervishoiulahenduste leidmiseks ([Healthcare Denmark 2023](#)).

## Sõltuvus- ja psühhiaatrilist ravi reguleerivad seadused ja juhendid

Taani tervishoiusüsteemi [üldine korraldus lähtub terviseseadusest](#) (*Health Care Act, 2010*), mis hõlmab ka vaimse tervise abi korraldust. [Vaimse tervise seadus](#) (*Mental Health Act, 1989*) määratleb tahtest olenematu ravi ja sundmeetmete kohaldamise psühhiaatrilises ravis. Mõlemat mainitud seadust puudutab suur osa hiljutisi seadusemuudatusi ja täiendavaid määruseid. [Sotsiaalteenuste seadusega](#) (*Act on Social Services*) määratletakse nõustamise

ja toe pakkumine sotsiaalprobleemide ennetamiseks; teenuste, sh probleeme ennetavate, pakkumine; ning abistamine füüsilisest või vaimsest erivajadusest või sotsiaalprobleemidest lähtuvate vajaduste väljaselgitamiseks ([WHO MiNDbank](#)).

Seadlusandluses on määratud ravi tagamise kohustus ja ajalimiidid, mille jooksul peab toimuma ravisoovist märku andva inimese diagnoosimine ja raviga alustamine. Kui regioon ei suuda tagada haiglaravi alustamist 30 päeva jooksul, võib patsient pöörduda erahaiglasse või haiglaravile välismaal (kulude hüvitamisega). Kui meditsiinilistel põhjustel ei ole võimalik terviseprobleeme täpselt tuvastada 30 päeva jooksul, peab patsient saama detailse plaani edasistest sammudest, nt lisauuringutest teistes haiglates ([Terviseministeerium, 2017](#)). **Ravigarantii kehtib ka sõltuvusravi korral:** igal kodanikul, kes annab märku soovist saada sõltuvusravi sotsiaaltoe korras (*social drug addiction treatment*), on sotsiaalteenuste seadusest tulenev õigus saada ravipakkumine 14 päeva jooksul ([Statistics Denmark 2023](#)).

Taani terviseamet on loonud **standarditud raviteekonnad** (*standard treatment pathways*) laia ulatusega terviseprobleemide jaoks; prioriteedina nähakse krooniliste haiguste ennetust ja järelteenuseid (*follow-up interventions*) ([Vrangbæk 2020](#)). Standarditud raviteekonnad panevad paika häirepõhised diagnostilised ja ravipraktikad ning etapiviisilise ajakulu patsiendi kohta. Alates 2013. aastast on olnud need raviteekonnad kasutusel ka kõigis ambulatoorsetes psühhiaatriakeskustes ning on pälvinud hulgaliselt kriitikat praktikutelt, kuna rangelt standarditud, ajaliselt ettemääratud ning vähe paindlikkust võimaldav raamistik ei võimalda pakkuda piisavalt individuaalset lähenemist, mida vaimse tervise probleemide ravi vajab. ([Trojaborg 2018](#)) Psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide jaoks raviteekondi loodud ei ole, ning sõltuvushäire kaasumisel jääb ebaselgeks, kuidas ja millist tähelepanu saab pöörata sõltuvusele, kui juba psüühikahäire ravi on raviteekonnas ajaliselt vägagi piiratud ([Hjorthøj 2023](#)).

2014. aastal loodi initsiatiiv, et koordineerida **psühhiaatrilise komorbiidsusega inimestele teenuste pakkumist**. Koostati juhendid regioonidele ja omavalitsustele, kes on kohustatud koordineerima tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid, et tagada terviklik ja lõimitud raviplan, millel on ühised eesmärgid ja konkreetselt defineeritud vastutusvaldkonnad ([Terviseministeerium, 2017](#)).

2022. aastal ilmus valdkonna tunnustatud ekspertidelt esimene taanikeelne õpik-käsiraamat, mis käsitleb psühhiaatrilise komorbiidsuse ravi erinevate erialade esindajate vaatenurgast (sotsiaaltöötaja, õde, arst, psühholoog) ja pakub nii teoreetilist kui ka praktilist sisendit ([Johansen et al 2022](#)).

### Teavitusahelad abivajajast teavitamisel ja infovahetus erinevate asutuste vahel

Taani tervishoius on digilahendused levinud ja võrdlemisi heal tasemel, mis loob eeldused sujuvamaks infovahetuseks erinevate asutuste vahel. Kodanikel on isikukood, millega on seotud digitaalse isikutuvastuse võimalus, mida rakendatakse ulatuslikult ka tervishoius

(Fragidis 2017). Infot koondab riiklik patsiendiregister. Digitaalsed terviseandmebaasid on kasutusel kõigi viie regiooni haiglates, ent igas regioonis luuakse lahendused eraldiseisvalt, mistõttu on regioonidevaheline infovahetus sageli keerukas. Samuti võib olla infotehnoloogilisi takistusi eri tasandite vahel patsiendiandmete jagamisel. (Kierkegaard 2015, [Vrangbæk 2020](#)) Ka perearstid kasutavad e-tervise lahendusi, nt suunamised, ravimireseptid, analüüside tulemused jm liiguvad eeskätt digitaalselt. Terviseandmeid kogutakse ja jagatakse nii ravi korralduse etapis kui ka teadusuuringute andmebaaside tarbeks. ([Healthcare Denmark 2023](#)).

Regioonid ja vallad on rakendanud eri meetmeid ravi- ja toetavate teenuste koordineerimiseks või lõimimiseks, sageli fookusega näiteks krooniliste haiguste, komorbiidsuse või kõrge eaga seonduva pikaajalise abivajadusega tegelemisel. Kasutatakse näiteks mobiilseid meeskondi, kes teevad haiglaravi järel jätkuvisiite; perearsti-poolset ravi koordineerimist; nii haigla- (ehk regiooni-) kui ka munitsipaaltasandil töötavaid nn ühiseid õdesid; haiglate juures asuvaid munitsipaalüksuseid, mis lihtsustaksid tasanditevahelist kommunikatsiooni, eriti haiglast väljakirjutamisel. ([Vrangbæk 2020](#)) Et psühhiaatriline abi ja sõltuvusabi on korraldatud ja rahastatud eri astmetel (vastavalt regiooni- ja vallatasandil), on koostöös mitmeid organisatsioonilisi tõkkeid ning praktikas tegutsetakse pigem eraldiseisvalt, nagu töid esile ka välisintervjuud (Hjorthøj 2023, Johansen 2023).

#### 4.4.2. Komorbiidselt esineva psüühika- ja sõltuvushäirega inimeste ravi korraldus

Taanis on vaadeldud psühhiaatrilise komorbiidsuse esinemist pika aja jooksul. Uuringu põhjal, kus analüüsiti aastatel 1997–2017 psühhiaatrilist haiglaravi saanud patsiente (alates 14. eluaastast), kaasus psüühikahäirega enim problemaatiline alkoholarvitamine. Ent vaadeldes eraldi alla 30-aastaste vanusegruppi, on alates 2000. aastate algusest alkoholist enam (ja tõusvas joones) esinenud komorbiidsena problemaatiline kanepitarvitamine. ([Mårtensson jt 2022a](#)). Uuringus, mis koondas erinevaid registriandmeid aastatest 2000–2017 (sh ambulatoorse ravi kohta), ilmnes, et pea poolte meessoost patsientide puhul võis täheldada koos psüühikahäirega esinevat problemaatilist sõltuvusainete tarvitamist. Neist ligi 40% moodustasid skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega ja isiksushäiretega patsiendid. ([Mårtensson jt 2023](#))

Intervjuust dr Carsten Hjorthøjga selgus, et [praegune olukord komorbiidse psüühikahäirega patsientide ravis on muutuste lävel](#). Praegu toimub ravi kahe süsteemi justkui „silotornide“ vahel – psüühikahäire ravi on tervishoiusüsteemis (ja regiooni korraldada) ning sõltuvushäirete oma sotsiaalhoius (ja valla korraldada). Enamasti võetakse sõltuvushäirega patsient esmalt vastu psühhiaatrilise ravi poolel, seejärel saadetakse sõltuvusravi asutusse; ehk lähenetakse paljuski nn järgneva ravi mudeli kohaselt ja osapooled võivad olla vastakal arvamusel, kumma probleemi ravist alustada. Esineb näiteid ka ravi koordineerimisest, enamasti on protsessi koordineerija psühhiaatria poolelt. Ka ravi koordineerimisel võiks kehtida põhimõte, et ravi alustamiseks ei ole „vale ust“ – kes iganes loob patsiendiga esmase

kontakti, seisab selle eest, et jõutakse mõlema probleemi osas vajaliku abini. Lõimitud ravi tugev pluss seisneb asjaolus, et eksisteeribki „üks üks“ ehk selge punkt, kus raviteekonda alustada. (Hjorthøj 2023).

Teaduskirjandusest ilmneb, et hoolimata Taani eesrindlikust kuvandist ja rahalistest ressurssidest vaimse tervise valdkonnas, on murekohad psühhiaatrias ning psühhiaatrilise komorbiidsuse ravis sarnased teiste riikide väljakutsetega. [Johansen \(2018\)](#) toob välja, et mitmikdiagnoosiga inimeste ravis esineb olulisi probleeme: sotsiaal- ja meditsiinivaldkonna töö kooskõlastamist takistavad organisatsioonilised ja koostööalased barjäärid, mistõttu jäävad patsiendid kahe eriala vahele ja sageli sootuks abita. Psühhiaatrilise komorbiidsuse ravile spetsialiseerunud asutusi on vähe (põhiosa neist asub pealinna piirkonnas) ning kui antud sihtgrupp abi saab, siis enamasti osutatakse psühhiaatrilist abi ja sõltuvusravi eraldi, hoolimata soovitudest, mis rõhutavad mõlema probleemiga samaaegse tegelemise olulisust.

Umbes aasta pärast on algamas [ümberkorraldused, mille tulemusel korraldatakse mitmikdiagnoosiga patsientide ravi tervishoiusüsteemi alla](#), kuid selle täpsemad aspektid on hetkel väljakujundamisel. Vastutus liigub valla tasandilt regionaaltasandile. Juhiseid alles koostatakse; regiooniti on loodud töörühmad protsessi kujundamiseks ning ilmselt saab lahendus igas regioonis olema omanäoline. Teada on nõndapalju, et selle muutuse juurutamine saab olema sammsammuline protsess. Esimeses etapis kaasatakse patsiendid, kellega on juba kontakt psühhiaatrilises ravis olemas ning kelle sõltuvusravi tuuakse samuti tervishoiusüsteemi alla; samm-sammult laiendatakse kaasatud patsientide ringi. (Hjorthøj 2023). Projekt ODDS (*On Dual Diagnosis System changes*) on interdistsiplinaarne uurimisprojekt, millega soovitakse kirjeldada nii praegust lähtekohta, muutuse elluviimise projekti kui ka lõpptulemust; projekt kestab vähemalt 2026. aastani. (ODDS 2023)

### Teenuste korraldus ja vastutajad

Puuetega inimeste hoolekandeteenuste korraldus ja pakkumine on valdade vastutusvaldkonnas; sh hinnangu koostamine indiviidi olukorra ja hooldusvajaduse kohta. tuge) ([MSAHSC, "Disability policy"](#)) Samal tasandil on ka sotsiaaltoe korraldus ja pakkumine sotsiaalprobleemidega või nende tekkimise riskis täiskasvanutele. Toetust vajavate sotsiaalprobleemide sekka kuuluvad näiteks kodutus, sõltuvusainete tarvitamine, vaimse tervise probleemid ja lähisuhtevägivald. Nende osas on valla vastutus pakkuda nii ennetavaid teenuseid (nt nõustamine) kui ka tekkinud probleemi korral abi (nt kontakti loomine ja hoidmine, sõltuvusravi, ajutine majutus, kodus pakutav isiklik või praktiline abi jne). ([MSAHSC, „Socially excluded adults“](#)) Sõltuvusravi teenustele suunamine, ravi laad ja intensiivsus, teenuste pakkumise lõpetamine ja muud korralduslikud aspektid on vallavalitsuse vastutusallas. ([Statistics Denmark 2023](#)) Pikaajaliste ja krooniliste haiguste abi vastutus on jagatud regiooni haiglate, perearstide ja valdade hoolekandeesutuste ja koduteenusepakujate vahel. Haiglate pakutav ambulatoorne krooniliste haiguste abi on rahastatud samal moel kui muud haiglateenused ning seda pakutakse patsientidele, kel on

tõsine ja kroonilise loomuga abivajadus või kes vajavad spetsialiseeritud rehabilitatsiooniteenuseid. Perearstid vastutavad enamiku kroonilise hooldusvajadusega inimeste meditsiinilise järelkontrolli (*ongoing medical follow-up*) eest. Vallad korraldavad, rahastavad ja osutavad abi ja toetatud elamise teenuseid individuaalsete vajaduste hinnangute alusel inimese kodus või valla abikeskustes. ([Vrangbæk 2020](#))

### Infovahetus ja koostöö valdkondade vahel

Alates 2010. aastast on läbi viidud mitmeid projekte, mis on seotud vaimse tervise ravi järjepidavust takistavate tõkete vähendamisega; sealhulgas on keskendutud psühhiaatrilise ravi ja perearstiravi sidususe suurendamisele, psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide ravi parandamisele ja kogukonnapõhise sekkumise (ACT) testimisele. Kaks põhilist koostöömudelit on [sektoriteüleste/-vaheliste meeskondade](#) (*intersectoral teams*) ja [koordinaatorite](#) (*coordinator functions*) [kasutamine](#). Mudeleid võib kasutada korraga; need lähenevad ravi järjepidavusele eri aspektidest. Esimese mudeli korral keskendutakse valdkondade ja erialade vaheliste lünkade ületamisele, luues valdkondadevahelisi meeskondi teadmiste jagamiseks ja koostöö edendamiseks. Seda mudelit rakendanud projektides seisti silmitsi väljakutsetega koostöö korraldamisel ja asjakohaste osalejate kohalolu tagamisel. Teise mudeli korral keskendutakse sidususele individuaalses raviteekonnas, kasutades koordinaatoreid suhtluses ja ülesannete delegeerimisel. Kummalgi mudelil ei leitud olevat teise ees selget eelist ravi järjepidavuse tagamisel; mõlemat mõjutasid ka ühised väljakutsed erinevatest sektoritest vajalike osapoolte kaasamisel ja vajaliku paindlikkuse säilitamisel. ([Kristensen jt 2019](#))

Et luua [ühiseid suhtluskanaleid](#), on kasutusele võetud IT-platvorme ravilahenduste jagamiseks; valdkondadeülest „logiraamatut“ kohtumistest; patsiendi nõusolekuvormi, mis võimaldab valdkonniti infot jagada (*development, and application of a common declaration of consent for the patient, allowing for intersectoral exchange of information about each patient*). Sellealaste lahenduste juures on ilmnenud oluline õppetund, et kasutusele võetav suhtluskanal ei tohi võtta ebaproportsionaalselt palju aega seda kasutavalt spetsialistilt. ([Kristensen jt 2019](#))

Vaadeldud projektides ilmnis märkimisväärse takistusena ka valdkondade erinevad töökultuurid: juurdunud erinevused terminoloogias, eesmärkides ja meetodites. Projektides, milles nende ühtlustamisele tähelepanu pöörati, kasutati selleks erinevaid meetodeid: töötajate pädevuste arendamise teel ühise töökultuuri loomine; sektoriülese koostöö kursuste pakkumine; valdkondadevahelised õppekäigud ja seminarid, mille fookuseks on erialaste vaatenurkade jagamine ja ühise keele leidmine nii jagatud terminite kui ka eesmärkide sõnastamisel. Projektides leiti, et [on tähtis jõuda vastastikusele mõistmisele sellest, mis põhjustel teised spetsialistid ja valdkonnad tegutsevad endale omasel moel](#). Ühise keele loomine võib aidata erinevate töökultuuride pörkimist vähendada, tasakaalustada osapoolte ebavõrdsust ja vältida psühhiaatrilise diskursuse domineerimist, milles vilumuse

saavutamiseks ei pruugi kõigil osapooltel olla vajalikku eelteadmist. Tuleb silmas pidada, et töökultuuride põhjalik muutus eri distsipliinide ja sektorite/valdkondade vahel nõuavad ka seda võimaldavaid ajalisi raame, ressursse ja struktuurimuutusi, mis sageli ületavad paariaastaste projektide kestust. ([Kristensen jt 2019](#))

**Valdkondadevaheline koostöö nõuab jagatud juhtimis- ja otsustusõigust**, mis eeldab kõrgeima tasandi juhtkonna kaasatust ja heakskiitu (*managerial anchoring at the highest level*). Sektorite lahusus on keskne väljakutse, kuna eri valdkondade õigusaktides on erinevad nõuded teenuste ökonoomsuse, kvaliteedi tagamise ja teenusesaaja kaasatuse osas, mis raskendab andmete jagamist, koostööd ja lõimitud lähenemist. Näiteks võib tekkida probleem, kus valdkondadeüleste võrgustikukohtumiste tööaja- või teenusearvestus ei soosi eri üksuste töötajate osalemist kohtumistel (võrdväärsetl); või puudub võimalus registreerida ja tasustada teenuseid, mida töötaja pakub väljaspool oma üksust. Seega soovitatakse ravijärjepidevust edendavate lahenduste leidmiseks viia läbi eksperimente, kus **rakendatakse valdkondadevaheliselt korraldatud juhtimist** (*cross-sectional management*), **tuvastatakse ja kõrvaldatakse koostööd rahaliselt pärssivad tegurid ning kõrvaldatakse õiguslikud tõkked patsiendiinfo jagamisel seotud osapoolte vahel**. Lisaks organisatsioonilistele faktoritele ja spetsialistide vaatenurkadele **tuleb kaasata ka teenusesaaja perspektiiv**, et luua ravi järjekindlust soodustavad lahendused. ([Kristensen jt 2019](#))

## Teenuste mudelid

[Johansen \(2018\)](#) pakub põhjalikku sissevaadet psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide ravi praktikatesse ja valdkondadevahelise koostöö kitsaskohtadesse Taanis. Eristada saab nelja koostöövormi:

1. **Raviüksused, mis pakuvad lõimitud ravi**. Need on erandlikud, tegutsedes praegusele ametlikule korraldusele vastanduvalt ning riiklikult rahastatud projekte nende tarbeks 2018. aasta seisuga läbi viidud ei olnud. Sedalaadi üksuste loomine ja tegutsemine on valdavalt seotud kas sedatüüpi ravi edendavate visionääridest juhtidega või kohaliku institutsioonilise ajaloo, kus on tuntud suurt vajadust asutuste järele, mis tuleksid toime (sageli käitumisprobleemidega) inimestega, kel on mitmikdiagnoos.
2. **Ühe ravilähenemise laiendamine** moel, et see **kaasaks aspekte mõnest teisest lähenemisest**: näiteks sõltuvusravi osana ärevusega tegelemine või kogukonna psühhiaatriakeskuses pakutavad tugirühmad sõltuvusainete tarvitajatele. Nagu eelminegi punkt, on selline lähenemine pigem erandlik ja kasvanud vajaduspõhiselt välja konkreetsete asutuste töötajate pädevuste toel.
3. **Ühe sektori spetsialistide värbamine teise sektorisse**, näiteks sõltuvusravi keskus võtab tööle psühhiaatri või sõltuvusravi kogemustega õed võetakse tööle psühhiaatriaiglasse.
4. **Formaalse ja kohustava iseloomuga koostöö** loomine. Siin saab eristada viit koostöö astet: infovahetus, püsivad koostöömustrid, koordinaator, multidistsiplinaarsed meeskonnad (*cross-sectional teams*), organisatsiooniline lõimitus (*organizational integration*). ([Johansen 2018](#))

Esimesse gruppi kuulub pealinna piirkonna psühhiaatriahaiglas üks spetsialiseeritud osakond, mis pakub lõimitud ravi ning teeb koostööd mitmikdiagnoosi kompetentsikeskusega (Johansen 2023).

### Lõimitud ravi mitmikdiagnoosidele spetsialiseerunud osakonnas M

Roskilde külje all asuv osakond on kõrgeima taseme spetsialiseeritud ravikeskus, kuhu ravile pöördumiseks on vajalik arstlik suunamine (perearstilt, sõltuvusravi keskuse arstilt, üldpsühhiaatriahaiglast, FACT-tiimi<sup>20</sup> kuuluvalt arstilt). Siin tegeletakse sõltuvushäirega komorbiidselt esinevate tõsiste psüühikahäiretega (skisofreenia ja psühhootilised häired, bipolaarne häire, samuti düssotsiaalne või emotsionaalselt ebastabiilne isiksushäire). Tegeletakse nii alkoholi- kui muude uimastite sõltuvusega. Ootejärjekorrad on enamasti 8–10 nädalat ning ravile võetakse patsiendid, kes on väga motiveeritud muutusi looma, ent sealjuures ei eeldata neilt ravis osalemiseks või seatava eesmärgina täielikku kainust. Ravi on vabatahtlik ja 76 voodikohaga osakond on avatud (ent on ka väike hulk voodikohti kinnises järelevalvega alaosakonnas, et vajadusel stabiliseerida akuutses psühhosiseisundis või suitsidaalseid patsiente). Ravi pakutakse multidistsiplinaarse meeskonnana, kuhu kuuluvad psühhiaater, psühhiaatriaõed, psühholoog, sotsiaaltöötaja, füsioterapeut ja tegevusterapeutid (*occupational therapists*). Rakendatakse meeskonnapõhist juhtumikorraldust. Patsiendil on peamine kontaktisik, kelleks enamasti on õde (ent see võib sõltuda patsiendi täpsemast profiilist ja toetusvajadusest). Kasutatakse nii farmakoloogilisi kui mittefarmakoloogilisi raviviise, viimastest on olulisimal kohal kognitiiv-käitumuslik teraapia (KKT) koos miljööteraapiliste elementidega. Kõik meeskonnaliikmed on saanud kognitiiv-käitumusliku teraapia väljaõppe (kliinilised spetsialistid on läbinud vähemalt aastase KKT ja õed kognitiivse miljööteraapia väljaõppe); rakendatakse individuaal- ja grupiteraapiat. (Johansen 2023, [Mårtensson jt 2022b](#))

Ravi kestab keskmiselt kolm kuud (tavapärasest psühhiaatriahaiglates kestab ravi kuni paar nädalat) ning toimub etapiviisiliselt. Ravi algab sissejuhatava etapiga, mille jooksul tutvustatakse ravi põhimõtteid, pannakse koos patsiendiga paika täpsed ravieesmärgid, toimub psühholoogiline hindamine ja sageli ka diagnoosi täpsustamine; eeldatakse osalemist sissejuhatavatel grupiteraapia kohtumistel. Tähelepanu pööratakse psühhiaatrilise heaolu stabiliseerimisele või tõstmisele esmaste ja teiseste sümptomite vähendamise teel, füüsilise tervise parandamisele ainete tarvitamise vähendamise või stabiliseerimise teel ja kahjude vähendamisele. Vahepealsel perioodil jätkuvad individuaalteraapia kohtumised ning toimuvad erinevad grupiteraapiad: kindlasti osaletakse sõltuvusgrupi töös, aga sageli ka erinevates psühholoogiliselt harivates gruppides, näiteks ärevusega toimetulekuks või agressiivse käitumise vältimiseks. Ravi lõpuetapis suurendatakse planeeritult patsiendi kokkupuudet kodusema keskkonnaga, et harjutada oskuste rakendamist tavapärasemas

---

<sup>20</sup> FACT-tiimide toimimismudelit on kirjeldatud Hollandi alapeatükis.

elukorralduses. See toimub näiteks nädalavahetusteks koju, hoolekandeesutusse või kohalikku haiglasse minnes. Enne seda arutatakse toimetulekuvõtete üle ning naasmise järel vaadatakse üle nende rakendamise edukusele ja vajalikele kohandustele. 2–3 nädalat enne patsiendi väljakirjutamist toimub ka võrgustikukohtumine, kus osalevad muuhulgas inimesed, kes toetavad patsienti tema tavapärasel keskkonnas (näiteks kohaliku haigla või hoolekandeesutuse töötajad), osalema on oodatud ka patsient. Enamiku inimeste järelravi toimub kogukonnas, ent eriti haavatavas seisundis inimestele pakutakse võimalust pikaajaliseks järelraviks Kopenhaagenis asuvas päevaravi osakonnas. Psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide lõimitud ravi teekonda antud osakonnas on kirjeldatud ka taanikeelse dokumendina, kus on välja toodud standardid ravi võtmekohtade jaoks<sup>21</sup>. (Johansen 2023)

### Muudes koostööprojektides kasutatud mudelid ja saadud õppetunnid

Johansen toob välja ka kolmanda ja neljanda vormi alla kuuluvad järgmised (osaliselt või terviklikult) **positiivsena hinnatud koostööprojektid**:

- **Lõimitud lähenemise projekt** (Projekt Integreret Indsats). Kaasatud oli üks psühhiaatriaigla ja kaks valda; keskenduti tõsise psüühikahäirega inimestele, kes olid seotud sotsiaalpsühhiaatria teenuste ja sõltuvusraviga. Töömeetodina kasutati üle nädala toimuvaid valdkondadevahelisi spetsialistide kohtumisi, kus arutati ühiste patsientide üle ja tehti koos otsuseid ravilähenemiste kohta. Koosolekud võimaldasid lõimitud lähenemist, mis lihtsustas koostööd ja võimaldas patsientidele paremaid ravitulemusi. Projektijuhtide hinnangul oli edasiseks eduks vaja tagada, et koostööle pöörataks jätkuvat tähelepanu ning asutuste töökultuuride erinevustest lähtuvate ebakõladega tegeletaks otseselt ja järjekindlalt.
- **Multidistsiplinaarne meeskond sotsiaalpsühhiaatrilises majutusasutuses** (*The Cross-Sectional Team at a Social Psychiatric Housing Facility*; Fællesteam på botilbud). Kaasatud olid psühhiaatriaigla ja üks omavalitsus. Kaks psühhiaatriaõde, psühhiaatria konsultant (*psychiatric consultant*) ja kaks kohaliku sõltuvusraviasutuse töötajat moodustasid tiimi, mis pakkus lõimitud raviteenust mitmikdiagnoosiga inimestele, kes elasid sotsiaalpsühhiaatrilises majutusasutuses. Tiimil õnnestus sihtgruppi edukalt teenusele kaasata ning koostöö haiglaga oli edukas, võimaldades rohkem plaanipärast haiglaravile suunamist. Tiimi jaoks oli keeruline haigla ja omavalitsuse IT-süsteemide ligipääs. Hoolimata headest tulemustest, lõpetati tiimi tegevus pärast projektiperioodi ning kogemustele toetudes loodi kaks uut koostööprojekti.
- **Ühine skriiningu/hindamise projekt** (Screeningsprojekt på Frederiksberg). Projekt keskendus kohalikus sõltuvusravi asutuses psüühikahäirete tuvastamisele ning sarnaseid projekte on läbi viidud mitmel korral. Kohaliku sõltuvusraviasutuse töötajad

---

<sup>21</sup> Välisekspert jagas antud dokumendi ka uuringu läbiviijatele.

kasutavad standardiseeritud sõeltesti, et tuvastada võimalikke psüühikahäireid. Kui ilmneb kõrge risk, saavad töötajad suunata inimese kohalikus psühhiaatriaiglas töötava psühhiaatri juurde täiendavale hindamisele. Psühhiaater teeb hindamise sobilikumatest ravivõimalustest lähtuvalt ja suunab inimese vastavasse raviasutusse (enamasti psühhiaatriakeskusesse või perearsti juurde). Projekt on osalistelt saanud positiivse hinnangu ning muuseas mainitakse, et ametlik koostöö võimaldab ka mitteformaalset infovahetust ja vajaduspõhist nõustamist.

Projektidest, mille tulemusi ei saa pidada täiesti edukaks, kooruvad välja mõned **tegurid**, mis sellele sihtgrupile abi pakkumisel **koostööd takistavad**. Esile kerkivad **valdkondadevaheline tajutud hierarhia, konkurents ning raskused koostöö vajalikkuse tajumises, erinevad motivaatorid ja ühildumatud töömeetodid**.

- 2014. aastal andis valitsus välja koordineerimiskavaks nimetatud juhised. Selle kohaselt peaks inimestel, kes on seotud nii psühhiaatrilise abi kui ka sõltuvusraviga, olema koordineerimiskava, mis luuakse kummagi süsteemi esindajate ja patsiendi kohtumisel. Kava on rakendatud mitmetes projektides, kuid märkimisväärse eduta. Spetsialistid peavad kava algatamist ressursimahukaks, tihti kaheldes selle vajalikkuses; ka mõningatelt patsientidelt on sellekohase nõusoleku saamine osutunud keerukaks. Ilmnenud on asjaolu, et psühhiaatria ja sõltuvusravi jaoks on sellises koostöös osalemiseks sootuks erinevad motivaatorid: sõltuvusravi süsteemi esindajad lootsid, et kava aitab patsientidele sillutada tavapärasest kiiremat ligipääsu psühhiaatrilise abini; psühhiaatria esindajate huvi oli eelkõige tagada, et seda ei juhtuks, ja kaitsta seeläbi oma piiratud ressursse. Koordineerimiskava on tänini töös.
- Sotsiaaltöödede projekti käigus paigutati sõltuvushäirete õdesid tööle nii üld- kui ka psühhiaatriaiglatesse, lihtsustamaks sõltuvushäiretega patsientide ravi. Üldhaiglates hinnati projekt edukaks ning jätkati koostööga pärast projektiperioodi lõppu. Psühhiaatriaiglate sotsiaaltöötajad ja õed tajusid sõltuvushäirete õdesid enda konkurentidena ning psühhiaatrid ei tunnustanud õdede kompetentsi sõltuvusravis, mistõttu koostöö ei sujunud.
- Ka sõltuvushäirete ja mittepsühhootiliste psüühikahäirete raviks loodud kliinikule ebaedu toonud tegurite tuumaks oli valdkondadevahelise tajutud hierarhia väljendumine. Kliinik loodi psühhiaatriaigla juurde ja kohalike sõltuvusravi keskuste töötajad pidid sellega liituma, kuid psühhiaatriaigla projektijuhid ei näinud vajadust, soovi ega võimalusi sõltuvusravi lähenemisi või töötajaid kaasata ning viimased ei näinud põhjust projektis osaleda. ([Johansen 2018](#))

Taanis on ka teenuseid, mis ei ole küll otseselt loodud mitmikdiagnoosiga inimeste jaoks, kuid millel on eeldusi ennetada probleemide süvenemist suurema hooldusvajaduse tasemeni või sobituda antud sihtgrupi vajadustega osaliselt (kuid vajavad täiendavaid lõimitud komponente, et tegeleda sõltuvuskäitumisega).

- Esmaste psühhoside korral OPUS ravi ehk 2-aastane sekkumisprogramm, mida rakendatakse kogu riigis. Tegu on kohandatud intensiivse kogukonnapõhise (*assertive community treatment*) programmiga, mille eesmärk on pakkuda lõimitult

psühhiaatrilisi, psühholoogilisi ja sotsiaalseid oskusi arendavaid sekkumisi, kaasates ka patsiendi perekonda. Inimese muredele, ravi elementidele ja nende omavahelistele koosmõjudele pööratakse tähelepanu terviklikult ja eelneva planeerimise abil. Muuhulgas jälgitakse, et ravimitega ei kaasneks talumatuid kõrvaltoimeid (oht ravi katkestada); kohtumised toimuvad eeskätt ühe töötajaga (et soosida kohtumistest kinnipidamist); jälgitakse ja ravitakse muid vaimse tervise muresid (et näiteks ravimata ärevus ei viiks alkoholitarvitamiseni ja suutmatuseeni raviprogrammist kinni pidada); spetsialistid ja patsient kavandavad koos programmi, mida inimene ise näeks mõttekana (et suurendada ravisoostumust). Pärast viie aasta möödumist ravist, näitasid tulemused, et võrreldes tavapärasest ravi<sup>22</sup> saanud kontrollgrupiga oli OPUS-ravi saanud patsientide üleüldine toimetulek parem ning üldised kulud nende toetamiseks madalamad, kuivõrd nad viibisid muuhulgas vähem päevi haiglaravil ja toetatud elamisega hoolekandeteenuste majutusasutustes. (Nordentoft 2013) Kitsaskohana komorbiidse psüühikahäirega patsientide jaoks tuuakse välja asjaolu, et sõltuvusainete tarvitamise osas on lähenemisel vaid ennetav fookus; juba olemasoleva tarvitamisega tegelemist ei ole juhendmaterjalides paika pandud ning kanepitarvitamises ei ilmne olulisi muutusi (Hjorthøj jt 2012).

- Kasutusel on ka kõige komplekssemate vajadustega tõsiste psüühikahäiretega inimeste intensiivse kogukonnapõhise toetamise mudel. Varasemalt tegutsesid eraldiseisvalt ACT- ja kogukonnapõhised vaimse tervise tiimid; alates 2016. aastast ühendati need töötama Hollandi mudeli FACT<sup>23</sup> alusel, et võimaldada sujuvamad üleminekud eri intensiivsusega tugiteenuste vahel. (Nielsen jt 2020). Kuigi FACT-meeskonnad toimivad sihtgrupi toetamiseks võrdlemisi hästi, on nad praeguse seisuga Taanis tugevas ressursipuuduses, millest tulenevalt kannatab mudeli rakendustruudus. Võrreldes Hollandis loodud mudeli suunistega, on meeskondade tegelik koormus oluliselt suurem, mis piirab mudeli rakendamise tõhusust ja võimekust inimestele piisavalt pikki intensiivsema ravi perioode pakkuda. Psühhiaatrite vähesus riigis tingib kitsaskoha, et FACT-mudeli rakendamise korral ei ole inimesel mitme kuu jooksul võimalust psühhiaatriga kohtuda. (Hjorthøj 2023)

OPUS-ravi edasiarendusena on viidud läbi ravisekkumise uuring CapOPUS, mis loodi komorbiidse psühhootilise häire ja kanepitarvitamisega patsientidele. 6 kuud kestev sekkumine põhines eeskätt kognitiiv-käitumuslikul teraapial, motiveerival intervjuerimisel ja muutuse transteoreetilisel mudelil. Võrreldes tavapärase raviga<sup>24</sup> langes CapOPUS sekkumises osalejate kanepi tarvitamise kogus, kuid mitte sagedus; olulisemat tarvitamise vähenemist võis näha kõige nooremas vanusegrupis (17–21) ning mittetöötavate patsientide seas; rahulolu teenusega oli oluliselt kõrgem. Et ka sekkumise järel ilmnis tendents

---

<sup>22</sup> Tavapärase ravi leidis aset kohalikus vaimse tervise keskses; patsiendid olid kontaktis arsti ja vaimse tervise õega, mõnel puhul ka sotsiaaltöötajaga.

<sup>23</sup> Kirjeldatud põhjalikumalt Hollandi alapeatükis.

<sup>24</sup> Tavapärase oli ravi kas OPUS-sekkumisena, ACT-meeskonna töö põhinev ravi või kogukonnapõhises vaimse tervise meeskonnas (põhiline tugi individuaalselt juhtumikorraldajalt).

tarvitamist vähendada, võib näha mõjusust kahjude vähendamise aspektist ([Hjorthøj jt 2012](#)). On võimalik, et antud sekkumine oli liiga lühike muutuse saavutamiseks antud sihtgrupis ([Hjorthøj 2023](#)).

### Mida tasub Taani kogemusest esile tõsta?

- Valdkondade vahel toimiva koostöö saavutamiseks on vaja:
  - jagatud juhtimis- ja otsustusõigust, mis eeldab kõrgeima tasandi juhtkonna kaasatust ja heakskiitu;
  - jagatud arusaama, et ravieesmärkide saavutamiseks ollakse vastastikuselt vajalikud;
  - ühise „keelega“ ja arusaama loomist oostöövõrgustiku moodustavate valdkondade ja erialade vahel (nii terminite, töömeetodite kui eesmärkide osas);
  - töökultuuri erinevustele ja valdkondade vahelisele tajutud hierarhiale otsese tähelepanu pööramist, võimalusi seda selgelt sõnastada ning ümber kujundada (psühhiaatril on tendents domineerida, mis ei pruugi soodustada spetsialistide võrdset väärtustatust ja motivatsiooni koostöös);
  - kõrvaldada koostöövormide rakendamist finantsiliselt pärssivad tegurid (nt et valdkonnaülest koosolekut saaksid teenuse pakkumisenä arvesse võtta nii seal osalev arst, psühholoog kui ka sotsiaaltöötaja);
  - jagatud suhtluskanalid on vajalikud, ent ei tohi võtta kaasatud spetsialistidelt liiga palju ressursse (ajalisi, finantsilisi), et kutsuda ellu struktuurimuutusi.
- Ravi järjepidevust saab edendada mitmest perspektiivist – multidistsiplinaarsed meeskonnad aitavad täita valdkondadevahelisi lünki; keskse juhtumikorraldaja olemasolu aitab patsiendil raviteekonnal eri asutuste vahel tõrgeteta liikuda.
- Psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide efektiivseks raviks on muutuse loomiseks vaja pikaajalisi sekkumisi ning piisavalt ressursse, et kasutusele võetud mudeleid saaks rakendada tõhusalt, ületamata juhistes määratud optimaalset patsientide hulka ja spetsialistide koormust.
- Riigis on ellu kutsutud ümberkorraldused, et hakata psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientidele pakkuma lõimitud (või vähemalt edukalt koordineeritud) raviteenuseid. Selle käigus korraldatakse nende patsientide ravi vastutus ümber – seniselt kahe süsteemi (sotsiaal- ja tervishoiu; vastavalt munitsipaal- ja regionaaltasandi) vahel võrdlemisi koordineerimata vastutuselt viiakse vastutus ühele süsteemile (regionaaltasandi vastutusel olevale tervishoiusüsteemile).

## 4.5. Sloveenia

### 4.5.1. Taust

#### Ülevaade riigi tervishoiu- ja erihoolekande teenuste korraldusest

Sloveenia on 2,1 miljoni elanikuga Kesk-Euroopa riik ([Eurostat 2023](#)). Sloveenia tervishoiukulutused moodustasid 2019. aastal 8,5% SKP-st, mis on Euroopa Liidu keskmisest 1,4 protsendipunkti võrra madalam ([OECD 2021d](#)). Sloveenias on sarnaselt Eestiga kohustuslik sotsiaalkindlustussüsteem; riiklik kindlustusandja, Sloveenia Tervisekindlustuse Instituut (sloveeni k *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije*, ZZZS) pakub üle 99%-le alalisest elanikkonnast universaalset kohustuslikku ravikindlustust <sup>25</sup>. Paljudel tervishoiuteenustel – sh ravimitega seotud kulud – on siiski teatav omaosaluse määra, mis varieerub 10% ja 90% vahel teenuse hinnast. Selle katmiseks ostab üle 95% elanikkonnast, kel tuleb riiklikult rahastatavate tervishoiuteenuste eest nõutavat omaosalust tasuda (u 73% elanikkonnast), täiendavat vabatahtlikku tervisekindlustust. Sotsiaaltoetuse saajatele (u 100 000 elanikku) tagab vabatahtliku kindlustuse riik. 2019. aastal moodustas vabatahtlik tervisekindlustus 15,6% tervishoiu kogukuludest, mis on Euroopa kõrgeim määra. Samas on tänu sellele patsiendi (n-ö oma taskust makstav) omaosalus 11,7% juures (tervishoiu kogukuludest) Euroopa Liidu madalaimate hulgas (ELi keskmine 15,4%). ([Albreht jt 2021](#), [OECD 2021d](#))

Esmatasandi tervishoiuteenuseid osutatakse peamiselt tervisekeskustes kohalikes omavalitsustes. Tervisekeskustes pakutakse ka mitmesuguseid tugitegevusi ja teenuseid, näiteks laboratoorsed ja diagnostilised teenused, füsio- ja tegevusteraapia, vaimse tervise teenused, kogukonnaõendus ja tervise edendamise programmid. Mõnes suuremas võimaldatakse ka teatud spetsialiseeritud ambulatoorseid teenuseid. Nagu Eestis, vahendab ka Sloveenias esmatasandi arst (nt perearst, pediaater, günekoloog) eriarstiabi saamist. Täielikult kaetakse kohustusliku ravikindlustusega strateegilise tähtsusega teenused, nagu pereplaneerimine, nakkushaiguste ravi, ennetus, sõeluuringud, esmaabi, vähiravi ja pikaajaline hooldusravi ning teenused rasedatele, lastele ja üliõpilastele kuni 26. eluaastani. Samuti katab kohustuslik ravikindlustus vaimse tervise probleemidega (psühhoos, bipolaarne häire ja depressioon) inimeste hoolduse ja ravi. ([SoM 2021](#), [OECD 2021d](#), [Albreht jt 2022](#), [Depression Scorecard](#))

---

<sup>25</sup> 0,14%-le rahvastikust on universaalse ravikindlustuse saamine raskendatud. Peamiselt on tegu ajutiselt kindlustamata inimestega, aga on ka haavatavamaid rühmi, kes ei suuda täita ravikindlustuseks vajalikke elukohanõudeid, sh etnilised vähemused nagu romad, dokumentideta sisserändajad ja kodutud. Riik pakub mõningaid lahendusi ka neile – näiteks saavad koduta inimesed enda alaliseks elukohaks registreerida sotsiaaltöökeskuse. ([Albreht jt 2022](#))

Tervishoid on eeskätt tervishoiuministeeriumi vastutusvaldkond, sotsiaalhoolekanne aga töö-, pere-, sotsiaal- ja võrdsete võimaluste ministeeriumi vastutusvaldkond. Riiklik Rahvatervise Instituut (sloveeni k *Nacionalni inštitut za javno zdravje*, NIJZ) vastutab oluliste rahvatervise funktsioonide eest ning toetab tervishoiusüsteemi juhtimist. (Albreht jt 2022) Tervishoiuministeeriumi ning töö-, pere-, sotsiaal- ja võrdsete võimaluste ministeeriumi ühiselt vastutada on nii vaimse tervise kui ka pikaajalise hoolduse valdkond. Muuhulgas tagab töö-, pere-, sotsiaal- ja võrdsete võimaluste ministeerium eakate ja puuetega inimeste hooldekodude teenused. Kuna puudub üldine regulatsioon, on eakate, krooniliselt haigete, puudega inimeste ja muudele pikaajaliste erivajadustega inimeste õigused ja teenused tagatud tervishoiu-, sotsiaalhoolekande-, pensioni- ja puuetega inimeste sektoris eri viisil, kusjuures rahalise toetuse vajaduse hindamiseks kasutatakse erinevaid meetodeid. Pikaajalise hoolduse teenuseid rahastatakse kohustusliku ravikindlustuse, pensioni- ja puudekindlustusfondi sisse maksete kombinatsioonist, riigieelarvest, ja alates 2025. aastast kohustuslikust pikaajalise hoolduse kindlustusest. (Albreht jt 2021)

Vaimse tervise abi on Sloveenias valdavalt haiglapõhine, ehkki aastate vältel on püütud liikuda kogukonnapõhise ravi mudelite suunas. 2008. aastal vastu võetud vaimse tervise seadusega (*Mental Health Act*) loodi süsteem, et kiirendada inimeste üleviimist raviasutustest kohalikku kogukonda. Nimetatud seaduse alusel on vaimse tervise abi andmise eest vastutajad:

- kogukondlikud hoolduskoordinaatorid,
- kinnistes osakondades töötavad piiratud õigustega inimeste eestkõnelejad,
- multidistsiplinaarsed meeskonnad, kuhu kuuluvad psühhiaatrid, kogukonna hoolduskoordinaatorid, sotsiaaltöötajad, õed (*practical aid nurse*), kliendid ja/või nende lähedased, MTÜde esindajad ja muud taasühiskonnastamise jaoks olulised isikud. (Albreht jt 2021).

On kaks peamist rühma, kellele pakutakse institutsionaalset hooldust: vaimse tervise probleemiga inimesed ja õpiraskuste või intellektipuudega inimesed. Sellist hooldust pakuvad eri tüüpi riiklikud asutused:

- psühhiaatria haiglad (viis haiglat ja üks üksus/osakond): Maribori ülikooli meditsiinikeskuses on spetsiaalne kohtupsühhiaatriaosakond,
- spetsiaalsed hooldekodud vaimse tervise probleemidega inimestele (2016. aastal viis asutust 1520 elanikuga),
- spetsiaalsed elamu- ja kutseõppeasutused õpiraskustega või intellektipuudega lastele, kellel on kombineeritud vaimse tervise probleemid ja muud puuded (2016. aastal viis asutust 431 lapse ja 795 täiskasvanuga),
- eakate hooldekodud (55 hooldekodu 18 295 elanikuga 2016. aastal): üldised pikaajalised hooldekodud eakatele inimestele, mitte spetsiaalselt dementsuse või muude vaimse tervise probleemide all kannatavate elanike jaoks. (Možina ja Okorn 2022)

Sõltuvusravi toimub Sloveenias ambulatoorselt ja statsionaarselt. Ravivõimalused hõlmavad võõrutusravi, psühhosotsiaalseid sekkumisi, opioidasendusravi ja muid meditsiiniliselt toetatud raviviise. Samuti hõlmab ravi sotsio- või psühhoteraapia komponendiga individuaalset või grupinõustamist, sh abi rehabilitatsiooni ja taasühiskonnastamise puhul, kodust hooldamist, teraapiakogukondi ja eneseabigruppe. (Delić 2021)

### Sõltuvus- ja psühhiaatrilise ravi osutamisega seotud organisatsioonid

Alates 1995. aastast on Sloveenias tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemi loodud [21 piirkondlikku narkosõltuvuse ennetuse ja ravi keskust](#) (sh selleks koolitatud esmatasandi lõimitud ravi meeskonnad). Lisaks asutati 2018. aastal [mobiilne asendusraviüksus](#). Sõltuvusravi on tervishoiusüsteemis patsiendile tasuta ja seda finantseerib Sloveenia Tervisekindlustuse Instituut (kohustusliku ravikindlustuse pakkuja). Sotsiaalhoolekandesüsteemi kaudu pakutavat ravi finantseeritakse peamiselt töö-, pere-, sotsiaal- ja võrdsete võimaluste ministriumide ja omavalitsuste või muude väliste asutuste vahenditest ning võib sisaldada patsiendi omaosalust. (Delić 2021)

Ainuke narkosõltuvuse haiglaravile spetsialiseerunud keskus on 2003. aastal Ljubljana ülikooli psühhiaatriakliiniku juurde loodud [narkosõltuvuse ravi keskus](#) (*Center for the Treatment of Drug Addicts*). Keskus keskendub pikaajalisele uimastite (v.a alkoholi) sõltuvuse ravile, andes patsientidele võimaluse järk-järgult taastada bio-psühhosotsiaalne funktsioneerimine, mida määratletakse kui kliinilist progressi, isegi kui tervenemist ei ole täielikult saavutatud. Haiglaravile pääsemise tingimuseks on opioidasendusravi ajal keelatud uimastitest hoidumine või heroini või muude ainete stabiilsem tarvitamine (v.a teatud juhtudel, näiteks eluohtlikus olukorras või tagasilanguse vältimiseks). Ambulatoorsele ravile järgneb kuuenädalane võõrutusravi ning seejärel kaheksanädalane intensiivne pikaajaline ravi. 14-nädalase ravi lõppedes võivad patsiendid jätkata päevakliinikus ravi, mis kestab kuus kuud, või ambulatoorse, individuaalse või grupiravi raames sealsamas või piirkondlikus narkosõltuvuse ennetamise ja ravi keskus. (Delić 2021) Keskuses ravitakse ka mitmikdiagnoosiga patsiente (sellest rohkem alapeatükis 4.5.2.) ja pakutakse lõimitud ravi. (Kastelic 2023) Alkoholisõltuvuse ravi (kui illegaalsete uimastite sõltuvust ei ole) tehakse psühhiaatriahaiglates, sh Ljubljana ülikooli psühhiaatriakliiniku vaimse tervise keskus [alkoholisõltuvuse raviüksuses](#). (Delić 2021, [University Psychiatric Clinic Ljubljana, „Alcohol Addiction Treatment Unit“](#)) Uurimuse käigus intervjueritud narkosõltuvuse ravikeskuste juhataja sõnul alkoholiravi raames (nimetatud üksuses) lõimitud ravi veel ei rakendata. (Kastelic 2023)

Lisaks on Sloveenias mitmeid [mittetulundusühinguid](#), mis on pühendunud vaimse tervise probleemide ennetusele ja vaimse tervise probleemidega inimeste rehabilitatsioonile (haridus, elukoht, tööhõive) ning nende hooldajate toetamisele ([The Health Policy Partnership 2022](#)). Näiteks [Projekt Človek](#) pakub Ljubljanas kaks aastat kestvat teraapiakogukonda teiste seas sõltuvusega inimestele, kellel on kaasuvad vaimse tervise probleemid. Teraapiakogukonna programmi läbinutele võimaldab MTÜ rehabilitatsiooniprogrammi

tavaeluga kohanemise toetamiseks. Projekt Človek rõhutab kogu pere programmiga seotuse olulisust, näiteks on neil ka teraapiakogukond sõltuvushäirega emadele (ka rasedatele) ja nende lastele. Samuti aitavad nad tööturule siseneda inimestel, kellel on raskusi tööle saamisega. Samaseid algatusi on veel. [MTÜ Žarek](#) asutatud teraapiakogukond Jesenice'is kestab samuti kaks aastat ja julgustab sõltuvusega inimesi järk-järgult enam vastutust võtma, järgides päevaplaani, samuti tööteraapia, vastastikuse aktsepteerimise, grupi- ja individuaalsete vestluste toel jne. ([Projekt Človek](#), [Delić 2021](#))

Humanitaarorganisatsioon MTÜ Stigma oli üks esimesi organisatsioone Sloveenias, mis alustas 1990ndatel illegaalsete uimastite probleemi teadvustamist. Praegu tegeleb Stigma kahjude vähendamise vallas – MTÜ-l on kaks päevakeskust Ljubljanas ning mobiilne päevakeskus väikebussis, millega mõnedes teistes Sloveenia linnades töötatakse. Päevakeskustes pakutakse süstlavahetust, kondome ja meditsiinitarbeid. Stigmalt on ka turvakodu illegaalseid uimasteid kasutavatele naistele, kes on vägivallaohvrid. Samuti pakub organisatsioon individuaalselt nõustamist ja praktilist abi päevakeskustes, mobiilselt, telefonitsi ja veebis, et aidata inimestel muutusi ellu viia ja igapäevaseid probleeme lahendada. ([Delić 2021](#), [Društvo Stigma](#))

[62 sotsiaaltöökeskust](#) pakuvad sotsiaalkindlustusteenuseid, mis on suunatud ennetusele ja sotsiaalse distressi ning illegaalsete uimastite tarvitamisega seotud probleemide kõrvaldamisele. 2013. aastal oli Sloveenias [23 sotsiaalse rehabilitatsiooni programmi](#) inimestele, kellel on uimastite kuritarvitamisega kaasuvad puuded. Neid programme rahastab töö-, pere-, sotsiaal- ja võrdsete võimaluste ministeerium. ([Delić 2021](#))

### Sõltuvus- ja psühhiaatrilist ravi reguleerivad seadused ja juhendid

Sloveenia tervishoiusüsteemi üldine korraldus lähtub järgmistest seadusest:

- tervishoiu- ja tervisekindlustuse seadus (*Health Care and Health Insurance Act*, 1992),
- sotsiaalkindlustusseadus (*Social Security Act*, 1992),
- tervishoiuteenuste seadus (*Health Services Act*, 1992),
- vaimse tervis seadus (*Mental Health Act*, 2008),
- patsientide õiguste seadus (*Patients' Rights Act*, 2008).

Psühhiaatrilise abi pakkumist määratlevad ka täiendavad seadused:

- ebaseaduslike uimastite kuritarvitamise ennetamise ja uimastisõltuvuse ravi seadus (*Prevention of Illicit Drug Abuse and Treatment of Drug Addictions Act*, 1999),
- pikaajalise hoolduse seadus (*Long-term care act*, 2021)
- sotsiaalvaldkonna eest vastutava ministri määrused ja juhendid.

Sotsiaalkindlustusseadus näeb ette ka muid mitteinstitutionaalseid programme vaimse terviseprobleemi ja/või puude all kannatavatele inimestele, nagu näiteks isiklik abi, organiseeritud abi kodus eriliste sihtrühmade jaoks ja pereabi ([Albreht jt 2021](#), [2022](#), [Delić](#)

2021). Illegaalsete uimastite kuritarvitamise ennetamise ja uimastisõltuvuse ravi seadus reguleerib muuseas teraapiakogukondade tegevust, mida pakuvad mh eespool kirjeldatud MTÜd. (Delić 2021).

2008. aastal vastu võetud vaimse tervise seaduse eesmärk on ühendada tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemid ühtseks tervikuks. Siiski märgivad Albreht jt (2021), et vaimse tervise süsteemi iseloomustavad killustunud planeerimine, rahastamine ja teenuste osutamine ning vähene koostöö sotsiaal- ja tervishoiu- ning muude asjaomaste sektorite vahel.

Riiklik vaimse tervise programm 2018–2028 (MIRA) on Sloveenia Vabariigi esimene terviklik vaimse tervise strateegiadokument. Sellega on kavas tugevdada ja laiendada praegust [kogukonnapõhise hoolduse võrgustikku](#) ning siduda omavahel programmid, mille eesmärk on lõimitud ja kvaliteetne ravi, mis on kohandatud vastavalt inimeste vajadustele, ootustele ja sotsiaalsetele/töölastele võimetele. Üks eesmärk on suurendada vaimse tervise häirete ennetuse, varase märkamise ja ravi ning psühhoterapiate kättesaadavust, samuti tugevdada vaimse tervise patsientidele mõeldud rehabilitatsiooni ja sotsiaalse lõimituse toetust. Kogukonnapõhisust edendatakse kohaliku tasandi vaimse tervise keskuste loomisega, mis keskenduvad eeskätt ebavõrdsuse vähendamisele teenuste kättesaadavuses haavatavate rühmade seas: lapsed, noorukid, eakad, vaesed, puuetega inimesed, immigrandid ja etnilised vähemused. Plaanis on luua 25 sellist keskust täiskasvanutele ning 27 lastele ja noorukitele, kusjuures esimesel aastal loodi juba vastavalt 10 ja 11 keskust. (Albreht jt 2021, Možina & Okorn 2022, Depression Scorecard, Delić 2021)

### Infovahetus ja suunamine erinevate asutuste vahel

Enamasti otsitakse vaimse tervise probleemidele abi esmalt perearstilt, kes suunab vajadusel eriarsti vastuvõtule. Perearstid võivad erakorralistel juhtudel – nt tõsise vaimse tervise häire, enda või teiste ohustamise korral – patsiendi kiiresti psühhiaatri juurde suunata. Sellisel juhul vaadatakse patsient üle 24 tunni jooksul ambulatoorselt või valvekliinikus. Tavalise suunamise korral on ooteaeg psühhiaatri vastuvõtule keskmiselt kaks–kolm kuud ning kliinilise psühholoogi juurde kuus–üheksa kuud; avalikus süsteemis võib järjekord ulatuda paarist kuust kahe aastani, lastele spetsialiseerunud spetsialistide puhul isegi kauem. (Možina & Okorn 2022)

Sarnaselt Eestiga on Sloveenias kasutusel e-lahendused, nagu patsiendiportaali zVEM Portal enda terviseandmete, sh saatekirjade ja retseptiravimite, vaatamiseks; samuti veebilahendused ravimite määramiseks ja väljastamiseks, arsti vastuvõtule registreerumiseks ja saatekirjade menetlemiseks. Need on seotud eriarsti vastuvõtuaegade süsteemiga, mis uueneb automaatselt vastavalt sellele, kui patsient endale aja paneb. Kõiki elektroonilisi andmebaase ühendab patsientide andmete keskregister CRPD (*Central Registry of Patient Data*), mille andmetele pääseb patsient ligi zVEM patsiendiportaali kaudu. Sloveenias on tehtud jõupingutusi ühtse ja standarditud terviseinfosüsteemi

väljatöötamiseks. eZdravje (eesti k eTervis) projekti (2010–2015) raames, millega loodi ülaltoodud portaalid, võeti kasutusele ka ühtne infomudel, st standarditud klassifikaatorid ja andmestandardid, koodiloendid ja valitud muutujate määratlused ning CRPD kasutamine koostalitlusvõimelise „selgroona“. See loob võimaluse terviseandmete sidumiseks ja kättesaadavuseks; teatud õiguslike ja muude tingimuste täitmisel sidumiseks ka teiste, tervishoiusüsteemiväliste andmebaaside ja registritega. Siiski on selles 2021. aasta ülevaate kohaselt mitmeid olulisi puudujääke, alates ebakvaliteetsetest või puudulikest andmetest teatud sektorites kuni vähese/puuduliku süstemaatilise andmete seotuseni jne. ([Albreht jt 2021](#))

Sloveenia terviseinfosüsteem põhineb rangetel isikuandmete kaitset käsitlevatel õigusaktidel – enamik registreid ja andmebaase on reguleeritud terviseandmebaaside seadusega (Health Databases Act, 2000). Andmeid haldavad ja töötlevad Riiklik Rahvatervise Instituut (National Institute of Public Health of Slovenia, NIJZ) ja Tervisekindlustuse Instituut (ZZZS). NIJZ haldab patsiendi- ja teenusteregistreid ning koostab ametlikke riiklikke statistikaid. ZZZS kogub andmeid tervishoiusüsteemi finantsjuhtimise kohta. Lisaks on veel teisi institutsioone, mis andmeregistreid haldavad. ([Albreht jt 2021](#))

#### 4.5.2. Komorbiidselt esineva psüühika- ja sõltuvushäirega inimeste ravi korraldus

Sloveenias võivad psühhiaatrilise komorbiidsusega uimastitarvitajad saada ambulatoorset ravi nii uimastitarbimise kui ka vaimse tervise teenustena; samuti konkreetselt kas vaimse tervise või sõltuvushäire ja mitmikdiagnoosi ravi pakkuvate teenusepakkujate juures. Statsionaarselt ravitakse psühhiaatrilise komorbiidsusega patsiente uimastite tarvitamise asutustes või mitmikdiagnoosiga patsientidele mõeldud asutustes. Eespool kirjeldatud narkosõltuvuse ravi keskuses<sup>26</sup> Ljubljana ülikooli psühhiaatrikliinikus on Sloveenias ainsad spetsialiseerunud osakond ja päevaravikliinik kaasuva psühhiaatrilise diagnoosiga patsientide raviks. ([Delić 2021](#))

Vestlesime uuringuintervjuus selle keskuse juhataja [dr Andrej Kastelic](#)’uga sealsetest ravivõimalustest lähemalt. Tuleb silmas pidada, et keskus ei tegele patsientidega, kellel on ainult alkoholisõltuvus, selleks on psühhiaatrikliinikus eraldi üksus; küll aga võib patsiendil olla muu (illegaalse uimasti-) sõltuvuse kõrval alkoholisõltuvus – dr Kastelicu sõnul on ligi 50%-l illegaalsete uimastite tarvitajatest ka alkoholiprobleem. Ka psühhiaatriahaiqlates on veidi teadmust mitmikdiagnoosiga patsientide ravist. Kuna Sloveenias peab iga psühhiaatriks õppiv tudeng veetma kolm kuud (suurema huvi korral kuus kuud) dr Kastelicu juhitud keskuses residentuuris ning kolm kuud alkoholisõltuvuse raviüksuses, on kõigil psühhiaatritel baasteadmine ja -kogemus ka sõltuvusravist. (Kastelic 2023)

---

<sup>26</sup> Keskuses ei tegeleta alkoholisõltuvusega, selleks on psühhiaatrikliinikus eraldi osakond.

Dr Kastelic koordineerib eelpool kirjeldatud esmatasandi tervisekeskuste [21 narkosõltuvuse ennetuse ja ravi meeskonnast koosnevat võrgustikku](#).<sup>27</sup> Multidistsiplinaarsetesse meeskondadesse kuuluvad arst (üldarst, perearst), psühhiaater, psühholoog ja/või muud vaimse tervise spetsialistid, sotsiaaltöötaja, võib olla isegi teoloog (või keegi muu psühhoteraapia teadmistega spetsialist), tegevusterapeut, kunstiterapeut, füsioterapeut ja õed, mõnel pool ka vabatahtlikud. Üks meeskonnaliige on [juhtumikorraldaja](#) (*key worker*), kellel on rohkem vastutust ja patsiendiga kontakti, kes määratakse vastavalt patsiendi toevajadusele (sotsiaalne, psühholoogiline, psühhiaatriline), ehkki selle sihtgrupi ravis on psühhiaatri roll kõige kaalukam. Need esmatasandi meeskonnad on koolitatud tegelema sõltuvushäirega (ka mitmikdiagnoosiga) patsientidega ja pakuvad sõltuvusravi üle Sloveenia (sh vanglates), tehes koostööd Ljubljanas asuva uimastisõltuvuse ravi keskusega. Lõimitud ravi meeskondade võrgustik kohtub kord kuus (juba aastast 1995), et koordineerida tööd ja parendada ravitegevust. Regulaarsetel koosolekutel on alati organisatoorne ja teoreetiline osa ning arutatakse ka konkreetseid juhtumeid; oluline fookus on üksteiselt õppimisel. Alati peaks igaks meeskonnast osalema juht ja vanemõde, aga võivad ka kõik tulla. Samuti kutsutakse koostöövilmsi patsiente üles osalema patsientide nõukogus (*consumers' board*), et nad annaksid alusinfot muudatusteks. (Kastelic 2023)

Lisaks teevad keskusega koostööd mitmikdiagnoosiga inimestele teraapiakogukonna programme pakuvad MTÜd (neid on samuti eelpool kirjeldatud) ning tõsiste psüühikahäirete ravi pakuvad MTÜd. Nendes programmides saadetakse ka keskusest patsiente ja vastupidi. Samuti käivad keskuse spetsialistid mobiilse üksusega MTÜdes psühholoogilist haridust andmas, aga ka motiveerimas inimesi ravile tulema ja õpetamas üledoosi korral käituma (naloksooni manustama). Koos Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskusega (EMCDDA) on arutletud võimaluse üle teha MTÜdes kahjude vähendamise teenuste osana psühhiaatrilise komorbiidsuse seiret. (Kastelic 2023)

Dr Kastelicu sõnul võib kuni 80%-l uimastisõltuvusravi patsientidest olla psühhiaatriline komorbiidsus. Patsientide seas on keskne küsimus motivatsioon nii ravile jõudmises kui ka seal püsimises. Samas ei ole tarvitamise taga alati sõltuvus, vaid ka psüühikahäirega inimese tervistkahjustavad käitumismustrid, mis võivad väga suureks ohukohaks olla. Tema hinnangul on selle sihtgrupi ravi puhul ressursipuudusest suurem takistus spetsialistide motiveeritus seda keerulist tööd teha. (Kastelic 2023)

Dr Kastelicu juhitud narkosõltuvuse ravi keskuses pakutakse teenuseid nii [ambulatoorselt, päevaravikliinikus](#) kui ka spetsiaalselt [mitmikdiagnoosiga patsientidele mõeldud statsionaarses osakonnas](#) (3. osakond). Sõltuvushäiretega samaaegselt esineva raske psüühikahäirega (nt psühhoos või tõsine afektiivne häire) patsientide ravimine sõltuvushäirega patsientidele mõeldud statsionaarsetes raviprogrammides on väga

---

<sup>27</sup> Lisaks avati äsja (dr Kastelicuga vestlemise päeval, 11.12.2023) keskuses uimasteid tarvitavatele noorukitele mõeldud osakond.

keeruline, seepärast loodi selliste mitmikdiagnoosiga patsientide raviks eraldi osakond. Sealne raviprogramm on vähem nõudlik (nt lühemad grupikohtumised) ja tolereeritakse rohkem reeglitest kõrvalekaldumisi – eesmärk on soodustada programmis püsimist (väljalangemise määr on u 50%). (Kastelic 2023)

Patsiendid alustavad ambulatoorselt ja liiguvad sealt edasi diagnoosist sõltuvalt kas päeva- või statsionaarsele ravile. Statsionaarselt pakutakse vajadusel võõrutusravi, et stabiliseerida illegaalsete uimastite ja ravimite kasutamine või lõpetada ravimite kuritarvitamine ja alkoholi tarbimine. Seejärel jätkub ravi psühhosotsiaalse ravi osakonnas. Baasraviprogramm kestab neli kuud (17 nädalat), soovi korral võib jätkata pikemalt. (Kastelic 2023)

2020. aastal avati keskuse juurde psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni osakond looduskaunis miljöös (20. saj alguses haiglale annetatud kinnistul) viie km kaugusel ravikeskusest. Sinna minnakse pärast baasraviprogrammi lõpetamist. Sealne pikaajaline teenus sisaldab lisaks sõltuvuse ja vaimse tervise probleemidega tegelemisele mh enesehoiu ja -juhtimise ja sotsiaalsete oskuste edendamist ning teiste kogukonnaprogrammide külastamist (sh kutseõppeprogrammid). Seejärel võivad patsiendid minna tagasi koju (või majutusteenusele vm), võimalusega osaleda jätkuvalt päevaravis või mobiilse üksuse ravil (tehakse nt antipsühhootikumi ja/või buprenorfiini süst; mobiilne üksus võib vajadusel aidata ka muude koduste toimetustega, nt söögi või küttepuude toomisega). (Kastelic 2023)

Pärast patsiendi statsionaarses ravis stabiliseerimist, saab ta käia edasi ravil kord nädalas päevaravikliinikus – sinna tullakse hommikul, pakutakse hommikusööki ning seejärel on mitu grupiraviseanssi. Peale lõunasööki minnakse koju. Päevaravikliiniku eesmärk on sõltuvus- ja psüühikahäire stabiilsena hoidmine. Samuti tegeletakse sotsiaalsete muredega, näiteks eluaseme küsimustega, sotsiaalvõrgustiku või perekonnaga kontakti taasloomise või suhete parandamise, ka tööküsimustega (kuigi enamasti see sihtgrupp ei tööta). Ka päevaravi ajal või järel võivad patsiendid liituda teraapiakogukondade, klubide või eneseabi gruppidega, kus võib käia ajapiiranguta aastaid. Samas on olenevalt haigusloost vahel hea ajapiirang, et näidata inimesele, mida ta on õppinud ja milleks ta iseseivalt suuteline on – ka selle hindamine on ravi osa. (Kastelic 2023, [University Psychiatric Clinic Ljubljana, „Center for the Treatment of Drug Addicts“](#))

Sõltuvusravi keskusesse saavad ravile tulla kõik (ise pöörduda või keegi suunab), sh pikaajalisel hooldusel ja erihoolekandes viibivad sõltuvushäirega patsiendid (neid on väga vähe) – teenusepakkuja või haiglapersonal helistab sooviga patsient ravile saata. Vahel toimub esmane stabiliseerimine mõnes teises haiglas; psühhosis või väga sügavas depressioonis patsient pigem ei saa programmiga liituda – patsientidel peab olema valmisolek koostööks. Ohtlikkuse tõttu võidakse välistada ka tõsise antisotsiaalse isiksushäirega patsiendi ravile võtmine. Programmiga liitutakse ka peale asendusravi teenust (samas keskuses), kusjuures asendusravi käsitletakse alati ravina, st programmi saab

täielikult läbida ka asendusravil olles<sup>28</sup>. Ootejärjekorda praktiliselt ei ole – tavaliselt maksimaalselt kaks nädalat. Kriisiolukorras võib isegi samal päeval tulla, kuigi eelistatakse vastuvõttu järgmisel päeval. Keskuses saab statsionaarselt ravi ligi 100 patsienti aastas ning mobiilne üksus pakub ravi u 70 patsiendile. (Kastelic 2023)

### Mida tasub Sloveenia kogemusest esile tõsta?

- Sloveenias on loodud esmatasandi narkosõltuvuse ennetus- ja ravikeskused ja multidistsiplinaarsed meeskonnad, kes pakuvad teenust ka psühhiaatrilise komorbiidsusega inimestele.
  - Meeskondadesse kuuluvad psühhiaatrid, psühholoogid, üldarstid, õed, sotsiaaltöötajad, füsioterapeudid, tegevusterapeudid, kunstiterapeudid, vabatahtlikud jt ehk teenuste valik patsientide toetamisel on mitmekülgne.
  - Patsiendile määratakse vastavalt suuremale vajadusele (sotsiaalne, psühholoogiline, psühhiaatriline) juhtumikorraldaja, kellel on suurem vastutus ja patsientiga enam kontakti.
  - Keskused/meeskonnad moodustavad võrgustiku ja teevad koostööd (igakuised koosolekud) Ljubljana narkosõltuvuse ravikeskuse spetsialistidega.
- Ljubljana psühhiaatrikliiniku juures asuv narkosõltuvuse ravikeskuses on osakond mitmikdiagnoosiga patsientidele.
  - Sealne ravikorraldus võimaldab ravile võtta vajadusel kohe, teenuseid pakutakse nii ambulatoorselt, päevaravikliinikus kui ka statsionaarselt – alustatakse ambulatoorselt, liigutakse edasi päevaravile või statsionaarsesse osakonda raviprogrammile, mis kestab neli kuud.
  - Seejärel saab jätkata päevaravis (kord nädalas), kus pakutakse lisaks grupiraviseanssidele einet ja abistatakse ka sotsiaalsete probleemide lahendamisel, kodus mobiilse üksuse teenusel, rehabilitatsioonikeskuses või mõne MTÜ pakutavas pikaajalises teraapiakogukonnas.

---

<sup>28</sup> Sloveenias on lubatud asendusravil olles (stabiilsena) ka autot juhtida, lapsi kasvatada jm.

## Järeldused ja soovitused Eestile

Eesti olukorra kaardistuse tulemusena kirjeldame viit suuremat probleemistikku ning esitame välisriikide analüüsi ja Eesti ekspertidega arutelude põhjal soovitused Eestis rakendamiseks. Probleemkohad Eestis tõstavad intervjuudest Eesti ekspertidega sõltuvusravi, erihoolekande, kohaliku omavalitsuse, psühhiaatria, esmatasandi tervishoiu jm valdkondadest. Seejärel arutati nii probleemid, välisriikide lahendused kui ka võimalikud soovitused Eestile ekspertidega läbi individuaal- ja grupivestlustes.

Kuna probleemid teenuste pakkumisel on kompleksed ja omavahel seotud – nii ka lahendused –, siis on soovituslik järgnevat käsitleda tervikuna. Oleme soovitusi hinnanud kahe kriteeriumi alusel – kuivõrd panustaks soovitatud lahendus psühhiaatrilise komorbiidsusega isikutele **tervikliku** ravi ja toe süsteemi kujundamisse ning kui **teostatav** on soovitus Eestis. Tabel 1 seletab lahti hinnangute loogika ning Tabel 2 esitab kokkuvõtvalt soovitused koos hinnangutega.

### 1. Abi ei ole terviklik

**Mitmikdiagnoosiga patsientidel puudub ravi saamiseks üks süsteemne viis, kus tegeletakse mitme häirega korraga.** Eestis osutatakse sõltuvus- ja psühhiaatrilist ravi üldiselt eraldi ning mõnes asutuses tegeletakse sõltuvusravi osana ka psühhiaatriliste probleemidega. Siiski on uuringu sihtgrupi, s.o samaaegselt esineva sõltuvushäire ja raske psüühikahäire või intellektipuudega inimeste terviklik abistamine Eestis puudulik, sest pole antud fookuse või pädevusega raviasutust ega spetsialiste. Sõltuvusraviasutustes ei ole tihti piisavalt psühhiaatrilist kompetentsi diagnostikaks ja (raske) psüühikahäire raviks. Psühhiaatriahaiglates/-osakondades kiputakse probleemide juurpõhjuseks nägema vaid sõltuvust, aga mitte teisi psüühikahäireid, mis võivad samuti inimese käitumist mõjutada; sõltuvusele seal aga sageli ravi ei pakuta. Intervjueeritud praktikud tunnevad eriti puudust täiendavatest pikemaajalise statsionaarse ravi võimalusest alkoholisõltuvuse ning ambulatoorse ravi võimalusest narkosõltuvuse korral; mõlema puhul peaks olema võimekus tegeleda komorbiidselt esinevate psüühikahäiretega.

Ravi raskendab asjaolu, et tihti ei ole võimalik toetuda patsiendi taatele, kuna tema kognitiivne võimekus ja motivatsioon võivad olla madalad. Enamik pakutavaid sõltuvusravi võimalusi (v.a kohtu suunamisega ja kinnised asutused) eeldavad aga inimese tahet ja motivatsiooni programmis püsida. Kuna mitmikdiagnoosiga inimeste abistamiseks pole terviklikku lahendust, **satuvad erihoolekandeteenusele sõltuvushäirega patsiendid, keda seasel personalil ei ole võimalik aidata.** Seasel personalil – nt tegevusjuhendajatel – ei ole väljaõpet ega valmidust sõltuvushäirega teenusesaaja abistamiseks. Oluline on luua võimalus pakkuda terviklikku lahendust mitmikdiagnoosiga patsientide (sh erihoolekandeteenusel viibivate inimeste) pikaajaliseks raviks, mis tegeleks süsteemselt nii sõltuvushäire kui ka psüühikahäire(te)ga. Nii mõnedki uuringus tähelepanu all olevad riigid on leidnud viisi, kuidas sihtgruppi aidata.

## Lahendused teistes riikides

- Hollandis rakendatakse USAs välja töötatud **integreeritud ehk lõimitud ravi mudelit (IDDT)**, mis on loodud samaaegselt esineva psüühikahäire ja sõltuvushäirega inimeste pikaajaliseks lõimitud raviks. Ravimudelit saab kohandada ka kerge intellektipuudega inimestele. Ravi koosneb erinevatest sekkumistest ja etappidest (lähtudes muutuse transteoreetilisest mudelist), mille üle otsustab ja mida viib ellu multidistsiplinaarne meeskond. Igal kohtumisel patsiendiga rakendatakse motiveerivat intervjuerimist ning ravi sisaldab muuhulgas kognitiiv-käitumuslikku teraapiat, grupinõustamist, sõltuvusnõustamist, farmakoloogilist ravi, pere kaasamist raviprotsessi jpm. Ravimudelit saab rakendada nii kodus kui ka ravi- või hoolekandetasutuses elava patsiendi puhul. Lõimitud ravi pakkumise võimekuse hindamiseks on välja töötatud erinevaid mõõdikuid, näiteks *Dual Diagnosis Capability In Mental Health Treatment (DDCMHT) Index (Gotham jt 2013)* vaimse tervise ravi pakujatele ning *Dual Diagnosis Capability In Addiction Treatment (DDCAT) Index (McGovern jt 2007)* sõltuvusravi pakujatele.
- **Paindlik intensiivne kogukonnapõhine sekkumine/hoolekanne (FACT)** sobib hästi lõimitud ravi toetama. FACT on raskete psüühikahäiretega inimestele mõeldud paindlik juhtumikorralduse mudel, kus saab tiimipõhist ja individuaalset lähenemist varieerida vastavalt vajatava toe intensiivsusele. FACT-teenusemudeli puhul pakutakse intensiivset tuge kogukonna tasandil. FACT-mudelit rakendatakse vaadeldud riikidest Hollandis, Taanis ja Suurbritannias.
- Suurbritannias on kasutusel mitmikdiagnoosile suunatud **COMPASS-programm**, mis on lõimitud lähenemisega teenus, mida pakub spetsialiseerunud multidistsiplinaarne meeskond, kes koolitab ja toetab olemasolevaid vaimse tervise ja sõltuvusravi teenuseid lõimitud ravi pakkumiseks.
- Sloveenias, Soomes, Taanis ja Hollandis on igas riigis vähemalt üks **eraldi osakond mitmikdiagnoosiga patsientide raviks**. Sinna osakonda suunatakse ravile ka erihoolekandeteenusel viibivaid patsiente.
- Soomes koostatakse multidistsiplinaarne meeskond iga patsiendi puhul eraldi; meeskond ei pruugi olla füüsiliselt samas asutuses – nt spetsialistid sõltuvusravikliinikust ja psühhiaatriakliinikust –, aga tehakse tihedat koostööd ravi üle otsustamisel igas etapis. Ka teistes vaadeldud riikides töötavad sihtgrupiga multidistsiplinaarsed ravimeeskonnad eri tasanditel.
- Pikaajalist tuge **järeldravi või ravijärgsete teenustena** võimaldavad näiteks Sloveenias nii narkosõltuvuse ravikeskus kui ka erinevad MTÜd. Ravikeskuse juures avati 2020. aastal psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni osakond, kus edendatakse pikaajalise teenusena mh erinevaid toimetulekuoskusi. Sarnaseid programme pakuvad psühhiaatrilise komorbiidsusega inimestele ka mõned MTÜd mitme-aastaste teraapiakogukonna programmidenä. Lisaks on narkosõltuvuse ravikeskuses päevaravikliinik, kus on võimalik pärast statsionaarset ravi osaleda grupiraviseanssidel, ja mobiilne üksus järeldravi pakkumiseks kogukonnas. Taanis

toimub samuti mitmikdiagnoosiga patsientidele spetsialiseerunud ravikeskuse statsionaarse ravi järgne järelravi kogukonnas või Kopenhagenis päevaraviosakonnas.

## Soovitused Eestile

- 1.1. Luua mõnda psühhiaatriahaiglasse või sõltuvusravikeskusse, mis juba tegeleb teatud määral psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientidega, eraldi osakond, kus pakutaks integreeritud ehk lõimitud ravi sõltuvushäire ja psüühikahäirega patsientidele nii statsionaarselt kui ka ambulatoorselt, lähtudes Eesti oludele kohandatud IDDTst või mõne vaadeldud haigla praktikast. See eeldab vastava kompetentsi loomist ja arendamist – kui luua see osakond sõltuvusravikliinikusse, siis tuleks juurde tuua psühhiaatriline (sh diagnostika) pädevus; psühhiaatrikliinikusse tuleks tuua sõltuvusravi pädevus ja võimalused. Lõimitud ravi puhul on oluline etapiviisilisus ehk kättesaadavad peaksid olema erinevad sekkumised ja elemendid, mida rakendatakse vastavalt ravietapile ja patsiendi vajadustele, sh võõrutusravi, asendusravi, häirespetsiifiline ravi, KKT-põhised ja muud teraapilised sekkumised, motiveeriv intervjuerimine jm. Hinnata teenuspakkujate võimekust tegeleda psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientidega (nt kasutades mõõdikuid DDCAT ja DDCMHT).
- 1.2. Luua mitmikdiagnoosiga patsientide ravi pädevus multidistsiplinaarsete meeskondadena igasse (suuremasse) psühhiaatrikliinikusse, et oleks kompetents tuvastada ja ravida psüühikahäire kõrval ka sõltuvushäiret. Kõige komplekssemate juhtumite korral võiks olla võimalus patsient suunata esimeses soovitusel nimetatud osakonda. Kuna sihtgrupi toetamisel on oluline eri valdkondade kaasatus, tasub rakendada meeskonnapõhise ja kliinilise juhtumikorralduse mudelit (vt soovitus 3.1 ja 3.2), milles lepitakse kokku, kes tiimist võtab antud patsiendi jaoks juhtumikorraldaja rolli ning on patsiendi põhikontakt ravi järjepidevuse tagamiseks. Hinnata teenuspakkujate võimekust tegeleda psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientidega (nt kasutades mõõdikuid DDCAT ja DDCMHT).
- 1.3. Luua erihoolekandesse mitmikdiagnoosiga patsientidele eraldi üksus ja/või teenus, mis võtaks arvesse praeguse teenuse tugevust (lähtudes näiteks praegustest erihoolekandeteenustest autismispektrihäirega või ebastabiilse remissiooniga inimestele), aga tooks juurde meditsiinilist ja psühhiaatrilist kompetentsi. Sealjuures on haakuvalt kompetentsi loomisega oluline muuta sotsiaalhoolekande seaduse § 72 lg 2 punkti 2, mis sätestab, et isikule, kellel on sõltuvus alkoholist või narkootilisest aimest põhihaigusena, erihoolekandeteenust ei osutata (ei rahastata riigieelarvest), v.a kohtumääruse alusel, selliselt, et ka eelnimetatud isikutele võimaldataks erihoolekandeteenust.
- 1.4. Pakkuda mitmikdiagnoosiga patsientide lõimitud ravi kompetentsi mobiilse teenusena teiste spetsialistide konsulteerimiseks (näiteks erihoolekandetasutuste töötajatele).
- 1.5. Soodustada (tõenduspõhiste ja sihtgrupi vajadustele vastavate) toetavate tegevuste ellukutsumist ja töös hoidmist antud sihtgrupi jaoks: tugigrupid, terapeutilised

kogukonnad, töömajad ja -keskused jms, mis pakuks süsteemset tuge ravi ajal ja/või järel, abistades motivatsiooni hoidmisega ja pakkudes väljundit mõtestatud tegevustena (kuna suur osa sihtgrupist ei ole tööga hõivatud).

## 2. Abi ei saa piisavalt varakult

Eestis on praegu abi lihtsam saada akuutsemate juhtumite korral, kui sekkub kiirabi või politsei või kui inimene on kohtumäärusega ravile suunatud. **Mida varasem on abi vajamise faas, seda raskem on abi saada**, sest kergemad psüühikahäired võivad – eriti koos sõltuvushäirega esinedes – jääda tähelepanuta. Kuna psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste motivatsioon on kõikuv, on oluline pakkuda neile abi kiirelt ja siis, kui nad on ise ravi saamisele parasjagu vastuvõtlikud. Ravi saamist raskendab samuti asjaolu, et osal sihtrühmast puudub ravikindlustus. Rolli mängib eeskätt sõltuvushäirete stigmatiseeritus ühiskonnas laiemalt, aga ka spetsialistide seas, mis mõjutab oluliselt eriti varases faasis sõltuvusprobleemi tunnistamist ning ise abi otsimist, aga ka muu psüühikahäire diagnoosimist. Oluline on psühhiaatrilise komorbiidsuse tuvastamine varakult ka seetõttu, et kui sõltuvushäirega samaaegselt esinevale psüühikahäirele tähelepanu ei pöörata, võib inimene jäädagi sõltuvusravist abi otsima, kuigi tegelikult peaks mõlemat probleemi teadvustama. Eestis ei võimaldata sõltuvusravi kõigile ka lõputult, kui hinnatakse, et inimese tahe või suutlikkus ravisoovitustest pärast haiglaravi kinni pidada on olematu – see võib olla tingitud samaaegselt esinevast psüühikahäirest, mis on jäänud diagnoosi ja ravita. Ka vaimse tervise spetsialistide puudus mõjutab abi varast kättesaadavust; seda on analüüsitud 4. probleemipüstituse juures.

### Lahendused teistes riikides

- Helsingis on **keskne vastuvõtupunkt**, kuhu inimene võib ise pöörduda ja kus tehakse inimesele esmane hindamine ja ta suunatakse edasi, nt võõrutusraviosakonda, asendusravi hindamisele vm. Selline lisavõimalus suurendab tõenäosust, et inimene saab siseneda teenusele/ravile hetkel, kui tal on endal selleks motivatsioon. Samas eeldab see ka piisavat kognitiivset võimekust otsuse tegemiseks, mistõttu ei asenda lahendus teisi ravile sisenemise/suunamise võimalusi.
- Suurbritannias on olnud hiljutise poliitikakujundamise keskmes üldine esmatasandi ja kogukonnahoolduse rolli tugevdamine. Seal on kasutusel **peavooluteenustesse kaasamise (mainstreaming) mudel**, millega soovitakse sihtgruppi abistada võimalikult palju tavapäraste vaimse tervise teenuste pakkumisega. Selleks on vaja luua vastav pädevus esmatasandil. Seega peaksid nii vaimse tervise kui ka sõltuvusravi teenusepakkujad olema koolitatud ka mitmikdiagnoosiga patsiente märkama ja abistama tavapärase ravipraktika osana. Lähenemise eesmärk on muuhulgas vältida patsiendi suunamist erinevate teenuste vahel ja vähendada ravist ilmajäämise tõenäosust. Sealjuures on olulised kaks põhimõtet: vaimse tervise ning sõltuvusravi teenuste tellijatel ja osutajatel on ühine kohustus täita psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste ravivajadusi, tehes koostööd ühiste lahenduste leidmiseks,

ning mis tahes komorbiidsete seisundite ravi peab olema kättesaadav iga esmase kontakti kaudu.

- Sloveenias on loodud 21 [esmatasandi multidistsiplinaarset narkosõltuvuse ennetuse ja ravi keskust](#), kus pakutakse sõltuvus- ja psühhiaatrilist ravi (sh mitmikdiagnoosiga patsientidele), tehes koostööd narkosõltuvuse ravikeskusega Ljubljanas (kus on mh mitmikdiagnoosiga patsientide ravi osakond ja kompetents). Keskuste meeskondadega on süstemaatiliselt panustatud mh psühhiaatrilise komorbiidsuse märkamise ja ravi kompetentsi tõstmisesse esmatasandil. Korra kuus kohtuvad kõikide meeskondade esindajad ja sõltuvusravi keskuse juht, et muuhulgas arutada ravijuhtumeid. Meeskondadesse kuuluvad üld-/perearstid, psühhiaatrid, psühholoogid, õed, füsioterapeudid, sotsiaaltöötajad jt, kusjuures vastavalt patsiendi toevajadusele on üks meeskonnaliige juhtumikorraldaja ja põhilise kontaktisiku rollis. Ka Suurbritannias on astunud samme, et tuua lõimitud ravi kogukonnatasandile, ühendades esma- ning spetsialiseeritud tasandi teenuseid. See suund põhineb samuti [kogukonnatasandil meeskonnapõhise toe pakkumisel](#) ning kaasab nn kogukonnalüli, kes aitab inimesel leida temale sobivad kohalikke teenuseid.
- Taanis on kasutusel sõltuvust ja ravivajaduse suurenemist (ka mitmikdiagnoosi tekkimist) ennetava potentsiaaliga [OPUS-programm](#) esmaste psühhooside puhul. Programm kestab kaks aastat ning sisaldab lõimitult psühholoogilisi, psühhiaatrilisi ja sotsiaalseid oskusi edendavaid sekkumisi. Taanis on analüüsitud ka kulude võimalikku kokkuhoidu, mis OPUS-programmi rakendades ehk ennetustegevusele panustades kaasneb, võrreldes tavalise raviteekonnaga kahe aasta vältel (programmi kestus) ja viis aastat peale programmi. Kulude kokkuhoid on märgatav, eriti toetatud elamise ja majutusteenusel ja psühhiaatriahaiglas viibimise osas.
- Suurbritannias ja Taanis on sihtgrupi ravi korraldamisel levinud printsiip, et [abini jõudmiseks pole valet ust](#). See tähendab, et nii sõltuvusravi kui ka vaimse tervise teenuste (aga ka muude teenuste) osutajatel kehtib avatud uste poliitika ka psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste jaoks. Mistahes kontakti kaudu peaks komorbiidse seisundi ravi olema kättesaadav. Muidugi eeldab see ravivõimaluste olemasolu, millest iga kontakt peaks teadlik olema.
- Kõigis vaadeldud riikides pakutakse tuge erinevatel meetoditel väljaspool raviasutust: [mobiilselt ja kogukonnapõhiselt](#) võimaldatakse nõustamist, kriisiabi, psühholoogilist haridust jm teenuseid inimese elupaigas vm tema valitud kohas, nt mõne MTÜ ruumides, kes samuti sihtgrupi abistamisega tegeleb.
- Mitmetes uuritud riikides kasutatakse mitmikdiagnoosiga patsientide ravi erinevates, selleks sobilikes etappides [motiveerivat intervjuerimist](#), mh selleks, et hinnata inimese valmisolekut muutuseks. Näiteks on meetod lahutamatu osa IDDT ravimudelist, mida rakendatakse Hollandis, kusjuures on välja töötatud juhised motiveeriva intervjuerimise kohandamiseks intellektipuudega inimestele. Ka Eestis on motiveeriv intervjuerimine mitmel pool kasutusel, mis on hea vundament selle rakendamiseks ka psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste puhul. Vajalik on

pakkuda sõltuvusspetsiifilise motiveeriva intervjuerimise täiendõpet sihtgrupiga kokku puutuvatele spetsialistidele.

## Soovitused Eestile

- 2.1. Tõsta esmatasandi spetsialistide pädevust psühhiaatrilise komorbiidsuse (sh erinevate sõltuvuste) äratundmise ja ravimise ning teenustele suunamise osas, näiteks psühhiaatrilise komorbiidsuse patsiendi käsitluse juhendi ja koolituste abil.
- 2.2. Võtta kasutusele põhimõte „pole valet ust“ ehk mistahes esmase kontakti kaudu jõuab abivajaja õige abini. See tähendab, et perearstid, kiirabi- ja kiirabibrigaadi liikmed, psühhiaatrid jm spetsialistid ja abistajad (nt kogemusnõustajad, tugiisikud) peaksid oskama psühhiaatrilise komorbiidsusega inimest suunata nii sõltuvust kui ka psüühikahäiret silmas pidava ravini. Soovituse rakendamise eelduseks on vastavate teenuste olemasolu.
- 2.3. Kaaluda madala lävepakuga vastuvõtupunkti loomist Tallinnas või Tartus, kuhu saaks pöörduda ilma saatekirjata, võimalusel elavas järjekorras ja kus oleks fookus esmasel skriiningul (sh mitmikdiagnoosi osas) ja nõustamisel ning kompetents inimene sobivale vastuvõtule/ravile edasi suunata. See võiks asuda mõne olemasoleva teenuse juures, nt psühhiaatrikliinikus või seda pakkuda koostöös mõne mittetulundusliku organisatsiooniga (kuna abivajajal võib olla lihtsam esmalt pöörduda mõne mitteformaalse keskuse kui raviasutuse poole). Soovitus sobitub vaimse tervise astmelise abi tegevuskavaga, eeskätt toetatud väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste astmega; samuti plaanis olevate muudatustega tervishoiuteenuste korraldamise seaduses (SoM 2023b).
- 2.4. Arendada mobiilset teenust mitmikdiagnoosiga patsientide lõimitud raviks kodus ja erihoolekandeesutustes. See võib sisaldada näiteks sotsiaalabi, nõustamist, kriisiabi, aga ka diagnostikat või psüühikahäire ravimi ja asendusravi doseerimist spetsialisti poolt patsiendi kodus; samuti võib mobiilne teenus toimida väljatöö eri variantides (nii jalgsiteenuse kui ka bussist pakutavana).
- 2.5. Pöörata enam tähelepanu psühhiaatrilise komorbiidsuse tekkimise ennetusele, kaaludes nt Taanis rakendatava OPUS-programmi kohandamist Eesti olule. Taanis on tõendatud ka programmi kulutõhusust võrreldes tavasüsteemis liikumisega.
- 2.6. Motiveeriva intervjuerimise rakendamise jätkamine mitmikdiagnoosiga patsientide ravis ning sõltuvusspetsiifilise lähenemise kohta täiendkoolituste korraldamine. Täiendavate sihtgruppide koolitamine (nt erihoolekande tegevusjuhendajad). Oluline on tõsta teadlikkust, kuidas ja mis etappides seda on kasulik kasutada.

## 3. Abivajajal ei ole abi saamisel selget mudelit või teejuhti

Tervise- ja sotsiaalsüsteemis liikumisel puudub mitmikdiagnoosiga patsientidel ühtne teekond või juhtumikorraldus, palju on juhuslikkust. Eri asutuste või süsteemide vahel liikumine ei ole sujuv ega süsteemne. Sageli satuvad juhtumikorraldaja rolli lähedased,

tegevusjuhendajad või tugiisikud, kellel ei pruugi selleks olla oskuseid ega teadmisi. Lihtsam on süsteemis orienteeruda neil, kelle eestkostjaks on kohalik omavalitsus, kus ollakse abivõimalustega paremini kursis. Mõnes kohas on juhtumikorralduslikku rolli täitnud/täitmas hoolduskoordinaatorid, kes on keerulisemate probleemidega inimestel aidanud saada abi nii sotsiaal- kui ka tervishoiusüsteemist. Kuna psühhiaatrilise komorbiidsusega inimesed vajavad ka mitmekülgset ja pikaajalist tuge ning neil on tendents tagasilangusteks või ravilt väljalangusteks, siis nende n-ö ärakadumiste vähendamiseks oleks lisaks erinevatele ravi- ja muude teenuste võimaldamisele vajalik üks püsiv kontaktisik, kes aitaks teenuste vahel orienteeruda. Samuti, kui patsient ravile ei ilmu, ei ole mõistlik psühhiaatril tema otsimisele aega kulutada. See ülesanne võiks olla juhtumikorraldaja rolli täitval meeskonnaliikmel või nn kogukondlikul kontaktil. Samas on antud sihtgrupi puhul oluline just juhtumikorraldaja roll usaldusisikuna, tihe kontakt ja oskus nõustada ning kriisiolukorras sekkuda, mitte olla vaid teenuste vahendaja.

### Lahendused teistes riikides

- Soomes on **multidistsiplinaarses ravimeeskonnas juhtumikorraldaja roll** tavaliselt sotsiaaltöötajal, sotsiaalterapeudil või (vaimse tervise) õel. Üldiselt hoitakse psühhiaatrilise komorbiidsusega inimesel silma peal, kuna teadvustatakse tagasilangusi haiguse osana. Seda võimaldavad nii meeskonnas määratud juhtumikorraldaja, kes patsiendiga kõige rohkem ühenduses on – tavaliselt õde või sotsiaaltöötaja/-terapeut psühhiaatriakliinikust –, kui ka mobiilsete, nn koduteenuste pakkumine.
- Suurbritannias on kogukonnatasandi vaimse tervise raamistikus võetud kasutusele „**kogukonnalüli**“ roll, mida täidavad nt kogemusnõustajad, tugiisikud, juhtumikorraldajad jt. Kogukonnalüli on kursis ja kontaktis kohalike abi- ja tugiteenustega ning aitab inimesel leida talle sobilikke tegevusi ja teenuseid.
- Hollandis, Taanis ja Suurbritannias kasutatakse **FACT-mudel pakub süsteemset ja paindlikku juhtumikorraldust**: vastavalt vajadusele saab tuge pakkuda eeskätt üks ühele kohtumistel juhtumikorraldajaga, aga ka meeskonnapõhiselt. Rakendatakse kliinilist juhtumikorraldust, mis sisaldab lisaks teenuste vahendamise tegevustele oskust toetada komplekssete probleemidega sihtgruppe ja luua usaldusväärne kontakt. Samuti pakuvad kliinilises mudelis juhtumikorraldajad mitmeid teenuseid, nagu nõustamine, psühhoteraapia, toimetulekuoskuste õpetamine, kriisisekkumine jm. Mudelis on selgelt kirjeldatud koostöö, raviotsused tehakse ühiselt, ja põhimõtted, kuidas toimub liikumine intensiivsema ja vähemintensiivsema toe tasandite vahel (rohkem infot leiab eesti keelde tõlgitud FACT-mudeli käsiraamatust).

### Soovitused Eestile

- 3.1. Välja töötada multidistsiplinaarsete tiimide meeskonnapõhise ja juhtumikorraldusliku teenusepakkumise mudel, milles lepitakse kokku meeskonnatöö korraldus ning meditsiini- ja sotsiaalvaldkonna koostööpõhimõtted. Kokkuleppele tuleb jõuda nii

võrgustiku-/koostöö- kui ka rahastusmudelis (vt ka soovitus 3.3). Mudeli väljatöötamisel tuleb kokku tuua kohalike omavalitsuste, Sotsiaalkindlustusameti ja Tervisekassa esindajad. Meeskonnapõhise juhtumikorralduse mudel pakub võimalust erinevate erialaste teadmiste terviklikuks kaasamiseks ja paindlikkuseks töö korraldamisel; kokkulepitud juhtumikorraldaja või võtmekontakti roll tagab aga selgust nii meeskonnale kui abivajajale, luues eeldused ka paremaks raviprotsessis püsimiseks. Soovitus sobitub „Eesti 2035“ tegevuskavas planeeritud muudatustega tervishoiu- ja sotsiaalteenuste inimkeskseks lõimimiseks (VV 2023).

3.2. Määrata mitmikdiagnoosiga patsiendiga tegelevas meeskonnas juhtumikorraldaja, soovitatavalt lähtudes teenusesaaja suurimast abivajadusest (sotsiaalne, psühholoogiline vm) ehk rolli võivad võtta erinevad inimesed: sotsiaaltöötaja, vaimse tervise õde, psühhiaater, kogemusnõustaja vm. Oluline on rolli määramine kellelegi multidistsiplinaarsest meeskonnast ja tema kaasamine teenuste osutamise protsessi, mitte juhtumikorraldaja kui eraldi ameti loomine. Antud sihtgrupi jaoks on vaja rakendada juhtumikorralduse kliinilist, mitte vahendusmudelit. Kliinilise mudeli eripäraks on see, et juhtumikorraldaja rolli kandev inimene saab ka ise teenuseid (nt nõustamine, sotsiaal- või kriisiabi) pakkuda ning on abivajajaga tihedas kontaktis. Näiteks võib aluseks võtta FACT-mudeli, mis pakub ka võimaluse liikuda süsteemselt intensiivsemate ja vähem intensiivsemate toe (ja vastavalt juhtumikorralduse) vormide vahel. Viljandi haigla sundravi osakond on uuringu koostamise hetkel pilootprojektis FACT-mudelit katsetamas, seega tasub nende kogemust uurida ja arvesse võtta.

3.3. Kuna sihtgrupp on komplekssete vajadustega, on oluline kujundada rahastusmudel teenusepakkumiseks, mis võimaldab tasustada tavapärasest veidi erinevaid, ent möödapääsmatult vajalikke tööpraktikaid. Oluline on näiteks tasustada juhtumikorraldust sagedases või piiramatus mahus; tasustada kõikide multidistsiplinaarse tiimi liikmete osalemist ravi ja toe järjepidevuseks olulistel tiimikohtumistel; arvestada eelarvesse soovitud käitumise kinnitamise kulud (haakuvalt soovitusena 5.3), supervisioonid jmt.

#### 4. (Spetsiifilise väljaõppega) spetsialiste on puudu

Olulistest spetsialistidest (psühhiaatrid, vaimse tervise õed jt) on puudus ja/või on neil puudulik väljaõpe just komorbiidsusega patsientidega tegelemiseks.

#### Lahendused teistes riikides

- Soomes moodustatakse ravimeeskonnad sageli erinevate organisatsioonide spetsialistidest, näiteks tuues kokku raviarsti ja vaimse tervise õe psühhiaatrikliinikust ning sotsiaaltöötaja või -terapeudi (kes võib kanda ka

juhtumikorraldaja rolli) sõltuvusravi kliinikust. Omavahel peetakse raviotsuste tegemiseks sagedasi koosolekuid. Sarnaseid mudeleid on kasutusel ka Taanis.

- Taanis on pööratud olulist tähelepanu sihtgrupile ravi pakkumise organisatoorsele mudelitele, sh koostööd soodustavatele ja takistavatele teguritele. Kuna Taani hetkeolukord peegeldab sihtgrupi ravi killustatuse ja psühhiaatrite vähesusega ka Eesti olukorda, tasub koondatud teadmust silmas pidada koostöömudelite kujundamisel. Johanseni (2018) kirjeldatud tüpologia pakub head pidepunktid, liikumaks samm-sammult suurema lõimituse astme loomisele formaalselt kokku lepitud koostöös: infovahetus, püsivad koostöömustrid, koordinaator, multidistsiplinaarsed meeskonnad (*cross-sectional teams*), organisatsiooniline lõimitus (*organizational integration*). Õppetundidena tulevad välja ka erialade ja organisatsioonide vahelise ühise „keele“ (arusaam vastastikusest terminoloogiast, töömeetoditest, eesmärkidest) loomise olulisus, erialadevahelise tajutud hierarhia järjekindel väljendamine ja ümberkujundamine ning rahastusmudel, mis ka praktiliselt võimaldab sihtgrupi toetamiseks vajalikke tööpraktikaid rakendada.
- Suurbritannias on vaimse tervise ja hoolekandesüsteemi loodud kogukonnalülide roll, kel on ülevaade olemasolevatest teenustest ja kes saavad toetada inimest sobiva teenuseni jõudmisel ning hoida temaga kontakti raviteekonna erinevates etappides.
- Ravi- ja toe lõimitud meetodite (Hollandi IDDT, aga ka FACT, mis on kasutusel mh Taanis ja Suurbritannias) juurutamisel ja protsessi juhtimisel on tippspetsialistidel (eeskätt arstid, psühhiaatrid) küll oluline roll, ent põhiosa kontaktidest patsiendiga toimub (klienditöö ja nõustamisoskustega) juhtumikorraldaja (nt sotsiaaltöötaja), tugiisiku, sotsiaalnõustaja, kogemusnõustaja jt tiimiliikmetega. Kuna esmane usalduse ja kontakti loomine toimub tiimipõhistes mudelites esmalt juhtumikorraldaja rollis oleva inimesega, kulub tippspetsialisti aega vähem muuhulgas sellele, et usalduslikku suhet luua – eeltöö on juba tehtud.
- Loodud on kergesti kättesaadavaid õppematerjale erinevate erialade spetsialistidele: Suurbritannias on organisatsioon Turning Point koostanud tervishoiu erialade praktikutele suunatud käsiraamatu, aga ka veebipõhise kursuse mitmikdiagnoosiga patsiendi ravi ja toetamise põhiprintsiipidega.
- Hollandis, Soomes ja Suurbritannias on välja töötatud riiklikud ravijuhised, mis peavad silmas sihtgrupi ravi ja tuge erinevates raviastmetes ja/või sotsiaalses rehabilitatsioonis.

## Soovitused Eestile

- 4.1. Eraldi tähelepanu tuleb pöörata sihtgrupiga töötavate spetsialistide ja tiimide heaolu toetamisele: vaja on määratleda mõistlik töörütmi ja jätkusuutlik koormus (st mitte liiga palju kliendikohtumisi ühes päevas) ning tagada töörütmi ja koormuse järgimist, super- ja kovisiooni olulisuse esiletoomist (võimalusel mudelis eraldi kulureana arvestatult ja spetsialistidele rangelt soovituslikuna), tuge teistelt meeskonnaliikmetelt, konkurentsivõimelist töötasu. Selle tegemata jätmisel on

- läbipõlemine ja töemotivatsiooni kadu pigem kiire ja möödapääsmatu, mistõttu suureneks juba praegu terav spetsialistide puudus veelgi.
- 4.2. Spetsialistide nappust võib aidata leevendada sujuv süsteem erinevate spetsialistide vahel ristkonsultatsioonideks infovahetuse eesmärgil või püsivate koostöömustrite kujundamiseks. Konsultatsiooni- või koostöökokkulepped võiksid olla ka erihoolekande ja psühhiaatrilise ravi teenusepakkujate vahel.
  - 4.3. Tippspetsialistide koormuse vähendamiseks kujundada ravi toetavaid teenuseid ja rolle, mida saaksid täita sobilikushindamise läbinud inimesed, kel pole tingimata meditsiinilist väljaõpet. Seda võimaldaks näiteks kogemusnõustajate, tugiisikute, (erihoolekandetasutuste) tegevusjuhendajate jt vastavasisuline täiendav väljaõpe ja supervisioon „kogukonnalüli“ rolli kandmiseks, kellel on ülevaade kohalikest abi-, ravi- ja toetusvõimalustest ning kontakt teenusepakkujatega. Kogemusnõustajate puhul on selle sihtgrupiga tööks eriti oluline kutsestandardi olemasolu ja selles kirjeldatud pädevused tööks komorbiidsete klientidega. Kaaluda SÜTIK programmi edasiarendamist/laiendamist, et see vastaks paremini ka komorbiidse psüühikahäirega inimeste toetamise eripäradele. Soovitused seostuvad vaimse tervise astmelise abi tegevuskavaga, eeskätt toetatud väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste astmega; samuti kavandatavate muudatustega tervishoiuteenuste korraldamise seaduses (SoM 2023b).
  - 4.4. Kirjeldada üldpõhimõtted, millest juhendada psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide sõelumisel ja ravis esmatasandil ja eriarstiabis ning kus kajastuksid rahvusvahelises teaduskirjanduses tõendatud praktikad. Kuivõrd kombinatsioonid eri psüühikahäiretest ja tarvitavatest uimastitest võivad ravilähenedes erineda, on spetsiifiliste ravijuhendite koostamine keerukas ja ajamahukas, ent tasuks koguda ja hinnata ekspertide seisukohti ravijuhendite vajalikkusest levinumate suure tervisekahjuga häirete koosluste puhul ja vajadusel need koostada.
  - 4.5. Eelmise soovitusena võrreldes kiirem viis toetada ja välja õpetada sihtgrupiga kokkupuutuvaid spetsialiste võiks olla Taanis koostatud õpik-käsiraamatu tõlkimine, mis käsitleb psühhiaatrilise komorbiidsusega inimese abistamist erinevate erialade vaatenurgast (sotsiaaltöötaja, õde, arst, psühholoog) ning Eesti oludega kohandamine (kohalike spetsialistide soovitustega täiendamine). Kaaluda ka Suurbritannia näitel (organisatsiooni Turning Point eeskujul) veebikursuse loomist või eeskätt tervishoiuspetsialistidele suunatud käsiraamatu eestindamist.
  - 4.6. Luua ja pakkuda sihtgrupiga töötavatele spetsialistidele koolitusi, mis arendaksid vajalikke teadmisi ja oskusi – vastavalt spetsialistide olemasolevatele pädevustele ja profiilile näiteks täiendavad teadmised rasketest psüühikahäiretest, uimastitarvitamisest, motiveeriva intervjuerimise kasutamisest ja eripäradest sõltuvuskäitumise muutmise eri etappides, traumateadlikust praktikast jmt.
  - 4.7. Seada koostöös erialaorganisatsioonidega sisse kohustava loomuga meetmed, mis võimaldaksid tagada sihtgrupiga töötamist puudutavate teadmiste ja oskuste edasiandmise jätkusuutlikul ja süsteemsel moel. Selle näiteks võib olla praktikavõimalused või -tsüklid vastava spetsiifikaga osakondades; sihtgrupiga

töötavate praktikute tööülesanne õpetada metoodikaid ka teistele spetsialistidele. Meetmed vajavad juhendamist võimaldavaid muutuseid töökoormuses ning palgafondi toetamist.

- 4.8. Kompetentsivõrgustiku loomine kogemuste-teadmiste vahetamiseks ja arendamiseks. Võrgustikku võiks kuuluda ka psühhiaatriaiglate meeskonnad (soovitused 1.1–1.2), kes sihtgrupiga kokku puutuvad. Võrgustik saaks olla ka riigile mõttepartneriks, kellega nõu pidada antud sihtgruppi puudutavate lahenduste (nt eraldi osakond, multidistsiplinaarsed meeskonnad, mobiilne teenusepakkumine, teenuste rahastusmudelid) kujundamisel ja ellukutsumisel. Vajalik määrata eestvedaja, kes vastutab võrgustiku loomise ja kohtumiste korralduse eest.
- 4.9. Ülevaate ja veebipõhise kataloogi loomine, mis kajastab psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste jaoks sobilikke olemasolevaid ravi- ja tugivõimalusi, nende sobilikkuse kirjeldusi ja kontakte. Vajalik regulaarne uuendamine.

## 5. Abivajajate vähene motivatsioon, ärakadumine

Psühhiaatrilise komorbiidsusega abivajajatel on raske ravile jõuda ja seal püsida, kuna haigusteadlikkus ja motivatsioon muutuseks on sageli madalad tulenevalt häirete sümptomaatikast ja koosmõjust, mis kipub probleeme vastastikku alal hoidma. Tagasilangused psüühikahäirega toimetulekus või uimastitarvitamises käivad sageli käsikäes ja toovad tihti kaasa ravis osalemise katkemise. Muutuse loomist soodustav valmisolek on sageli lühiajaline, ent paljud abivõimalused pika järjekorraga. Teenused võivad eeldada patsiendi kainust kas teenuse pakkumise eelduse või eesmärgina; sageli võib see olla sõltuvuses abivajajale esimeseks sammuks liiga suur. Spetsialistid võivad näha tagasilangust läbikukkumisena või omada tugevaid negatiivseid hoiakuid antud sihtgrupi suhtes, mis ei soosi ravikoostööd.

### Lahendused teistes riikides

- Psühhiaatrilise komorbiidsusega abivajajatele pakutakse kõigis vaadeldud riikides **teenuseid inimese elukohas** või muus raviausutuse-välises kontekstis, mida tuntakse mobiilse teenuspakkumise ja intensiivse kogukonnakeskse hoolekandena. Valdavalt pakutakse sel moel sotsiaalabi, kriisiabi, nõustamist, aga vastavalt mobiilse tiimi pädevustele ka meditsiiniteenuseid (nt diagnostika, asendusravi, ravimite depoosüste jm.). Konkreetse teenusmudelina saab välja tuua FACT-mudeli; mobiilse teenuspakkumise elemente leiab paljudes praktikates.
- Lõimitud raviteenuste **etapiviisiline ülesehitus**, mis ilmnes enamikes vaadeldud riikides, peab silmas muutuse eelkaalutlemise etappi, milles inimene ei ole valmis tarvitamist veel lõpetama. Sellest tulenevalt on mitmeid näiteid teenustest, kus **raviteenusele sisenemiseks või eesmärgina ei eeldata kainust**; teenusmudelitele, mis eeldavad kainust, on vahel loodud inimese vajadusest lähtuvaid ravieelseid etappe uimastitarvitamise või asendusravi dooside vähendamiseks. Esmase etapi fookuseks

on valdavalt abivajajaga usaldusliku kontakti loomine, mis võib toimuda ka praktilise sotsiaalabi pakkumise või kahjude vähendamise teenuste osana.

- Ravil osalemise ja kainuseperioodide soodustamiseks tuli nii rahvusvahelisest teaduskirjandusest kui ka välisintervjuudest Suurbritannia ja Taani ekspertidega välja soovitud käitumise kinnitamine (*contingency management*). Selle sisuks on raviprotsessis osalemise soodustamine väliste motivaatoritega (nt kohtumistel pakutakse süüa; kainust premeeritakse rahalistel või mitterahalistel viisidel).
- Suurbritannias on antud sihtgrupi jaoks välja töötatud kaks kognitiiv-käitumuslikel alustel põhinevat nõustamismeetodit/sekkumist. **Kognitiiv-käitumuslik lõimitud teraapia (C-BIT)** annab raamistiku ja praktilise juhendmaterjali pikemaajaliseks etapiviisiliseks nõustamiseks ja toimetulekuoskuste arengu toetamiseks. **Lõimitud motivatsiooniline lühisekkumine (BIMI)** rakendab perioodi, mil inimene on tavapärasest enam avatud kaaluma uimastitarvitamise mõju oma tervisele, näiteks siis, kui ta satub haiglaravile või pöördub ise vaimse tervise teenuseosutaja poole.
- Oluline tegur patsiendiga terapeutilise kontakti loomises peitub ka **spetsialistide toetavas hoiakus ja mittestigmatiseerivas suhtlemisviisis**. Kuivõrd tegu on tugevalt stigmatiseeritud sihtgrupiga, kelle ravisoostumus on kõikuv ning raviefekt sageli madal, on spetsialistide hoiakute teadvustamine ja ümber kujundamine tähtsal kohal, nagu toodi välja mitmes välisintervjuus. Hollandis käsitletakse lühikoolitusel, mis eelneb lõimitud ravimudeliga töötamisele, põhjalikult ka spetsialistide hoiakuid ja kogemusi seoses antud sihtgrupiga.

## Soovitused Eestile

- 5.1. Arendada mobiilse teenusepakkumise võimekust, et abistada inimesi nende elukohas (haakuvalt soovitusena 2.3)
- 5.2. Ravi- ja tugiteenuste kujundamisel võtta arvesse tarvitamiskäitumises muutuste ellukutsumiseks vajalikku etapiviisilisust (haakuvalt soovitusena 1.1). Soovitatavalt mitte sätestada teenusele pääsemise eelduse või eesmärgina täielikku kainust, kuna see tõstab tõenäosust ravi alustada ning seeläbi luua tarvitamiskäitumises muutust (mis võib päädida ka kainuse saavutamisega).
- 5.3. Olemasolevate ja loodavate teenuste puhul kasutada soovitud käitumise kinnitamise meetodeid (*contingency management*; soovitatud ka alkoholitavitamise häirega patsiendi ravijuhendis). Siia alla kuuluvad mitmekesised viisid, mis väliste motivaatorite abil soodustavad raviprotsessis osalemist (nt kohtumistel pakutakse süüa; kainust premeeritakse rahalistel või mitterahalistel viisidel). Teadlikkuse tõstmine antud meetodist (nt sihtgrupiga töötavate spetsialistide täiendkoolituse või väljaõppe käigus). See on Eestis juba toimiv praktika, mida kasutatakse tuberkuloosi otseselt kontrollitavas ambulatoorses ravis (vastuvõtul käivatel patsientidel on võimalik saada kinkekaarte).

- 5.4. Võimaldada psühholoogide ja teiste asjakohaste spetsialistide täiendõpet antud sihtgrupile välja töötatud sekkumismeetodite (näiteks C-BIT ja/või BIMl) kasutamiseks.
- 5.5. Pöörata sihtgrupiga töötavate spetsialistide väljaõppe või täiendkoolituses tähelepanu antud sihtgrupi stigmatiseeritusele nii ühiskonnas laiemalt kui ka spetsialistide seas ning soodustada toetavate hoiakute kujunemist.

Tabel 1. Soovituste kriteeriumidele vastavuse hindamise (Tabel 2) värvikoodide selgitused

Värv: selgitus	Hinnang soovitus terviklikkusele	Hinnang soovitus Eestis teostamise keerukusele
Roheline	Soovitus pakub terviklikku lahendust psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste raviks ja toetamiseks	Soovituse teostamine Eestis on võrdlemisi lihtne (nt toetub juba olemasolevatele elementidele)
Kollane	Soovitus aitab kaasa tervikliku lähenemise loomisele psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste raviks ja toetamiseks	Soovituse teostamine Eestis on keskmise keerukusega
Oranž	Soovitus ei aita kaasa tervikliku lähenemise loomisele psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste raviks ja toetamiseks	Soovituse teostamine Eestis on keeruline (nt väga ressursimahukas, vajab mitmete elementide juurutamist vm)

Tabel 2. Ülevaade probleemidest Eestis, teiste riikide lahendustest, soovitud Eestis elluviimiseks ja hinnangutest soovitude mõjule tervikliku lahenduse loomisel psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste abistamisel ning elluviimise keerukusele.

1. Probleem	Mitmikdiagnoosiga patsientidel puudub üks süsteemne viis saada ravi mõlemale häirele korraga. Erihoolekandeteenusele satuvad sõltuvushäirega inimesed, keda seasel personalil ei ole võimalik aidata		
Lahendused teistest riikidest	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raske psüühikahäire ja sõltuvuse integreeritud ehk lõimitud ravimudel IDDT (Holland).</li> <li>2. Raske psüühikahäirega inimeste intensiivse toe paindlik juhtumikorralduslik FACT-mudel (Holland, Taani, Suurbritannia).</li> <li>3. Mitmikdiagnoosiga patsientide ravi pakkuv ja spetsialiste koolitav COMPASS-programm (Suurbritannia).</li> <li>4. Spetsialiseeritud raviosakond psühhiaatrilise komorbiidsuse raviks (Soome, Taani, Sloveenia, Holland).</li> <li>5. Sihtgrupiga töötavad multidistsiplinaarsed ravimeeskonnad eri tasanditel (kõik vaadeldud riigid).</li> <li>6. Pikaajalise toe võimaldamine raviaegsete/-järgsete teenuste, nt tugigruppide, rehabilitatsiooniprogrammid, teraapiakogukonnad jm (kõik vaadeldud riigid)</li> </ol>		
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus	
1.1. Luua mõnda psühhiaatriaiglasse või sõltuvusravikliinikusse, mis juba tegeleb teatud määral psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientidega (nt TÜK, Viljandi Haigla vm), eraldi osakond, kus pakutaks lõimitud ravi, lähtudes Eesti oludele kohandatud IDDTst või mõne vaadeldud haigla praktikast. Hinnata teenusepakkujate võimekust tegeleda psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientidega (nt mõõdikud DDCAT ja DDCMHT)	On mitmikdiagnoosiga patsientidele mõeldud terviklik ravilahendus	On juba ravikeskuseid, kus tegeletakse (teataval määral ka komorbiidsete) sõltuvushäiretega, tuleks juurde tuua täiendav kompetents ja võimalus pakkuda lõimitud tuge	
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus	
1.2. Arendada mitmikdiagnoosiga patsientide ravi pädevus multidistsiplinaarsete meeskondadena igasse psühhiaatrikliinikusse, et oleks võimalik tuvastada ja ravida samal ajal ka sõltuvushäiret. Hinnata teenusepakkujate võimekust tegeleda	Panustab oluliselt psühhiaatrilise komorbiidsuse märkamisse ja terviklikku ravisse, tõstab	Spetsialistide olemasoleva ja tõenäoliselt suureneva nappuse taustal võib osutada keerukaks. Samas jõuab antud sihtgrupp	

psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientidega (nt mõõdikud DDCAT ja DDCMHT)	psühhiaatrikliiniku pädevusi tegeleda ka sõltuvushäirega, mis hõlbustab diagnostikat	siiski teenustele ja korraldatud koostöö on juhuslikust koostööst/konsulterimisest efektiivsem raviviis
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
1.3. Luua mitmikdiagnoosiga patsientidele erihoolekandesse eraldi üksus (ja/või teenus), mis võtaks arvesse praeguse teenuse tugevust (lähtudes näiteks praegustest erihoolekandeteenustest autismspektrihäirega või ebastabiilse remissiooniga inimestele), aga tooks juurde meditsiinilist ja psühhiaatrilist kompetentsi. Haakuvalt kompetentsi loomisega tegeleda õigusandlike tõketega.	Võimaldab pädeva erihoolekandeteenuse ja meditsiinilise toe ka psühhiaatrilise komorbiidsusega inimestele	Uue teenuse loomine (või lisapädevustega üksuse mehitamine) on pigem keerukas
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
1.4. Pakkuda mitmikdiagnoosiga patsientide lõimitud ravi kompetentsi mobiilse teenusena teiste spetsialistide konsulterimiseks (näiteks erihoolekandetasutuste töötajatele)	Kompetentsi tõstmine ka sihtgrupiga harvemini kokkupuutuvate spetsialistide seas suurendab tõenäosust, et inimene jõuab õige abini ning talle ei pöörata teadmatuses selga	Pädevus on mõnes raviasutuses juba olemas ja seetõttu on soovitus eelluviimine võrreldes teiste soovitustega vähem keerukas; rakendamist raskendab spetsialistide niigi suur koormus
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
1.5. Soodustada toetavate tegevuste ellukutsumist ja töös hoidmist: tugigrupid, terapeutilised kogukonnad, töömajad jm, mis pakuks	Mitmikdiagnoosiga patsiendid vajavad	Vajab tegevustoetust ning vabaihenduste ja

süsteemset tuge ravi ajal/järel motivatsiooni hoidmisel ja eneseteostust tegevustena	pikaajalist ravi ja teenuseid, et hoida motivatsiooni ja leida eneseteostust, kuna tihti ei ole nad tööga hõivatud	teenusepakkujate toetamist tõenduspõhiste meetodite rakendamisel ja jätkusuutliku tegevusmudeli loomisel
<b>2. Probleem</b>	<b>Mida varasem on abi vajamise faas, seda raskem on abi saada; akuutsema probleemiga on ravile saamine lihtsam</b>	
Lahendused teistest riikidest	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keskne vastuvõtupunkt, kuhu inimene võib ise pöörduda ja kus tehakse esmane hindamine ja suunamine (Helsingis).</li> <li>2. Esmatasandi ja kogukonnahoolduse rolli tugevdamine, nt peavooluteenustesse kaasamise mudeli abil, et abistada sihtgruppi tavapärase vaimse tervise teenuste pakkumisega (Suurbritannias).</li> <li>3. Esmatasandi multidistsiplinaarsed meeskonnad, kes pakuvad sõltuvus- ja psühhiaatrilist ravi (Sloveenias).</li> <li>4. Sõltuvust ja ravivajaduse suurenemist (ka mitmikdiagnoosi tekkimist) ennetav OPUS-programm (Taanis).</li> <li>5. Üldine „ei ole valet ust“ põhimõte ehk abini jõudmine on võimalik mistahes kontakti kaudu (Suurbritannia, Taani).</li> <li>6. Toe pakkumine mobiilsel meetodil inimese kodus või valitud kohas (kõik vaadeldud riigid).</li> <li>7. Motiveeriva intervjuerimise või motiveeritusele suunatud sekkumiste kasutamine erinevates ravierappides (Holland, Suurbritannia jt)</li> </ol>	
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
2.1. Tõsta esmatasandi spetsialistide pädevust psühhiaatrilise komorbiidsuse (sh erinevate sõltuvuste) äratundmise ja ravimise ning teenustele suunamise osas, näiteks psühhiaatrilise komorbiidsusega patsiendi käsitluse juhendi koostamise ja koolitustega pakkumisega	Pigem aitab märgata ja sihtrühma paremini mõista ning stigmat vähendada; suurem abi oleks sellest, kui teatakse ka võimalikke jätkutegevusi	Teostatavust raskendab perearstide ja esmatasandi arstiabi ülekoormus; samas koolitamine ja juhendite koostamine on hõlpsamini teostatav ning osaliselt juba teostatud (perearstidele e-loengud TÜ psühhiaatria

	(olemasolevaid sobivaid teenuseid, raviteekonda)	õppetoolist, mida saab antud teemaga täiendada)
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
2.2. Võtta kasutusele põhimõte „ei ole valet ust“ ehk mistahes esmase kontakti kaudu jõuab psühhiaatrilise komorbiidsusega abivajaja nii sõltuvust kui ka psüühikahäiret silmas pidava ravini. Soovituse rakendamise eelduseks on sobilike teenuste olemasolu	Kõigil peaks olema teadlikkus, et need kaks häiret käivad sageli koos; tõstab tõenäosust, et iga abivajaja saab seda abi, mida temal vaja on	Keeruline, kuna pole teenuseid, kuhu suunata; ka stigma vähendamine ja pädevuse tõstmine on suur väljakutse
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
2.3. Kaaluda madala lävepakuga (ilma saatekirjata, võimalusel elava järjekorra alusel toimiva) vastuvõtupunkti loomist Tallinnas või Tartus, kus tehtaks esmane sõelumine (sh psühhiaatrilise komorbiidsuse osas) ning pakutaks nõustamist ja kompetentsi inimene sobivale teenusele edasi suunata. Soovitus sobitub vaimse tervise astmelise abi tegevuskava ja plaanitavate muudatustega tervishoiuteenuste korralduse seaduses	Tagab ligipääsu olemasolevatele teenustele, mis hetkel ei võimalda terviklikku lähenemist	Olemasoleva teenuse juurde luues võiks olla teostatav; efektiivsust takistab hetkel asjaolu, et inimest ei ole kuhugi suunata, sest puuduvad spetsiifilised teenused
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
2.4. Arendada mobiilset teenust (väljatöö eri variantides) mitmikdiagnoosiga patsientide lõimitud raviks kodus ja erihoolekandeesutustes	Tagab ligipääsu olemasolevatele teenustele ka neile, kes ise ei ole	Raskelt teostatav spetsialistide puuduse tõttu; kohaleminemine on ajakulukas; nõuab osapoolte vahel koostöö- ja

	võimelised (sh kauguse tõttu) ravi saama minema	rahastusmudeli väljatöötamist
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
2.5. Pöörata enam tähelepanu psühhiaatrilise komorbiidsuse tekkimise ennetusele, kaaludes nt Taanis rakendatava OPUS-programmi kohandamist Eesti oludele	Terviklik vaade ennetusele; tõstab teadlikkust, et need häired võivad koos esineda	OPUS on juba olemasolev programm; pikas perspektiivis aitab säästa, aga juurutamine ja pakkumine on kulukas
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
2.6. Motiveeriva intervjuerimise (MI) rakendamise jätkamine mitmikdiagnoosiga patsientide ravis; selleks vajalik sõltuvusspetsiifilise MI täiendkoolituste korraldamine. Täiendavate sihtgruppide koolitamine (nt erihoolekande tegevusjuhendajad)	See on sihtgrupiga töötamise eeldus ja väga kergesti rakendatav ja kasulik meetod	Teostatav, kuna MI kasutatakse Eestis juba palju; olemas mõningal määral ka sõltuvusalase MI koolitajaid
<b>3. Probleem</b>	<b>Tervise- ja sotsiaalsüsteemis liikumisel puudub ühtne juhtumikorraldus</b>	
Lahendused teistest riikidest	1. Multidistsiplinaarses meeskonnas on tavaliselt juhtumikorraldaja roll sotsiaaltöötajal/-terapeudil või (vaimse tervise) õel (Soome). 2. Kaasatakse „kogukonnalüli“ rolli kohalike teenustega kontaktivõtu soodustamiseks (Suurbritannia). 3. Rakendatakse juhtumikorralduse kliinilist mudelit, mis sisaldab võimekust mitmikdiagnoosiga inimesi toetada ka nõustamise, psühhoteraapia, kriisisekkumisega ning toimetulekuoskuste õpetamisel (Holland, Taani, Suurbritannia)	
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus

3.1.	Välja töötada multidistsiplinaarsete meeskondade juhtumikorralduslik teenusepakkumise mudel (haakuvalt rahastusmudeli soovitusel 3.3), milles lepitakse kokku meeskonnatöö korraldus ning meditsiini- ja sotsiaalvaldkonna, aga ka kohalike omavalitsuste koostööpõhimõtted. Soovitus sobitub „Eesti 2035“ tegevuskavas planeeritud muudatustega.	Võimaldab terviklikku ülevaadet ja eri valdkondade koostööd kompleksse abivajadusega inimeste toetamisel	Mudel eeldab erinevate süsteemide ja tasandite vahelist arendustööd, mis võib olla üsna keerukas
Soovitus Eestile		Terviklikkus	Teostatavus
3.2.	Määrata mitmikdiagnoosiga patsiendiga tegelevas meeskonnas juhtumikorraldaja, lähtudes teenusesaaja suurimast abivajadusest (sotsiaalne, psühholoogiline vm), ja rakendada juhtumikorralduse kliinilist, mitte vahendusmudelit	Võimaldab sihtgrupi toetamisel selgemat rollijaotust ja mitmekesise abi pakkumist inimese elukohas	On ravimeeskondi, mis juba nõnda toimivad; hea praktika, mis vajab laiemat juurutamist. Raskendada võib spetsialistide nappus, kes antud rolli sobivad
Soovitus Eestile		Terviklikkus	Teostatavus
3.3.	Kujundada teenuse rahastusmudel, mis võimaldab õiglaselt ja adekvaatselt tasustada antud sihtgrupi toetamiseks ja raviks vajalikke tööpraktikaid, nt võrgustikukohtumisi, sagedast juhtumikorraldust kliinilise mudeli alusel, super- ja kovisiooni tagamist, soovitud käitumise kinnitamise meetodeid jmt	Võimaldab rakendada sihtgrupi komplekssete vajaduste katmiseks olulisi töömeetodeid	Vajab läbirääkimisi ja teenuse rahastusmudeli (ümber)kujundamist mitme institutsiooni koostöös
4. Probleem	Olulistest spetsialistidest (psühhiaatrid, vaimse tervise õed jt) on puudus ja/või on neil puudulik väljaõpe mitmikdiagnoosiga patsientidega tegelemiseks		
Lahendused teistest riikidest	1. Ravimeeskonnad moodustatakse mitme organisatsiooni spetsialistidest, regulaarsed koosolekud (Soome, Taani). 2. Teadmus organisatsioonide vahelist koostööd soodustavatest ja takistavatest teguritest, mudelite tüpoloogiad (Taani).		

	<p>3. Vaimse tervise ja hoolekandesüsteemis „kogukonnalülide“ roll, mida täidavad madalama spetsialiseerumisega isikud, kes aitavad inimestel teenustele jõuda, hoiavad kontakti abivajaja ja teenusepakkujatega (Suurbritannia).</p> <p>4. Lõimitud meeskonnapõhised ravi- ja toe mudelid vähendavad pikas plaanis tippspetsialistide koormust kontaktiloome, -hoiu ja juhtumikorraldusliku korralduse vaatest (Holland, Taani, Suurbritannia).</p> <p>5. Hõlpsasti kättesaadavad praktilised õppematerjalid, käsiraamatud, veebikursused spetsialistidele (Suurbritannia, Taani).</p> <p>6. Riiklikud ravijuhised erinevatele raviastmetele ja/või rehabilitatsiooniteenuse pakkujale (Holland, Soome, Suurbritannia)</p>		
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus	
<p>4.1. Pöörata eraldi tähelepanu ja eraldada ressursse sihtgrupiga töötavate spetsialistide ja tiimide heaolu tõstmisele ja töötingimuste parandamisele (määratleda jätkusuutlik koormus ja töötasu, arendada toetavat töökultuuri, tagada super- ja kovisiooni rakendamine jm). Selle tegemata jätmisel väheneb töömotivatsioon, suureneb läbipõlemise tõenäosus ja juba praegu terav spetsialistide puudus süveneb veelgi</p>	<p>Soovituse järgimine on möödapääsmatult oluline, et sihtgrupile oleks võimalik terviklikke ravi- ja tugiteenuseid pakkuda</p>	<p>Nõuab ka rahalisi ressursse, ent eeskätt probleemile tähelepanu pööramist organisatsioonide juhtimisel ja töökultuuris</p>	
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus	
<p>4.2. Spetsialistide omavaheline konsultatsioonisüsteem kas infovahetuse eesmärgil või püsivate koostöömustrite kujundamiseks. Konsultatsiooni- või koostöökokkulepped võiksid olla ka erihoolekande ja psühhiaatrilise ravi teenusepakkujate vahel</p>	<p>Pakub võimalust spetsiifiliste teadmiste laiemaks levikuks ja erialaspetsialistide koostöö edendamiseks</p>	<p>Teostatavust soosib asjaolu, et perearstidel on psühhiaatri e-konsultatsiooni võimalus juba olemas. Keerukamaks muudab psühhiaatrite nappus ja koormus</p>	

Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
<p>4.3. Kujundada ravi toetavaid teenuseid/rolle, mida saaksid sobivusel ja supervisiooni olemasolul täita ka vastava täiendõppega tugiisikud, kogemusnõustajad, (erihooletandeesutuste) tegevusjuhendajad jm mittemeditsiinilise väljaõppega isikud. Sedalaadi "kogukonnalülidel" oleks ülevaade kohalikest abi-, ravi- ja toetusvõimalustest, kontakt teenusepakkujatega ning võimalus toetada abiteekonna eri etappe ning hoida sidet abivajajaga. Kaaluda juba toimiva SÜTIK programmi edasiarendamist/laiendamist, et see vastaks ka komorbiidse psüühikahäirega inimeste toetamise eripäradele. Toetada kogemusnõustajate kutsestandardi loomist ja selles komorbiidsete klientidega tööks vajalike pädevuste kirjeldamist. Soovitus sobitub vaimse tervise astmelise abi tegevuskava ja plaanitavate muudatustega tervishoiuteenuste korralduse seaduses</p>	<p>Pakub probleemiga inimesele tuge ja mõistmist, mida spetsialist pakkuda ei saa. Võimaldab spetsialistidel pühendada rohkem aega erialasele tööle (vrd nt vastuvõtule mitteilmunud patsiendiga kontakti otsimise arvelt)</p>	<p>On juba olemas kogemusnõustaja ja/või tugiisiku väljaõppega inimesi, kelle seast sobivushindamisel leida sobiliku profiiliga inimesi. On vaja pakkuda täiendavad väljaõpet tööks antud sihtgrupiga, samuti regulaarset supervisiooni ja/või kaasatust ravimeeskonda; toetada kogemusnõustajate kutsestandardi loomist</p>
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
<p>4.4. Kirjeldada üldpõhimõtted, millest juhendada psühhiaatrilise komorbiidsusega patsientide sõelumisel ning ravis esmatasandil ja eriarstiabis; kus kajastuksid rahvusvahelises teaduskirjanduses tõendatud praktikad. Koguda ja hinnata ekspertide arvamust ravijuhendite vajalikkusest levinumate suure tervisekahjuga häirete koosluste puhul ning vajadusel vastavad juhised koostada</p>	<p>Annab vajalikud pidepunktid ja juhised ning kirjeldab lähenemisi-meetodeid, mida on sihtgrupi efektiivseks toetamiseks vaja; vähendab juhuslikkust patsiendikäsitluses</p>	<p>Üldpõhimõtete kirjeldamine on lihtsam, ravijuhiste väljatöötamine aga üsna kompleksne lahendus. Asjakohaseid juhendmaterjale (nt NICE soovitusel) on olemas</p>

Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
4.5. Välisriikide õppematerjalide eestindamine, nt Taani õpik-käsiraamatu tõlkimine, mis käsitleb sihtgrupi abistamist erinevatel erialadel (sotsiaaltöötaja, õde, arst, psühholoog), ja Eesti spetsialistide soovitustega täiendamine. Kaaluda Suurbritannia näitel veebikursuse vm materjalide loomist	Võimaldab vajalike spetsiifiliste teadmiste ja pädevuste arendamist laias spetsialistide sihtgrupis	Olemasolevate õppematerjalide eestindamise kulu on võrdlemisi madal
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
4.6. Luua ja pakkuda koolitusi, mis arendaksid vajalikke teadmisi ja oskuseid. Vastavalt spetsialistide olemasolevatele pädevustele ja profiilile näiteks täiendkoolitused rasketest psüühikahäiretest, uimastitarvitamisest, motiveeriva intervjuerimise kasutamisest ja eripäradest sõltuvuskäitumise muutmise eri etappides, traumateadlikust praktikast jmt	Võimaldab vajalike spetsiifiliste teadmiste ja pädevuste arendamist laias spetsialistide sihtgrupis	Eestis juba on sihtgrupi lõimitud ravis pädevaid spetsialiste; Eestis on ka sõltuvusalase motiveeriva intervjuerimise koolitajaid; pädevuste õpet saab soosida välisriikides toimuvatel täiendkoolitustel
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
4.7. Koostöös erialaorganisatsioonidega kohustava loomuga meetmete kujundamine, mis võimaldaks tagada sihtgrupiga töötamist puudutavate teadmiste ja oskuste edasiandmise jätkusuutlikul ja järjepideval moel (nt praktikavõimalused või -tsükliid). Meetmed vajavad juhendamist võimaldavaid muutuseid töökoormuses ning palgafondi toetamist	Võimaldab spetsiifiliste pädevuste järjekindlat ja teadlikku edasiandmist	Nõuab olulisi institutsioonidevahelisi läbirääkimisi, kokkuleppeid ja muudatusi, sh rahastuses
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus

<p>4.8. Kompetentsivõrgustiku loomine psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste ravi ja toetamist puudutavate kogemuste-teadmiste vahetamiseks ja arendamiseks. Võrgustik saab olla ka riigile mõttepartneriks, kellega nõu pidada antud sihtgruppi puudutavate lahenduste kujundamisel ja ellukutsumisel. Vajalik määrata eestvedaja, kes vastutab võrgustiku loomise ja kohtumiste korralduse eest</p>	<p>Loob võimaluse asjakohaste erialade ja kompetentside kokkutoomiseks, üksteiselt õppimiseks, kitsaskohtade tuvastamiseks ja lahendusvõimaluste tagasisidestamiseks</p>	<p>Kui spetsialistide koormust (eriti organisatoorse poole pealt) hoitakse madalana, on sihtgrupiga töötavad pädevad spetsialistid valdavalt huvitatud süsteemi arendamisse panustama</p>
<p>Soovitus Eestile</p>	<p>Terviklikkus</p>	<p>Teostatavus</p>
<p>4.9. Ülevaate ja veebipõhise kataloogi loomine, mis kajastab psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste jaoks sobilikke olemasolevaid ravi- ja tugivõimalusi, nende sobilikkuse kirjeldusi ja kontakte. Vajalik regulaarne uuendamine</p>	<p>Terviklikkus on tugevalt seotud olemasolevate teenuste hulgaga, mis hetkel on pigem kesine</p>	<p>Madala keerukusastme ja kulukusega: teabe koondamine, tehnilise lahenduse loomine, kaasnevad mõningased haldus- ja uuenduskulud</p>
<p>5. Probleem</p>	<p>Abivajajatel on raske ravile jõuda ja seal püsida, kuna sihtgrupile on omane vähene haigusteadlikkus ja motiveeritus uimastitarvitamise lõpetamiseks; häirete koosmõju toob kaasa tagasilanguseid. Spetsialistide hoiakud, sh suhtumine tagasilangustesse, võivad mõjutada patsiendi motiveeritust ja ravikoostööd.</p>	
<p>Lahendused teistest riikidest</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suur osakaal mobiilsel teenusepakkumisel (Holland, Suurbritannia, Taani, väiksemas mahu Soome ja Sloveenia).</li> <li>2. Raviteenuste etapiviisiline ülesehitus (kõigis vaadeldud riikides).</li> <li>3. Soovitud käitumise kinnitamine (<i>contingency management</i>) (Suurbritannia, Taani, potentsiaalselt teisteski).</li> <li>4. Sihtgrupile väljatöötatud kognitiiv-käitumuslikud sekkumised C-BIT ja BIMi (Suurbritannia).</li> <li>5. Spetsialistide hoiakutele tähelepanu pööramine väljaõppes (Holland)</li> </ol>	

Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
5.1. Arendada mobiilse teenuspakkumise võimekust, et abistada inimesi nende elukohas (haakuvalt soovitusena 2.4)	Tagab ligipääsu teenustele ka neile, kes ise ei ole võimelised või valmis pöörduma ravi- või tugiteenuseid pakkuvasse asutusse	Raskelt teostatav spetsialistide nappuse tõttu; kohaleminemine on ajakulukas; nõuab osapoolte vahel koostöö- ja rahastusmudeli väljatöötamist
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
5.2. Ravi- ja tugiteenuste kujundamisel võtta arvesse tarvitamiskäitumises muutuste ellukutsumiseks vajalikku etapiviisilisust (haakuvalt soovitusena 1.1, 1.2). Soovitatavalt mitte sätestada teenusele pääsemise eelduse või eesmärgina täielikku kainust, kuna see tõstab tõenäosust ravi alustada ning luua tarvitamiskäitumises muutuseid	Võimaldab ettenägelikult arvestada sihtgrupi omapäraga ja soosida ravile jõudmist ja seal püsimist	Hinnang lähtub asjaolust, et vajalik on teenuste loomine või ümberkujundamine, mis on olemusliku keerukusega
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
5.3. Olemasolevate ja loodavate teenuste puhul kasutada soovitud käitumise kinnitamise meetodeid ( <i>contingency management</i> ), soodustades väliste motivaatorite abil raviprotsessis osalemist (nt kohtumistel pakutakse süüa; kainust premeeritakse rahalistel või mitterahalistel viisidel). Teadlikkuse tõstmine antud meetodist (nt sihtgrupiga töötavate spetsialistide täiendkoolituse või väljaõppe käigus)	Soodustab patsiendi osalust ravitegevustes ja/või kainuse perioodide saavutamist/säilitamist	Meetodi kasutamiseks on mitmeid variante, ent need kõik on võrdlemisi lihtsad või nõuavad vähe ressursi. Eestis juba kasutusel tuberkuloosi otseselt kontrollitavas ravis

Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
5.4. Võimaldada psühholoogide ja teiste asjakohaste spetsialistide täiendõpet psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste toetamiseks välja töötatud sekkumismeetodite (näiteks C-BIT ja/või BIMl) kasutamiseks	Aitab kaasa uimastitarvitamises muudatuste loomiseks ja säilitamiseks, aga ei pruugi sobida kogu sihtgrupile (nt intellektipuudega inimestele)	Rakendamist soosib kognitiiv-käitumusliku teraapia pädevuste lai levik. Täpsem hinnang sõltub sellest, kas korraldataks välisekspertide pakutud koolitusi või eestindatakse meetodikaid, millega võivad kaasna litsentsi- jm kulud
Soovitus Eestile	Terviklikkus	Teostatavus
5.5. Pöörata sihtgrupiga töötavate spetsialistide väljaõppe või täiendkoolituse käigus tähelepanu kõnealuse sihtgrupi stigmatiseeritusele nii ühiskonnas laiemalt kui ka spetsialistide seas ning soodustada toetavate hoiakute kujunemist	Toetavamad hoiakud aitaksid oluliselt kaasa tervikliku abi saamisele	Kuigi koolituste korraldamine ei ole kuigi keeruline, on hoiakute muutmine kompleksne

## Kokkuvõte

Tõsiste psüühikahäirete ja uimastitarvitamise häirete koosinemine on sage, raskendab kummagi häire kulgu ja suurendab tagasilanguste tõenäosust, mistõttu on oluline pöörata probleemide koosmõjust tulenevatele komplekssetele vajadustele tähelepanu terviklikult ja erinevate spetsialistide tihedas koostöös.

Praegu jäävad komorbiidselt esinevate häirete ja suure toetusvajadusega inimesed Eestis vajaliku abita, kuna lähtuvalt sotsiaalhoolekande seadusest ei rahastata riiklikest vahenditest erihoolekandeteenuste kasutamist raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäirega inimestele, kellel on põhihaigusena sõltuvus alkoholist või muudest uimastitest. Seadusandliku takistuse kõrval on ka praktiline tõke: erihoolekandeteenusepakkujatel puuduvad valmisolek, pädevused ja võimalused antud häirete kooslusega inimeste abistamiseks. Ennetus ja varasemas faasis inimeseni jõudmine on riigi ja rahastuse vaates sageli otstarbekam ja odavam kui tagajärgedega tegelemine.

Uuringus intervjueriti valdkonna spetsialiste, et kaardistada raske psüühikahäire ja sõltuvushäirega inimestele pakutava ravi ja teenuste praegust korraldust, muresid ja vajadusi Eestis. Individuaalintervjuudest ja grupiaruteludest tõstatus peamise probleemkohana tervikliku lähenemise puudumine sihtgrupi ravis ja toetamisel. Esile kerkis tarvilike teenuste puudumine või nappus – spetsiifilise ravi kõrval napib ka võimalusi aja veetmiseks tähenduslikult ja uimastivabas keskkonnas, näiteks võimetekohase töö või kogukondliku tegevusena. Nende võimaluste puudumisel on väga keerukas motiveerida või toetada abivajavat inimest enda tervise nimel pingutama, mis on muutuste loomiseks aga esmatähtis.

Uuringus vaadeldi dokumendi- ja teaduskirjanduse analüüsi ning ekspertintervjuude põhjal psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste ravi ja toe korraldust viies Euroopa riigis: Hollandis, Suurbritannias, Soomes, Taanis ja Sloveenias. Analüüsis keskenduti laiemalt nii tervishoiu- ja hoolekandesüsteemi üldisele korraldusele ning psühhiaatrilise ja sõltuvusravi toimimisele riigis kui ka kitsamalt sihtgrupile suunatud teenuste, mudelite ja heade praktikate kirjeldamisele. Erilist tähelepanu pöörati integreeritud ehk lõimitud psüühika- ja sõltuvushäirealasele abile ja toele.

Lõimitud või koordineeritud tuge pakkuvates riikides kerkivad esile etapiviisiline ja pikaajaline ravi ning tugi, läbimõeldud viisid liikumaks eri intensiivsusega toe vormide vahel, ravimeeskondade multidistsiplinaarne ülesehitus, kliinilist mudelit järgiv juhtumikorraldus ja teenuste mobiilne pakkumine. Vaadeldud riikides leidis konkreetseid teenusmudeleid ja elemente headest praktikatest, mida Eestile sobilike teenuste kujundamisel silmas pidada. Eesti väiksus ning sotsiaal- ja tervishoiurahastuse piiratus tingivad vajaduse mudeleid paindlikult kohandada.

Uuringus koostati välisriikide praktikate analüüsi ning Eesti ekspertidega arutelude tulemusel soovitusel, mis pakuvad võimalikke lahendusi viiele suuremale murekohale: sihtgrupi ravile süsteemse lähenemisviisi puudumine, probleemide varastes etappides abi saamise keerukus, juhuslikkus tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi teenuste vahel liikudes, vastava väljaõppega spetsialistide puudus ning sihtgrupi raskused ravile jõudmisel ja seal püsimisel. Iga soovitud

on hinnatud kahe kriteeriumi alusel: kui terviklikku lahendust pakub see psühhiaatrilise komorbiidsusega inimeste raviks ja toetamiseks ning kui keerukas on selle teostamine Eestis. Oluline on tõsta nii esma- kui eriarstitalasandi võimekust psühhiaatrilise komorbiidsega abivajajat märgata ja toetada. Tuleb arendada tervishoiu- ja hoolekandeteenuseid, pidades silmas sihtgrupi toetamiseks vajalikku töökorraldust, osapooltevahelise süsteemse koostöö juurutamist ning tagades töötajate väljaõpet ja heaolu.

## Summary

The co-occurrence of serious mental illness and substance use disorders (often known as 'psychiatric comorbidity' or 'dual disorder') is common, aggravates the course of both disorders, and increases the likelihood of relapses. Therefore, it is important to address the complex needs arising from the comorbidity of these problems comprehensively, through close collaboration between various specialists.

In Estonia, individuals with comorbid disorders and high support needs are currently left without the necessary help. According to the Social Welfare Act, the use of special care services funded by state resources is not financed for people with severe, profound, or persistent mental disorders who have a primary diagnosis of addiction to alcohol or other drugs. Besides the legislative obstacle, there is also a practical barrier: providers of special care services lack the readiness, competencies, and opportunities to assist people with this combination of disorders. However, prevention and helping people at an earlier stage is often more practical and cheaper than dealing with the consequences, from a public and financial point of view.

Healthcare and social welfare specialists were interviewed to map the current organisation and deficiencies of and requirements for treatment and services offered to individuals with concurrent serious mental illness and substance use disorders in Estonia. The main problem that emerged from individual interviews and group discussions was the lack of a comprehensive approach in the treatment of and support for the target group. Lack of necessary services or their scarcity was highlighted – alongside specific treatments, there are also few opportunities to spend time meaningfully and in a drug-free environment, such as suitable work or community activities. Without these opportunities, it is very difficult to motivate or support the person in need to make an effort for their own health, which is essential for initiating change.

Based on document and scientific literature analysis and expert interviews, the study examined the organisation of treatment and support for individuals with psychiatric comorbidity in five European countries: the Netherlands, the United Kingdom, Finland, Denmark, and Slovenia. The analysis focused on the general organization of the healthcare and welfare system and the functioning of psychiatric and addiction treatment in the country, as well as on describing the services, models, and best practices for providing care for people with psychiatric comorbidity.

In the countries providing integrated or coordinated support, there is a focus on stepwise and long-term treatment and support, carefully considered ways of adjusting the intensity of support, multidisciplinary treatment teams, clinical case management models, and outreach services. The five countries analysed have specific service models and elements of best practices that could be considered in designing services suitable for implementation in

Estonia. Estonia's small size and the limitations of social and health care funding necessitate a flexible adaptation of models.

Based on the analysis of foreign best practices and discussions with Estonian experts, recommendations were made, offering potential solutions to five major concerns: the lack of a systematic approach to the treatment of the target group, the complexity of obtaining help in the early stages of the disorders, uncoordinated transitions between healthcare and social services, the lack of specialists with appropriate training, and the difficulties of the target group in accessing and remaining in treatment. Each recommendation has been assessed based on two criteria: how comprehensive a solution it offers for the treatment and support of individuals with psychiatric comorbidity, and how complex its implementation is in Estonia. It is important to improve the capacity of both primary and specialist care to recognise and support people with psychiatric comorbidity. Healthcare and welfare services must be developed with consideration for the work practices needed to support the target group, implementing systematic cooperation between the relevant sectors/fields and institutions and ensuring the training and well-being of healthcare and welfare workers.

## Viidatud allikad

1. A-Clinic Foundation (2023). *A-Clinic Foundation - A-klinikkasäätiö (a-klinikkasaatio.fi)*
2. AJK Kliinik (2023). <https://ajk-kliinik.ee/kliinikust/>
3. A-klinikka. A-Clinic Ltd. [A-Clinic Ltd | A-klinikka.fi](https://www.a-klinikka.fi/)
4. Albreht, T., Polin, K., Pribakovic Brinovec, R., Kuhar, M., Poldrugovac, M., Rehberger, P. O., Prevolnik Rupel, V., Vracko, P. (2021). *Slovenia: health system review*. Health Systems in Transition 23, 1. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/slovenia-health-system-review-2021>
5. Albreht, T., Polin, K., Pribakovic Brinovec, R., Kuhar, M., Poldrugovac, M., Rehberger, P. O., Prevolnik Rupel, V., Vracko, P. (2022). *Slovenia: health system summary*. WHO/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. [Slovenia: health system summary | European Observatory on Health Systems and Policies \(who.int\)](https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/prevention-and-control/slovenia-health-system-summary)
6. Alsuhaibani, R., Smith, D. C., Lowrie, R., Sumayah, A., Paudyal, V. (2021). Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 21, 209. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03188-0>
7. Bahji, A., Danilewitz, M., Vazquez, G., Patten, S. (2021). The Prevalence of Cannabis Use Disorder Comorbidity in Individuals with Bipolar Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Canadian Journal of Addiction*, 12, 3, 22–38.
8. Bartoli, F., Callovini, T., Calabrese, A., Cioni, R. M., Riboldi, I., Crocamo, C., Carrà, G. (2021). Disentangling the association between ADHD and alcohol use disorder in individuals suffering from bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Brain Sciences*, 12, 1, 38.
9. Belastingdienst. Zornkosten 2023 - overzicht aftrekbare kosten ziekte of invaliditeit (Healthcare costs 2023 – overview of deductible costs of illness or disability). <https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/nl/belastingaangifte/content/overzicht-zorgkosten-2023>
10. Black, L. A. (2021). Mental ill health and substance misuse: Dual Diagnosis. Northern Ireland Assembly. <http://www.niassembly.gov.uk/globalassets/documents/raise/publications/2017-2022/2021/health/1921.pdf>
11. Blanco, C., Xu, Y., Brady, K., Pérez-Fuentes, G., Okuda, M., Wang, S. (2013). Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults: Results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and alcohol dependence*, 132, 3, 630–638.
12. Brekke, E., Clausen, H., Brodahl, M. et al. Patients' experiences with coercive mental health treatment in Flexible Assertive Community Treatment: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 23, 764 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05264-z>
13. BSMHFT NHS (2023). Birmingham and Solihull Mental Health NHS Foundation Trust. Dual diagnosis/ COMPASS programme. <https://www.bsmhft.nhs.uk/our-services/addictions-services/dual-diagnosis-compass-programme/>
14. Carrà, G., Bartoli, F., Brambilla, G., Crocamo, C., Clerici, M. (2015). Comorbid addiction and major mental illness in Europe: a narrative review. *Substance abuse*, 36(1), 75-81. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.960551>

15. Carrà, G., Johnson, S. Variations in rates of comorbid substance use in psychosis between mental health settings and geographical areas in the UK. *Soc Psychiat Epidemiol* 44, 429–447 (2009). <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0458-2>
16. Castillo-Carniglia, A., Keyes, K. M., Hasin, D. S. Cerdá, M. (2019). Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *The Lancet Psychiatry*, 6, 12, 1068–1080.
17. Chen, S., & Cardinal, R. (2021). Accessibility and efficiency of mental health services, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. *Bulletin of the World Health Organization*, 99, Article 09. <https://doi.org/10.2471/blt.20.273383>
18. CIZ. About CIZ: <https://www.ciz.nl/en> (17.11.2023)
19. Delić. M. (2021). Drug Addiction and How to Counter It: Some Reflections and Experiences from Slovenia. *European Perspectives* 12, 2, 22, 17–39. [\\*03-EPS-Oct21-Delic-Drug-Addiction.pdf \(europeanperspectives.org\)](https://www.europeanperspectives.org/03-EPS-Oct21-Delic-Drug-Addiction.pdf)
20. Department of Health (DoH) (2002). Mental Health Policy Implementation Guide: Dual Diagnosis Good Practice Guide. [https://www.drugsandalcohol.ie/17764/1/DOH\\_Dual\\_diagnosis\\_good\\_practice\\_guide.pdf](https://www.drugsandalcohol.ie/17764/1/DOH_Dual_diagnosis_good_practice_guide.pdf)
21. Department of Health and Social Care (2017). Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. <https://www.gov.uk/government/publications/drug-misuse-and-dependence-uk-guidelines-on-clinical-management>
22. Depression Scorecard (n.d). Spotlight on Slovenia. [Depression Scorecards - Slovenia \(depressioncare.eu\)](https://www.depressioncare.eu/slovenia)
23. Dom, G., Moggi, F. (2016). Co-occurring addictive and psychiatric disorders. Springer-Verlag Berlin An.
24. Dragoj, A. M., Vladuti, A. (2020). The comorbidity between schizophrenia and alcohol. Substance addiction and alcohol use link to schizophrenia. *Journal of Educational Sciences & Psychology*, 10, 1.
25. Drake, R. E. Mueser, K. T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophr Bull.*, 26, 1, 105–18. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033429>
26. Drake, R. E., Essock S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F. C., Clark, R. E., Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv.*, 52, 4, 469–76. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.469>.
27. DrugWise (2022). Harm reduction. <https://www.drugwise.org.uk/harm-reduction-2/>
28. Društvo Stigma. Stigma. [\\*03-EPS-Oct21-Delic-Drug-Addiction.pdf \(europeanperspectives.org\)](https://www.europeanperspectives.org/03-EPS-Oct21-Delic-Drug-Addiction.pdf)
29. Eesti Töötukassa. Teenused ja hüved. <https://www.tootukassa.ee/et/teenused/tootsingud/tooharjutus>
30. EU Health Data Space. European Commission: European Health Data Space. [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space\\_en](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en) (17.11.2023)
31. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2013). Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg. Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data | [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)
32. Eurostat (2023). *Population on 1st January*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography/demography-population-stock-balance/visualisations> (22.11.2023)

33. Evans, T. S., Berkman, N., Brown, C., Gaynes, B., Weber, R. P. (2016). Disparities within serious mental illness.
34. GGZ Standaarden. Addendum stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeninge (Addendum: substance use disorders in combination with other psychiatric conditions) . <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines/addendum-stoornissen-in-middelengebruik-in-combinatie-met-andere-psychiatrische-aandoeningen> (23.11.2023)
35. GGZ Standaarden. Psychische stoornissen en ZB/LVB. (Mental disorders and intellectual disability or mild intellectual disability) <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb/introductie> (23.11.2023)
36. Gotham, H. J., Brown, J. L., Comaty, J. E., McGovern, M. P., Claus, R. E. (2013). Assessing the co-occurring capability of mental health treatment programs: the Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment (DDCMHT) Index. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40, 234–241.
37. Government of the Netherlands (GONL), “How can I apply for a WLZ care needs assessment?” <https://www.government.nl/topics/nursing-homes-and-residential-care/question-and-answer/how-can-i-apply-for-a-wlz-care-needs-assessment> (17.11.2023)
38. Government of the Netherlands (GONL), “Monitoring the quality of healthcare” <https://www.government.nl/topics/quality-of-healthcare/monitoring-and-quality-requirements/monitoring-the-quality-of-healthcare> (17.11.2023)
39. Graham, H. L. (2004). *Cognitive-behavioural integrated treatment (C-BIT): a treatment manual for substance misuse in people with severe mental health problems*. John Wiley & Sons.
40. Graham, H. L., Copello, A., Birchwood, M. J., Griffith, E. (2016). *Brief Integrated Motivational Intervention: A Treatment Manual for Co-occurring Mental Health and Substance Use Problems*. John Wiley & Sons.
41. Grosios K., Gahan P.B., Burbidge J. (2010) Overview of healthcare in the UK, *The EPMA journal*. 1(4):529-34. doi: 10.1007/s13167-010-0050-1
42. Guest, C., Chrisp, T. (2015). Delivery of a mainstreaming treatment model towards co-existing difficulties: A brief exploration of practitioners’ understanding, views and reported experiences. *Advances in Dual Diagnosis* 8(2):102-115 DOI:10.1108/ADD-12-2013-0031
43. Hamilton, L. (2010). The boundary seesaw model: Good fences make for good neighbours. *Using time, not doing time: Practitioner perspectives on personality disorder and risk*, 181-194.
44. Health and Social Care Act (2012). Chapter 7. <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents>
45. Healthcare Denmark 2023 = The Danish Approach to Mental Health, 2nd edition - October 2023. A publication in the Triple-I paper series: *Denmark Informs – Inspires – Invites*. Eds. Antoinette Marie Van de Vijver Jørgensen, Ari Vigur Hansen. Healthcare Denmark. Kättesaadav: [https://healthcaredenmark.dk/media/hwqj2a14/thedanishapproachtomentalhealth\\_2ndedition\\_2023.pdf](https://healthcaredenmark.dk/media/hwqj2a14/thedanishapproachtomentalhealth_2ndedition_2023.pdf)

46. Healthcare Denmark. [About the Ministry of the Interior and Health of Denmark \(healthcaredenmark.dk\)](http://healthcaredenmark.dk).
47. Hjorthøj, C. R., Fohlmann, A., Larsen, A. M., Gluud, C., Arendt, M., Nordentoft, M. (2013). Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TAU) versus TAU for patients with cannabis use disorder and psychosis: the CapOplus randomized trial. *Psychological Medicine*, 43(7), 1499–1510.
48. HRB National Drugs Library (2023). Dual Diagnosis Good Practice Guide 2002. Mental Health Policy Implementation Guide. <https://www.drugsandalcohol.ie/17764/>
49. Hunt, G. E., Malhi, G. S., Lai, H. M., Cleary, M. (2020). Prevalence of comorbid substance use in major depressive disorder in community and clinical settings, 1990–2019: Systematic review and meta-analysis, *Journal of Affective Disorders*, Volume 266, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.141>
50. Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
51. IAS 2018 = Institute of Alcohol Studies. (2018). Alcohol and mental health. Policy and practice in England.
52. Ilves, K., Kubre, M.-A., Saapar, M., Randver, R., Haring, L., Kastepõld-Tõrs, K. (2023). Välisriikide madala intensiivsusega psühholoogiliste sekkumiste rakendusmodelite analüüs ja soovitused Eestile raport.
53. Johansen, K. S. (2018). Treatment of dual diagnosis in Denmark: Models for cooperation and positions of power. *Qualitative Studies*, 5(2), 125-139. <https://doi.org/10.7146/qs.v5i2.104500>
54. Johansen, K. S., Busch, S., Düring, S.W., Jobe, L.B., Mårtensson, S., Larsen, J.L. (2022) Sammen om dobbeltdiagnose. Samfundslitteratur. ISBN 9788759341414. <https://samfundslitteratur.dk/bog/sammen-om-dobbeltdiagnose>
55. Kallaste, K. Vaher, M. (2022). Tugiisik narkootikume tarvitavatele inimestele ehk programm SÜTIK. Ülevaade programmi rakendamisest 2018–2022. [Tugiisik narkootikume tarvitavatele inimestele ehk programm SÜTIK. Ülevaade programmi rakendamisest 2018–2022 | Tervise Arengu Instituut \(tai.ee\)](https://www.tai.ee/sites/default/files/2022-03/130683182828_Sotsiaaltoe_2005_4.pdf)
56. Keet, R. (2016). Doing more than ACT: The Dutch FACT model, flexible assertive community treatment. *European Psychiatry*, 33(S1), S481–S482.
57. Kehitysvammatuki 57. [Hyvästä hetkistä hyvä elämä - Kehitysvammatuki 57 \(kvtuki57.fi\)](https://www.kehitysvammatuki.fi/)
58. Kehitysvammaliitto. [Kehitysvammaliitto – in English » Home \(kehitysvammaliitto.fi\)](https://www.kehitysvammaliitto.fi/)
59. Kela (2023). Rehabilitative psychotherapy. [Rehabilitative psychotherapy | Our Services | Kela](https://www.kela.fi/en/rehabilitative-psychotherapy)
60. Kelly, T. M., Daley, D. C., Douaihy, A. B. (2014). Contingency management for patients with dual disorders in intensive outpatient treatment for addiction. *Journal of dual diagnosis*, 10(3), 108–117.
61. Kerman, N., Polillo, A., Bardwell, G., Gran-Ruaz, S., Savage, C., Felteau, C., Tsemberis, S. (2021). Harm reduction outcomes and practices in Housing First: A mixed-methods systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 228, 109052.
62. Kiis, K. (2005). Juhtumikorralduse erinevad valikud. *Sotsiaaltöö*, 4, 9–12. Kättesaadav: [https://tai.ee/sites/default/files/2021-03/130683182828\\_Sotsiaaltoe\\_2005\\_4.pdf](https://tai.ee/sites/default/files/2021-03/130683182828_Sotsiaaltoe_2005_4.pdf)

63. Kikkert, M., Goudriaan, A., De Waal, M., Peen, J., Dekker, J. (2018). Effectiveness of Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) in severe mental illness outpatients with a co-occurring substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 95, 35–42.
64. Kristensen, M. M., Sølvhøj, I. N., Kusier, A. O., Folker, A. P. (2019). Addressing organizational barriers to continuity of care in the Danish mental health system—a comparative analysis of 14 national intervention projects. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(1), 36–43.
65. Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., van Ginneken, E., World Health Organization. (2016). Netherlands: health system review <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/netherlands-health-system-review-2016>
66. Kuhns, L., Kroon, E., Colyer-Patel, K. et al. (2022). Associations between cannabis use, cannabis use disorder, and mood disorders: longitudinal, genetic, and neurocognitive evidence. *Psychopharmacology* 239, 1231–1249 <https://doi.org/10.1007/s00213-021-06001-8>
67. Laker C. (2006). How successful is the dual diagnosis good practice guide? *Br J Nurs*. 9;15(14):787–790. doi: 10.12968/bjon.2006.15.14.21584.
68. Lalli, M., Brouillette, K., Kapczinski, F., de Azevedo Cardoso, T. (2021). Substance use as a risk factor for bipolar disorder: a systematic review. *Journal of psychiatric research*, 144, 285–295.
69. Lans, M., Raaijmakers, L., Wits, E. (2014) Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg. Victas, IVO: Utrecht/Rotterdam. <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-ae4-d3773cabfd43/c3fe5633-659c-46d0-b624-70920d1cd024/projecten/call-2013-2-richtlijn-problematisch-middelengebruik-fozo-24-01-15-def.pdf> (24.11.2023)
70. Lootuse küla. Programm. <https://lootusekula.ee/programm-2/> (12.12.2023)
71. Manseau, M., Bogenschutz, M. (2016). Substance use disorders and schizophrenia. *Focus*, 14(3), 333–342. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160008>
72. Mårtensson, S., Düring, S. W., Johansen, K. S., Tranberg, K., Nordentoft, M. (2023). Time trends in co-occurring substance use and psychiatric illness (dual diagnosis) from 2000 to 2017—a nationwide study of Danish register data. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(4), 411–419.
73. Mårtensson, S., Johansen, K. S., Hesse, M., Jobe, L. B., Düring, S. W. (2022a). Changes in co-occurring substance diagnosis among patients admitted to psychiatric treatment over a twenty-year period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(2), 226–228.
74. Mårtensson, S., Johansen, K. S., Krarup, J., Düring, S. W. (2022b). REDD-PAC Cohort Description: Researching Dual Diagnosis—Prognosis and Characteristics. *Journal of Dual Diagnosis*, 18(2), 111–122.
75. Masroor, A., Khorochkov, A., Prieto, J., Singh, K. B., Nnadozie, M. C., Abdal, M., ... Mohammed, L. (2021). Unraveling the association between schizophrenia and substance use disorder—predictors, mechanisms and treatment modifications: a systematic review. *Cureus*, 13(7): e16722. DOI 10.7759/cureus.16722
76. McCann, M., Wadd, S., Crofts, G. (2017). 'Wet' care homes for older people with refractory alcohol problems: a qualitative study. Alcohol Research UK.
77. McGovern, M. P., Matzkin, A. L., Giard, J. (2007). Assessing the dual diagnosis capability of addiction treatment services: The Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) Index. *Journal of dual diagnosis*, 3(2), 111–123.

78. Ministry of Social Affairs and Health (2021). Government Resolution on drug policy for 2021–2023 adopted. [Government Resolution on drug policy for 2021–2023 adopted \(valtioneuvosto.fi\)](#)
79. Ministry of Social Affairs and Health (MSAH) (2016). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. [Mental Health and Substance Abuse Plan 2009–2015 : Final evaluation of the plan and proposals of the steering group - Valto \(valtioneuvosto.fi\)](#)
80. Ministry of Social Affairs and Health (MSAH) (2020). National Mental Health Strategy and Programme for Suicide Prevention 2020–2030. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162234>
81. Ministry of Social Affairs and Health (MSAH) (2023a). Healthcare and social welfare system and responsibilities. [Responsible agencies - Ministry of Social Affairs and Health \(stm.fi\)](#) (22.11.2023)
82. Ministry of Social Affairs and Health (MSAH) (2023b). Wellbeing services counties will be responsible for organising health, social and rescue services. [Wellbeing services counties - Ministry of Social Affairs and Health \(stm.fi\)](#) (22.11.2023)
83. Ministry of Social Affairs and Health (MSAH) (2023c). Steering of wellbeing services counties. [Guidance of the wellbeing services counties - Ministry of Social Affairs and Health \(stm.fi\)](#) (22.11.2023)
84. Ministry of Social Affairs and Health (MSAH) (2023d). Collaborative areas for healthcare and social welfare. <https://stm.fi/en/collaborative-areas> (22.11.2023)
85. Ministry of Social Affairs and Health (MSAH) (2023e). Health Services. [Health services - Ministry of Social Affairs and Health \(stm.fi\)](#) (22.11.2023)
86. Ministry of Social Affairs and Health (MSAH) (2023f). Social Services. [Social services - Ministry of Social Affairs and Health \(stm.fi\)](#) (22.11.2023)
87. Ministry of Social Affairs and Health (MSAH). Legislation on health and social services. [Legislation - Ministry of Social Affairs and Health \(stm.fi\)](#) (22.11.2023)
88. Ministry of Social Affairs and Health (MSAH). Mental Health Services. [Mental health services - Ministry of Social Affairs and Health \(stm.fi\)](#) (22.11.2023)
89. Ministry of Social Affairs and Health (MSAH). Services for substance abusers. [Services for substance abusers - Ministry of Social Affairs and Health \(stm.fi\)](#) (22.11.2023)
90. Ministry of Social Affairs, Housing and Senior Citizens (MSAHSC). Disability policy. <https://english.sm.dk/responsibilities-of-the-ministry/disability-policy> (02.12.2023)
91. Ministry of Social Affairs, Housing and Senior Citizens (MSAHSC). Socially excluded adults. <https://english.sm.dk/responsibilities-of-the-ministry/socially-excluded-adults> (02.12.2023)
92. Možina M, Okorn I. (2022). Challenges of the development of mental health care in Slovenia. JoGHNP. [Challenges of the development of mental health care in Slovenia | Published in Journal of Global Health Neurology and Psychiatry \(scholasticahq.com\)](#)
93. Mulder, C. L. (2017). Crisis resolution and (Flexible) Assertive Community Treatment. Konverentsietekanne, 4th European Conference on Integrated Care & Assertive Outreach in Mental Disorders. <https://eaof.org/wp-content/uploads/2020/05/04-EAOF-Congress-Hamburg-Germany-Presentations-01.pdf> (25.11.22)

94. National Audit Office (2022). Introducing integrated care systems: Joining up local services to improve health outcomes. <https://www.nao.org.uk/reports/introducing-integrated-care-systems-joining-up-local-services-to-improve-health-outcomes/#downloads>
95. National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH). (2021) The Framework for Community Mental Health for Adults and Older Adults: Support, Care and Treatment. Part 2. London: National Collaborating Centre for Mental Health. <https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/nccmh/the-community-mental-health-framework-for-adults-and-older-adults-full-guidance/part-2-the-community-mental-health-framework-for-adults-and-older-adults---support-care-and-treatment---nccmh---march-2021.pdf>
96. National Health Care Institute (NHCI). The Dutch health care system. <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/healthcare-in-the-netherlands> (17.11.2023)
97. Neves A.L., Smalley K.R., Freise L., Harrison P., Darzi A., Mayer E.K. (2021) Determinants of Use of the Care Information Exchange Portal: Cross-sectional Study. *J Med Internet Res.* 11, 23(11):e23481. doi: 10.2196/23481.
98. NHS (2022). Mental Health Act. <https://www.nhs.uk/mental-health/social-care-and-your-rights/mental-health-and-the-law/mental-health-act/>
99. NHS. Care for people with mental health problems (Care Programme Approach). <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/help-from-social-services-and-charities/care-for-people-with-mental-health-problems-care-programme-approach/> (12.12.2023)
100. NHS Confederation (2021). What were clinical commissioning groups? <https://www.nhsconfed.org/articles/what-are-clinical-commissioning-groups>
101. NHS Digital (2023). Mental Health Services Data Set (MHSDS) <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-collections-and-data-sets/data-sets/mental-health-services-data-set>
102. NHS Digital (2023). Spine. <https://digital.nhs.uk/services/spine>
103. NHS Foundation Trust. Mersey Care: HOPE(S) Model. <https://www.merseycare.nhs.uk/hopes-model>
104. NHS England (2016). Implementing the Five Year Forward View for Mental Health. <https://www.england.nhs.uk/publication/implementing-the-fyfv-for-mental-health/>
105. NHS England (2019). The Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults. NHS England, NHS Improvement and the National Collaborating Centre For Mental Health. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/09/community-mental-health-framework-for-adults-and-older-adults.pdf>
106. NHS England (2021). [Service specification: High secure mental health services \(Adult\)](https://www.england.nhs.uk/publication/service-specification-high-secure-mental-health-services-adult/) (england.nhs.uk).
107. NHS England (2022a). Care Programme Approach: NHS England Position Statement. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/07/B0526-care-programme-approach-position-statement-v2.pdf>
108. NHS England (2022b). Information sharing in Multidisciplinary Teams (MDTs). <https://transform.england.nhs.uk/information-governance/guidance/information-governance-guidance-support-multidisciplinary-teams-mdts/>

109. NHS Sheffield Health and Social Care (2021). OPS 007 Dual Diagnosis Protocol (Mental Health and Substance Misuse/cooccurring mental health and alcohol/drug use conditions). <https://www.shsc.nhs.uk/sites/default/files/2021-07/Dual%20Diagnosis%20Policy%20%28OPS%20007%20V6%20June%202021%29.pdf>
110. NICE (2011). Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120>
111. NICE (2016). Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58>
112. NICE (2019). Coexisting severe mental illness and substance misuse: quality standard. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs188> National Institute for Health and Care Excellence.
113. NICE (2020). Rehabilitation for adults with complex psychosis. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng181>
114. NICE (2023). National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance>
115. Nielsen, C. M., Hjorthøj, C., Killaspy, H., Nordentoft, M. (2021). The effect of flexible assertive community treatment in Denmark: a quasi-experimental controlled study. *The Lancet Psychiatry*, 8(1), 27-35. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30424-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30424-7)
116. Nordén, T., Norlander, T. (2014). Absence of positive results for flexible assertive community treatment. What is the next approach? *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 10, 87.
117. Nordentoft, M., Melau, M., Iversen, T., Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Jørgensen, P. (2015). From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Intervention in Psychiatry*, 9, 2, 156–162.
118. Nugter, M.A., Engelsbel, F., Bähler, M. et al. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Ment Health J*, 52, 898–907. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9831-2>
119. On Dual Diagnosis System changes (ODDS) (2023). [ODDS - nyt forskningsprojekt \(psykiatri-regionh.dk\)](https://www.odds-nyt.dk/)
120. OECD (2019). *United Kingdom: Country Health Profile 2019*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <https://doi.org/10.1787/744df2e3-en>.
121. OECD (2021a). *Denmark: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/2dce8636-en>
122. OECD (2021b). *Finland: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/2e74e317-en>
123. OECD (2021c). *Netherlands: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/fd18ea00-en>
124. OECD (2021d). *Slovenia: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/1313047c-en>
125. OECD (2023). *Health Expenditure and financing*, Joint OECD, EUROSTAT and WHO Health Accounts SHA Questionnaires (JHAQ). <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> (16.11.2023)

126. OECD tervisestatistika (2023). Figure 7.10. Health expenditure by type of financing, 2021 (or nearest year). [OECD Health Statistics \(oecd-ilibrary.org\)](https://oecd-ilibrary.org/) (17.11.2023)
127. Patients Know Best (PKB) (2023). <https://patientsknowbest.com/about/> (14.12.2023)
128. Payne T.H., Lovis C., Gutteridge C., Pagliari C., Natarajan S., Yong C., Zhao L.P. (2019) Status of health information exchange: a comparison of six countries. *J Glob Health*. 9(2):0204279. doi: 10.7189/jogh.09.020427.
129. Petrakis, I. L., Gonzalez, G., Rosenheck, R., Krystal, J. H. (2002). Comorbidity of Alcoholism and Psychiatric Disorders: An Overview. *Alcohol Res Health*, 26(2):81–89. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6683830/>
130. Pratt, C. V., Gill, K. J., Barrett, N. M., Roberts, M. M. (2014). The Experience of Mental Illness: An introduction to psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation*, 3, 3–31.
131. Projekt Človek. Društvo projekt človek. [Predstavitev | Društvo Projekt Človek \(projektclovek.si\)](http://predstavitev.idruštvo-projekt-clovek.si)
132. Psykiatrifonden. Organisation. [Organisation \(psykiatrifonden.dk\)](http://organisation.psykiatrifonden.dk)
133. Public Health England (PHE) (2017). Better care for people with co-occurring mental health and alcohol/drug use conditions. A guide for commissioners and service providers. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/625809/Co-occurring\\_mental\\_health\\_and\\_alcohol\\_drug\\_use\\_conditions.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/625809/Co-occurring_mental_health_and_alcohol_drug_use_conditions.pdf)
134. Region Hovedstadens Psykiatri. [Region Hovedstadens Psykiatri \(psykiatri-regionh.dk\)](http://regionhovedstaden.dk/psykiatri)
135. RDASH NHS (2022). NSH Rotherham Doncaster and South Humber NHS Foundation Trust. Care Programm Approach Policy. <https://www.rdash.nhs.uk/publications/care-programme-approach-cpa-policy/>
136. Ressel, M., Thompson, B., Poulin, M.-H., Normand, C. L., Fisher, M. H., Couture, G., Iarocci, G. (2020). Systematic review of risk and protective factors associated with substance use and abuse in individuals with autism spectrum disorders. *Autism*, 24(4), 899–918. <https://doi.org/10.1177/1362361320910963>
137. Randver, R., Streimann, K., Purre, M., Sultson, H., Tulviste, J., Akkermann, K. Haring, L. (2023). Vaimset tervist toetavad tegevused ja teenused Eestis – hetkeolukord ja arenguvajadused. Eesti inimarengu aruanne. Sisask, M. (toim). Eesti inimarengu aruanne 2023 . Vaimne tervis ja heaolu, 86–100. Tallinn: SA Eesti Koostöö Kogu. [Eesti inimarengu aruanne 2023 | Vaimne tervis ja heaolu](https://www.eestikoostoe.org/et/ra/2023/vaimne-tervis-ja-heaolu)
138. Riigikontroll (2022). Riigikontroll aastaaruandes: tervishoiutöötajate puudus on veelgi teravnemas, olulised otsused on aga tegemata. [Riigikontroll aastaaruandes: tervishoiutöötajate puudus on veelgi teravnemas, olulised otsused on aga tegemata](https://www.riigikontroll.ee/et/ra/2022/tervishoiutootajate-puudus-on-veelgi-teravnemas-olulised-otsused-on-aga-tegemata)
139. Riigi Teataja (RT) (2023). Sotsiaalhoolekande seadus. [RT I, 30.12.2015, 5](https://www.riigiteataja.ee/akt/2015/3012/5)
140. Roberts, N. P., Lotzin, A., Schäfer, I. (2023). Psychological treatment of PTSD with comorbid substance use disorder (SUD): expert recommendations of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS). *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), 2265773.
141. Ruisu, Birgit (2020). Üldhooldekodude lepingulist delegerimist ja jätkusuutlikkust mõjutavad tegurid. Eesti Maaülikool: Magistritöö. <http://hdl.handle.net/10492/5761>
142. Saha, Sukanta; Lim, Carmen C. W.; Degenhardt, Louisa; Cannon, Danielle L.; Bremner, Monique; Prentis, Finley; Lawrence, Zoe; Heffernan, Ed; Meurk, Carla; Reilly, John; McGrath, John J. (2022). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 56, 7, 757–770. DOI: 10.1177/00048674211054740

143. SAMSHA (2019). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/data/> (29.12.2023)
144. SAMSHA (2020). Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Adult Mental Health Tables 8.1 to 8.71. *2020 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) Releases*. <https://www.samhsa.gov/data/release/2020-national-survey-drug-use-and-health-nsduh-releases#annual-national-report>
145. Schatz, E. (2011). The Dutch treatment and social support system for drug users: Recent developments and the example of Amsterdam. *Available at SSRN 1908913*.
146. SCIE (2022). Social Care Institute for Excellence. Multidisciplinary teams: Integrating care in places and neighbourhoods. <https://www.scie.org.uk/integrated-care/workforce/role-multidisciplinary-team>
147. Shelter England (2006). *Safe as Houses: An Inclusive Approach for Housing Drug Users* (england.shelter.org.uk) (14.12.2023)
148. Simpson, T. L., Goldberg, S. B., Loudon, D. K., Blakey, S. M., Hawn, S. E., Lott, A., Kaysen, D. *et al* (2021). Efficacy and acceptability of interventions for co-occurring PTSD and SUD: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 84, 102490.
149. Sliedrecht, W., de Waart, R., Witkiewitz, K., Roozen, H. G. (2019). Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 278, 97–115.
150. Smeekens, M. V., Sappelli, F., De Vries, M. G., Bulten, B. H. (2021). Dutch forensic flexible assertive community treatment: operating on the interface between general mental health care and forensic psychiatric care. *Frontiers in Psychology*, 12, 708722.
151. Snoek, A., Wits, E., Meulders, W. (2012). Richtlijn middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen. IVO, Mondriaan. <https://verslavingskundenederland.nl/documents/2022/11/Richtlijn-middelenmisbruik-en-angst.pdf> (24.11.2023)
152. Sotsiaalkindlustusamet (SKA) (2023). Erihoolekandeteenused. [Erihoolekandeteenused | Sotsiaalkindlustusamet](#)
153. Sotsiaalministeerium (SoM) (2021). Analüüs tervishoiusüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse ning ravikindlustamata isikutele tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamiseks. [Tervishoiu rahastamise analüüs \(sm.ee\)](#)
154. Sotsiaalministeerium (SoM) (2023a). Uuring: Alkoholi tarbimine on 2019. aastast järjest kasvanud. [Uuring: Alkoholi tarbimine on 2019. aastast järjest kasvanud | Sotsiaalministeerium \(sm.ee\)](#)
155. Sotsiaalministeerium (SoM) (2023b). Vaimse tervise astmelise abi tegevuskava 2024–2027. Kättesaadav: <https://www.sm.ee/media/3507/download>
156. Sotsiaaltöö (2021). Väljaspool kodu osutatav üldhooldusteenus, 2015–2019. Sotsiaalministeerium, analüüsi ja statistika osakond. Ajakiri Sotsiaaltöö, jaanuar 2021. <https://www.tai.ee/et/sotsiaaltoov/valjaspool-kodu-osutatav-uldhooldusteenus-2015-2019>
157. Stals, R., Dijkhuizen, A., Joosten, T. (2011). Surviving severe personality disorders: a challenge for patients and professionals. *Advances in Dual Diagnosis*, 3(4), 38–44.
158. Statens Serum Institute. About SSI. [About SSI \(en.ssi.dk\)](#) (08.12.2023)

159. Statistics Denmark 2023 = Documentation of statistics for Drug Abuse Treatment 2022. Statistics Denmark: Welfare and Health, Social Statistics. Kättesaadav: <https://www.dst.dk/en/Statistik/dokumentation/documentationofstatistics/drug-abuse-treatment>
160. Tammi T, Stenius K. (2014). Capabilities for Handling Complex Substance abuse Problems and its Relationship to the Treatment System: Using the DDCAT Instrument to Explore Local Treatment Systems in Finland. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31, 1, 45–58. <https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0004>
161. Tartu Ülikooli Kliinikum. Sõltuvushäirete keskus. [Sõltuvushäirete keskus \(kliinikum.ee\)](http://soltuvushairete.kliinikum.ee)
162. Tervise Arengu Instituut (TAI). Alkoinfo: kuhu pöörduda? <https://alkoinfo.ee/et/kuidas-vahendada/spetsialisti-abi/kuhu-poorduda/>
163. Tervise Arengu Instituut (TAI). Kainem ja tervem Eesti. <https://www.tai.ee/et/kte>
164. Tervise Arengu Instituut (TAI). Koolitused. [Koolitused | Tervise Arengu Instituut \(tai.ee\)](http://koolitused.tai.ee)
165. Tervise Arengu Instituut (TAI). Sõltuvusravi, sh opioidsõltuvuse asendusravi. <https://www.narko.ee/siit-saad-abi/soltuvusravi-sh-opioidisoltuvuse-asendusravi/>
166. Tervise Arengu Instituut (TAI) (2022). Narkomaania olukord Eestis. <https://www.tai.ee/et/valjaanded/narkomaania-olukord-eestis>
167. Tervisekassa: Abivõimalused alkoholi liigtarvitajale <https://www.tervisekassa.ee/soltuvushaired#tab-alkoholi-liigtarvitamise-ennetus>
168. Tervisekassa: Eriarstiabis – alkoholitarvitamise häire ravi teenus <https://www.tervisekassa.ee/partnerile/raviasutusele/ravi-rahastamise-lepingud/alkoholitarvitamise-haire-ravi-leping>
169. Tervisekassa: Teenustasud ja omaosalus <https://www.tervisekassa.ee/inimesele/teenustasud-ja-omaosalus>
170. Terviseministeerium (2017). Healthcare in Denmark – An Overview. The Ministry of Health. Kättesaadav: <https://sum.dk/Media/C/A/Healthcare-in%20denmark%20an%20overview%20english-V16-dec.pdf>
171. The Health Policy Partnership (2022). Depression scorecard: Slovenia. <https://www.omra.si/media/2172/slovenia.pdf>
172. The Wallich. CHT: Community House Team. <https://thewallich.com/services/community-house-team-cardiff/> (14.12.2023)
173. THL (2023). Finnish Institute for Health and Welfare. [Finnish Institute for Health and Welfare, Finland - THL](http://thl.fi)
174. THL. Drug Policy. [Drug policy - THL](http://drugpolicy.thl.fi)
175. THL. Linjaukset 2009-2015 ja toimeenpano. [Linjaukset - THL](http://linjaukset.thl.fi) (22.11.2023) THL. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. [Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma - THL](http://kansallinenmielenterveysja-paihdesuunnitelma.thl.fi) (22.11.2023)
176. THL. Vammaispalvelujen käsikirja. <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja>
177. Tiinas, C. (2023). Eesti narkootiliste ainete turu seosed inflatsiooniga. [Eesti narkootiliste ainete turu seosed inflatsiooniga \(sisekaitse.ee\)](http://sisekaitse.ee)
178. Tjaden, C., Mulder, C. L., Den Hollander, W., Castelein, S., Delespaul, P., Keet, R., Kroon, H. *et al* (2021). Effectiveness of resource groups for improving empowerment, quality of life, and functioning of people with severe mental illness: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 78(12), 1309–1318.

179. Trane, K., Aasbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S., Lexén, A., & Landheim, A. (2021). Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of service providers. *International journal of mental health systems*, 15(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00463-1>
180. Trimbos instituut (2003). Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling [https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side\\_products/f4ed9781c9d989072004f37440bdb134.pdf](https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/side_products/f4ed9781c9d989072004f37440bdb134.pdf) (23.11.2023)
181. Trojaborg, R. S. (2018). Enhanced quality or assembly lines? Psychiatric treatment packages in Denmark: knowledge definitions and governing tools. *Social Theory & Health*, 16, 342–360.
182. TTL (2023). Finnish Institute of Occupational Health. [Finnish Institute of Occupational Health \(ttl.fi\)](https://www.ttl.fi/)
183. Turning Point. About us. <https://www.turning-point.co.uk/about-us> (11.12.2023)
184. Turning Point. Mental health: support we offer. <https://www.turning-point.co.uk/support-we-offer/mental-health> (11.12.2023)
185. Turning Point. Drugs and alcohol: support we offer. <https://www.turning-point.co.uk/support-we-offer/drugs-and-alcohol> (11.12.2023)
186. Turning Point (2007) Good practice handbook. Helping practitioners to plan, organise, and deliver services for people with co-existing mental health and substance use needs (turning-point.co.uk)
187. Turning Point (2021) The SUMH Resource Pack. Working with people with coexisting Substance Use and Mental Health Issues: A good practices guide for practitioners (turning-point.co.uk)
188. Töömaja. [Avaleht - Töömaja \(toomaja.ee\)](https://www.toomaja.ee/)
189. University Psychiatric Clinic Ljubljana. Alcohol Addiction Treatment Unit (Enota za zdravljenje odvisnosti od alkohola). [Psychiatric Clinic Ljubljana - Alcohol Addiction Treatment Unit \(psih-klinika.si\)](https://www.psih-klinika.si/)
190. University Psychiatric Clinic Ljubljana. Center for the Treatment of Drug Addicts (Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog). [Psihiatrična klinika Ljubljana - Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog \(psih-klinika.si\)](https://www.psih-klinika.si/)
191. Vabariigi Valitsus (VV) (2023). Eesti 2035. Vabariigi Valitsuse tegevuskava. Uuendatud 11.mai 2023. Kättesaadav: <https://valitsus.ee/media/6308/download>
192. van der Gouwe, D., Strada, L., Diender, B., van Gelder, N., de Gee, A. (2022) Harm reduction services in the Netherlands: recent developments and future challenges.
193. van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: a Dutch version of ACT. *Community Mental Health Journal*, 43, 421–433.
194. Van Veldhuizen, R., Delespaul, P., Kroon, H., Mulder, N. (2015). Flexible ACT & Resource-group ACT: different working procedures which can supplement and strengthen each other. a response. *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 11, 12.
195. van Wamel, A., Kroon, H., van Rooijen, S. (2009). „Systematic implementation of integrated dual disorders treatment in The Netherlands“: Mental Health and Substance Use: dual diagnosis, 2:2,101–110

196. Veldhuizen, J.R. van & M. Bähler (2013), Manual Flexible Assertive Community Treatment, FACT manual, DOI: 10.13140/REG.2.1.3925.1683, [www.https://ccaf.fact-facts.nl](http://www.https://ccaf.fact-facts.nl); eesti keelde tõlgitud veebiteavik "FACTi käsiraamat: paindlik intensiivne kogukonnakeskne hoolekanne" kättesaadav: [http://heakool.ee/wp-content/uploads/2016/04/FACT\\_-EST.pdf](http://heakool.ee/wp-content/uploads/2016/04/FACT_-EST.pdf)
197. Verslavingskunde Nederland. "We are DAA": <https://verslavingskundenederland.nl/we-are-daa/> (17.11.2023)
198. Viljandi Haigla. Uudised: Septembri lõpus võõrustas psühhiaatrikliinik külalisi ning väisas konverentse (06.10.2023) <https://www.vmh.ee/septembri-lopust-voorustas-psuhhiaatrikliinik-kulalisi-ning-vaisas-konverentse/> (02.12.2023)
199. Vrangbæk, K. 2020. International Health Care System Profiles: Denmark. (Kogumikuartikkel). Eds. Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. (2020). International profiles of health care systems. *The Commonwealth Fund*. Kättesaadav veebis: [Taani](#); [tervikkogumik](#).
200. Waddington, L. (2020). Legal Regulation and Policy on the Use of Restraint and Coercive Measures in Health Care Institutions in the Netherlands. In B. McSherry, & Y. Maker (Eds.), *Legal Regulation and Policy on the Use of Restraint and Coercive Measures in Health Care Institutions in the Netherlands* (pp. 141–168). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429355219-10>
201. Wamel, A. V., Lempens, A., Neven, A. (2021). Integrated treatment of dual disorders in The Netherlands: a qualitative study of client experiences. *Advances in Dual Diagnosis*, 14(4), 183–197.
202. Westen, K., Boyle, P., Kroon, H. (2022). An observational comparison of FACT and ACT in the Netherlands and the US. *BMC psychiatry*, 22(1), 1–8.
203. WHO MiNDbank: More Inclusiveness Needed in Disability and Development. A database of resources covering mental health, substance abuse, disability, general health, human rights and development. Country Resources: Denmark. <https://extranet.who.int/mindbank/collection/country/denmark/>
204. Õiguskantsler (2023). Õiguskantsleri pöördumine Sotsiaalkindlustusameti peadirektori poole seoses erihoolekandeesutuse majutus- ja toitlustusteenuse hinna kujunemisega. 26.04.2023 nr 7-6/221620/2302268, kättesaadav: [https://www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/field\\_document2/Erihoolekandeesutuse\\_majutus-ja\\_toitlustusteenuse\\_hinna\\_kujunemine.pdf](https://www.oiguskantsler.ee/sites/default/files/field_document2/Erihoolekandeesutuse_majutus-ja_toitlustusteenuse_hinna_kujunemine.pdf)

## Uuringu autorite intervjuud välisekspertidega

205. Albuquerque, N. (2023). Intervjuu Nuno Albuquerquega. [Videokõne], 07.12.2023.
206. Hjorthøj, C. (2023). Intervjuu Carsten Hjorthøjga. [Videokõne], 30.11.2023.
207. Johansen, K. (2023). Intervjuu Katrine Johanseniga. [Videokõne], 12.12.2023.
208. Kastelic, A. (2023). Intervjuu Andrej Kastelicuga. [Videokõne], 11.12.2023.
209. Kroon, H. & van Wamel, A. (2023). Intervjuu Hans Krooni ja Anneke van Wameliga. [Videokõne], 04.12.2023.
210. Redlich, K. (2023). Intervjuu Kaiti Redlichiga. [Videokõne], 23.11.2023.