

Tõsiste käitumisprobleemidega lastele suunatud teenuste analüüs

Uuringu aruanne

2018

Uuringu tellis justiitsministeerium Euroopa regionaalarengu fondi programmi „Valdkondliku teadus- ja arendustegevuse tugevdamine“ (RITA) tegevuse kaks raames.



Euroopa Liit
Euroopa
Regionaalarengu Fond



Eesti
tuleviku heaks



JUSTIITSMINISTEERIUM

Autorid:

Laura Aaben (Praxis)

Jako Salla (külalisuurija)

Anna Markina (külalisuurija)

Töö valmimisele aitasid kaasa:

Liina Osila, Kristi Anniste ja Anne Rannaveski-Poola

Poliitikauuringute Keskus Praxis on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



Poliitikauuringute Keskus Praxis

Tartu mnt 50

10115 Tallinn

tel 640 8000

www.praxis.ee

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Aaben, L., Salla, J., Markina, A. (2018) Tõsiste käitumisprobleemidega lastele suunatud teenuste analüüs. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

ISBN 978-9949-507-99-3 (pdf)

Sisukord

Lühikokkuvõte.....	4
Uuringu eesmärk ja uurimisküsimused.....	6
Uuringu taust.....	6
1. Uurimisteema teoreetiline ülevaade.....	8
Agressiivse käitumise mustrid lastel ja noortel	8
Püsiva rikkumiskäitumise riski- ja kaitsetegurid	9
Kriminaalse käitumise ulatus ja varieeruvus	12
Kas püsivat rikkumiskäitumist saab muuta?	12
Teoreetilise ülevaate kokkuvõte.....	14
2. Teenused tõsiste käitumisprobleemidega noortele Eestis	15
2.1. Residentaalsed teenused	16
2.2. Kogukondlikud teenused.....	23
3. Juhtumite analüüs	26
3.1. Juhtumitele iseloomulikud tunnused	26
3.2. Juhtumite kirjeldused	30
Uuringu järelused.....	40
Uuringu soovitused	43
Kasutatud kirjandus.....	45
Uuringu meetodika.....	47
LISA 1. Lapse intervjuu kava.....	51
LISA 2. Lapsevanema intervjuu kava.....	53
LISA 3. Spetsialisti intervjuu juhised.....	56
LISA 4. Uuringu infoleht lapsele.....	57

Lühikokkuvõte

1. Esimesed ilmingud tõsistest käitumisprobleemidest on nähtavad koolis ja tervishoius, mistõttu on esimesed kontaktid teenustega hariduslikud tugiteenused ja psühhiaatria. Nende teenuste kättesaadavusest ja kvaliteedist sõltub olulisel määral, kuivõrd käitumisprobleemid vanuse kasvades võimenduvad ja laps jõuab edasi õiguskaitse- ja sotsiaalsüsteemi.
2. Eestis puuduvad siinsetele oludele kohandatud ja valideeritud hindamisinstrumendid tõsiste käitumisprobleemidega lastele riskide ja vajaduste hindamiseks ning suunamisprotokollid, millele tuginedes otsustada, milliseid teenuseid laps vajab ja kuhu teenusele tuleks laps suunata.
3. Eelnevast tulenevalt ei ole tõsiste käitumisprobleemidega laste suunamine teenustele Eestis süsteemne ja vajaduspõhine. Peamine teenuse valiku kriteerium on kättesaadavus, mistõttu on tavapäraseks praktikaks laste „solgutamine“ erinevate sobimatute teenuste vahel ja liialt sageli sobiva teenuseni ei jõutagi.
4. Süsteemne sobimatutele teenustele suunamine loob olukorra, kus laste käitumisprobleemid aja jooksul pigem võimenduvad kui vähenevad ning riiklikke ressursse kulub kallitele teenustele, millest ei ole kasu nii lapsele, tema perele kui ka ühiskonnale laiemalt.
5. Psüühikahäired on tõsiste käitumisprobleemidega laste seas pigem reegel kui erand. Sageli on ühel lapsel mitu psüühikahäire diagnoosi ja häirete tõsiduse tõttu on määratud ka raske puue. Lisaks on paljudel alkoholi- või narkosõltuvuse probleemid.
6. Tänapäevased tõsiste käitumisprobleemidega lastele pakutavad teenused ei ole sobivad psüühilise erivajadusega lastele, kelle käitumine on sageli äärmiselt vägivaldne, raskesti mõistetav ja ettearvamatu. Oskamatust selliste lastega toime tulla tunnistavad ka spetsialistid ise.
7. Täna puudub Eestis andmekogumise süsteem, mis võimaldaks hinnata tõsistele käitumisprobleemidega lastele suunatud teenuste kvaliteeti, mõju ja kulutõhusust. See tekitab potentsiaalselt olukorra, kus teenustele suunatud riiklikke ressursse ei kasutata parimal võimalikul viisil.
8. Poliitikasoovitused olukorra parandamiseks:
 - a. Luua tõsiste käitumisprobleemidega teenuste vajaduste hindamiseks Eesti oludele kohandatud ja valideeritud **hindamisinstrument ja teenustele suunamise protokoll**, mis hõlmab ka psüühiliste erivajaduste hindamist ja arvestamist.
 - b. Arendada välja **ravikodu teenus**, mis pakub integreeritult tervishoiu-, haridus- ja sotsiaalteenuseid ja on mõeldud kõrge riskiga, vägivaldsetele ja raskete psüühikahäiretega (sh raske puudega kuid normintellektiga) lastele, kes täna oma psüühiliste erivajaduste tõttu erikooli või vanglasse ei sobi.
 - c. Integreerida **psühhiaatrilise ravi teenus** kõikidesse mitmekomponendilistesse teenustesse nii haridus-, sotsiaal- kui õiguskaitse-süsteemis.
 - d. Luua selgem **juhtumikorralduse süsteem**, mis kehtestab juhtumikorraldaja vastutusvaldkonnad ja rolli senisest konkreetsemalt.
 - e. Parandada **perepõhiste teenuste** kättesaadavust, sh suurendada MDFT programmi mahte ja kaaluda alaealiste kriminaalhoolduses perepõhise juhtumikorralduse rakendamist.
 - f. Kaasajastada **vanglas pakutavaid teenuseid**, mis oleks üles ehitatud struktureeritud ja aktiivsele päevakavale ja hõlmaks nii psühhiaatrilist ravi, individuaalset kognitiivkäitumuslikku teraapiat, sotsiaalsete oskuste õpet, tugisiku teenust ja hariduse omandamist.
 - g. Luua teenuste **kvaliteedijuhtimise** süsteem, millele tuginedes saab teha otsuseid teenuste arendamise, rahastamise jätkamise või osutamise lõpetamise osas. Samuti annab see sisendit teenuseosutajate välja- ja täiendõppe planeerimiseks.
 - h. Analüüsida **residentaalsete teenuste vajadust täisealiseks** saanud noortele

Lühivastused uurimisküsimustele

-
- | | |
|--|---|
| 1. Millised lapsed on Eestis käsitletavad tõsiste käitumisprobleemidega lastena? | Tõsiste käitumisprobleemidega laps on kuni 18-aastane noor, kellel on korduvalt isikuvastaseid (vägivaldseid) ja/või tõsisemaid varavastaseid rikkumisi, mis ei ole loomult juhuslikud. |
|--|---|
-
- | | |
|--|--|
| 2. Kui suur on tõsiste käitumuslike probleemidega laste sihtrühm eri süsteemides ja mis osas see kattub? | Sihtrühma suurus on teadmata (andmed puuduvad).
Eesti alaealiste komisjonidest on käinud ühes aastas läbi keskmiselt 1400 last, kelle seas on ka tõsiste käitumisprobleemidega lapsed, kuid nende määr on teadmata.
Sihtrühma lapsed kattuvad süsteemides suures osas, kuna valdav enamus neist saavad nii haridus-, sotsiaal-, tervishoiu- kui ka õiguskaitse-süsteemi teenuseid. |
|--|--|
-
- | | |
|---|---|
| 3. Milline on sihtrühma probleemistik, probleemide kulg ja kokkupuude eri süsteemidega? | Esimesed ilmingud tõsistest käitumisprobleemidest on nähtavad koolis ja tervishoius ja sageli on need seotud psüühikahäiretega, mis on sihtrühma puhul tavalised ning jäävad sageli märkamata või adekvaatse ravita.
Võrdlemisi varases eas saavad alguse aja jooksul võimenduvad korrarikkumised ja sellega koos ka kokkupuuted alaealiste komisjoni, politsei ja kohtusüsteemiga.
Lapsi „solgutatakse“ erinevate erikoolide vahel, kuid psüühiliste erivajaduste tõttu jäävad lapsed sageli mõjusa abita. |
|---|---|
-
- | | |
|---|--|
| 4. Millised on sihtrühmale pakutud teenused ja teenuste kogukulu poliitikavaldkondade (süsteemide) põhiselt ja üleselt? | Sihtrühma kasutatud teenuste loetelu on mitmekülgne, hõlmates nii hariduslikke tugiteenuseid, erinevaid sotsiaal-teenuseid ja arstiabi- seda nii kinnistes asutustes (nt vangla) kui ka vabaduses viibides.
Kogu teenuste kasutuse kogukulu on teadmata (andmed puuduvad). Uuringu raportis on esitatud osade teenuste kogukulud ja tervishoiukulud on esitatud analüüsitud juhtumite lõikes. |
|---|--|
-
- | | |
|---|---|
| 5. Millised on sellele sihtrühmale pakutavate teenuste osas kattuvus, milliseid teenuseid on puudu? | Teenuste kattuvus ei ole probleem. Ainsana võib dubleerimist täheldada psühholoogilise nõustamise ja logopeediliste teenustega.
Puudu on A) haridust pakkuva residentaalse raviasutuse teenusest ehk ravikodudest ja B) residentaalistest teenustest täisealiseks saanud noortele. |
|---|---|
-
- | | |
|---|--|
| 6. Millised on kitsaskohad sihtrühmale suunatud sekkumiste ja teenuste korraldamisel, juhtimisel ja rahastamisel? | Teenuseid osutatakse eri süsteemides ja pole selge, mis süsteem võtab juhtumikorraldaja rolli.
Teenustele suunamine ei lähtu niivõrd lapse vajadustest kui teenuse kättesaadavusest, mis toob kaasa ressursside ebaefektiivse kasutamise.
Eesti teenustesüsteem ei arvesta noorte psüühiliste erivajadustega ja puudu on vastava kvalifikatsiooniga spetsialistidest.
Puuduvad teenuste kvaliteedi ja mõju hindamise kriteeriumid, mistõttu ei ole võimalik teha teenustevahelisi võrdlusi ja analüüsida teenuste kuluefektiivsust. |
|---|--|
-

Uuringu eesmärk ja uurimisküsimused

Uuringu taust

Uuring käsitleb tõsiste käitumisprobleemidega lastele ja noortele suunatud teenuseid Eestis. Tõsiste käitumise isaskustega laste ja noorte probleemid on sageli kompleksed ja pikaajalised, mistõttu on nad elu jooksul kokku puutunud nii haridus-, sotsiaal-, tervishoiu- kui korrakaitse-süsteemi teenuste ja sekkumistega.

Viimasel kahel aastakümnel on Eestis läbi viidud mitmeid noorte käitumisprobleemide puudutavaid uurimusi. Eelkõige on uurimused käsitlenud üldist alaealiste kuritegevust (Saar 2003, Salla 2010) ja hälbivat käitumist (Heinla 2001, Markina ja Šahverdov-Žarkovski 2007, Markina ja Žarkovski 2014), kuid käsitletud on ka konkreetseid alaprobleeme nagu koolivägivald (Kõiv 2006, Strömpl jt 2007), koolist väljalangevus (Kukk ja Kruuda 2003, Parve ja Kivirand 2003), narkootikumide tarvitamine (Allaste, Kurbatova ja Lagerspetz 2005) jt. Omaette grupi moodustavad uurimused, mille eesmärgiks on hinnata hälbivalt käituvatele noortele suunatud mõjutusvahendite (Salla ja Tamm 2008; Aaben jt 2017), rehabilitatsiooniteenuste (Saame 2008), kasvatus-eritingimuste (Perovskaja 2008), koolikorralduslike tugimeetmete (Keskel, Kereme ja Salla 2010) või karistuste kohaldamise tulemuslikkust (Markina ja Märtsen 2008), samuti alaealiste komisjonide kui mõjutusvahendite määrajate tegevuse tõhusust ja/või probleeme (nt Eesti alaealiste komisjonide tegevus 1999-2004, Rannala, Tiko ja Rohtla 2006, Niinmaa 2010, Jaanimägi 2003).

Varasematest uuringutest ilmneb, et käitumisprobleemide ennetamisel ja leevendamisel on oluline roll nii perekonnal ja koolil kui ka asjatundlikel, empaatilistel ja professionaalsetel spetsialistidel, kes saavad noortele endile ja nende lähedastele vajalikku abi pakkuda.

Maailmas on kasutusel erinevad kuriteoennetuse mudelid. Üheks levinumaks on nn rahvatervise mudel, mis jaotab ennetustöö tasandid kolmeks – esmane ehk universaalne, teisene ehk valikuline ja

kolmandane ehk näidustatud ennetus (Brantingham ja Faust, 1976). Kasutusel on ka riskiteguritele keskenduvad kuriteo ennetamise mudelid (Farrington, 2000) või institutsionaalsest jaotusest lähtuvad mudelid (Sherman jt, 1997).

Eestis lähtutakse kuriteoennetuse mudelist, mis eristab kolm tasandit: sotsiaalsed, olustikulised ja süütegude tagajärgedega tegelavad ennetusmeetmed (Justiitsministeerium, 2018). Viimase all mõistetakse eelkõige karistusõiguslike meetmeid korduvkuritegude vähendamiseks.

Käesolev uuring keskendub süütegude tagajärgedega tegelevatele meetmetele, vaadeldes lapsi ja noori, kes vajavad väljakujunenud probleemide leevendamist ja kahjude vähendamist. Sageli on selles sihtrühmas institutsionaliseeritud õigusrikkujad ehk lapsed ja noored, kelle käitumisprobleemid on kaasa toonud neile endile või teistele tõsiseid kahjusid ning kes on paigutatud teenuseid pakkuvate institutsioonidesse nagu turvakodu, haigla, rehabilitatsioonikeskus, erikool, vangla jms. Nendes institutsioonides on laste vabadus suuremal või vähemal määral piiratud.

Täna puudub Eestis ülevaade, kui suur on tõsiste käitumisprobleemide laste/noorte sihtrühm, kes vajavad tõsiste käitumisprobleemide leevendamist ja kahjude vähendamist. Sihtrühma suuruse hindamise teeb keeruliseks asjaolu, et **seni ei ole Eestis kokku lepitud tõsiste käitumisprobleemidega lapse/noore poliitikavaldkondade üle määratlust.** Sellest tulenevalt on olnud keeruline hinnata ka pakutavate teenuste olukorda – milliseid teenuseid eri süsteemides sihtrühmale võimaldatakse ja kas pakutavate teenuste mahud on adekvaatsed; kuivõrd dubleerivad eri süsteemide teenused teineteist ja millistest teenustest on puudu? Vastavate teemadega käesolev uuring tegelebki.

Uuringu eesmärk

Uuringu eesmärgiks on saada ülevaade tõsiste käitumisprobleemide laste ja noorte sihtrühmast, nende teenuste vajadusest ja neile pakutavatest teenustest Eestis (haridus-, sotsiaal-, tervishoiu- ja õiguskaitse-süsteemis).

Uuringu tulemusena valmivad praktikas rakendatavad ettepanekud, kuidas vastavaid teenuseid Eestis poliitikavaldkondade üleselt tõhusamalt korraldada

Uurimisküsimused

1. Millised lapsed ja noored on Eestis käsitletavad tõsiste käitumuslike probleemidega laste ja noortena?
2. Kui suur on tõsiste käitumuslike probleemidega laste ja noorte sihtrühm eri süsteemides ja mis osas see kattub?
3. Milline on selle sihtrühma probleemistik, probleemide kulg ja kokkupuude eri süsteemidega?
4. Millised on sellele sihtrühmale pakutud teenused ja teenuste kogukulu poliitikavaldkondade (süsteemide) põhiselt ja üleselt?
5. Millised on sellele sihtrühmale pakutavate teenuste osas kattuvus, milliseid teenuseid on puudu?
6. Millised on kitsaskohad sellele sihtrühmale suunatud sekkumiste ja teenuste korraldamisel, juhtimisel ja rahastamisel?

1. Uurimisteema teoreetiline ülevaade

Agressiivse käitumise mustrid lastel ja noortel

Suur osa laste püsivat hälbivat käitumist puudutavast teoreetilisest kirjandusest ning uuringutest keskendub kas **püsivale rikkumiskäitumisele** (*persistent offending*) (Moffit, 1993; Sampson ja Laub, 2005) või **vägivaldse käitumise** (*violent behaviour*) (Nagin ja Tremblay, 1999; Tremblay, Hartup ja Archer, 2005) kujunemisele. Samas on neid valdkondi puudutavas teadmises palju ühist, näiteks riski- ja kaitsetegurite näol varast ning probleemset sõltuvusainete tarvitamist puudutava kaasaegse teadmiste kogumiga (Loeber ja Farrington, 2000). Mõnevõrra enam lahknevusi võib leida selles osas, mis puudutab ainult last ennast ohustava käitumise (näiteks suitsiidid) selgitamisel võrreldes teisi ohustava käitumisega (Borowsky jt 1999; Rubenstein jt, 1989). Kuna käesoleva uuringu fookuseks on teisi ohustav käitumine, siis on eelkõige lähtutud teoreetilise raamistiku loomisel kriminoloogilisest teadmistest.

Esimestel eluaastatel kujuneb lapses välja kaks agressiivsuse tüüpi, esiteks **proaktiivne ehk instrumentaalne agressiivsus**, mille puhul laps ründab mingi soovi või vajaduse täitmiseks. Näiteks võib agressiivse käitumise põhjuseks olla lapse soov saada enda kätte mingi ese, omandada eesõigus, püüda täiskasvanu tähelepanu või kaaslaste tunnustust. Teine on **reaktiivne ehk vaenulik agressiivsus**, mida iseloomustab vihasus ning soov teha teisele haiget. Mõlemad agressiivsuse tüübid võivad avalduda nii füüsilisel, verbaalsel kui ka suhteid mõjutaval viisil, viimase all peetakse silmas näiteks manipuleerimist või tõrjumist (Dodge ja Coie, 1987).

Eelkoolieas üldjuhul lapse füüsiline agressiivsus väheneb ning verbaalne agressiivsus suureneb, sellele aitab kaasa nii keeleline areng kui ka kaaslaste ja vanemate keelavad reaktsioonid füüsilistele rünnetele. Samuti on oluline enesekontrolli kasv, mille tulemusena suudavad lapsed paremini

oma soovide täitmist ajatada. Koolieas jätkub üldjuhul füüsilise agressiivsuse vähemine, kuid samas suureneb suhetele suunatud ja verbaalne agressiivsus.

Lapse hälbiv käitumine laiemalt kasvab **varateismeeas**, püsib muude vanuserühmadega võrreldes kõrgel tasemel teismeeas keskel ning hakkab langema **hilisteismeeas**. Oluliseks mõjuriks teismeliste puhul on kaaslaste tähelepanu ja nendelt saadav positiivne kinnitus. Hälbiva käitumise vähenemisele aitavad omakorda kaasa kaaslaste mõju vähenemine, moraalse arutlusvõime ja iseseisva otsustusvõime paranemine ning muutused noort ümbritsevas sotsiaalses struktuurides (õppimine kodust eemal, töö, paarisuhted jne) (Farrington, 1986).

Füüsilise ja suhteid puudutava agressiivsuse näol võib tegemist olla püsiva nähtusega, mis kandub kõrge agressiivsusega laste puhul lapseast edasi noorukiikka väljendudes seal juba vägivaldlike toimepanemises. Keskmise või harvade agressiivsuse ilmingutega laste puhul vägivalladuse vanuse kasvades pigem väheneb (Kingston ja Prior, 1995). Püsiva agressiivsusega laste puhul on ühelt poolt sageli olemas mitmed bioloogilised riskifaktorid ning neil on puudujääke kognitiivses funktsioneerimises ning paljudel on diagnoositud aktiivsus- ja tähelepanuhäire. Lisaks iseloomustavad selliseid noori sotsiaalsete oskuste madal tase, üksindus, ärevus, depressiivsus, puudulikud sõbrasuhted ning antisotsiaalsed tegevused. Samas ei ennusta negatiivsete eelduste olemasolu otseselt seda, kas selle pinnalt kujuneb täiskasvanueaks välja püsivalt agressiivne käitumismuster – see sõltub pigem keskkondlikest, eelkõige vanemlust puudutavatest, teguritest (Nagin ja Tremblay, 2001).

Paljude noorte hälbiv käitumine ei alga lapseas, vaid avaldub esmakordselt **noorukieas**. Sel juhul nähakse antisotsiaalse käitumise taga ennekõike eakaaslaste mõju või ajutise iseloomuga pereprobleeme, mitte aga ebasoodsat arengukeskkonda või bioloogilisi faktoreid. Selle, oluliselt suurema grupi puhul on pikaajalised negatiivsed mõjud märksa väiksemad kui nende noorte puhul, kellel avaldus kõrge agressiivsus juba lapseas. Hälbivast käitumisest irdumisele aitavad selle grupi puhul kaasa lapseas omandatud prosotsiaalsed oskused ning elukaart puudutavad murdepunktid nagu näiteks kooli või töö tõttu kodust väljakolimine ja kooli lõpetamine (Moffit, 1993).

Sageli on lapse agressiivse käitumise põhjustajaks või alalhoidjaks kahjulikud vanemluspraktikad kodus (Haapasalo ja Tremblay, 1994). Seda ise-loomustavad näiteks kritiseerimine, alandamine, ähvardamine, karm distsipliin, armastuse ja positiivsete tunnete mitteväljanäitamine, struktureeritud päevakava ja järelevalve puudumine ning füüsiline karistamine. Konfliktid sellistes peredes eskaleeruvad kiiresti ning korduvad tihti, mis tekitab kodus vaenuliku ja äreva õhkkonna, mis kandub ka laste teistesse suhetesse. Puudulike oskustega vanemad piiravad ning kontrollivad vähe lapse tegevusi väljaspool kodu, mistõttu suhtlevad need lapsed sageli teiste antisotsiaalse käitumisega lastega, kes veelgi toetavad kodust alguse saanud negatiivsete

käitumismustrite süvenemist. Sellistel lastel võib tekkida hoolimatu suhtumine teistesse, mille üheks avaldumisvormiks on **reaktiivne vägivaldne käitumine**. Nende sotsiaalne tajumine viib selleni, et nad sageli näevad vaenulikku suhtumist ka seal, kus seda pole, näiteks olukordades, kus kaaslaste kavatsused on ebaselged, kus kahju on tekitatud kogemata või isegi siis, kui last püütakse abistada (Crick ja Dodge, 1996).

Proaktiivne vägivaldsus seevastu on seotud erinevate puudujääkidega sotsiaalses ja kognitiivses arengus. Näiteks usuvad agressiivse käitumisega lapsed võrreldes oma tavapärase käitumisega eakaaslastega sagedamini, et destruktiivsete tegevustega kaasneb rohkem kasusid ja vähem kahjusid. See võib väljenduda usus, et agressiivsus käitumisstrateegiana töötab hästi, kuna see toob käegakatsutavat kasu ning vähendab teiste ebameeldivat käitumist. Agressiivsele käitumisele eelnevalt on sageli nende esmaseks vajaduseks saavutada kontroll olukorra üle ning samas pööravad nad vähem tähelepanu kannatustele, mida see käitumine võib teistele põhjustada või hinnangutele, mida see kaaslaste poolt võib kaasa tuua. Samuti iseloomustab kõrge proaktiivse agressiivsusega lapsi liiga kõrge enesehinnang. Agressiivse käitumise tagajärgi neutraliseerivad need lapsed sageli läbi ohvri süüdistamise või kahjude minimiseerimise, mis võimaldab säilitada positiivset enesekuvandit (Hubbard jt, 2010).

Püsiva rikkumiskäitumise riski- ja kaitsetegurid

Rikkumiskäitumise kujunemise ja püsivuse kohta saadakse andmeid eluteeuuringutest, mis on andnud ka olulisi andmeid kriminogeenste riskide, vajaduste ja kaitsetegurite kaardistamiseks, mis on vajalik omakorda sobivate sekkumismeetmete valikuks (Sampson ja Laub, 1997).

Tähele tuleb siiski panna, et kuigi riskihindamise tulemusena on võimalik küllalt hästi leida grupp inimesi või noori, kelle puhul püsiv rikkumis-

käitumine realiseerub, siis nende kõrval on ka hulk nõ valepositiivseid, kes kas rikkumisi toime ei pane või ei suudeta neid tuvastada. Samuti on oluline meeles pidada, et riskiskoorid ei anna hinnangut kunagi konkreetse isiku riskile ega hinda seda, kas risk pigem konkreetse isiku puhul realiseerub vaid mitte – riskihinnang ütleb, milline on sarnaste mõõdetavate omadustega isikute grupi puhul jaotus nende vahel, kes rikkumisi toime panevad ning kes ei pane.

Püsivat rikkumiskäitumist ennustavad riskitegurid jaotatakse individuaalseteks ning peret ja keskkonda puudutavateks. Olulisimad **individuaalsed riskitegurid** on madal intelligentsus ja impulsiivsus, peret puudutavatest on olulisimad kriminaalse või antisotsiaalse käitumisega vanemad, vähene vanemlik järelevalve ning katkised peresuhted.

Keskkondlikest teguritest on tähtsaimad suhted sõpradega, mahajäänud elukeskkond, probleemne koolikeskkond. Riskifaktorite pinnalt saab usaldusväärselt ennustada püsivat rikkumiskäitumist juba 10-aastaste laste puhul, kusjuures kõige enam ennustab seda kasvamine kuriteos süüdimõistetud vanemaga peres.

Riskitegurite seas eristatakse dünaamilisi ehk ajas muutuvaid ja muudetavaid ning staatilisi ehk ajas muutumatuid (näiteks sugu) tegureid.

Dünaamiliste riskitegurite pinnalt on võimalik välja tuua **kriminogeensed vajadused**, millele sobilike sekkumiste kasutamisel on võimalik korduvrikkumiste arvu vähendada. Püsiva rikkumiskäitumisega noore puhul on enamasti korruga olemas palju kriminogeenseid vajadusi, mistõttu ei piisa käitumise muutmiseks enamasti üksikute vajadustega tegelemisest, vaid tuleks sekkuda võimalikult mitmes valdkonnas ning erinevaid meetodeid kasutades.

Viimase kümnendi uuringud on üha enam tähelepanu pööranud neorobioloogilistele teguritele, mis on seotud hälbiva käitumisega. On leitud, et ajukahjustused (enamasti **traumaatilised vigastused eesajukoores**) on seotud lapse võimega kasvukeskkonnas hakkama saada ning on riskiteguriks nii ennast kui teisi ohustavale käitumisele.

Eesajukoore on muu hulgas vastutav planeerimise, probleemilahendusoskuste ja emotsioonide juhtimise eest – kui need funktsioonid on häiritud, on piiratud ka noore võime analüüsida ja tajuda ümbritsevat keskkonda tavapärasel viisil ning teha kaalutletud otsuseid ja valikuid enda käitumise osas. See väljendub sageli riskeerivas ja reegleid eiravas käitumises ning puudulikus sotsiaalses õppimises –

ei mõisteta õigesti teistelt saadavat tagasisidet oma käitumisele ning ei suudeta seetõttu ka oma käitumist ise korrigeerida. Eesajukoore kahjustustega noorte probleemne käitumine on sageli mõistetamatu nii kaaslastele, vanematele kui ka õpetajatele ning paneb noored sageli aastateks tõrjutu staatusesse.

Valdavalt on eesajukoore vigastused tuvastamata (pole arsti poole pöördunud) või puudub teadmine probleemse käitumisega noorte puhul vastavat infot otsida, tõlgendada ning sekkumistel arvesse võtta. See tähendab, et probleemi tegelik ulatus on teadmata, kuid erinevad uuringud vanglapopulatsiooni hulgas kinnitavad, et vähemalt kergeid traumaatilisi eesajukoore traumasid on enamikel kinni peetavatest, mis on üldpopulatsioonist oluliselt suurem näitaja.

Kaitsetegurid on omadused või keskkondlikud tunnused, mis vähendavad riskide mõju ning kas ennetavad hälbiva käitumise väljakujunemist või vähendavad selle kordumist tulevikus. **Individuaalsed kaitsetegurid** püsiva rikkumiskäitumise kujunemiseks on naiseks olemine, kõrge intelligentsus, hea kohanemisvõime ning positiivne maailmataju. Sotsiaalsete suhete osas on kõige olulisemateks kaitseteguriteks soojad ja toetavad suhted perega või muude täiskasvanutega. Kasulike uskumiste ja omaksvõetud käitumisreeglite hulgas mängivad olulist ennetavat rolli pere, kooli või religiooni poolt ettekirjutatud reeglite omaksvõtt ja järgmine, reeglite rikkumisele vastanduvad normid peres ja kogukonnas ning normid, mis toetavad hariduslikku edu ja tervislikku arengut.

Kaitsetegurite arvestamine õigusrikkumisi toime pannud noortega töös tähendab seda, et ei tegeleta ainult riskiteguritega ehk probleemidega, vaid leitakse tugevused noore elus ja keskkonnas ning püütakse nende mõju suurendada, et seeläbi kuritegude korduvat toimepanemist vähendada. Seetõttu on kaitsetegurid saanud ka osaks mitmetes noorte riskihindamise vahenditest (nt YLS/CMI, SAVRY) ning kuritegevusest irdumist (*desistance*) käsitlevatest kohtlemismudelitest (nt Good Lives Model).

Elukestva antisotsiaalse käitumise kujunemine Terrie Moffitti järgi

Tuntumaid kaasaegseid käsitlusi püsiva rikkumiskäitumise kujunemisest pärineb Terrie Moffittilt, kes 1993. aastal avaldas artikli, milles lõi taksonoomia noorukieaga piiritletud (*adolescence-limited*) ja **elukestvast antisotsiaalsest käitumisest** (*life-course-persistent antisocial behavior*).

Elukestva antisotsiaalse käitumisega noorte probleemid ei seisne ainult õigusrikkumiste toimepanemises, neid iseloomustavad ka mitmesugused tervisemured ning raske edasijõudmine koolis.

Tavapärastel saavad probleemid nende puhul alguse nõrga (pere)keskkonna ja neuropsühho-loogiliste probleemide koosmõjust, mis toob kaasa rikkumiskäitumise varajase alguse.

Antisotsiaalse käitumise püsivus on aga seotud probleemide pikaajalise kumuleeruvusega, mis tähendab, et enamasti jäävad ebapiisavaks muutused või sekkumised, mis on lühiajalised ning keskenduvad vaid üksikutele probleemidele noorte elus.

Neuropsühholoogilised puudujäägid takistavad nende noorte normaalset ja eakohast arengut ning suurendavad ebasoodsate keskkondlike tegurite mõju. Tähelepanuhäired, kõrge impulsiivsus, hüperaktiivsus ja õppimishäired on selle grupi puhul tavalised.

Moffitti järgi kasvab elukestev antisotsiaalne käitumine välja lapse individuaalsete omaduste ja kasvukeskkonna suhtena. Läbi elu antisotsiaalne käitumine muutub lähtuvalt võimalustest, mida elu erinevas vanuses ja seega ka erinevates sotsiaalsetes kontekstides pakub:

- » 4-aastaselt sellised lapsed sageli hammustavad ja löövad.
- » 10-aastaselt puuduvad koolist ja panevad toime poevargusi.
- » 16-aastaselt ärandavad autosid ja müüvad uimasteid.

- » 20-aastaselt panevad toime röövimisi ja vägistamisi.
- » 30-aastaselt on seotud pettuste ja laste väärkohtlemisega.
- » 40-aastaseks saanuna on sageli välja kujunenud alkoholi- või uimastisõltuvus; tööhõives ei osaleta, võlad on maksmata, paarisuhteid iseloomustab lühiajalisus ja vägivald, lapsed on sageli hooletuses ning inimene ise kimpus psühhiaatriliste haigustega.

Moffitti järgi on 4 peamist riskitegurit elukestvaks antisotsiaalseks käitumiseks:

- » kriminaalne käitumine varases eas
- » aktiivne rikkumiskäitumine teismelisena
- » rikkumiskäitumise kandumine täiskasvanuikka
- » kuritegude raskemaks muutumine ajas.

Noorukieaga piiritletud rikkumiskäitumisega õigusrikkujate gruppi iseloomustab seevastu võime loobuda rikkumiste toimepanemisest, kui õiguskuulekas käitumine näib tasuvam, samuti ei avaldu probleemid alati kõigis olulistest eluvaldkondades (õigusrikkumiste taustal pole tingimata pere või kooliprobleeme). Viimatinimetatud grupi puhul on esmased rikkumised 11-13 aasta vanuses, õigusrikkumised lõppevad 18. eluaasta paiku ning ei muutu ajas raskemaks. Selle grupi rikkumiskäitumist hoiavad ülal eelkõige kokkupuuted teise, raskemasse gruppi kuuluvate noortega, kellelt toimub sotsiaalne õppimine ning rikkumiskäitumise jäljendamine.

Seega on elukestva antisotsiaalse käitumisega noortel negatiivne mõju ka teistele noortele, kelle rikkumiskäitumine pole sedavõrd püsiv. **Gruppide erinevus nii probleemide ulatuselt kui ka sügavuselt tingib seda, et sekkumised kahe grupi käitumise muutmiseks peavad olema nii sisult kui intensiivsusest erinevad.**

Kriminaalse käitumise ulatus ja varieeruvus

Kuritegusid toime pandud noortest moodustavad püsiva rikkumiskäitumisega noored USA andmetel hinnanguliselt kümnendiku. Campbelli süstemaatiline ülevaade (Garrido ja Morales 2007) kinnitas, et 80% noorte kuritegevusest on toime pandud 15% noorte poolt (kõigist õigusrikkumisi toime pannud noortest).

USAs on ka hinnatud kattuvust palju rikkumisi toime pannud noorte ja vägivallakuritegusid toime pannud noorte osas. Selgus, et kõigist perioodi jooksul tabatud kuritegusid toime pannud noortest moodustasid püsiva sagedase rikkumiskäitumisega noored 15%, kellest 30% olid toime pannud ka vägivallakuritegusid. Samas kõigist vägivallakuritegusid toime pannud noortest moodustasid sagedase rikkumiskäitumisega noored 53%.

Käesoleva uuringu mõttes kõige lähedasema grupi moodustasid püsiva rikkumiskäitumisega vägivallakuritegusid toime pannud noored (*chronic violent offenders*), keda oli 4%. Andmetest ilmnes, et sellesse gruppi kuuluvad noortest 78% oli toime pannud ka tõsiseid mittevägivaldseid kuritegusid (sissetungimisega vargus jms).

Püsiva rikkumiskäitumisega noorte kuriteod piirduvad harva samaliigiliste kuritegudega, enamasti on varieeruvus lai, kuna toimepandavate kuritegude liik ja laad sõltuvad selle grupi puhul enam olulistest teguritest kui kalduvusest teatud kuritegude suunas. **Enamasti kasvab ka väga tõsiste kuritegude toimpanemine nende noorte puhul välja kergematest rikkumistest** olles siiski muude rikkumiste seas juhuslikku laadi.

Kas püsivat rikkumiskäitumist saab muuta?

Wikstöm ja Butterworthi (2006) hinnangul ei saa välja tuua üht tulemuslikku strateegiat noorte kuritegevuse vähendamiseks. Kui pere- ja koolipõhised sekkumised peaksid olema noorte kuriteoennetuse nurgakiviks, siis sekkumiste konkreetne valik tuleks teha lähtuvalt noore rikkumiskäitumise mustrist. **Kasutades liiga intensiivseid ja kulukaid meetmeid kõigi suure hulga õigusrikkumisi toime pannud noorte puhul või keskmise või madala riskiga noorte puhul, kulutatakse raha ebaefektiivselt ning on oht ülereageerimiseks, mis võib kaasa tuua teatud noorte puhul rikkumiskäitumise kasvu.**

Püsiva rikkumiskäitumisega noorte puhul, kelle individuaalsed riskitegurid on kõrgeimad, pole vaid pere- ja koolipoolset kaasatust ning järelevalvet pakkuvad meetmed enamasti piisavad, kuna nende probleemid on liialt sügavad ja mitmekesised, et oleks võimalik tuua piisavat muutust vaid sekkumistega üksikutes elusfäärides.

Püsiva rikkumiskäitumisega noorte käitumisele pole mõju ka situatsiooni-ennetuslikel meetmetel ega üldpreventsioonil – see saab mõistetavaks, kui teadvustatakse, et enamikul nendest noortest on neuropsühholoogilised probleemid ning paljudel ka uimastisõltuvus.

Lipsey (2009: 143) järgi **pole enamike sekkumiste osas vahet, kas neid rakendatakse kinnises asutus-ees, kriminaalhoolduse raames või eraldiseisvana – programmi tulemuslikkus sellest oluliselt ei muutu.** Erandiks sellest reeglist on nõustamisele suunatud programmid, mille mõjus on madalam vangistatud noorte puhul ning oskuste suurendamisele suunatud ennetuslikud programmid, kus ei olnud juures kriminaalhoolduse komponenti. Vangistuse ja kriminaalhoolduse negatiivne mõju avaldub nende näidete puhul eelkõige teiste antisotsiaalse käitumisega noortega koosolemisest tulenevast sotsiaalsest õppimisest ehk siis sekkumisest saadav

kasu on väiksem kui „kuritegevuse koolist“ tulenev kahju.

Lipsey järeldas ka samas, et sekkumised, mis põhinesid terapeutilistel suundadel nagu nõustamine ja oskuste arendamine, on tulemuslikumad kui kontrollil ja sunnil põhinevad strateegiad, mis rõhuvad kontrollile, hirmutamisele ja karmidele reeglitele allutamisele. Ta leidis ka, et sekkumiste efektiivsus on kõrgem suurema rikkumiskäitumisega noorte puhul, mis toetab ka riskipõhist hindamist ning teenuste pakkumist vastavalt riskimudelile.

Erinevatest terapeutilistest suundadest osutusi kõige tulemuslikumaks kognitiivkäitumuslikud programmid, neile järgnesid sotsiaalse õppimise teooria põhised sekkumised ning oskuste omandamisele suunatud tegevused. Süstemaatiline ülevaade programmide näitas, et parimate sekkumistega suudetakse vähendada retsidiivsust enam kui 20%.

Kuivõrd üks või teine programm või sekkumine on õigusrikkumiste vähendamisel tulemuslik, sõltub oluliselt läbiviimise kvaliteedist. See tähendab, et läbiviijatele peab olema tagatud korralik väljaõpe ja supervisioon ning et ka teenusepakkumist hinnatakse järjepidevalt, tehes korrektsioone, kui kvaliteet langeb.

Campbelli süstemaatiline ülevaade (Garrido ja Morales 2007) on Lipsey järeldustega kooskõlas hinnates, et üldiselt tagavad programmipõhised sekkumised korduvrikkumiste 6-protsendilise vähenemise, kusjuures tõsiseid kuritegusid (sh vägivalda) toime pannud noorte puhul on programmlised sekkumised 9% tulemuslikumad. See tähendab, et **kui üldjuhul paneb uue kuriteo toime 40 noort 100st, siis tulemusliku sekkumise korral on uusi rikkujaid 100-st 36** – see võib küll tunduda väike vahe, kuid arvestades ühe püsiva rikkumiskäitumisega noore poolt toime pandavat kuritegude hulka ja tekitavat kahju, on selle kumulatiivne mõju märksa suurem.

Tabel 1. Retsidiivsuse vähendamise mõju määrad erinevates sekkumistüüpide ja nende alaliikide osas (Lipsey, 2009 järgi)

SEKKUMISTÜÜP JA ALALIIK	MÕJU
Oskuste arendamine	-12%
Kognitiivkäitumuslik	-26%
Käitumuslik	-22%
Sotsiaalsed oskused	-13%
Akadeemiline suund	-10%
Tööga seotud	-6%
Nõustamine	-13%
Grupinõustamine	-22%
Mentorlus/tugiisikud	-21%
Perenõustamine	-13%
Pere kriisinõustamine	-12%
Individuaalnõustamine	-5%
Teenuste koordineeritud koospakkumine	-12%
Taastav õigus	-10%
Lepitus	-12%
Kahju heastamine	-9%
Käitumiskontroll	-6%
Hirmutamine	+2%
Reeglite järgimine/distsipliin	+8%

Campbelli ülevaade (Garrido ja Morales 2007) kinnitab samuti, et suurim mõjus on kognitiivsetel ja kognitiivkäitumuslikel teraapiatel. Samas märksa väiksemat mõjust nähti nendel programmidel ja tegevustel, mis keskendusid hariduslikele tegevustele ja akadeemilistele teadmistele ja oskustele. Tulemuslikuks praktikaks peeti terapeutiliste lähenemiste varieerimist ja mitmekesisust, kuna grupi- või individuaalteraapia ainult iseseisvana rakendades piisavat tulemuslikkust ei näidanud.

Noorte kinniste asutuste puhul tuleb aga tähele panna, et nende üldine tulemuslikkus noore rikkumiskäitumise vähendamisel sõltub oluliselt mitmetest teguritest. **Rikkumiskäitumist suurendavad Lipsey (2009) järgi kontrollile ja reeglite sunniga kehtestamisele suunatud asutused.** Selleks, et nii psühholoogilised, hariduslikud kui ka sotsiaalsed sekkumised oleks tulemuslikud, peavad ka kesk-

kondlikud tegurid kinnises asutuses toetava pro-sotsiaalsete hoiakute omaksvõttu ja käitumist.

Henleggeri ja Schoenwaldi ülevaade (2011) tõendus-põhistest programmidest kinnitab eelpool öeldut riskipõhise ja kvaliteedi tagamise olulisuse osas, tuues **programmide mõjusust suurendava faktorina välja ka selle, et programme tuleks võimalusel**

pakkuda noore igapäevases elukeskkonnas ja mõju-tada seeläbi noorte endi kõrval ka pereliikmeid ja kaasata kogukonda ja kooli. Näidetena sellistest programmidest toovad nad MST (*Multisystemic Therapy*) ja MTFC (*Multidimensional Treatment Foster Care*), mis on analoogsed Eestis rakenda-tavale MDFT-le.

Teoreetilise ülevaate kokkuvõte

- » Tulemusliku sekkumise otsustamiseks tuleb sellised noored leida, kasutades selleks kohandatud ja valideeritud riskide ja vajaduste hindamise instrumente, mis näitavad ära vajaduse kohtlemise inten-siivsuseks ning peamised valdkonnad nii kriminogeensete vajaduste kui tugevuste mõttes.
- » Selleks, et sekkumine ise oleks tulemuslik, peab selle valikul lähtuma noore indiviidist, tagama mitme-külgsuse (mitte tegelema näiteks ainult hariduse või viha teemaga või ainult individuaalnõustamise raames) ning kvaliteetselt ellu viidud.
- » Kõige tulemuslikumad on kognitiivsed ja kognitiivkäitumuslikud sekkumised, kõige keerukamate noorte puhul on oluline saavutada ka muutusi noort ümbritsevad elusfääris (pere, kool, kogukond), mis kinnitaks ja toetaks käitumise muutumist. Samas vältida tuleb kaaslaste negatiivset mõju ja anti-sotsiaalsete sidemete teket ja süvenemist.
- » Kinnised asutused iseenesest pole välistatud sekkumiste osas selliste noorte puhul, kuid nendega kaasnevad omad võimalused ja riskid, mida tuleb iga suunatava noore puhul kaaluda. Kognitiivsete ja kognitiivkäitumuslike programmide rakendamine kinnistes asutustes on tulemuslik, kuid sotsiaalseks õppimiseks peab asutuse keskkond olema turvaline, paindlik ning õppimist toetav.
- » Uuringute järgi (Moffitti, 1993) moodustavad elukestva antisotsiaalse käitumisega noored kõigist kriminaalse käitumisega noortest 5-10%. Perioodil 2015-2016 on Eesti alaealiste komisjonid arutanud keskmiselt aastas 1400 laste materjalid (Tamm ja Salla, 2016). Oletades, et komisjonide ette on saanud kõik kriminaalse käitumisega noored, võib elukestva antisotsiaalse käitumise noorte hinnanguline arv olla vahemikus 40-140 alaealist.

2. Teenused tõsiste käitumisprobleemidega lastele Eestis

Selleks, et kaardistada kõik uuringu jaoks relevantseid teenused, tuli kokku leppida definitsioon ehk keda peame tõsiste käitumisprobleemidega lasteks ja noorteks. Selleks pakkus Praxis välja erinevad kriteeriumid, mille vahel koos uuringu tellijaga (Justiitsministeerium) lepiti kokku kõige adekvaatsemalt praegust olukorda kirjeldav definitsioon.

Teenuste kaardistamisel otsustati kasutada järgmist definitsiooni - **tõsiste käitumisprobleemidega laps on kuni 18-aastane noor, kellel on korduvaid isikuvastaseid (vägivaldseid) ja/või tõsisemaid varavastaseid rikkumisi, mis ei ole loomult juhuslikud.**

Lähtuvalt nimetatud definitsioonist kirjeldasid justiits- ja sotsiaalministeerium, haridus- ja teadusministeerium oma haldusalades teenused, kuhu definitsioonile vastavad noored kas suunatakse või saab suunata. Samuti viidi 2018. aasta aprillis läbi 3 fookusgruppiintervjuud valdkonna ekspertidega (vt lähemalt meetoodika peatükist).

Kaardistuse põhjal kogutud info põhjal käsitletakse järgnevalt kahte residentaalset teenust, milles on võimalik piirata laste ja noorte vabadust ning kolme kogukondlikku teenust. Nimetatud viie teenuse puhul tuleb arvestada, et ühelt poolt on nende kõrval teisigi teenuseid, kuhu tõsiste käitumisraskustega noored võivad jõuda ning teiselt poolt ei

ole ükski neist teenustest selline, kus oleks ainult tõsiste käitumisraskustega noored.

Teenused, kuhu sihtgruppi noored võivad sattuda (aga on kaardistusest väljas) on eelkõige sellised, mida pakutakse kohaliku omavalitsuse poolt või läbi tervishoiusüsteemi. Nende hulka kuuluvad näiteks a) Tallinna Laste Turvakeskuse residentaalne/poolkinnine teenus eelkõige sõltuvusprobleemidega noortele; b) Corrigo ja Tallinna Lastehaigla teenused eelkõige sõltuvusprobleemidega noortele TAI rahastusel (nii residentaalne kui kogukondlik teenus Tallinnas ja Ida-Virumaal); c) Laste ja noorte vaimse tervise keskuste teenus (TAI rahastus).

Rajaleidja, Tugila, sotsiaalprogrammid STEP ja SPIN, mis on nõuete põhised teenused (vaba aeg, tööturule sisenemine, haridus) ega paku terviklikku lähenemist ja juhtumikorraldust sihtgruppi puhul, on kasutusel pigem sekkumiselementidena, kui vastavas valdkonnas avalduvad noore riskid või vajadused.

Analüüsi teostamise ajal on teada, et lisaks kirjeldatud teenustele laieneb lähitulevikus Sotsiaalkindlustusameti poolt hangitav kinnise lasteasutuse teenuse pakkujate ring. Sõltuvusprobleemidega lastele kasvab teenusepakkumine 2018. aasta lõpust, mil residentaalset teenust hakkab pakkuma Ida-Viru keskskhaigla.

TABEL 1. Analüüsi kaasatud teenused

	RESIDENTAALSED TEENUSED	KOGUKONDLIKUD TEENUSED
Haridus- ja teadusministeerium	Kinnise lasteasutuse teenus (Maarjamaa Hariduskolleeegium)	Ei ole
Sotsiaalministeerium	Kinnise lasteasutuse teenus (seisuga juuni 2018 puudub teenuspakkuja)	Mitmedimensiooniline pereteraapia (MDFT) Sotsiaalne rehabilitatsioon (mh õigusrikkumisi toime pannud lastele)
Justiitsministeerium	Vahistamine ja vangistus (Viru vangla III üksus lastele ja kuni 21-a noortele)	Kiminaalhooldus (Viru vangla III üksus lastele ja kuni 21-a noortele)

2.1. Residentaalsed teenused

Residentaalne teenus 1: Vangla

Laste ja noorte vangistust viib Eestis poiste puhul ellu Viru vangla ja tüdrukute puhul Tallinna vangla, kusjuures viimastel aastatel on vanglasse jõudnud vaid üksikud naissoost alaealised. Keskmine meessoost alaealiste arv kindlal hetkel vanglas on viimastel aastatel langenud püsides 2017. aastal 20 ligi. 2018. aasta alguses on alaealiste keskmine arv vanglas olnud 15-16.

Alaealised jõuavad vanglasse vahistatuna kriminaalmenetluse ajal või karistusena kuriteo eest. Viimasel juhul on eristatavad juhtumid, kus kohus määrab otsuses reaalse vangistuse, mis kuulub kas osaliselt või täielikult ärakandmisele või määrab kohus käitumiskontrolli, mille tingimuste rikkumisel võib kohus pöörata karistuse täitmisele.

Kõik noored on vanglas seoses kriminaalse käitumisega ja paljude puhul vastab ka noorte tegude profiil uuringu sihtgrupile, kuigi välistatud pole ka muud variandid: näiteks, kui ainus vägivaldaepisood noore elus puudutab tapmist või on tegu kõrgete karistumääradega narkokuriteoga. Eesti seadused annavad võimaluse alaealiste täielikuks erikohtlemiseks võrreldes täisealistega ehk kui täisealiste puhul on teatud kuritegudes reaalse vangistuse mõistmine paratamatu, siis alaealiste erikohtlemise sätted võimaldavad sellistest piirangutest mööda minna. Alates 1.1.2018 jõustunud seadusemuudatused alaealiste erikohtlemise osas ilmselt vähendavad tulevikus alaealiste kinnipeetavate arvu veelgi.

Vangi saadetud alaealisele teostatakse enne vangistust ka hindamine, mille viib läbi vanglameeskond ja juhtumikorraldajaks saab inspektor-kontaktisik. Selle osas, millised noored ja kui kauaks vanglasse satuvad, räägib vanglateenistus kaudselt kaasa – läbi kohtueelsete ettekannete. Samas aga on oluline märkida, et **määratud ei ole kriteeriume, millistel juhtudel kohtueelses ettekandes vangistuse ettepanek teha.** Intervjueeritud vanglatöötajate hinnangul sõltub see

eelkõige sellest, millised on varasemalt kasutatud meetmed ja nende ammendatus. Kui laps või noor vanglasse saabub, siis tuleb vangistust ka ellu viia hoolimata sellest, kas tegu on konkreetsele noorele sobiliku meetmega või mitte.

Vangistuse kui sekkumise elemendid võib jaotada alaealiste puhul järgnevalt:

- » järelevalve
- » juhtumikorraldus (sh haridus ja sotsiaalprogrammid)
- » tervishoid
- » vaba aeg

Kui järelevalve on suuremalt jaolt standardsed, siis muus osas varieerub iga alaealise sekkumiste komplekt vastavalt individuaalsetele vajadustele ja võimalustele (mille hindamine ei ole standardiseeritud).

Vanglas pakutavad sotsiaalprogrammid on järgnevad (vt tabel 2):

1. Eluviisi treening
2. EQUIP
3. Õige hetk
4. MDFT
5. Liiklusohutus
6. Viha juhtimine
7. Sotsiaalsete oskuste treening
8. Agressiivsuse asendamise treening
9. Minu valik
10. Uus suund
11. Koera kaasav teraapia
12. Muusikaterapia

Teistest enam on kasutust leidnud nimetatud programmidest sõltlastele mõeldud Eluviisi treening ja perepõhine sekkumisprogramm MDFT.

Uuringu raames intervjueritud spetsialistid töid probleemina välja asjaolu, et **mitmed vanglateenistuse poolt pakutavad programmid võivad olla sisuliselt aegunud ja vaid paari programmi puhul on läbiviijatele tagatud meetodiline tugi.**

Uuringu raames intervjueritud vanglas viibimise kogemusega **noored töid välja, et vanglas viibimise ajal oli nende jaoks kõige kurnavam igavus ja tegevusetus.** Samale probleemile on viidanud ka varasemad vangistatud noorte uuringud (vt Salla 2016), tuues välja tegevusetuse kui kasutamata võimaluse olukorras, kus noored on pikema aja jooksul tingimustes, kus neile on võimalik järjepidevalt ligi pääseda ja teha süsteemset tööd nende seisundi parandamiseks.

Kuna juhtumianalüüsi hõlmatud noortest pea kõigil olid diagnoositud ka psüühikahäired, sh aktiivsus- ja tähelepanuhäire, siis on nende puhul tegevusetus ja vähesed võimalused aktiivseteks tegevusteks eriti olulised. Samuti tuleb psüühikahäirega noore puhul hinnata erinevate distsiplinaartoimingute (nt kartser) sobivust ja potentsiaalset mõju.

Intervjueritud vanglatöötajate sõnul on **pea kõik vanglasse sattuvad noored psühhiaatrilise erivajadusega, kuid hinnanguliselt pooled neist ei ole kunagi varem psühhiaatri juures käinud.** Juhtumianalüüsides ei ilmnenu, et vanglas viibinud noorte psüühilisi erivajadusi oleks nende vangistuse sisustamisel olulisel määral arvesse võetud.

Samuti töid vanglatöötajad **probleemse sihtgrupina välja kerge ja mõõduka vaimse alaarenguga või mõne muu väga tõsise vaimse häirega alaealised,** kellega toimetulekuks on vaja spetsiifilisi kompetentse ja kelle jaoks vanglateskkond ei ole enamasti sobiv.

Lisaks psühhiaatrilisele abile **peaks alaealise kinni- peetavaga alati kaasnema töö perega.** Nii nõustuvad vanglatöötajad, et enamike noorte puhul oleks abi kogukondlikust, pereprobleemidele keskenduvast ja perele tuge pakkuvast sekkumisest. Juhtumite analüüsist ilmnus, et vanemate jaoks on laste vanglas

küllastamine liialt kulukas ja väikeste sissetulekute tõttu ei saa nad seda omale lubada nii sageli kui sooviksid. Seetõttu tuleks pereskesksete teenuste arvestada ka transpordikulude võimaliku kompen- seerimise variandiga (vangla puhul seda on ka tehtud MDFT programmis osalejatele).

Samas on oluline siinkohal märkida, et noore probleemide leevendamisel saaks tuge pakkuda ka lastekaitse, kuid **vanglatöötajate sõnul neil juhtumi- korralduse mõttes lastekaitsega enamasti koostööd ei ole** ja enamike alaealiste kinnipeetavate puhul lastekaitse vangistuse vältel lapse olukorra vastu huvi ei tunne. Koostöö lastekaitse ja vangla vahel annaks aga võimaluse pakkuda vanglas viibivatele noortele mitmekesisemat sotsiaalse rehabilitat- siooni teenust ja muid lastekaitse teenuseid.

Intervjueritud vanglatöötajad töid vangistuse eesmärgina välja õiguskuuleka käitumise toetamise ja hindasid, et vangla saab sellega alaealiste puhul üha paremini hakkama. Käesolevast uuringust paraku sellele kinnitust ei leidunud – **juhtumi- analüüsi kaasatud noorte õigusrikkumised jätkusid ka peale vanglast vabanemist.** Samas ei ole vangis- tuse tulemuslikkusele Eestis kriteeriumeid seatud, mistõttu on keeruline süsteemselt hinnata vangis- tuse mõju alaealistele ja kuivõrd on olukord parane- nud või halvenenud.

TABEL 2. Vanglas pakutavad teenused

TEENUSE NIMI	Eluviisi treening	Õige hetk	Liiklusohutuse programm	Viha juhtimine	Sotsiaalsete oskuste treening	Agressiivsuse asendamise treening (noortel)
KOMPONENDID	Individuaal- ja grupikohtumised	Individuaalkohtumised	Individuaal- ja grupikohtumised	Grupikohtumised, erandina individuaaltöö	Grupikohtumised	Grupikohtumised
MAHT/KESTVUS	<u>Individuaalne</u> 6 kohtumist 1x nädalas 1h kohtumine Paus 3 nädalat 1h kohtumine (hindamis-vestlus) + <u>Grupis</u> 8-10 nädalat 1x nädalas 1,5h kohtumine	<u>Individuaalne</u> 13 kohtumist 2-4x kuus 1-1,5h	<u>Individuaalne</u> 2 kohtumist 2x kuus (üle nädala) 1h ↓ <u>Grupis</u> 3 kohtumist 2h ↓ <u>Individuaalne</u> 2 kohtumist 2x kuus (üle nädala) 1h = Kokku 10h	<u>Grupis</u> 9 kohtumist 2-3x nädalas 1,5-2h	<u>Grupis</u> 8–12 kohtumist 2-4x kuus 1,5h	<u>Grupis</u> 30 kohtumist 3x nädalas 2h
TEENUSE OSUTAJAD	26 teenistajat üle Eesti, sh 19 venekeelset	21 teenistajat üle Eesti, sh 8 venekeelset	19 teenistajat üle Eesti	10 teenistajat üle Eesti, sh 3 venekeelset	18 teenistajat üle Eesti, sh 6 venekeelset	10 teenistajat üle Eesti, sh 3 venekeelset
SUUNAMISE KRITERIUMID	Sõltuvusainete kuritarvitajad, kelle sõltuvus põhjustab õigusvastast käitumist	Isikud, kellel on mitmesuguste sotsiaalsete probleemide lahendamise seotud probleemide ja kellele sobib individuaaltöö	Isikud, keda on karistatud joobes juhtimise eest (kuid ei ole diagnoositud alkoholisõltuvust) ja kellel on motivatsioon muuta oma liikluskäitumist	Isikud, kellel on raskusi viha ohjeldamisega ja oma tunnete valitsemisega.	Isikud, kellel on puudulikud suhtlemis- ja probleemide lahendusoskused, on impulsiivsed ja mõjutatavad, ei mõista oma tegude tagajärge teiste inimeste seisukohti	Keskmise või kõrgema retsidiivsusega vägivaldsed isikud, kes ei mõista oma tegevuse tagajärge, kellel on kuritegelikud hoiakud ja kes soovivad oma käitumist muuta
TEENUSESAAJATE ARV (keskmiselt aastas)	49, kellest 16 kriminaalhooldusel ja 33 vanglas	13, kellest 9 kriminaalhooldusel ja 4 vanglas	7, kõik kriminaalhooldusel	15, kõik kriminaalhooldusel	21, kellest 13 kriminaalhooldusel ja 8 vanglas	1, vanglas
MAKSUMUS (keskmine per inim.)	249 €	405 €	249 €	131 €	125 €	498 €

TEENUSE NIMI	EQUIP	Minu valik	MDFT	Uus suund	Koera kaasav teraapia	Muusikateraapia
KOMPONENDID	Grupikohtumised	Individaal- ja grupikohtumised	Individaal- ja perekohtumised	Individaalkohtumised	Individaalkohtumised	Individaalkohtumised
MAHT/KESTVUS	Grupid 20-30 kohtumist 1x nädalas 1h	16 kohtumist 1x nädalast või 2x kuus 1-2h	3-24 kuud vanglas 4-6 kuud krim.hooldusel 1x nädalas – 1x kvartalis (sõltub juhtumist)	16 kohtumist 1x nädalast või 2x kuus 1-1,5h	Kohtumiste arv vastavalt vajadusele 1x nädalas 1h	Kohtumiste arv vastavalt vajadusele 2x kuus (üle nädala) 1h
TEENUSE OSUTAJAD	16 teenistajat üle Eesti, sh 6 venekeelset	5 teenistajat Tartu ja Ida-Viru piirkonnas, sh 2 venekeelset	12 terapeuti üle Eesti, sh 4 venekeelset	5 teenistajat üle Eesti, sh 3 venekeelset	1 teenusepakkuja, ei ole vangla teenistuja	1 teenusepakkuja, ei ole vangla teenistuja
SUUNAMISE KRITERIUMID	Antisotsiaalselt käituvad isikud vanuses 14-21	Psüühika- ja käitumis-häiretega, tihti ka kerge vaimse alaarengu ja/või õpivilumuse häiretega isikud	Multiprobleemsed isikud vanuses 11-19, kellel on oht sattuda vanglasse või erikooli ja kelle vähemalt üks pereliige on valmis teraapias korrapäraselt osalema	Vähemalt 16-aastased isikud, kes on süüdi mõistetud seksuaalkuriteos	Käitumisprobleemidega noored	Käitumisprobleemidega noored
TEENUSESAAJATE ARV (keskmiselt aastas)	8, neist 4 kriminaalhooldusel ja 4 vanglas	6, kõik kriminaalhooldusel	20, neist 5 kriminaalhooldusel ja 15 vanglas	0, tervikprogrammina ei ole teenust osutatud	5, kõik vanglas	7, kõik vanglas
MAKSUMUS (keskmine per inim.)	208 €	598 €	598 € / 249 € (vangla / krim.hooldus)	299 €	25 € (1 kord, bruto)	486 € (5 seansi/päeva)

Residentaalne teenus 2: Maarjamaa Hariduskolleegium

Maarjamaa Hariduskolleegiumis (MHK) on 2018. aasta kevade seisuga koos mitme eri sihtgrupi noored. Esiteks need, kelle osas on tehtud kohtulahend ja kelle puhul esineb rikkumiskäitumine, mis avaldub näiteks süütegude toimepanemises, sotsiaalses toimetulematuses või koolikohustuse eiramises. Lisaks neile on MHKs ka lapsi, kes on kooli võetud vanema avalduse alusel ja koolis töötab ka erihoolekanderühm.

Kohtumääruse või -otsusega lapsed on valdavalt kooli jõudnud alaealiste komisjonide taotluste tulemusena, tulevikus peaks sellised lapsed jõudma erikooli samuti kohtu otsustuse tulemusena, kuid suunamise algatajaks peaks olema kohalik omavalitsus, vääртеo menetleja või prokuratuur. Koolis on tagatud õpilastele järgmised alateenused:

- » Elamine õpilaskordus
- » Individuaalsele toimetulekule vastav õppetöö ja kohandatud õpitingimused
- » Õppetöövälised kasvatusrühmad (2-8 õpilast, sõltuvalt toimetulekust ja sobivusest), kus õpilaste arengut ja igapäevast toimetulekut toetavad kasvatuspedagoogid (kasvataja, öö-/abikasvataja) ning koostöös teiste kooli spetsialistidega tagavad ka õpilaste turvalisuse. Rühma sotsiaalpedagoog juhib rühma tööd, sh jälgib rühma laste individuaalset arengut, teeb laste individuaaltööd ja koostööd pere ja võrgustikuga.
- » Võrgustikutöö kohaliku omavalitsuse ja perega (et varakult kavandada lapse väljumist teenuselt ja tagada, et muutused toimuksid teenusel oleku perioodil mitte ainult lapsel vaid ka keskkonnas, kuhu ta tagasi läheb).
- » Meditsiinilise õe ja psühhiaatri teenus
- » Eripedagoogi ja psühholoogi teenus
- » Loovteraapia, kunsti- ja tegevusteraapia
- » ART ja MDFT teenus

Uuringu raames intervjueritud spetsialistid selgitasid, et hetkel on koolis proaktiivset vägivalda kasutavaid lapsi hinnanguliselt 5. Erinevaid õigusrikkumisi toime pannud lapsi on küll märksa rohkem, aga nad ei kujuta teistele lastele ja personalile vahetut ohtu.

MHK töötajate sõnul on teenuse eesmärk toetada lapsi koolis olles viisil, et nende toimetulek koolist koju naastes paraneks. Peamiste valdkondadena toodi välja sotsiaalseid suhteid, haridust, õiguskuulekat käitumist ja emotsioonide kontrollimist. **Kuigi MHKs on arutatud erinevaid viise, kuidas teenust ja selle mõju hinnata, pole ühtki valikut selles osas tehtud ehk teenuse tulemuslikkust ei hinnata.**

Teenusele saamiseks peab kohalik omavalitsus näitama iga lapse puhul ära, milliseid tegevusi on varem tehtud ja kas need on ammendatud, lisaks on vaja kohtule esitada Sotsiaalkindlustusameti arvamuse lapse sobivuse osas teenusele. Süüteomenetluse tulemusena teenusele jõudvate laste puhul on enamasti kohtul kasutada kriminaalhooldaja kohtueelne ettekanne. Teenusepakkujate ise otseselt hindamisprotsessis ei osale, küll on aga teenusepakkujal võimalus konkreetse lapse puhul teenuse pakkumisest keelduda. Intervjuul osalejad tõid välja, et **olukorras, kus residentaalse teenuse pakkujaid on juurde tekkimas, pole selge, milline on erinevate pakkujate spetsiifika.**

Iga lapsega peaks teenusepakkujani jõudma ka info lapse olukorra kohta. Vestlustest spetsialistidega selgus, et **kuigi olemas on hästi koostatud ja põhjalike ülevaateid, on teenusepakkujate jaoks enamasti info lapse olukorra kohta puudulik.** Usuti, et alates 2018. aastast olukord paraneb tänu uuele süsteemile. Koostöö osas teiste asutustega toodi peamiselt välja koostööd lastekaitse ja vanematega, kellelt eeldatakse suuremat koostööd ja vastutuse võtmist.

Uuringu raames intervjueeritud spetsialistide hinnangul **peaks ka lapse residentaalsel teenusel viibimise ajal olema tema juhtumikorraldajaks lastekaitsetöötaja** – teenusesisene juhtumikorraldaja (enamasti sotsiaalpedagoog) peaks vastutama ennekõike asutuse siseste tegevuste eest.

Teenust puudutavate **probleemidena toodi välja püsiva ja kvalifitseeritud personali puudust** ning seda eelkõige nende laste puhul, kelle käitumine on kõige väljakutsuvam. Sellised juhtumid nõuavad palju ressursi, kohati üks-ühele lähenemist nii elukorralduses kui ka õppes, samas pole töö selliste kõrge riski ja abivajadusega noortega kuidagi kõrgemini tasustatud, vaid tuleb teha ära ülejäänud ülesannete arvelt.

Juhtumianalüüsi kaasatud **noored tõid ka ise teenuse nõrkusena välja sagedased muutused personalis**, eriti juhul, kui töölt lahkub keegi, kellega noor on saanud hea kontakti. Sageli on neil keeruline leida endale spetsialistide seas usaldusisikut ja kui see leitakse, siis on selle inimese kaotamine ka lapse jaoks negatiivne kogemus, mis võib võimendada käitumisprobleeme.

Oluline on mainida ka mitmete analüüsi kaasatud **juhtumite negatiivseid kogemusi asutuste psühholoogidega**, kes oma töö iseärasusest peaksid olema võimelised adekvaatset abi pakkuma. Sageli aga leiti usaldusisikud sotsiaalpedagoogide seast.

Residentaalsete teenuste spetsialistid olid arvamusel, et **erakordselt tõsiste käitumisprobleemidega noored vajaks individuaalsemat ja spetsiifilist teenust eraldiseisvas grupikodus**, kus on piisavalt hea väljaõppega personali ja just selliste noortega töötamiseks kohandatud olud. See leidis kinnitust ka juhtumite analüüsi käigus, kui raskemate juhtumite puhul tõdesid asjaosalised, et lapsega ei osatud piisavalt hästi toime tulla. Eelõige ei tulnud

toime lapse psüühiliste erivajaduste ning teiste ja iseenda vastu suunatud vägivallega (sh õpetajate ründamine, enese lõikumine, suitsiidikatsed). Teisalt tõid spetsialistid välja ka seda, et **teenusele jõuab ka lapsi, kelle puhul residentaalne teenus pole tingimata vajalik**. Selle põhjusena nähti ebapiisavalt tööd perede toetamisel.

Residentaalseid teenuseid puudutavad järeldused

1. Märkimisväärse osa laste ja noorte residentaalsetele teenustele (sh vanglasse) jõudmist aitaks ennetada ja vältida pereteenuste ja -toe parandamine ning psühhiaatrilise abi varasem jõudmine nooreni.
2. Kinnisesse asutusse määramise eel tuleks iga lapse sobivust konkreetsele teenusele hinnata selleks ette nähtud standardiseeritud ja valideeritud hindamisvahendiga, mis võtab arvesse iga lapse individuaalseid riskide ja vajadusi.
3. Mõõduka vaimse alaarenguga ja instrumentaalset vägivalda kasutavad lapsed vajaks tänaste teenuste asemel eraldiseisvat ja märksa suuremat ressursikulu võimaldavat teenust.
4. Residentaalsetele teenustele ei ole Eestis seatud eesmärgid ja nende tulemuslikkust ei hinnata. Samuti puudub nii kvaliteedi kui ka tulemuslikkuse hindamine juhtumikorralduse, programmide ja nõustamisteenuste osas, mida laste kinnised asutused ja vangla pakuvad.
5. Sihtrühmas on olemas selge vajadus residentaalsete teenuste järele.
6. Kogutud info põhjal võib eeldada, et riik kulutab kõige kallimatele sekkumistele küll palju raha, aga ei sea teenustele ootusi ega huvitu nende mõjust.

TABEL 3. Kinnise lasteasutuse teenuse kirjeldus

TEENUSE NIMI	Kinnise lasteasutuse teenus
KOMPONENDID	<ul style="list-style-type: none"> » Ööpäevaringse toe ja järelevalve teenus » Majutus- ja toitlustusteenus » Lapse vajadustest lähtuvate tegevuste läbiviimine lapse arengu- ja käitumisprobleemide tuvastamiseks ja lahendamiseks » Lapse vaba aja sisustamiseks arendavate tegevuste pakkumine » Lapse, lapsevanema ja teiste lapsele oluliste isikute vaheliste suhete igakülgne toetamine » Lastele vanuses kuni 17 (ka) aastat
MAHT/ KESTVUS	Ööpäevaringne teenus, kuni 1 aasta (võimalik pikendada vaid kohtu kaudu)
TEENUSE OSUTAJAD	AS Hoolekandeteenused, Maarjamaa Hariduskolleegium (ja OÜ Corrigo). Otsitakse täiendavaid teenusepakkujaid.
SUUNAMISE KRITERIUMID	<ul style="list-style-type: none"> » Lapsele on KOV koostanud juhtumiplaani, mis sisaldab tegevuskava ja informatsiooni vajalike abimeetmete kohta. » KOV abimeetmed ei ole olnud tulemuslikud lapse käitumise muutmisel või ei saa neid rakendada lapse eripära tõttu » KOV ja SKA on hinnanud, et lapse käitumine kujutab tõsist ohtu temale endale või teistele ja ei ole võimalik rakendada muid, vähem piiravaid abimeetmeid » KOV on teinud kohtule avalduse lapse teenusele suunamiseks » Kohus on kuriteo või väärteo toime pannud lapsele kohaldanud mõjutusvahendina teenusele suunamist » Teenusele suunamise otsuse on teinud kohus
TEENUSESAAJATE ARV	118 kohta (AS Hoolekandeteenustel 6, OÜ Corrigo 12 ¹ , Maarjamaa Hariduskolleegiumil 100).
TEENUSE MAKSUMUS	Kogu teenuse 2018. aastaelarve 1 005 000 € (teenuse koha maksumus 75€/ööpäevas) + Maarjamaa Hariduskolleegiumi rahastab HTM.

¹ Seisuga juuni lõpp 2018 on lõpetatud leping Sotsiaalkindlustusameti ja OÜ Coggigo vahel antud teenuse osutamiseks.

2.2. Kogukondlikud teenused

Kogukondlike teenustena on käsitletavat:

- » **kriminaalhooldus**
- » **sotsiaalne rehabilitatsioon**
- » **mitmedimensiooniline pereteraapia (MDFT)**

Kogukondlikele teenustele saamise viisid on kõigi pakkujate puhul erinevad. Kui kriminaalhooldus võtab vastu kõik suunatud, siis MDFT juhtumite suunamisele eelneb konsultatsioon teenuse pakkujaga ja jälgitakse, millistel juhtumitel esineb välistavaid tingimusi. Sotsiaalse rehabilitatsiooni puhul võetakse vastu samuti kõik, kuid teenusepakkuja hindamise tulemusena saab varieerida teenuse sisu.

Eestis ei hinnata süstemaatiliselt käitumisprobleemidega alaealistele suunatud kogukondlike teenuse läbiviimise kvaliteeti ega tulemuslikkust. Kriminaalhoolduse puhul toimub hindamine eelkõige järelevalve raames – uuritakse, kas ettenähtud tegevused on tehtud, aga mitte tegevuste kvaliteeti ja mõju. MDFT puhul toimub mõningane kvaliteedi hindamine läbi supervisiooni ja üksikutel juhtumitel põhinevate konsultatsioonide programmi omanikega.

Kui MDFT viiakse suurel määral ellu lapse kodus, siis kriminaalhoolduse raames on kodukülastused peamiselt kasutusel kontrollimeetmena ja sotsiaalse rehabilitatsiooni puhul kasutatakse neid harva, kuna teenuse hinnastamine seda ei soosi. Kui MDFT on perepõhise fookusega, siis sotsiaalse rehabilitatsiooni ja kriminaalhoolduse puhul on peretöö üks mitmest meetodist, mida rehabiliteerimiseks kasutatakse. Kriminaalhoolduses tehakse peretööd tehakse kõigi alaealiste puhul, kuid intensiivsus varieerub vastavalt juhtumile ja on sageli vanemate passiivsuse tõttu raskendatud. Kindlasti on aga vajadus kõrgema intensiivsusega peretööks, mis moodustaks kesksema osa alaealise kriminaalhooldusest.

Kui kriminaalhooldusega käivad kaasas ka järelevalvekohustused (nt alkoholi tarvitamise keeld), siis MDFT ja sotsiaalse rehabilitatsiooni puhul neid ei ole. Psühhiaatrilist abi hõlmab ainsana sotsiaalne rehabilitatsioon, kuigi vajadus selle järgi on kõigi teenuste puhul.

Kui kriminaalhooldus ja MDFT on küllaltki struktureeritud, siis sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse sisu ja korraldus võivad sama lapse puhul erinevate teenusepakkujate puhul märkimisväärselt erineda.

Kui MDFT ja kriminaalhooldus on kättesaadavad üle Eesti, siis sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus sihtgrupi lastele ei ole kättesaadav 6 maakonnas.

Kõik teenusepakkujad eeldavad lastekaitselt aktiivsemat juhtumikorraldust ja rolli teenuse elluviimisel.

MDFT puhul on probleemiks mitmekuulised järjekorrad, mis tähendab, et teenuse kättesaadavus pole piisav, mistõttu võib sekkumise puudumine tuua kaasa riskikäitumise jätkumise või süvenemise.

Teenusepakkujad töid intervjuudes välja **teenuste integreerimise vajaduse**. Täna juba on praktikat, kus on kombineeritud kriminaalhooldus ja MDFT, aga ettepanek tehti ka MDFT järel sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse pakkumiseks.

Kogukondlike teenuseid puudutavad järeldused

1. Kõik teenusepakkujad tähtsustavad antud sihtgrupi puhul perepõhist lähenemist kui kõige tõhusamat tööviisi. Reaalselt suudavad seda pakkuda intensiivses vormis MDFT ja osana teenusest sotsiaalne rehabilitatsioon.

2. Nii kriminaalhoolduse kui ka MDFT puhul tuntakse puudust psühhiaatriateenuse integreeritusest. Samas sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse puhul pole kohati piisavaid meetmeid perede kaasamiseks ja motiveerimiseks.
3. Selleks, et tõhustada kogukondlike sekkumisvõimaluste pakkumist tuleks kaaluda alaealiste kriminaalhoolduses perepõhise juhtumikorralduse rakendamist. Samuti tuleks suurendada MDFT kättesaadavust, tagades kõrgema riski ja vajadusega juhtumite puhul kiirema teenuse alguse. Teenuste tõhusust aitaks tõsta ka teenuste sagedasem omavaheline kombineerimine ning sellisel juhul ka partneritevahelise võrgustikutöö toetamine.
4. Selleks, et teenuste mõju ja kvaliteeti parandada, tuleks tagada valideeritud hindamise kasutuselevõtt teenusele suunamisel ning hinnata süstemaatiliselt teenuste terviklikku mõju ja elluviimise kvaliteeti.

TABEL 4. Kogukondlike teenuste võrdlus (* tõsiste käitumisprobleemidega laste sihtgruppis)

	Kriminaalhooldus	Sotsiaalne rehabilitatsioon	Mitmedimensiooniline pereteraapia (MDFT)
TEENUSELE SUUNAJA	Prokuratuur / kohus	Lastekaitse	Prokuratuur / kohus Lastekaitse (alla 14-a puhul) Politsei
SOBIVUSE HINDAMINE	Osaliselt kriminaalhooldus	Lastekaitse	Osaliselt kriminaalhooldus, konsulteerimine teenusepakkujaga
SAAJATE ARV OSUTAJA KOHTA* (aastas)	Ca 20	Ca 40 (Papaveri keskuse näitel)	Kuni 10
KESTVUS	Enamasti 1-2 aastat, max 5 aastat	Enamasti 1 aasta, max 2 aastat	Enamasti 6 kuud
INTENSIIVSUS	1-4 x kuus	2-3 x kuus	4-12 x kuus
MAKSUMUS (per laps / aastas)	N/A	Keskmine 1 046 €, max 1 395€	~ 3500 €
TEENUSTE KOGUKULU RIIGIEELARVEST (aastas)	N/A	N/A	430 000 € (2018)

TABEL 5. Kogukonnas pakutavad teenused

TEENUSE NIMI	Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus (SRT)	Mitmedimensiooniline pereteraapia (MDFT)
KOMPONENDID	<ul style="list-style-type: none"> » Rehabilitatsiooni vajaduse ja tulemuste hindamine, rehabilitatsiooniplaani koostamine, juhendamine ja võrgustikutöö » Sotsiaaltöötaja, psühholoogi ja kogemusnõustaja teenus » tegevus- ja loovterapeudi teenus » füsioterapeudi, õe ja arsti teenus » eripedagoogi ja logopeedi teenus <p>Kõikide spetsialistide teenuseid (v.a arsti teenus) osutatakse individuaalselt, perele ja grupile</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Kohtumised ja telefonikontakt noore ja lapsevanema / perekonnaga » Kohtumised ja telefonikontakt kooli ja teiste pereväliste oluliste isikutega » Individuaalsed sessioonid noorega » Individuaalsed sessioonid lapsevanemaga » Grupisessioonid noore ja lapsevanemaga / perega
MAHT/KESTVUS	Kuni 2 aastat, vastavalt individuaalsele rehabilitatsiooniplaanile	Kestvus 4-6 kuud, kohtumiste intensiivsus varieerub, enamasti vähemalt 1x nädalas
TEENUSE OSUTAJAD	Teenuse osutamise tegevusluba omavad ettevõtjad üle Eesti. Hetkel leping 33 teenuseosutajaga. Teenuse osutaja puudub Hiiu-, Jõgeva-, Järva-, Lääne, Põlva-, Viljandi ja Võrumaal.	Meeskonnad 4 piirkonnas (põhja, lõuna, lääne ja ida) ja kokku 13 terapeuti. Täiendavalt on 2 terapeuti Maarjamaa Hariduskolleegiumis ja 4 terapeuti Viru Vanglas.
SUUNAMISE KRITERIUMID	Kuni 31.12.2017 suunas alaealiste komisjon, alates 1.01.2018 annab SRT vajaduse hinnangu kohalik omavalitsus.	<ul style="list-style-type: none"> » Laps on vanuses 11-18 » Laps ja vähemalt üks täisealine pereliige on nõus teraapias osalema » Lapsele on varasemalt osutatud teisi teenuseid (nt psühholoogiline või pere-nõustamine, tugiisikuteenus, sõltuvusravi jms) » Laps on multi-probleemne (toime pannud kuri- või väärteo või tal on vähemalt 2 probleemi järgnevast loetelust: a) uimastite kuritarvitamine; b) käitumishäired; c) kooliprobleemid; d) pereprobleemid; e) vaimse tervise probleemid; f) kõrge riskiga seksuaalkäitumine; g) uimasteid kuritarvitavad vanemad.
TEENUSESAAJATE ARV	Ca 200 aastas (kuni 31.12.2017)	124 uut juhtumit aastas (SKA piirkondlikel meeskondadel, 2017)
MAKSUMUS (keskmine per inim.)	1395 € / 1046 € (maksimaalne / keskmine maksumus kalendriaastas, millele lisandub vajadusel sõidukulu hüvitis kuni 41,55 €, majutuse hüvitis lapsele kuni 119,85 € ja alla 16-aastase lapse saatjale kuni 91,09 €)	~3500 €

3. Juhtumite analüüs

Käesoleva uuringu juhtumianalüüs hõlmab 8 tõsiste käitumisprobleemidega noore teenuste kasutamise lugu, mille kirjeldamisel on aluseks võetud:

- » Intervjuu noore endaga
- » Intervjuu lapsevanemaga
- » Vestlused noorega töötanud spetsialistidega
- » Registriandmed Haigekassast
- » Registriandmed Eesti Hariduse Infosüsteemist (EHIS)
- » Registriandmed Sotsiaalkindlustusametist (SKAIS)
- » Registriandmed E-toimikust (Justiitsministeerium)

Juhtumite valikul võeti aluseks Terrie Moffitti püsiva antisotsiaalse käitumise taksonoomia, millest lähtudes eelistati uuringusse kaasamisel neid juhtumeid, mis vastasid mitmetele taksonoomia tunnustele (eelkõige korduva ja vanuse kasvades eskaleeruva iseloomuga tõsised õigusrikkumised).

Samuti lähtuti sellest, et juhtumeid oleks erinevaist Eesti piirkondadest ja nii eesti- kui venekeelseid. Uuringusse õnnestus kaasata kokku 8 juhtumit, kelle seas on 4 eesti- ja 4 venekeelset noort ning 3 tüdrukut ja 5 poissi, vanuses 16-19. Juhtumite täpsemad valikukriteeriumid ja -protsess on kirjeldatud uuringu metoodika peatükis.

Kõigi juhtumite teenusekasutuse andmetest ja kogemustest on antud detailne ülevaade lehekülgedel 29-38. Järgnevalt on aga kirjeldatud peamisi iseloomulikke teenusekasutuse mustreid, mis juhtumite analüüsimisel ilmnesisid.

3.1. Juhtumitele iseloomulikud tunnused

Tunnus 1: Noorte kasutavad nii haridus-, tervise-, sotsiaal- ja õiguskaitstesüsteemi teenuseid

Juhtumite analüüsist ilmnnes, et **pea kõik juhtumid on oma teenuste teekonnal käinud läbi neljast süsteemist** (haridus-, tervise-, sotsiaal- ja õiguskaitstesüsteem), mille erinevaid teenuseid on saanud nii lapsed kui nende vanemad. Sobivaks näiteks on vägivaldse käitumisega laps, kes oma käitumisprobleemide tõttu saab nii hariduslike tugiteenuseid koolis, psühhiaatrilist abi tervishoiust, kui ka õigus- ja sotsiaalsüsteemi teenused (nt erikool või kriminaalhooldus).

Teenusekasutuse ajalisest järjekorrast ilmnevad ka eri süsteemide teenuste omavahelised seosed ehk ühe teenuste süsteemi puudujäägid (nt hariduslike erivajaduste puhul ei ole tagatud sobivaid tugiteenuseid) viivad teise teenuseni (nt tugiteenuste puudumine viib koolis puudumiseni ja alaealiste komisjoni).

Selline teenuste riskasutus on sedavõrd keerukate probleemidega noorte puhul paratamatu, kuna nende vajadused varieeruvad ja erineval ajahetkel võib sobiv teenus leiduda just ühest või teisest süsteemist. Küll aga **tõstatub küsimus juhtumikorraldusest** – kes on see inimene, kes on võimeline ja valmis jälgima seda, et iga tõsise käitumisprobleemiga noore teenustekasutus on võimalikult optimaalne ja mõjus ning sobiv just selle noore vajadustele. Analüüsitud juhtumid kirjeldavad eri variatsioone juhtumikorraldusest – osade puhul on juhtimise ülesannet täitnud lapsevanem, osade puhul lastekaitsetöötaja, osadel MDFT terapeut. Selget mustrit aga ei juonistu ja pigem näib juhtumikorraldus olevat juhuslikku laadi.

Tunnus 2: Esimesed ilmingud tõsistest käitumisprobleemidest on nähtavad koolis ja tervishoius

Analüüsidest juhtumite teenusekasutuse teekonda, siis nähtub, et käitumisprobleemide ilmingud registreeritakse süsteemis kõige varem koolis ja sealt edasi tervishoius. **Enamasti saavad lapsed oma esimesed psüühikahäire diagnoosid algkoolis.** Seega esimesed teenused, millele tõsiste käitumisprobleemidega lapsed kõigepealt satuvad on hariduslikud tugiteenused ja psühhiaatriline või psühholoogiline abi. Nende teenuste kättesaadavusest ja kvaliteedist sõltub olulisel määral, milline on lapse edasine teenuste teekond.

Seega, kui koolis suudetakse tagada toetav õpikeskkond psüühikahäirega lapsele ja sellele lisaks on olemas ka adekvaatne psühhiaatriline abi (nii medikamentoosne kui terapeutiline), siis on suurem tõenäosus hoida ära käitumisprobleemide eskaleerumine tõsiste õigusrikkumisteni.

Tunnus 3: Tõsiste käitumisprobleemidega käivad pea alati kaasas lapsega psüühikahäired

Analüüsi kaasatud juhtumite seas ei olnud ühtegi juhtumit, kus lapsel puuduks psüühikahäire, sh oli vaid üks juhtum, kus lapsel ei olnud aktiivsuse- ja tähelepanuhäire diagnoosi. Kolme juhtumi puhul oli lapsele määratud ka psüühikahäirest tingitud raske puue. **Keskmine erinevate psüühikahäire diagnooside arv oli juhtumitel 4**, sh kahel juhtumil enam kui 6 diagnoosi. Seega on tegu psühhiaatrilise liitdiagnoosiga noortega, kelle psüühilised erivajadused on äärmiselt kompleksed. Lisaks on paljudel ka alkoholi- või narkosõltuvuse probleemid, mis lisavad kompleksust veelgi.

Enamike juhtumite puhul oli psüühikahäiretest tingitud tervishoiuteenuste kasutus sage ja mahukas, sisaldades nii korduvaid psühhiaatri, psühholoogi kui vaimse tervise õe visiite kui ka korduvaid pikaajalisi psühhiaatriaiglas viibimisi, sh sõltuvusravi. Tõsised alkoholimürgistused,

eneselõikumised ja suitsiidikatsed on peamisteks põhjusteks, millega need noored erakorralise meditsiini vaatevälja satuvad.

Eraldi tasub välja tuua ka lastepsühhiaatrite ebaühtlase jaotumise üle Eesti, mis tingib olukorra, kus oma maakonnas ei pruugi lastepsühhiaatri visiidile pääseda. Teises maakonnas visiidil käimine aga tähendab pere jaoks lisakulu, mida alati ei ole kõigil peredel võimalik lubada.

Teenuste seisukohast on psüühikahäiretel kriitiline roll, kuna nendest tingituna on paljud distsiplineerimisele keskendunud teenused ebaefektiivsed. Seda eelkõige seetõttu, et nimetatud teenused ei võta arvesse diagnoosidest tingitud erivajadusi ja teenuseosutajad ei oma piisavalt kompetentse töötamaks noortega, kellel on sedavõrd rasked diagnoosid – puudujääki kompetentsides tunnetavad nii spetsialistid ise, kui ka lapsed ja nende vanemad. Analüüsitud juhtumite seas oli kõige enam positiivseid kogemusi Maarjamaa Hariduskolleeiumiga, mille osas olid lapsed kogenud adekvaatse abi saamist.

Tunnus 4: Eesti- ja venekeelsete noorte teenusekasutuses on erinevusi

Juhtumite analüüsimisel ilmnes, et **sagedamini on hariduslikud tugiteenused ja sotsiaalkaitse teenused jäänud osutamata eelkõige venekeelsetele noortele.** Kuna tegu on registriandmetega, siis ei ole üheselt võimalik kindlaks teha, kas teenuste info jäeti registrisse kandmata või jäi teenus osutamata. Samuti ilmneb venekeelsete juhtumite puhul enam alaealiste komisjoni fokuseeritud rangemale karistustele. **Keelebarjääri tõttu on noorte endi sõnul neil suhtlemine raskendatud eelkõige õiguskaitse süsteemis** – vanglas ja kriminaalhooldusel. Markantseks näiteks on ühe intervjuueeritud venekeelse noore kirjeldatud juhtum, kus talle määrati eestikeelne kriminaalhooldaja olukorras, kus mõlemad olid valmis suhtlema vaid oma emakeeles.

Tunnus 5: Kattuvusi võib täheldada vaid psühholoogilise nõustamise teenustes

Vähesele kattuvusele viitavad juhtumite teenusekasutuse andmed, millest ilmneb, et erinevad süsteemid pakuvad piisavalt spetsiifilisi teenuseid, mis otseselt üksteist ei dubleeri. **Ainsana joonistuvad välja erinevad psühholoogilise nõustamise teenused. Osalisi kattuvusi on ka logopeediliste teenustega, mida osutatakse nii haridussüsteemis kui ka sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse raames.**

Psühholoogilise nõustamise puhul on tegu teenu-sega, mis osutatakse eri variatsioonides nii haridus-, tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemis. Analüüsitud juhtumite seas oli nii individuaalse kui perenõustamise teenuse osutamist erinevates süsteemides, sh varieerusid teenuse mahud päris laial skaalal. Kuna Eestis ei ole seatud riiklikke nõudeid psühholoogilise nõustaja kvalifikatsioonile (v.a. kliiniline psühholoog), siis loob see olukorra, kus psühholoogilise nõustamise kvaliteet võib eri süsteemides varieeruda. Ka intervjuueeritud noored ja nende vanemad kirjeldasid vägagi erinevaid kogemusi nõustajatega. Vanemate abi saamise ootused olid sageli suuremad kui tegelik saadud abi, mis tekitas neis pettumust ja lootusetust. Ka noorte seas oli psühholoogidega enam negatiivseid kui positiivseid kogemusi.

Tunnus 6: Teenustele suunamine ei lähtu niivõrd lapse vajadusest kui võrd teenuse kättesaadavusest

Sageli olid nii spetsialistid kui lapsevanemad kogenud olukorda, kus lapse käitumisprobleemidele reageerimiseks ei osanud nad leida Eestis sobivat teenust – teenust kas üldse Eestis ei ole või ei ole seal kohti või ei ole see teenus lapse eripäradele sobiv. Selle tulemusena suunati sageli laps teenusele, mis lihtsalt oli parasjagu olemas ja loodeti, et ehk sobib.

Pea kõiki analüüsitud juhtumeid iseloomustas pidev liikumine (“solgutamine”) teenuselt teenu-sele, mille põhjuseks oli teenuse sobimatus. Selle-ga koos muutusid käitumisprobleemid aina tõsise-

maks, mis viitab, et teenustel ei olnud lapsele olulist positiivset mõju. Eraldi saab siinkohal välja tuua Maarjamaa Hariduskolleegiumi ja Tallinna Laste Turvakodu, kus analüüsi hõlmatud juhtumite puhul sai täheldada lapsele olulist positiivset mõju.

Eelnev tõstatab küsimuse sellest, **kas mitmete teenuste tõsiseid käitumisprobleeme võimendav mõju on märk teenuste tõsisest kvaliteedi-probleemist või sellest, et noored suunati nende jaoks täiesti sobimatutele teenustele, kus positiivset mõju ei olegi realistlik oodata.** Ühest vastust sellele küsimusele anda on keeruline, sest puuduvad andmed, mis võimaldaks võrrelda konkreetse noore vajadusi iga talle osutatud teenuse iseloomuga.

Tunnus 7: Vanglal on pigem käitumisprobleeme võimendav kui vähendav mõju

Analüüsitud juhtumitest oli viiel juhul tegu noortega, kes viibivad praegu või on varem viibinud vanglas. Nende kogemuste kirjeldamisel ilmes, et olenemata vangistuse pikkusest, on nende õigusrikkumised jätkunud ka peale vanglast vabanemist, sh kriminaalhooldusel olles. Mitme noore puhul sai täheldada otseseid negatiivseid mõjusid nagu **narkootikumide tarvitamisega alustamine, uute korrarikujatest tuttavate leidmine, kriminaalse mõttelaadi süvenemine ja vangla kõnepruugi omandamine.**

Tunnus 8: Residentaalsed teenused on lastele igavad

Noortega tehtud intervjuudes kordus läbivalt sõna “igav”, kui neil paluti kirjeldada oma kogemusi vanglas ja erikoolis. Noored kogesid, et neile on neis asutustes viibides võimaldatud väga vähe võimalusi oma aega sisukalt veeta, sh sporti teha, tegeleda huvitegevusega, teha füüsilist tööd vms.

Kõige enam tuntigi puudust kehaliselt aktiivsest tegevusest, nii poiste kui tüdrukute seas, mis võib olla ka seotud nende aktiivsus- ja tähelepanuhäirega, mistõttu on neil keeruline keskenduda

passiivsematele ja keskendumist nõudvatele tegevustele. Oma aega sisustati sageli teleka vaatamisega, raamatute lugemisega ja “niisama igavlemisega”, mistõttu nimetasid mitmed noored vanglat või erikooli “nagu suvelaager”.

Oluline on märkida, et **pea kõik residentaalsel teenusel olnud lapsed hindasid kõrgelt nende vabadusele seatud piiranguid**, sest need on aidanud neil loobuda halbadest harjumustest (suitsetamine, alkoholi tarvitamine). Nii tõdesid mitmed noored, et vajavad rangemaid käitumispiiranguid, et oma käitumist parandada.

Tunnus 9: Puudu on haridust pakkuva residentaalse raviastutuse teenusest

Analüüsitud juhtumitest ilmneb, et sageli olid spetsialistid ja perekonnad olukorras, kus neil tuli tõdeda, et **täna ei ole Eestis nende lapse jaoks sobivat teenust, eelkõige tingituna lapse psüühilistest erivajadustest**. Sellise tõdemuseni jõuti pea kõigi juhtumite puhul ühel või teisel hetkel – nii algkooliealisena kui teismelise või peagi täisealiseks saavana.

Selles olukorras oleks need lapsed vajanud **kolme-komponendilist residentaalset teenust (nn ravidokodu teenus)**, mis hõlmab kolme tüüpi teenuseid:

1. psühhiaatriline ravi (ehk tervishoiuteenus),
2. õpingute jätkamine (ehk haridusteenus)
3. sotsiaalsete toimetulekuoskuste arendamine (ehk sotsiaalteenus).

Juhtumites ilmnes, et lapsed ise hindasid paremaks oma kogemusi residentaalsete teenustega, mis piirasid nende liikumis- ja tegevusvabadust. Mitmed neist tõid välja, et seatud ranged piirangud aitasid neil oma käitumisprobleeme paremini kontrolli alla saada. Seega tasub kaaluda, et nn grupikodu puhul **võiks olla tegu kinnise asutusega**.

Samuti tuleb selle teenuse puhul arvestada **kõrgete nõudmistega sealtöötavate spetsialistide spetsiifilistele kompetentsidele**, mis võimaldavad neil töötada sedavõrd keeruka ja multiprobleemse sihtrühmaga.

Tunnus 10: Puudu on residentaalsetest teenustest täisealiseks saanud noortele

Juhtumite analüüsimisel olid eelkõige fookuses seni kasutatud teenuste teekond, kuid **intervjuudes tõstatas ka nende noorte edasine teenuste teekond, kui nad saavad täisealiseks**. Mitmete puhul ei olnud nende koju naasemine võimalik, nende iseseisva elu oskused puudulikud ja täiskasvanutele pakutavate teenuste seas ei leidu neile sobivat teenust. Nii näiteks oli mitme juhtum puhul jõutud olukorda, kus erikoolis on noore olukord paranenud, ta on jõudnud põhikooli lõpetamiseni ja soovib jätkata õpinguid keskkoolis, kuid see ei ole võimalik, sest täisealiseks saanuna peab ta erikoolist lahkuma. Intervjueeritud spetsialistide hinnangul on **neil noortel sageli kaks varianti – nad naasevad õigusrikkumiste juurde ja jõuavad vanglasse või suunatakse nad hooldushaiglasse** ehk teenusele, mis ei ole neile sobiv, kuid alternatiivid puuduvad. On selge, et mõlemad väljavaated on nii lapse enda kui ka ühiskonna vaatest soovimatud tulemused tõsiste käitumisprobleemidega laste teenustele.

3.2. Juhtumite kirjeldused

JUHTUM 1. POISS / 16-AASTANE / EESTI KEEL

HARIDUSTEE	PSÜHHIAATRILISED DIAGNOOSID JA ARSTIABI	
<p>Hariduslikud erivajadused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kirjutamis-, lugemis- ja/või arvutusraskus; häälikuseade (1.klass) - Õpiraskus (1.klass) - Kerge intellektipuue (2.-9.klass) - Käitumisprobleemid (7.-9.klass) - Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (8.klass) - Kasvatusraskus (9.klass) <p>Tugiteenused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lihtsustatud õppekava (1.-9.klass) - Logopeediline abi (1.klass) - Logopeediline õpiabirühm (2.-6.klass) - Tugiisik (9.klass) <p>Koolivahetus: 6.klass ja 9.klass</p> <p>Klassi kordamine: ei ole</p> <p>Hariduse omandamine: 9.kl lõpetamisel</p>	<p>8-aastane (2.klass)</p> <p>D1. Kerge vaimne alaareng</p> <p>D2. Hüperkineetilised häired</p> <p>D3. Raske vaimupuue</p> <p>10-aastane (4.klass)</p> <p>D4. Aktiivsus- ja tähelepanuhäire</p> <p>11-aastane (5.klass)</p> <p>D5. Oluline käitumishäire</p> <p>Erikoolis on alustanud enda lõikumist.</p> <p>Käitumisprobleemide ilmingud: koolist puudumised, ärritumine ja agressiivne käitumine koolis</p>	<p>8-aastane: 2x psühhiaater</p> <p>10-aastane: 10x psühhiaater</p> <p>11-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5x psühhiaater - 1x psühhiaatriline haiglaravi (10 päeva) <p>12-aastane: 1x psühhiaater</p> <p>13-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6x psühhiaater - 2x psühhiaatriline haiglaravi (5, 14 p) - 1x erakorraline abi (äge intoksikatsioon) <p>14-aastane: 8x psühhiaater</p> <p>15-aastane: 9x psühhiaater</p> <p>Perioodi 2010-2017 Haigekassa kulud kokku ~7100 EUR, sh psühhiaatriline abi ~6000 EUR (84%)</p>
SOTSIAALTUGI	ÕIGUSRIKKUMISED	
<p>Puude määramisega koostatud rehabilitatsiooniplaan, mille kohaselt saanud 9-10-aastasena jägmiseid teenuseid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10x füsioteraapia teenus (2 aastal) - 6x tegevus- ja loovteraapia teenus (2 aastal) - 6x logopeedi pereteenus (2 aastal) - 4x psühholoogi individuaalteenus (2 aastal) - 1x psühholoogi pereteenus (1 aastal) <p>Alates 11. eluaastast ei ole rehabilitatsiooniplaani teenuseid osutatud (va plaani hindamine ja juhendamine).</p> <p>Pere sõnul käis 12-13-aastasena psühholoogi ja sotsiaalpedagoogi regulaarsetel vastuvõttudel.</p> <p>Pere sõnul on 13-16-aastasena saanud KOV tugiisiku teenust, millega pere on väga rahul.</p>	<p>10-11-aastane: 2x väärtegu > alaealiste komisjon > psühholoog</p> <p>12-aastane: 1x väärtegu > alaealiste komisjon > psühholoog</p> <p>13-aastane: 1x väärtegu > alaealiste komisjon > psühhiaater</p> <p>14-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1x kuritegu > alaealiste komisjon > hoiatus - 1x väärtegu > alaealiste komisjon > hoiatus <p>15-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1x väärtegu > alaealiste komisjon > Erikool (1,5a) - 2x grupis peksmine > kohus > kriminaalhooldus (10 kuud), sh alalise elukoha nõue ja vaba liikumise piirangud. <p>16-aastane: Sõiduki ärandamine grupis ja liiklusõnnetuse põhjustamine > kohus > 4 kuud tingimisi vangigstust + katseag 1 aasta, sh kriminaalhooldus + alalise elukoha nõue (erikool), vaba liikumise piirangud ja koolikohustuse nõue.</p>	
POSITIIVSED KOGEMUSED TEENUSTEGA	PUUDUJÄÄGID TEENUSTES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Esimeses erikoolis (1-5 klass) oli vanemal kooliga väga hea suhe - sai kaasa rääkida ja koolis tuldi lapse erivajadustega hästi toime. Järgnevate koolidega lapsel ja vanemal häid kogemusi ei olnud. 2. Prokuratuuri ja kohtuga perel hea kogemus, sest oldi mõistvamad ja toetavamad kui politsei ja alaeal. komisjon. 3. Lapsevanem on saanud ka KOV-ist igakülgset tuge lapsega toimetulekul, eelkõige tugiisiku teenus. 4. Vaatamata keerukatele probleemidele on laps jõudnud omandada hariduse - lastekaitse hinnangul on selle taganud erikoolis pakutud õppetingsused. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vajab korda ja rutiini, mida asutused ei ole olnud võimelised pakkuma. 2. Vajab kinnist lihtsustatud õppekavaga kooli, mis täidab eelkõige ravi ja rehabilitatsiooni eesmärki, mitte õigusrikkumiste eest karistamise eesmärki. 3. Vaatamata vanemlike oskuste arendamise teenustele ei ole vanemal lapsega toimetulekuks piisavalt oskusi. 4. Erikoolis sagedased peksmised õpilastel omavahel. 	

JUHTUM 2. TÜDRUK / 17-AASTANE / EESTI KEEL

HARIDUSTEE	PSÜHHIAATRILISED DIAGNOOSID JA ARSTIABI
<p>Hariduslikud erivajadused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kasvatusraskus (2.-4.klass, 7.-8.klass) - Psüühiline erivajadus (5.-6.klass) - Ajutine õpiraskus (6. ja 8.klass) - Käitumisprobleemid (6.-8.klass) - Tundeelu- ja käitumishäired (6.klass) - Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (7.klass) - Raske, krooniline või püsiv psüühikahäire (7.-8.klass) <p>Tugiteenused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Õpiabirühm ajutiste õpiraskustega õpilastele (5.-6.klass) - Individuaalne õppekava (6. ja 8.klass) - Koduõpe (6.klass) - Tugiisik (7.-8.klass) <p>Koolivahetus: 5.klass (internaatkool), 6.klass (internaatkool), 7.klass (erikool), 8.klass</p> <p>Klassi kordamine: 6.klass ja 8.klass</p> <p>Hariduse omandamine: 9.klass omandamisel.</p> <p>Koolivahetuse põhjuseks õpetajate korduv ründamine.</p>	<p>9-aastane (3.klass)</p> <p>D1. Perekonnas avalduvad käitumishäired</p> <p>11-aastane (4.klass)</p> <p>D2. Hüperkineetilised häired</p> <p>D3. Käitumishäire depressiooniga (kodust eemaldamine lapsepõlves)</p> <p>12-aastane (6.klass)</p> <p>D4. Bipolaarne meeleoluhäire</p> <p>D5. Raske vaimupuue</p> <p>13-aastane (7.klass)</p> <p>D6. Sotsialiseerunud käitumishäire</p> <p>D7. Sotsialiseerumata käitumishäire</p> <p>14-aastane (7.klass)</p> <p>D8. Püsivad meeleoluhäired</p> <p>16-aastane (8.klass)</p> <p>D9. Segatüüpi skisoafektiivne häire</p> <p>Enesevigastamine alates 10.eluaastast. Antipsühhootikumide kuritarvitamine algas 13-aastasena, sh suitsiidikatsed.</p> <p>12-aastaselt alustas regulaarset alkoholi tarvitamine, millele 15-16-aastasena lisandus kanepi tarvitamine. 14-aastasena diagnoositud ka epilepsia.</p> <p>Käitumisprobleemide ilmingud: Agressiivsus ja vägivaldsus, sh pereliikmete vastu ja vara lõhkumised, vargused, kodust, koolist, haiglast ärajooksmised.</p>
	<p>11-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3x psühhiaater - 3x psühhiaatriline haiglaravi (20, 2 ja 10 p) <p>12-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3x psühhiaater - 4x psühhiaatriline haiglaravi (12,20,17, 2 p) <p>13-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5x erakorraline psühhiaatriline abi (enesevigastamine ja ravimite üledoos) + intensiivravi haiglas - 4x psühhiaatriline haiglaravi (1,6,12 ja 6 p) <p>14-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7x psühhiaater - 6x vaimse tervise öde - 1x psühhiaatriline haiglaravi (8 p) - põgenes haiglast kolm korda, ravi jäi pooleli <p>15-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9x psühhiaater - 3x vaimse tervise öde - 3x psühhiaatriline haiglaravi (5, 4 ja 10 p) - 3x erakorraline psühhiaatriline abi (enesevigastamine) <p>16-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5x psühhiaater - 3x psühhiaatriline haiglaravi (4, 2 ja 2 p) <p>Perioodi 2010-2017 Haigekassa kulud kokku ~28 000 EUR, sh psühhiaatriline abi ~25 000 EUR (87%)</p>
SOTSIAALTUGI	ÕIGUSRIKKUMISED
<p>Alla 5-aastasena lapsendatud.</p> <p>Vägivaldse käitumise tõttu oli perele õhtlik, lisaks tarbis alkoholi ja varastas, mistõttu käisid vanemad agressiivse lapsega toimetuleku koolitusel.</p> <p>12-aastasena määrati raske vaimupuue. Pere taotles lapse eraldamist perest ja ca 12-aastaselt suunati varjupaika ja sealt edasi erihoolekandeteenusele asenduskodus. Kuna hooldekodu jaoks oli laps liiga agressiivne, siis suunati ca 14-aastasena erikooli. Erikoolest alates on saanud pere ka MDFT teenust.</p> <p>Puude määramisega kaasnes rehabilitatsiooniplaan, mille raames on saanud 12.-16-a järgmiseid teenuseid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 105x sotsiaaltöötaja individuaalteenus (3 aastal) - 57x psühholoogi individuaalteenus (3 aastal) - 37x tegevus- ja loovteraapia teenus (2 aastal) - 16x öe teenus (2 aastal) - 10x füsioteraapia teenus (2 aastal) - 8x kogemusnõustaja teenus (2 aastal) - 4x sotsiaaltöötaja perenteenus (1 aastal) - 2x psühholoogi perenteenus (1 aastal) - 1x eripedagoogi individuaalteenus (1 aastal) 	<p>12-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1x kuritegu > al. kom. > hoiatus + kodus elamise kohustus + ravikuur - 2x väärtegu > al.kom. > hoiatus + kodus elamise kohustus + ravikuur <p>13-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1x kuritegu > alaealiste komisjon > ravikuur + ÜKT - 1x väärtegu > alaealiste komisjon > ravikuur + ÜKT - 7x väärtegu, sh keelatud ainete tarvitamine > alaealiste komisjon + kohus - 4x kuritegu > alaealiste komisjon + kohus <p>14-15-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1x kuritegu > al. kom. > ÜKT (täitmata tervislikel põhjustel) - keelatud ainete tarvitamine > al. kom. > sotsiaalprogramm - korduv õpetajate ja õpilaste ründamine > kohus > erikooli suunamine (2 aastaks) + MDFT programmi suunamine + kriminaalhooldus <p>16-17-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Korduv õpetajate ründamine > tingimisi vangistus (1 aasta), sh krim.hooldus, alalise elukoha tingimus, vaba liikumise piirangud + MDFT osalemise kohustus - Taaskordne korduv õpetajate ründamine > vahistus (2 kuud) > kohus > 2 kuud vangistust lisaks ehk liitkaristus 1 aasta reaalselt vangistust > enneaegne vanglast vabanemine katseajaga, sh krim.hooldus, alalise elukoha tingimus, vaba liikumise piirangud, alko- ja narkokeeld, koolikohustuse tingimus, suhtluskeeld õigusrikkujatest sõpradega.

POSITIIVSED KOGEMUSED TEENUSTEGA	PUUDUJÄÄGID TEENUSTES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Esimeses erikoolis meeldis, kuna sai ühe töötajaga hea kontakti, kes temaga karistamise asemel vestleb (tegu ei ole kooli psühholoogiga, kellega lapsel on vastupidi väga halb kogemus). 2. Vanglas sai laps hea kontakti sealse psühholoogi ja sotsiaaltöötajaga, samuti MDFT terapeudiga. 3. Teises erikoolis meeldib lapsele väga, kuna seal on range režiim ja kogu aeg on tegevust, sh huviringid. Läbisaamine nii õpetajate kui teiste õpilastega on hea. 4. Vanema jaoks kõige positiivsem kogemus valla sotsiaaltöötajaga, kes aitab teenustes orienteeruda. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vanema sõnul ei ole ükski asutus tegelenud või toime tulnud lapse psüühikahäiretega. Teenused on keskendunud vaid karistamisele. 2. Asutuste spetsialistid ei tulnud lapse agressiivsusega toime ja sageli kutsusid kiirabi, et lapsele rahustav süst tehtaks. 3. Iga järgneva asutuse puhul, kuhu laps suunati, läksid käitumisprobleemid hullemaks, mitte ei leevenenud. 4. Normintellektiga laps suunati teenusele, mis on mõeldud vaimse alaarenguga lastele. 5. Lapsele meeldivad kehaliselt aktiivsed tegevused, kuid neid talle asutustes ei võimaldatud. 6. Kõigi teenuste puhul koges laps palju igavust (sh vanglas) ehk puudus sisukas aktiivne režiim. 7. Lapse sõnul ei talu ta enda puudutamist, kui ta on ärritunud, kuid pedagoogid ei oska tema sõnul muud moodi teda rahustada kui kätega ja nii ka rünnaku olukorrad tekivad. 8. Vanematel oli pidevalt tunne, et neid süüdistatakse lapse probleemides ja abi ei pakutud. 9. Alaealise tüdrukuna on vanglas palju isolatsioonis (sh hoitakse kambris), kuna teisi tüdrukuid ei ole. 10. Tänapäevaks on vanemad alla andnud. Koju tagasi laps oodatud ei ole, sest vanemad kardavad teiste laste turvalisuse pärast. 11. Täisealiseks saades ei ole selle lapse vajadustele vastavat teenust Eestis olemas.

JUHTUM 3. TÜDRUK / 17-AASTANE / VENE KEEL

HARIDUSTEE	PSÜHHAATRILISED DIAGNOOSID JA ARSTIABI	
<p>Hariduslikud erivajadused: Kirjutamis-, lugemis- ja/või arvutusraskus; häälikuseade (1.klass)</p> <p>Tugiteenused: Logopeediline tugiteenus (1.klass)</p> <p>Koolivahetus: ei ole</p> <p>Klassi kordamine: ei ole</p> <p>Hariduse omandamine: 9.klass lõpetamisel</p>	<p>11-aastane (4.klass) D1. Segatüüpi käitumis- ja tundeeluhäired D2. Hüperkineetised häired</p> <p>13-aastane (6.klass) D3. Sotsialiseerunud käitumishäire D4. Depressioon D5. Aktiivsus- ja tähelepanuhäire</p> <p>Esmane ema pöördumine psühhiaatrile siis, kui lapsel tekkisid koolis sageli vägivaldsed konfliktid.</p> <p>Aktiivsus- ja tähelepanuhäire ravimid kirjutati, kuid neid võttis ebaregulaarselt või üldse mitte. Alates 15-aastaselt turvakodu teenusele sattudes, alustas püsivalt ravimite võtmist.</p> <p>14-15-aastaselt alustas ka narkootiliste ainete tarvitamist (teadmata, milliste ainete)</p>	<p>11-aastane: 3x psühhiaater 14-aastane: 3x psühhiaater + 1x erakorraline abi (äge intoksikatsioon) 15-aastane: 2x psühhiaater 16-aastane: 4x psühhiaater</p> <p>Perioodi 2010-2017 Haigekassa kulud kokku ~4700 EUR, sh psühhiaatriline abi ~900 EUR (19%)</p>
SOTSIAALTUGI	ÕIGUSRIKKUMISED	
<p>Läbi aastate lastekaitse, kooli sotsiaaltöötaja ja noorsoopolitsei vaateväljas.</p> <p>11-aastaselt ühekoradne pereterapeudi visiit. 15-aastaselt osalemine pereteraapia programmis (6kuud), põhjuseks narko tarbimine ja koolist puudumised (suunajaks alaealiste komisjon)</p> <p>15-aastaselt suunati turvakodusse (2 aastaks), kus osutati rehabilitatsiooniplaani raames teenuseid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sõltuvusravi programm - sotsiaalsete oskuste programm - vanematele vanemlike oskuste programm - "Jalatala" programm - iganädalane psühholoogi vastuvõtt - hariduse omandamine (head hinded ja lõpetas 8.klassi) 	<p>13-aastane: peksmine > prokuratuur > alaealiste komisjon > mõjutusvahend teadmata</p> <p>14-aastane: peksmine > alaealiste komisjon > sotsiaalteenus (täpsustamata)</p> <p>15-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - peksmine > prokuratuur > alaealiste komisjon > psühhiaater + sotsiaalteenus (täpsustamata) - vargus > alaealiste komisjon > psühhiaater + MDFT - alkoholi tarvitamine ja suitsetamine > alaealiste komisjon > hoiatus <p>Lapse arvelduskonto on arestitud, kuna maskmata trahve on ca 400 EUR.</p>	
POSITIIVSED KOGEMUSED TEENUSTEGA	PUUDUJÄÄGID TEENUSTES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Turvakodu teenusega on väga rahul nii laps kui lapsevanem, sh on paranenud lapse õpiedukus ja tekkinud soov edasi õppida; kontakt psühholoogiga on lapsel väga hea; laps on alustanud ravimite regulaarset võtmist. 2. Laps hindab turvakodus kõrgelt ranget režiimi, kuna teab, et tal on seda vaja. 3. Ema hindab kõrgelt noorsoopolitseiniku tuge, kes aeg-ajalt helistab siiani ja küsib, kuidas tütrele läheb. 4. Vanema hinnangul oli abi ka alaealiste komisjonist (kuid mitte lastekaitsest) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lastekaitsetöötajad vahetuvad sageli ja see takistab järjepidevat tuge perekonnale. Samuti kahtleb vanem nende pädevuses selliste lastega tegeleda. 2. Koolis käitumisprobleeme ei fikseeritud erivajadustena ja seetõttu jäid ka tugiteenused rakendamata. 3. Vanemal pettumine pereteraapia programmis, kuni ootused abi saada olid nii suured. Lapse ja vanema arvates tegi pereteraapia olukorra pigem hullemaks kui paremaks. 4. Kooli sotsiaalpedagoogi suunalt sai pere vaid kriitikat ja süüdistusi, seetõttu koostööd pere ja kooli vahel ei olnud. Ka laps koges kooli spetsialistidelt alandust ja süüdistusi, mitte abi. 5. Kui laps oli turvakodu teenuselt pikemalt tagasi kodus (ajutiselt), siis püsis probleemideta käitumine mõnda aega, kuid toimus "tragasilangus" - see võib viidata, et veel ei ole suudetud püsivaid muutusi saavutada. 	

JUHTUM 4. POISS / 16-AASTANE / VENE KEEL

HARIDUSTEE	PSÜHHIAATRILISED DIAGNOOSID JA ARSTIABI	
<p>Hariduslikud erivajadused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kõnepuue (1.-2.klass) - Psüühiline erivajadus (4.klass) - Düsgraafia (5.-6.klass) - Kerge intellektipuue (5.-6. ja 9.klass) - Kasvatusraskus (7.-9.klass) - Käitumisprobleemid (7.-8.klass) - Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (8.klass) - Õpiraskus (8.klass) <p>Tugiteenused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Logopeediline abi (1.-2.klass) - Logopeediline õpiabirühm (5.klass) - Individuaalne õppekava (4.-5.klass) - Lihtsustatud õppekava (5.-9.klass) - Tugiisik (7.-9.klass) <p>Koolivahetus: 3.klass, 6.klass (erikool), 8.klass (vangla) ja 9.klass</p> <p>Klassi kordamine: ei ole</p> <p>Hariduse omandamine: 9.klass lõpetamisel</p>	<p>8-aastane (2.klass) D1. Unehäired ehk somnambulism</p> <p>9-aastane (3.klass) D2. Aktiivsus- ja tähelepanuhäire D3. Hüperkineetilised häired</p> <p>11-aastane (5.klass) D4. Raske vaimupuue D5. Kroonilised motoorsed või verbaalsed tikid</p> <p>13-aastane (7.klass) D6. Hüperkineetiline käitumishäire D7. Õpivilumuste spetsiifiline segatüüpi häire</p> <p>Aktiivsus- ja tähelepanuhäire raviks on määratud ravimid juba algklassides, kuid neid ravimeid laps keeldub võtmast. Ei võta siiani, sest erikoolis ja vanglas selleks ei sunnita. Vanglas viibides alustas enda lõikumisega.</p> <p>Alkoholi riskitarvitamine juba noorest vanusest, sh tsüklitena joomise harjumus. Alates 14-aastasest tarvitanud ka amfetamiini.</p> <p>Käitumisprobleemide ilmingud: kodust põgenemised (al 1.klass), ei käinud koolis, vargused, suitsetamine</p>	<p>8-aastane: 2x psühhiaater 9-aastane: 2x psühhiaater 10-aastane: 3x psühhiaater 11-aastane: 4x psühhiaater 12-aastane: 5x psühhiaater + 12 päeva psühhiaatiline haiglaravi (alkoholi sõltuvusravi) 13-aastane: 10x psühhiaater 15-aastane: 3x psühhiaater + 1x kiirabi (alkoholimürgistus)</p> <p>Perioodi 2010-2017 Haigekassa kulud kokku ~4200 EUR, sh psühhiaatiline abi ~2500 EUR (61%)</p>
SOTSIAALTUGI	ÕIGUSRIKKUMISED	
<p>Puude määramisega koostatud rehabilitatsiooniplaan, mille kohaselt saanud 12.-15-aastasena järgmiseid teenuseid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 32x füsioteraapia (3 aastal) - 10x sotsiaaltöötaja perenõustamine (3 aastal) - 6x logopeedi teenus (4 aastal) - 2x psühholoogi individuaalteenus (1 aastal) - 2x psühholoogi pereteenus (2 aastal) <p>12-aastasena alaealiste komisjonist suunati erikooli.</p> <p>Ka pere teine laps (vend) on vanglas.</p>	<p>8-aastane: 1x väärtegu > alaealiste komisjon > hoiatus</p> <p>9-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2x väärtegu > alaealiste komisjon > psühholoog - 1x kuritegu > alaealiste komisjon > hoiatus + psühhiaater <p>10-aastane: 1x kuritegu > alaealiste komisjon > suunamine spetsialistile (täpsustamata)</p> <p>11-aastane: 1x väärtegu > alaealiste komisjon > psühhiaater</p> <p>12-aastane: 2 väärtegu > alaealiste komisjon > ÜKT + hoiatus</p> <p>13-aastane: 3 kuritegu > alaealiste komisjon > erikool</p> <p>14-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2x narko-väärtegu + politsei solvamine > arest (6 päeva) - 4x pisivargus > rahatrahvid <p>15-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3x kuritegu (vargused ja grupiviisiline peksmine) > vangistus (1,5a), millest 5 kuud täitmisele ja 1 aasta tingimisi, sh kriminaalhooldus + alko- ja narkokeeld + sotsiaalprogrammis osalemise tingimus - 1x kuritegu (vanglas) > vangistuse lisa 6 kuud + katseaja pikenemine 2,5 aastat - 5x pisivargus > rahatrahvid - 2x alkoholi tarvitamine > rahatrahvid <p>16-aastane: 1x kuritegu (peksmine) > vangistus (2,8 aastat lisaks ehk eelnevate tingimisi vangistusega kokku 3,8 aastat)</p>	

POSITIIVSED KOGEMUSED TEENUSTEGA	PUUDUJÄÄGID TEENUSTES
<p>1. Erikool on lapse jaoks olnud pigem positiivne kogemus, kuna õpiedukus on paranenud, põgenemised koolist on vähenenud ja hea kontakt sotsiaaltöötajaga.</p> <p>2. Lapsel oli hea kontakt erinevate spetsialistidega, kellega sai üks-ühele suhelda ja kes arvestasid lapse psüühikahäiretest tulenevate eripäradega - kriminaalhooldaja, vangla sotsiaaltöötaja, psühhiaater, kooli medõde.</p>	<p>1. Maakonnas, kus laps elas, ei olnud lastepsühhiaatrit, selleks tuli sõita teise linna, kus siiani laps psühhiaatri juures käib. Finantsiliselt haavatavale perele on see rahaliselt väga kurnav.</p> <p>2. Ravimeid võttes lapse käitumisprobleemid leevenevad ja katkestades eskaleeruvad, kuid pakutus teenused ei taga lapse ravil püsimist.</p> <p>3. Laps otsib adrenaliini ja põnevust, kuid teenustega ei ole seda adresseeritud, et ta leiaks mõne muu tervema viisi seda kogeda.</p> <p>4. Ema koges end üksijäetuna ja ei tundnud, et keegi oleks teda lapsega aidanud.</p> <p>5. Õigusrikkumiste puhul jäeti arvestamata lapse psüühilised erivajadused ja keskenduti karistamisele</p> <p>6. Erikoolis sotsiaaltöötajad vahelduavad sageli, mis takistab lapsel järjepidevat kontakti leida.</p> <p>7. Lapsel on ilmingud raskete õigusrikkujate subkultuuri tõekspidamistest, mis on omandatud vanglas.</p> <p>8. Kuna emal on vanglas kaks poega, keda ta külastab kordamööda ühe korra kuus, sest rohkemaks kohalesõitmiseks ei ole finantsilisi võimalusi - see takistab ka spetsialistide perepõhist tööd ja nõrgestab peresuhteid.</p> <p>9. Vangla distsiplineerimise meetodid (nt isolatsioon kartseris) ei toimi ja mõjuvad lapsele pigem negatiivselt.</p>

JUHTUM 5. POISS / 19-AASTANE / VENE KEEL

HARIDUSTEE	PSÜHHIAATRILISED DIAGNOOSID JA ARSTIABI	
<p>Hariduslikud erivajadused: - Kõnepuue (1., 3.-4.klass) - Kirjutamis-, lugemis- ja arvutusraskused, häälikuseade (2.klass)</p> <p>Tugiteenused: puuduvad</p> <p>Koolivahetus: 7.klass (3x) ja 8.klass, sh vangla Klassi kordamine: 7 klass (2x), 8.klass (2x) Hariduse omandamine: 8.klass lõpetamata < koolist väljaheitmine</p>	<p>14-aastane (7.klass) D1. Õpivilumuse spetsiifilised häired 15-aastane (7.klass) D2. Hüperkineetiline käitumishäire D3. Atüüpiline vanemlik olukord</p> <p>Vangistuse järgselt (15-aastane) alustas amfetamiini tarbimist</p>	<p>15-aastane: 3x psühhiaater 18-aastane: 1x narkoravi (1 kuu, lahkus enneaegselt)</p> <p>Perioodi 2010-2017 Haigekassa kulud kokku ~960 EUR, sh psühhiaatriline abi ~190 EUR (19%)</p>
SOTSIAALTUGI	ÕIGUSRIKKUMISED	
<p>SKAIS andmed puuduvad.</p> <p>Motivatsiooniprogramm vanglas alates 18-a.</p> <p>Lastekaitsetöötajaga emal järjepidev kontakt ja toetus.</p>	<p>10-aastane: Vargus grupis (kuritegu) > alaealiste komisjon > ÜKT 11-aastane: Vargused grupis (väärtegu) > al. komisjon > psühholoog + vanglaga ähvardus 14-aastane: 1x kuritegu ja 2x väärtegu > alaealiste komisjon > psühhiaater + vangistus (1,5 kuud) 15-16-aastane: Süstemaatilised vargused grupis + korduvad sissetungimised grupis > vangistus (1,5 aastat) 17-aastane: - Enneaegne tingimisi vanglast vabanemine, sh alalise elukoha tingimus, vaba liikumise piirangud, alko- ja narkokeeld, koolikohustuse tingimus, suhtluskeeld õigusrikkujatest sõpradega + kriminaalhooldus - 1x väärtegu > ÜKT - Korduvad vargused grupis > 8 kuud vangistust, mis asendati ÜKT (302h) + narkoravile pöördumise tingimus 18-aastane: Korduvad vargused grupis > vangistus (6 kuud)</p>	
POSITIIVSED KOGEMUSED TEENUSTEGA	PUUDUJÄÄGID TEENUSTES	
<p>1. Lastekaitsetöötajaga emal hea kontakt ja toetus, kuna spetsialist helistas iga kuu ja uuris, kuidas lapsel läheb ja millisel moel ta saab aidata.</p> <p>2. Kuigi lapsel on kriminaalhooldajaga keelebarjäär, siis omavaheline läbisaamine on neil hea.</p>	<p>1. Hariduslikud erivajadused jäid tugiteenusteta</p> <p>2. Lapsele ei sobi grupiviisilised teenused, vaid vajab individuaalset lähenemist, sest ei ole valmis end grupis abile avama</p> <p>3. Vangistusel oli pigem retsidiivsust võimendav kui vähendav mõju</p> <p>4. Venekeelsele lapsele määrati eestikeelne kriminaalhooldaja, kumbki teist keelt ei räägi.</p> <p>5. Kriminaalhooldus ei olnud tulemuslik, kuna ei hoidnud ära uusi korduvaid rikkumisi ja ei täitnud talle pandud kohustusi.</p> <p>6. Vanglas on igav ja puudub spetsialist, keda laps usaldab</p> <p>7. Vanglast vabanedes on lapsel ligikaudu 20 000 EUR maksmata trahve</p> <p>8. Laps ise ei näe, et vanglast vabanedes midagi ta elus muutuks.</p>	

JUHTUM 6. POISS / 18-AASTANE / VENE KEEL

HARIDUSTEE	PSÜHHIAATRILISED DIAGNOOSID JA ARSTIABI	
<p>Hariduslikud erivajadused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Düsgraafia (6.-9.klass) - Düsleksia (6.-9.klass) - Öpiraskused (6.-9.klass) - Käitumisprobleemid (8.-9.klass) <p>Tugiteenused: puuduvad</p> <p>Koolivahetus: 3.klass ja 8.klass</p> <p>Klassi kordamine: ei ole</p> <p>Hariduse omandamine: 9.klass lõpetatud</p>	<p>12-aastane (6.klass)</p> <p>D1. Raske stressireaktsioon ja kohanemishäire</p> <p>13-aastane (7.klass)</p> <p>D2. Hüperkineetilised häired: aktiivsus- ja tähelepanuhäire</p> <p>Igapäevane alkoholi tarbimine, millest tingitud ka alkoholimürgistused ja suunamine alkoholiravile.</p>	<p>12-aastane: 1x psühhiaater</p> <p>13-aastane: 5x psühhiaater</p> <p>14-aastane: 3x psühhiaater</p> <p>15-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2x psühholoog - 2x pereteraapia - 1x kiirabi (alkoholimürgistus) <p>16-aastane: 2x psühhiaater</p> <p>17-aastane: 1x psühholoog (vanglas)</p> <p>Perioodi 2010-2017 Haigekassa kulud kokku ~1400 EUR, sh psühhiaatriline abi ~540 EUR (38%)</p>
SOTSIAALTUGI	ÕIGUSRIKKUMISED	
<p>SKAIS andmed puuduvad.</p> <p>Asenduskodu teenus alates 12-a (põhjuseks vanemate surm). Lapsel on ka ligi 10 aastat vanem vend.</p> <p>Motivatsiooniprogramm vanglas alates 17-a.</p> <p>Lastekaitsetöötajaga lapsel hea kontakt.</p>	<p>13-aastane: Sissetungimine > alaealiste komisjon > ÜKT</p> <p>15-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3x pisivargus > rahatrahvid - 2x alkohol > rahatrahvid - Narko väärtegu > ÜKT (5h) - Juhilubateda sõit > ÜKT (10h) - Peksmine (väärtegu) > alaealiste komisjon > psühholoog - Peksmine (kuritegu) > tingimisi vangistus (3a) katseajaga (2a), sh alko- ja narkokeeld, koolikohustuse ja sotsiaalprogrammis osalemise tingimus - Katseaja tingimuste rikkumine > katseaja pikendamine (3kuud) + alkoravi läbimise tingimus (ei ilmu kohale) <p>16-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4x väärtegu (alkohol, suitsetamine) > rahatrahvid - Sõiduki ärandamine (kuritegu) > rahatrahv <p>17-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4x väärtegu (alkohol, avaliku korra rikkumine) > rahatrahvid - Katseaja tingimuste rikkumine > vangistus 	
POSITIIVSED KOGEMUSED TEENUSTEGA	PUUDUJÄÄGID TEENUSTES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vaatamata hariduslike tugiteenuste puudumisele lõpetas 9.klassi. 2. Lastekaitsetöötajaga oli lapsel hea kontakt ja tundis, et sai temalt abi. 3. Ootused tulevikule on lapsel sisukad - soovib õppida keevitajaks ja alustada eesti keele õpinguid. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hariduslikud erivajadused jäid tugiteenusteta 2. Andmed ei viita, et lapse orvuks jäämisele oleks reageeritud adekvaatsete tugiteenustega (psühholoogiline abi) 3. Kokkupuuted politsei ja alaealiste komisjoniga tekitasid lapses nõ karistamatuse tunde. 4. Lapsele ei sobi grupiviisilised teenused, vaid vajab individuaalset abi, nn usaldusisiku järjepidevat tuge, aga pole sellist tuge saanud. Ka vanglas on kohtumised psühholoogiga paari kuu tagant. 5. Vaatamata asenduskodus elamisele puuduvad lapsel elementaarsed eluga toimetuleku oskused 6. Vanglas on igav ja sisukalt oma aega sisustada keeruline. 7. Õppetöö käib vanglas akadeemilise kalendri järgi, mis tähendab, et kalendriaasta alguses vanglasse sattunud peavad ootama õpingute jätkamisega sügiseni. 	

JUHTUM 7. TÜDRUK / 17-AASTANE / EESTI KEEL

HARIDUSTEE	PSÜHHIAATRILISED DIAGNOOSID JA ARSTIABI	
<p>Hariduslikud erivajadused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terviseprobleemid (1.klass) - Kirjutamis-, lugemis- ja arvutusraskused, häälikuseade (2.klass) - Kasvatusraskus (1.-3.klass) - Õpiraskus (4.klass) - Ajutine õpiraskus (5.-8.klass) - Käitumisprobleemid (8.klass) <p>Tugiteenused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Logopeediline abi (1.-2.klass) - Logopeediline õpiabirühm (3.klass ja 6.klass) - Ajutiste õpiraskustega lapse õpiabirühm (4.-7.klass) - Tugiisik (8.klass) <p>Koolivahetus: 7.klass (2x) ja 8.klass (2x, sh asenduskodu)</p> <p>Klassi kordamine: 7 klass, 8.klass</p> <p>Hariduse omandamine: 8.klass lõpetamata</p>	<p>13-aastane (7.klass) D1. Raske stressihäire ja kohanemishäire</p> <p>14-aastane (7.klass) D2. Õpivilumuse spetsiifilised häired D3. Sotsialiseerunud käitumishäire</p> <p>Käitumisprobleemide ilmingud: agressiivsus ja vägivaldsus, sh pereliikmete vastu, koolist puudumine, hulkumine</p>	<p>13-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15 päeva psühhiaatriline haiglaravi - 10 päeva psühhiaatriline haiglaravi - 2x erakorraline psühhiaatriline abi (sh 1x ravimite üledoos) <p>14-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4x psühhiaater - 3x erakorraline psühhiaatriline abi - 2 päeva psühhiaatriline haiglaravi - 8 päeva psühhiaatriline haiglaravi <p>15-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3x psühhiaater - 3x erakorraline psühhiaatriline abi (sh 1x ravimite üledoos) - 2 päeva psühhiaatriline haiglaravi - 7 päeva psühhiaatriline haiglaravi <p>16-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 päeva psühhiaatriline haiglaravi - rasedus <p>Perioodi 2010-2017 Haigekassa kulud kokku ~15 000 EUR, sh psühhiaatriline abi ~9000 EUR (60%)</p>
SOTSIAALTUGI	ÕIGUSRIKKUMISED	
<p>SKAIS andmed puuduvad.</p> <p>Korduvad juhtumi ümarlaud lastekaitse, kooli ja politseiga (ja MDFT terapeutiga).</p> <p>MDFT vol 1 (15-aastane), alaealiste komisjoni suunamisel</p> <p>MDFT vol 2 (16-aastane), politsei suunamisel</p> <p>Asenduskodu (16-aastane, 9 kuud), kuhu suunati vanema taotlusega laps perest eraldada > teenuse osutamine katkes lapse rasestumise tõttu. Laps läks tagasi koju.</p>	<p>13-aastane: Vägivaldne käitumine > prokuröri oportuniteet</p> <p>14-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2x koolikohustuse mittetäitmine > alaealiste komisjon > psühhiaater + kodus elamise nõue + suunamine spetsialistile (andmetes täpsustamata, millisele) - 5x väärtegu > alaealiste komisjon > hoiatus + suunamine spetsialistile - 4x kuritegu > alaealiste komisjon > hoiatus + suunamine spetsialistile <p>15-aastane: Vägivaldne käitumine > prokuröri oportuniteet</p> <p>16-aastane: Vägivaldne käitumine (kuritegu) > alaealiste komisjon > mõjutusvahend teadmata</p>	
POSITIIVSED KOGEMUSED TEENUSTEGA	PUUDUJÄÄGID TEENUSTES	
<p>1. MDFT terapeutiga nii lapsel kui perel usalduslik kontakt, aitas omavahelised suhted kodus maha rahustada ja sellest on olnud püsivat kasu kogu perele.</p> <p>2. Asenduskodu teenus oli abiks - õpitulemused ja eluoskused paranesid, suhted spetsialistidega head</p>	<p>1. Vajab individuaalset lähenemist ja tugiisiku teenust, kuid seda ei ole omavalitsusel pakkuda.</p> <p>2. MDFT vajadus on pikaajalisem kui praegu võimaldatud periood > MDFT lõppemisel kerkisid probleemid taas üles (MDFT lõppes pere jaoks liiga vara)</p> <p>3. Lapsele sobiv asenduskodu teenus tuli katkestada raseduse tõttu, mis omakorda taaselustas vanad halvad harjumused</p>	

JUHTUM 8. POISS / 19-AASTANE / EESTI KEEL

HARIDUSTEE	PSÜHHAATRILISED DIAGNOOSID JA ARSTIABI	
<p>Hariduslikud erivajadused:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kasvatusraskus (4.-9.klass) - Tundeelu- ja käitumishäired (4.-9.klass) - Käitumisprobleemid (5.-9.klass) - Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (7.-9.klass) <p>Tugiteenused: Tugiisik (4.-8.klass)</p> <p>Koolivahetus: 9.klass (vangla)</p> <p>Klassi kordamine: 8.klass ja 9.klass</p> <p>Hariduse omandamine: 9.klass lõpetamisel</p>	<p>17-aastane (9.klass)</p> <p>D1. Hüperkineetilised häired: aktiivsus- ja tähelepanuhäire</p> <p>Käitumisprobleemide ilmingud: kambaviisilised hulkumised (al. 13-14-aastaselt), sage ja tsükliline alkoholi tarbimine (joomingunädalad jms)</p>	<p>17-aastane: 1x psühhiaater (diagnoosimiseks)</p> <p>Perioodi 2010-2017 Haigekassa kulud kokku ~1000 EUR, sh psühhiaatriline abi ~155 EUR (14%)</p>
SOTSIAALTUGI	ÕIGUSRIKKUMISED	
<p>SKAIS andmed puuduvad.</p> <p>Lastekaitse tähelepanu alla ei sattunud.</p>	<p>13-aastane: Vägivaldne käitumine > suunamine alaealiste komisjoni > ÜKT</p> <p>14-aastane: Vägivaldne käitumine > prokuröri oportuniteet</p> <p>16-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vägivaldne käitumine > prokuröri oportuniteet - 5 väärtegu (suitsetamine, alkoholi tarvitamine, avaliku korra rikkumine) > rahatrahvid <p>17-aastane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 väärtegu (alkohol, narko) > rahatrahvid - Tapmine > vangistus 	
POSITIIVSED KOGEMUSED TEENUSTEGA	PUUDUJÄÄGID TEENUSTES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Vanglas on lapse õpitulemused oluliselt paranenud. 2. ATH diagnoos on võimaldanud lapsevanemal oma lapse käitumist paremini mõista. 3. Lapse hinnangul on vanglas viibimine mõjunud talle hästi, sest vangla seab talle vajalikud raamid ja kindla rutiini, samuti ei saa ta vangis enam suitsetada ja alkoholi tarvitada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kuigi lapsel olid koolis käitumisprobleemid, siis ei pöördunud ei lapsevanem ega kool selles osas lastekaitse poole. 2. Kuna lapse käitumisprobleemid ei olnud suured, siis ei sattunud laps ka muud moodi lastekaitse silma alt välja. 3. Kuna koduses käitumises suuri probleeme ei olnud, siis püüdsid vanemad ise toime tulla, sh alternatiivmeditsiini võtetega. 4. Kuigi lapsel oli korduvaid kokkupuuteid politseiga (põhjuseks suitsetamine ja koolist puudumised), siis alaealiste komisjoni suunati vaid üks juhtum (13-aastasena). 5. Kõigi kokkupuudete puhul alaealiste komisjoni, politsei või prokuratuuriga last teenustele ei suunatud. 6. Lapse hinnangul ta abi spetsialistidest pole saanud ja ainsaks toetajaks on olnud pere, kes küll kahjuks ei suutnud teda kampadest eemale hoida, mistõttu ta olukord sai nii hulluks minna. 	

Uuringu järeldused

1. Tõsiste käitumisprobleemidega noored jõuavad nii haridus-, sotsiaal-, tervise- kui ka õiguskaitseüsteemi

Kõik analüüsi kaasatud juhtumid on oma teenuste teekonnal käinud läbi neljast süsteemist (haridus-, tervise-, sotsiaal- ja korra-kaitsesüsteem). Teenusekasutuse analüüsist ilmneb, et ühe teenuste süsteemi puudujäägid tingivad mõne teise süsteemi teenuse kasutusvajaduse. Selline teenuste ristkasutus on sedavõrd keerukate probleemidega noorte puhul paratamatu, kuna nende vajadused varieeruvad ja erineval ajahetkel võib sobiv teenus leiduda just ühest või teisest süsteemist. Küll aga tõstatub küsimus juhtumikorraldusest ehk kes on see spetsialist, kelle ülesandeks on noore vajadustele vastavatele teenustele suunamine. Täna selge süsteem selles osas puudub.

2. Teenuse sobivust konkreetsele noorele ei hinnata piisavalt

Eestis puuduvad ühtsed hindamisinstrumendid tõsiste käitumisprobleemidega lastele sobivate teenuste valikuks, sh hindamiseks, kas laps vajab residentaalset või kogukondlikku teenust ning millised on tema puhul peamised riskide ja vajaduste valdkonnad. See viib selleni, et kohati jõuavad kinnistesse asutustesse lapsed, kellega saaks töötada kogukonnas või kelle psüühikahäiretega tööks ei olda konkreetsetes asutustes valmis. Samuti võib see tähendada, et lapsed, kelle puhul kasutatakse kogukondlikke meetmeid, võivad olla ohus ning panna jätkuvalt toime raskeid õigusrikkumisi, kuna teenuse intensiivsus ei vasta vajadusele. Lastekaitse kasutatav abivajaduse hindamise instrument ja kriminaalhoolduses kasutatav kohtueelne ettekanne võivad küll pakkuda spetsialistidele tuge, kuid tegu pole Eesti oludele kohandatud ja valideeritud hindamisvahenditega ning see ei

lähtu piisavalt antud sihtgrupi eripäradest ja vajadustest. See, et laps jõuaks just talle kõige sobivama teenuseni, on esmane tingimus riskide ja vajaduste adekvaatne hindamine.

3. Pea kõigil tõsiste käitumisprobleemidega noortel on diagnoositud psüühikahäired

Kõigi analüüsi kaasatud juhtumite puhul oli lapsel diagnoositud mitu psüühikahäiret, sh oli vaid üks juhtum, kus lapsel ei olnud aktiivsus- ja tähelepanuhäire diagnoosi. Mitmel juhul oli lapsele määratud ka psüühikahäirest tingitud raske puue. Keskmine erinevate psüühikahäire diagnooside arv oli juhtumitel 4 ja lisaks on paljudel ka alkoholi- või narkosõltuvuse probleemid.

4. Eesti teenustesüsteem ei arvesta noorte psüühiliste erivajadustega

Enamus täna Eestis tõsiste käitumisprobleemidega noortele pakutavatest teenustest ei võta arvesse diagnoosidest tingitud erivajadusi ja teenuseosutajad ei oma piisavalt kompetentse töötamaks noortega, kellel on sedavõrd rasked diagnoosid. Ühelt poolt tunnetavad kompetentside puudujääki nii spetsialistid ise, kui ka lapsed ja nende vanemad. Teiselt poolt toetab seda tunnetust ka juhtumite faktilne info, mis kirjeldab lapse "solgutamist" ühelt teenuselt teisele, põhjuseks asjaolu et teenus pole sobiv psüühiliste erivajadustega lapsele. Faktid räägivad ka sellest, et teenuste kasutamise käigus ei parane oluliselt laste psüühiline seisund ja käitumisprobleemid (pigem muutuvad tõsisemaks), mis viitab teenuste vähesele võimele pakkuda mõjusat abi psüühiliste erivajadustega lastele ja noortele.

5. Algkooli hariduslikud tugiteenused ja lastepsühhiaatria on esimesed kontaktid teenustega

Esimesed ilmingud tõsistest käitumisprobleemidest on nähtavad sageli 5-10-aastaselt ja nii on käitumisprobleemidega laste esimesed kokkupuuted teenustega sageli koolis, hariduslike tugiteenuste näol. Samuti jõuavad lapsed siis sageli ka koolis ilmnunud käitumisprobleemide tõttu psühhiaatria teenuseni. Nende teenuste kättesaadavusest ja lapse vajaduste vastavusest sõltub seetõttu olulisel määral, kuivõrd käitumisprobleemid vanuse kasvades võimenduvad ja kuivõrd jõuab laps edasi õiguskaits- ja sotsiaalsüsteemi teenusteni.

Seega, kui koolis suudetakse tagada toetav õpikeskkond psühhikahäirega lapsele ja sellele lisaks on olemas ka adekvaatne psühhiaatriline abi (nii medikamentoosne kui terapeutiline), siis on suurem tõenäosus hoida ära käitumisprobleemide eskaleerumine tõsiste õigusrikkumisteni.

6. Teenuste kattuvus ei ole probleem

Kattuvusi teenuste osas on suhteliselt vähe, ainsana võib dubleerimist täheldada psühholoogilise nõustamise puhul, mida osutatakse eri variatsioonides nii haridus-, tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemis. Osalisi kattuvusi on ka logopeediliste teenustega, mida osutatakse nii haridussüsteemis kui ka sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse raames.

Kuigi psühholoogilise nõustamise teenuste osas on süsteemis kattuvusi, siis ei ole see taganud adekvaatse abi jõudmist nii laste kui nende peredeni. Ühelt poolt on selle põhjuseks spetsialistide piiratud kompetentsid sedavõrd keerukate juhtumitega töötamisel, teisalt aga ka teenuse piiratud maht (sageli vaid 1-3 sessiooni), mis ei võimalda pakkuda seda abi, mida laps ja pere vajaksid. Kolmanda probleemina saab välja tuua ka pikad ooteajad

kvalifitseeritud spetsialistide juurde (nt MDFT), mis pärsivad õigeaegse abi jõudmist lapseni.

7. Puudu on kvalifitseeritud spetsialistidest

Kõige selgemalt joonistub andmetest välja vajadus spetsialistide järele, kes on võimelised oskuslikult töötama väga keeruliste multiprobleemsete laste ja noorte juhtumitega. Analüüsitud juhtumitest ilmneb, et noorte kokkupuutel selliste spetsialistidega nende olukord paraneb. Kui aga lapsel (ja perel) on korduvad negatiivsed kokkupuuted ebapädevate spetsialistidega, siis on käitumisprobleemid leevenemise asemel hoopis võimendunud.

Eraldi saab probleemina välja tuua ka lastepsühhiaatrite vähesuse, mis raskendab oluliselt perede võimalusi saada adekvaatset abi lapse psüühiliste erivajadustega toimetulekul.

8. Puudu on haridust pakkuva residentaalse raviasutuse teenusest

Sageli on spetsialistid ja pered Eestis olukorras, kus tuleb tõdeda, et täna ei ole Eestis nende lapse jaoks sobivat teenust, eelkõige tingituna lapse psüühilistest erivajadustest. Selles olukorras oleks need lapsed vajanud mitmekomponendilist residentaalset teenust (nn ravikodu), mis hõlmab psühhiaatrilist ravi, hariduse omandamist ja sotsiaalsete toimetulekuoskuste arendamist.

9. Puudu on residentaalsetest teenustest täisealiseks saanud noortele

Analüüsi käigus tõstati küsimus sellest, mis saab tõsiste käitumisprobleemidega noortest edasi, kui nad saavad täisealiseks. Täna on neil noortel sageli kaks varianti – nad naasevad õigusrikkumiste juurde ja jõuavad vanglasse või suunatakse nad hooldushaiglasse ehk teenusele, mis ei ole neile sobiv, kuid sobivad alterna-

tiivid puuduvad. Mõlemad väljavaated on nii lapse kui ka ühiskonna vaatest soovimatud tulemused tõsiste käitumisprobleemidega laste teenustele.

10. Puuduvad teenuste kvaliteedi ja mõju hindamise kriteeriumid

Kuigi teenusepakkujatel on mõningad võimalused anda hinnanguid teenuste pakkumisele ja selle tulemustele, puudub vastav süsteem, mis võimaldaks anda hinnangut, kas (eeldatavalt õigele) teenusele jõudnud lapsega on tehtud õigeid asju õigesti ning mis on olnud teenuse mõju. Sellest tulenevalt ei ole võimalik ka teha teenustevahelisi võrdlusi ning analüüsida nende kuluefektiivsust. See aga tekitab potentsiaalselt olukorra, kus teenustele suunatud ressursse ei kasutata parimal võimalikul viisil.

Uuringu soovitus

1

Enne teenusele suunamist teostada igale lapsele hindamine, sh psühhiaatriline hindamine

Hindamisvahendina tuleks kasutada Eestile kohandatud ja Eesti noorte peal valideeritud hindamisvahendit. Hindamine peaks andma ülevaate noore vajadustest, riskidest ja teistest eripäradest, mis võimaldavad teha võimalikult adekvaatse suunamise otsuse. Mida adekvaatsemad on suunamised, seda väiksemaks jääb ka tõenäosus, et noori suunatakse neile sobimatutele teenustele ja nii kulutatakse ressursse viisil, mis ei anna parimat võimalikku tulemust. Hindamisvahendiga koos saab kasutusele võtta ka teenustele suunamise protokollid, mis annab juhiseid, millisele teenusele noor suunata vastavalt tema hindamistulemustele. Vastav protokoll aitaks teenustele suunajatel paremini orienteeruda Eestis pakutavate teenuste seas ja aidata kaasa sellele, et iga noor saab suunatud just tema vajadusi ja eripärasid arvestavale teenusele.

2

Arendada välja ravikodu teenus, mis pakub integreeritult tervishoiu-, haridus- ja sotsiaalteenuseid

Täna Eestis pakutavate teenuste seas ei ole ühtegi psühhiaatrilisele ravile keskendunud teenust, mis tegeleks ka noore teiste probleemidega. Kuna valdaval enamusel tõsiste käitumisprobleemidega noortest on diagnoositud ka psüühikahäired (sh sageli enam kui üks häire), siis vajavad nad nende eripärale sobivat residentiaalset (ja kinnist) teenust, mis pakuks nii psühhiaatrilist ravi, haridusteenust kui ka sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust. Teenus oleks suunatud kõrge riskiga, instrumentaalset vägivalda kasutavatele ja raskete psüühikahäiretega (sh raske puudega kui normintellektiga) noortele ehk neile, kes täna oma psüühiliste erivajaduste tõttu erikooli või vanglasse ei sobi.

3

Integreerida teenustesse psühhiaatrilise abi komponent

Psühhiaatriliste häirete esinemine sihtrühma noorte seas on pigem reegel kui erand. Psühhiaatrilise abi õigeaegne kättesaadavus saab aidata nii käitumisprobleemide eskaleerumise ennetamisel kui ka tõhusal abil. Seetõttu tuleks selle sihtrühma kõigi teenuste puhul arvestada psühhiaatrilise abi komponendiga (nii haridus-, sotsiaal- kui õiguskaitstesüsteemis), sest ilma lapse psühhiaatrilisi erivajadusi arvestamata ei ole realistlik saavutada olulist paranemist lapse käitumises. Tähelepanuta ei saa siinjuures jääda asjaolu, et lastepsühhiaatrid on Eestis vähe ja nad on jaotunud regionaalselt ebaühtlaselt, koondudes Tallinna ja Tartusse.

4

Parandada juhtumikorralduse süsteemi

Tõsiste käitumisprobleemidega laste ja noorte näol on tegu multiprobleemsete juhtumitega, millega tegelemine eeldab head orienteerumist nii haridus-, sotsiaal-, tervishoiu- ja õiguskaitstesüsteemis. Täna ei ole Eestis selgelt jaotunud vastutust, millise spetsialisti ülesandeks on tagada lapse jõudmine just neile teenustele, mis tal on vaja ja millest oleks võimalikult palju abi, võttes arvesse kõiki lapse erivajadusi, sh psühhiaatrilisi, hariduslikke, perekondlikke jms. Uuringu raames analüüsitud juhtumite puhul täitsid juhtumikorraldaja rolli sageli lapsevanemad, kelle jaoks käis selle rolli täitmine neile üle jõu ja kulmineerus sageli "alla andmisega". Sobivaima juhtumikorraldaja kandidaadina saab välja tuua lastekaitsetöötaja, kelle kaudu toimuks kõigile teenustele suunamine, sh oleks juhtumikorraldaja vastutav selle eest, et last suunataks vaid teenustele, mis vastavad tema erivajadustele.

5

Parandada perepõhiste teenuste kättesaadavust

Käitumisprobleemide leevendamisel annavad paremaid tulemusi programmid ja teenused, mis leevendavad lapse olukorda tema koduses keskkonnas. Täna on Eestis kasutusel perepõhine programm MDFT, mis on näidanud häid tulemusi keerukate juhtumite leevendamisel. Paraku on nõudlus programmi järele suurem kui pakkumine, mistõttu ei ole võimalik teenust osutada kõigile võimalikele abisaajatele siis, kui neil on valmisolek programmis osalemiseks. Seetõttu tuleks kaaluda programmi mahtude suurendamist ja täiendavate terapeutide väljakoolitamist. Samuti tuleks kaaluda (sh täiendavalt analüüsida) alaealiste kriminaalhoolduses perepõhise juhtumikorralduse rakendamist (nt kombineerituna MDFT-ga).

6

Kaasajastada vanglas pakutavaid teenuseid

Eestis on alaealiste vanglateenuse arendamiseks tehtud palju pingutusi ja kahtlemata on olukord täna parem kui kunagi varem. Samas joonistub uuringu käigus kogutud info põhjal välja vajadus arendustööd jõudsalt jätkata ja vanglas pakutavad teenused kaasajastada. Teenuste fookus tuleks suunata alaealise intensiivsele enesearengule ja vähem "oma aja ära istumisele". Seega vajaksid vanglas viibivad noored rohkem füüsiliselt aktiivset ja uute oskuste omandamisele keskendunud struktureeritud päevakava, mis jätkaks vähem aega "niisama passimiseks" ja kasutaks vanglas veedetud aega võimalikult tulemuslikult.

Igale vanglas viibivale noorele peaks olema tagatud tema vajadustele vastav psühhiaatriline ravi (sh vajadusel sõltuvusravi), samuti regulaarne ja kõrge intensiivsusega individuaalne kognitiivkäitumuslik teraapia, sotsiaalsete oskuste õpe, tugisiku teenus ja hariduse omandamine (sh õpingute jätkamine õppeaasta keskel).

Oluliselt enam võiks pakkuda individuaalseid teenuseid ja sekkumisprogramme (lisaks grupipõhiste), mis ei ole mõjutatud vangla-populatsioonides omasest grupipõhisest normatiivsest käitumisest ja võimaldaks noorel areneda omas tempos ja omal viisil, ilma teiste grupiliikmete hukkamõistu riskita.

7

Luu teenuste kvaliteedijuhtimise süsteem

Tõsiste käitumisprobleemidega noorte puhul on tegu sihtrühmaga, kellele osutatavad teenused on ressursimahukad ja kui need ei avalda oodatud mõju, siis on sellel tõsised tagajärjed nii noorele endale, tema lähedastele kui ka laiemalt kogu ühiskonnale. Täna puudub Eestis aga ülevaade, milline on tõsiste käitumisprobleemidega noortele suunatud teenuste mõju – kas ja kuivõrd mõjusad on pakutavad teenused käitumisprobleemide leevendamisel. Käesoleva uuringu käigus analüüsitud juhtumite põhjal saab tõstatada mitmeid olulisi kvaliteediprobleeme, mille täpsemat sisu ja ulatust tuleks tulevikus kindlasti lähemalt uurida. Selle põhjal saab kujuneda teadmine, milline on iga teenuse kvaliteet ja sellest tulenevalt otsustada, kuidas teenuse osutamist parandada või teenuse osutamine hoopiski lõpetada. Samuti annab see olulist sisendit teenuseosutajate välja- ja täiendõppe planeerimiseks.

8

Analüüsida residentaalsete teenuste vajadust täiseliseks saanud noortele

Uuringu käigus tõstatatud olulise teemana küsimus sellest, mis saab tõsiste käitumisprobleemidega noortest edasi, kui nad saavad täiseliseks. Faktidel põhinevat ülevaadet ei olnud võimalik selle uuringu raames koondada, kuna analüüsi olid hõlmatud eelkõige alaealised noored. Küll aga on tegu teemaga, mis vajaks põhjalikumalt uurimist ja vajaduste kaardistamist.

Kasutatud kirjandus

- Aaben**, L., Tammik, M., & Kallavus, K. (2017). Mitmedimensioonilise pereteraapia tõhususe uuring. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis Alla laetud aadressilt http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2016/05/MDFTRaport_PRAXIS_aprill-2017.pdf
- Allaste**, A.-A., Lagerspetz, M., & Kurbatova, A. (2005). *Uimastid ja uimastitarvitajad Eesti ühiskonnas*. Tallinn: Valgus.
- Borowsky**, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W. (1999). Suicide Attempts Among American Indian and Alaska Native Youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(6). <https://doi.org/10.1001/archpedi.153.6.573>
- Brantingham**, P. J., & Faust, F. L. (1976). A Conceptual Model of Crime Prevention. *Crime & Delinquency*, 22(3), 284–296. <https://doi.org/10.1177/001112877602200302>
- Crick**, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social Information-Processing Mechanisms in Reactive and Proactive Aggression. *Child Development*, 67(3), 993–1002. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01778.x>
- Dodge**, K. A., & Coie, J. D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1146–1158. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.6.1146>
- Farrington**, D. P. (1986). Age and crime. In M. Tonry & N. Morris (Toimetajad.), *Crime and justice: A review of research* (Vol 7, lk. 189–250). Chicago: University of Chicago Press.
- Farrington**, D. P. (2000). Explaining and preventing crime: The globalization of knowledge. The American Society of Criminology 1999 presidential address. In *Criminology* (Vol. 38, lk. 1–24). <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2000.tb00881.x>
- Garrido**, V., & Morales, L. A. (2007). *Serious (violent or chronic) juvenile offenders: A systematic review of treatment effectiveness in secure corrections* (Campbell Systematic Reviews Nr. 7). <https://doi.org/10.15496/publikation-6062>
- Haapasalo**, J., & Tremblay, R. E. (1994). Physically aggressive boys from ages 6 to 12: Family background, parenting behavior, and prediction of delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1044–1052. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.62.5.1044>
- Heinla**, E. (2001). Sotsiaalsete riskiteguritega lapsed Tallinnas: võimalus ja/või paratamatus kasvada seaduserikkujaks. *Mitte ainult võitjatest / TPÜ Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituut; [koostanud ja] toimetanud Leeni Hansson (92–107)*. Tallinn: Teaduste Akadeemia Kirjastus.
- Henggeler**, S. W., & Schoenwald, S. K. (2011). *Evidence-Based Interventions for Juvenile Offenders and Juvenile Justice Policies that Support Them. Social Policy Report. Volume 25, Number 1*.
- Hubbard**, J. A., McAuliffe, M. D., Morrow, M. T., & Romano, L. J. (2010). Reactive and Proactive Aggression in Childhood and Adolescence: Precursors, Outcomes, Processes, Experiences, and Measurement. *Journal of Personality*, 78(1), 95–118. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00610.x>
- Jaanimägi**, H. (2003). *Eesti alaealiste komisjonid: tegevuse analüüs ja perspektiivid. Magistritöö*. Tallinna Ülikool, Tallinn.
- Keskel**, A., Kereme, H., & Salla, K. A. (2010). *Koolikorralduslikud tugimeetmed kasvatusraskustega õpilastele*. Tallinn.
- Kingston**, L., & Prior, M. (1995). The Development of Patterns of Stable, Transient, and School-Age Onset Aggressive Behavior in Young Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(3), 348–358. <https://doi.org/10.1097/00004583-199503000-00021>
- Kõiv**, K. (2006). *Kiusamiskäitumise mitu tahku*. Tartu: OÜ Vali Press Trükikoda.
- Kriminaalpoliitika.ee**. (n.d.). Mis on kuriteoennetus? Alla laetud aadressilt <http://www.kriminaalpoliitika.ee/et/kuriteoennetus/mis-kuriteoennetus>
- Kruuda**, R., & Kukk, K. (2003). *Koolist väljalangevate õpilaste väljalangevuse põhjuste analüüs ja uuring*. Tallinn.
- Lipsey**, M. W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. *Victims & Offenders*, 4(2), 124–147. <https://doi.org/10.1080/15564880802612573>

- Loeber, R., & Farrington, D. P.** (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, 12(4). <https://doi.org/10.1017/S0954579400004107>
- Markina, A., & Märtson, M.** (2008). *Alaealiste karistuste tulemuslikkus*. Tartu.
- Markina, A., & Šahverdov-Žarkovski, B.** (2007). *Eesti alaealiste hälbiv käitumine*. Tallinn.
- Markina, A., & Žarkovski, B.** (2014). *Laste hälbiv käitumine Eestis* (Kriminaalpoliitika uuringud nr. 19). Tallinn.
- Moffitt, T. E.** (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674–701. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674>
- Nagin, D. S., & Tremblay, R. E.** (2001). Parental and Early Childhood Predictors of Persistent Physical Aggression in Boys From Kindergarten to High School. *Archives of General Psychiatry*, 58(4), 389. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.4.389>
- Nagin, D., & Tremblay, R. E.** (1999). Trajectories of Boys' Physical Aggression, Opposition, and Hyperactivity on the Path to Physically Violent and Nonviolent Juvenile Delinquency. *Child Development*, 70(5), 1181–1196. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00086>
- Niinemaa, E.** (2010). *Harjumaa alaealiste komisjoni liikmete eksperthinnangud alaealiste komisjoni kui mõjutusvahendite korraldaja töö kohta*. Magistritöö. Tallinna Ülikool, Tallinn.
- Parve, V., & Kivirand, T.** (2003). *Põhikoolist väljalangevuse põhjuste analüüs*. Tallinn.
- Perovskaja, N.** (2008). *Kasvatuse eritingimuste mõjususe Tapa Erikooli lõpetanud nelja noormehe elukäigu näitel: eluloouurimus*. Magistritöö. Tartu Ülikool, Tartu.
- Rannala, I., Tiko, A., & Rohtla, A.** (2006). *Käitumisraskustega noored ja neile määratud mõjutusvahendite kohaldamine alaealiste komisjonides*. Tallinn.
- Rubenstein, J. L., Heeren, T., Housman, D., Rubin, C., & Stechler, G.** (1989). Suicidal behavior in "normal" adolescents: Risk and protective factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 59–71. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01635.x>
- Saame, K.** (2008). *Rehabilitatsiooniteenus alaealistele õigusrikkujatele Eestis*. Magistritöö. Tallinna Ülikool, Tallinn.
- Saar, J.** (2003). *Õigusvastane käitumine alaealisena ja kriminaalsed karjäärid (Eesti 1985-1999 longituuduurimuse andmetel)*. Doktoritöö. Tartu Ülikooli Kirjastus, Tartu.
- Salla, J.** (2010). *Alaealiste vägivallakuritegevus*. Tallinn. Alla laetud aadressilt <http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/2001/1/Salla2010.pdf>
- Salla, K. A., & Tamm, K.** (2008). *Mõjutusvahendite kasutamine erikoolides*. Tallinn.
- Sampson, R. J., & Laub, J. H.** (2005). A Life-Course View of the Development of Crime. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 602(1), 12–45. <https://doi.org/10.1177/0002716205280075>
- Sherman, L. W., Clarke, R. V., Cook, P., Farrington, D., Puryear, V., Skobran, S., ... Kim, A. C.** (1998). *Preventing Crime: What works, What doesn't, what's promising. A report to the United States Congress*. Alla laetud aadressilt <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.130.6206&rep=rep1&type=pdf>
- Strömpl, J., Selg, M., Soo, K., & Šahverdov-Žarkovski, B.** (2007). *Eesti teismeliste vägivallatõlgendused. Uuringuraport*. (Sotsiaalministeeriumi toimetised Nr. 3). Tallinn.
- Tamm, K., & Salla, K. A.** (2016). *Laste toime pandud süütegudele reageerimise analüüs* (Kriminaalpoliitikanalüüs Nr. 5). Tallinn.
- Tremblay, R. E., Hartup, W. W., & Archer, J.** (Toimetajad.). (2005). *Developmental Origins of Aggression*. London: The Guildford Press.
- Wikström, P. H., & Butterworth, D. A.** (2006). *Adolescent crime: Individual differences and lifestyles*. Cullompton, UK: Willan Publishing.

Uuringu metoodika

Metoodilised lähtekohad

Uuringu metoodiliseks aluseks on võetud teenusedisaini lähenemine, mille keskseks lähtekohaks on teenuse kasutaja ja tema kogemused teenuse kasutamisel. Teenuse kasutaja kogemuse analüüs hõlmab nii teenuse funktsionaalsete kui emotsionaalsete aspektide hindamist – vaadeldakse nii teenuse praktilist kasutamismugavust kui ka teenusega kaasnevat ootusi ja isiklike kogemusi. Teenuste hindamisel lähtutakse kolmest peamisest tegurist: 1) otstarbekus ehk kuivõrd pakub teenus kasutajale seda, mida ta teenuselt ootab; 2) efektiivsus ehk kuivõrd kiiresti saavutatakse soovitud tulemus; 3) rahulolu ehk millised emotsioonid ja hoiakud on kasutajal teenuse osas. Enamkasutatud lähenemiseks kasutaja perspektiivi kaardistamiseks on teenuse kasutamise protsessi audit ehk kasutajateekonna analüüs (*customer journey mapping*), mille peamised andmekogumise meetodid on individuaal- ja grüpiintervjuud, küsitlused ja vaatlused.

Kasutajakeskne lähenemine tõsiste käitumuslike probleemidega laste ja noorte teenuste analüüsile annab võimaluse näha teenuste olukorda võimalikult tõeliselt ehk osaliste endi silme läbi – nii laste endi, nende perede, teenuseosutajate ja teenusekorraldajate pilgu läbi. See teadmine võimaldab edaspidi disainida teenuse selliseks, et nii teenuse pakkuja kui kasutajad saavad sellest maksimaalse soovitud tulemuse. Kuna teenusedisaini lähenemises on fookuses empaatiline vaade teenuse kasutajale, siis aitab see kujundada teenuseid, mis suurendavad inimeste motivatsiooni ja valmisolekut teenust kasutada, mis omakorda motiveerib teenust osutavad töötajaid.

TABEL 1. ÜLEVAADE UURINGU MEETODIKAST

UURIMISMEETOD	ANDMEKOGUMISE VIISID
Juhtumianalüüs	Individuaalintervjuud lastega ja nende vanematega Individuaalintervjuud juhtumiga töötanud spetsialistidega Registriandmete päringud
Teenuste süsteemi analüüs	Andmepäringud teenuste rahastajatelt Grüpiintervjuud teenuste osutajatega

Uurimismeetod 1: Juhtumianalüüs

Juhtumianalüüsi meetodi fookuses on üksikjuhtumid, mida käsitletakse näidetena mõne konkreetse nähtuse kohta – antud juhul tõsiste käitumisprobleemidega laste kokkupuudete ja kogemuste kohta eri süsteemide poolt pakutud teenuste ja sekkumistega. Juhtumianalüüsi käigus püütakse mõista erinevaid tegureid ja nende omavahelist interaktsiooni, mis on juhtumit mõjutanud. Kuna tõsiste käitumisprobleemidega noorte probleemid on sageli kompleksed ja pikaajalised, siis kasutatakse info kogumisel mitmeid allikaid, mis võimaldavad kokku panna retrospektiivse ülevaate teenustest ja sekkumistest, mida iga juhtumi puhul on kasutatud.

Juhtumite kohta koguti individuaalintervjuudega andmeid nii noorelt endalt, tema vanematelt ja tema juhtumiga töötanud spetsialistidelt. Samuti teostati päringud erinevatesse registritesse, et koondada vastav

administratiivne info. Info kogumisel ja analüüsimisel keskenduti eelkõige eri osapoolte isiklike kogemustele erinevate teenustega. Eri allikatest kogutud info sünteesiti selliselt, et iga juhtumi kohta joonistub välja tekstiline ülevaade kokkupuudetest eri süsteemide teenuste ja sekkumistega.

Juhtumite valimi moodustamine

Sobivate juhtumite leidmiseks pöörduiti tõsiste käitumisprobleemidega noortega töötavate spetsialistide poole vanglas, erikoolides, psühhiaatriaiglates ja turvakeskustes. Lisaks kontakteeruti juhtumite leidmiseks ka MDFT terapeutidega. **Värbamist alustati peale AKI delikaatsete isikuandmete töötlemise loa saamist.**

Uuringusse sobivatele juhtumitele olid seatud järgmised **kriteeriumid**:

- » Vanus: 16-19 aastat
- » Keel: eesti- või vene keel
- » Viimase aasta jooksul on toime pannud tõsisid õigusrikkumisi (isikuvastased ja/või varavastased), mis ei ole esmakordsed vaid korduva iseloomuga
- » Hiljemalt 16. eluaastaks on toime pannud korduvaid õigusrikkumisi ja süüteod on muutunud aina tõsisemaks (sh isikuvastased)
- » Hiljemalt 10. eluaastaks on toime pannud vargusi ja on tõsised probleemid koolikohustuse täitmisega (puudumised)
- » Pigem „tüüpilised“ juhtumid, mitte äärmuslikud (et juhtumid kirjeldaks võimalikult laia ringi laste/noorte kogemusi)

Juhtumite **värbamise** protsess toimus järgnevalt:

- » Spetsialistiga võeti ühendust telefoni ja/või e-kirja teel, tutvustati uuringut ja kirjeldati, milliseid juhtumeid otsiti ja paluti neil oma klientide seas leida sobivad.
- » Spetsialist võttis noorega (ja alaealise puhul ka lapsevanemaga) ühendust ja küsis temalt esmast suulist nõusolekut uuringus osalemiseks. Värbamisel oli spetsialistidele abiks uuringut tutvustava infoleht, kus oli kirjas uuringu kohta peamine info, mida noor või lapsevanem võib küsida, et oma otsus teha (**vt Lisa 4**).
- » Kui suuline nõusolek oli noorelt (ja vajadusel lapsevanemalt) olemas, siis võttis uurija noore ja tema vanemaga ühendust intervjuu läbiviimiseks.
- » Intervjuu toimumisele eelnevalt võtab uurija võtab nii lapselt kui vanemalt kirjaliku nõusoleku uuringus osalemiseks.

Juhtumite intervjuude läbiviimine

Intervjuud laste ja lapsevanematega viidi läbi üks-ühele ja emakeeles, spetsialistidega toimusid vestlused nii telefoni teel kui ka silmast silma. Vestluse toimumispaiga ja -aja said valida intervjuueeritavad. **Lisades 1-3 on esitatud intervjuude kavad.** Intervjuud salvestati ja salvestatud materjali kasutasid vaid intervjuueerijad juhtumist kokkuvõtte koostamisel ning neid teiste uuringu läbiviijatega ei jagatud.

Juhtumite registriandmete päringud

Registripäringud teostati kõigi juhtumite kohta peale seda, kui nii lapselt kui lapsevanemalt (alaealiste puhul) oli olemas kirjalik nõusolek uuringus osalemiseks. Päringud teostati Haigekassast, Eesti Hariduse Infosüsteemist (EHIS), Sotsiaalkindlustusametist (SKAIS), E-toimikust (Justiitsministeerium), Töötukassast ja

Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistrist (STAR). Ainsana jäi päringu vastus saamata STAR-ist, kuna registril ei olnud võimalik uuringu ajaraamides 8 juhtumi andmeid koondada.

Uurimismeetod 2: Teenuste süsteemi analüüs

Teenuste süsteemi analüüsi käigus püüti eelkõige selgusele jõuda selles, kuidas eri süsteemides pakutavad teenused täiendavad üksteist ja moodustavad tervikliku teenuste süsteemi. Selleks koondati ülevaade teenustest ja sekkumistest, mida eri süsteemid täna sihtrühmale pakuvad ja analüüsiti nende kasutamise mustreid. Teenuste süsteemi analüüsimiseks kasutati ka juhtumite analüüsist saadud teadmisi, mis andsid süvendatud ülevaate teenuste kasutamise musterite põhjustest ja pakkusid seeläbi olulist sisendit teenuste süsteemi korrastamisvajaduse- ja võimaluste kohta.

Teenuste süsteemi analüüsimiseks koguti andmeid kahel moel:

- A. Andmepäringud olemasolevate teenuste kaardistamiseks
- B. Grupiintervjuud teenuste osutajatega

A. Olemasolevate teenuste kaardistamine

Teenuste kaardistamiseks määratleti koostöös uuringu tellijaga (justiitsministeerium) tõsiste käitumisprobleemidega lapse definitsioon, mida kaardistamisel aluseks võtta. Otsustati kasutada järgmist definitsiooni, mille kohaselt on tõsiste käitumisprobleemidega lastena käsitletavad need lapsed, kelle probleemkäitumine avaldub eelkõige agressiivsuses ja korduvatest rünnetest teiste inimeste või vara vastu. Sihtgrupi hulka ei kvalifitseeru need lapsed, kellel on need rikkumised üksikud ja/või need on juhuslikud.

Lisaks määratleti koostöös tellijaga ka teenuste tunnused, mis kaardistusega hõlmata. Otsustati, et kaardistatakse teenused, kuhu tõsiste käitumisprobleemidega noored ei satu juhuslikult (nad on teenusele jõudnud seoses korduva teisi kahjustava käitumisega) või kus arvestataval osal teenusel olevatest noortest on muuhulgas kirjeldatud tõsised käitumisprobleemid.

Nimetatud sihtrühma ja teenuste kriteeriumid lisati kaardistamise alusvormile, mis saadeti täitmiseks haridus- ja teadusministeeriumi, justiitsministeeriumi, sotsiaalministeeriumi ja sotsiaalkindlustusameti kontaktisikutele, kes vastava sihtrühma teenuste valdkonnaga tegelevad. Neil paluti täita andmetega alusvorm, kus iga uuringu kriteeriumidele vastava teenuse kohta tuli esitada järgmine info:

- » Teenuse nimi
- » Teenuse komponendid
(ehk millest teenus koosneb)
- » Teenuse maht / kestvus
(ehk ka teenus on ühekordne või korduv, mitu tundi-korda-nädalat osutamist on ette nähtud)
- » Teenuse osutajad ja nende arv
(ehk kes Eestis teenust osutavad ja kui palju neid on, sh kas osutajaid on üle Eesti)
- » Teenusele suunamise tingimused
(ehk millest sõltub, kas ja millisele teenusele laps suunatakse)
- » Teenuse saajate arv
(ehk kui paljudele teenust ühes aastas keskmiselt osutatakse, sh võimalusel eristada kogu teenuse saajate arv ja tõsiste käitumisprobleemidega laste arv või hinnanguline osakaal nende seas)

- » Teenuse maksumus
(ehk teenuse kogu eelarvemaht aastas või maksumus ühe teenusesaaja kohta)

Kui iga teenuse kohta ei olnud võimalik esitada kõiki vajalikke andmeid, siis paluti minimaalselt esitada oma ministeeriumi haldusalas olevate teenuste loetelu, mida osutatakse tõsiste käitumisprobleemidega noortele ja nende teenuste loetelu, kuhu suunatakse käitumisprobleemidega noored väljapool oma ministeeriumi haldusala.

Uuringu raporti peatükkides 1.1. ja 1.2. on esitatud tabelitena (tabelid 1-5) ülevaade andmetest, mida kaardistuse käigus õnnestus koguda.

B. Grupiintervjuud teenuste osutajatega

Teenuse osutajatelt info kogumiseks viidi läbi kolm struktureerimata grupiintervjuud, kus osales kokku 15 spetsialisti (Pille Vaiksaar, Jürgen Rakaselg, Kadi Lukka, Merike Nakström, Triin Hermann, Egle Välba, Evi Papstel, Angela Aljas, Kadri Vilgats, Annika Priilinn, Gerli Laks, Ain Anslan, Birgit Tallmeister, Kristel Floren ja Velli Ehasalu).

Intervjuud olid üles ehitatud järgnevate teemade käsitlemisele, mida arutati vabas vormis (intervjuud salvestati diktofoniga):

- » Mis on teie nägemuses teie asutuses pakutavate teenuste eesmärk või soovitatav tulemus, mida soovite saavutada?
- » Kui paljud teie asutuse teenuste kasutajatest on tõsiste käitumisprobleemidega lapsed? Millised on peamised käitumisprobleemid, millega teie teenusele satutakse?
- » Kuidas toimub teie asutuse teenustele saavate laste valik?
- » Millised on tüüpilised tegevused teenuse raames, mida oma asutuses tõsiste käitumisprobleemidega lastele osutate? Kas need on piisavad? Millest jääb puudu?
- » Milliseid teenused lapsed tavaliselt samal ajal veel mujalt saavad? Kas lapse teenuste kasutus on kuidagi koordineeritud? Kes koordineerib??
- » Milline on teenuse tulemuslikkus? Kas sellele on seatud kriteeriume? Kui ei, siis kuidas ise tulemuslikkust hindate?
- » Milline peaks olema kogukondlik teenus/teenuste komplekt, et vältida laste kinniste asutuste kasutamist?
- » Millistel juhtudel (enam) kogukondlikust teenusest abi pole ning tuleks kasutada kinnist asutust? Näited oma teenusel olijatest.

LISA 1. Lapse intervjuu kava

KOGEMUS PRAEGUSE/VIIMASE TEENUSEGA

1. Alustame sellest, et **kuidas sa siia jõudsid** (erikool/vangla/MDFT teraapia)?
 - Millal?
 - Mis asjaoludel?
 - Kuivõrd sa soovisid siia tulla? Kuivõrd vastu tahtmist?
 - Kuivõrd oli sinu jaoks arusaadav või loogiline, miks sind siia suunati?
 - Millisel moel su vanemad osalesid selles?
 - Olid sul enne siia tulemist ootused / lootused / eelarvamused? Positiivsed, negatiivsed?
2. Räägi veidi lähemalt, **millised su päevad siin on** (erikoolis/vanglas)?
NB! MDFT klientidele küsimusi kohandada
 - Palun kirjelda ühte oma päeva – hommikul ärkamisest õhtul magama minekuni
 - Milliste spetsialistidega siin kokku puutud ja mida te koos teete?
 - Mida teiste noortega koos siin teete?
 - Meeldib sulle siin? Mis sulle siin meeldib?
 - Milline on sul olnud kõige meeldivam kogemus siin oldud aja jooksul?
 - On ka midagi sellist, mis sulle siin ei meeldi?
 - Milline on sul olnud kõige ebameeldivam kogemus siin oldud aja jooksul?
3. Mis sa arvad, kuivõrd **siin olemisest on sulle kuidagi kasu**?
 - Oled sa kogenud, et oled kuidagi siin oldud aja jooksul muutunud? Mille poolest?
 - Kuivõrd sa tahad siin olla? On see tahtmine aja jooksul muutunud? Mis põhjustel?

EELNEVATE TEENUSTE KAARDISTAMINE

4. Kui sa meenutad, siis milliste ametnike / spetsialistide / teenuste / programmide / teraapiate / vms sa enne siia sattumist oled kokku puutunud?

Palu loetleda (umbes viimase 3-5 aasta kokkupuuted)

- Kooli sotsiaalpedagoog, psühholoog?
- Kohalik sotsiaaltöötaja, lastekaitsetöötaja?
- Alaealiste komisjon?
- Noorsootöötaja?
- Politsei, noorsoopolitsei?
- Prokurör, kohtunik, kriminaalhooldaja?
- Psühholoog, terapeut, nõustaja?
- Psühhiaater, perearst?

A. Kirjuta **iga intervjueeritava öeldud teenus** TRÜKITÄHTEDEGA eraldi väikesele paberile (võib olla post-it).

B. Paigutage koos intervjueeritavaga paberile kirjutatud **teenused ajalise järjekorda** – mis teenuselt millisele teenusele noor liikus.

- 4.1. Kui sa vaatad seda teenuste teekonda, siis millised neist teenustest on sellised, milleni jõudsid siis, kui sa olid juba mitmeid kordi seadusi rikkunud ja politseiga kokku puutunud?

C. Edasises intervjuus **keskendu vaid neile teenustele**, millega noor puutus kokku siis, kui ta oli juba korduvalt õigusrikkumisi toime pannud (ehk käitumisprobleemid olid juba tõsised)

KOGEMUSED EELNEVATE TEENUSTEGA

5. Palun kirjelda, nii palju kui sa mäletad, **kuidas sa ühelt teenuselt teisele jõudsid?**
- Kuivõrd sa läksid selle spetsialisti/teenuse juurde vabatahtlikult? Või kas sind suunati? Kes suunas?
 - Kuivõrd olid su vanemad seotud sellega, et mis spetsialisti/teenuse juurde sa jõudsid? Oli neil hea läbisaamine spetsialistiga? Või konfliktne? Või olid vanemad teenusele minemise vastu? Vms

lga teenuse kohta järgmised küsimused

1. Millistel asjaoludel sa sellele teenusele/spetsialisti juurde sattusid?
 - Kas midagi juhtus, mille tagajärjel saadeti?
2. Kuskohas sa seda teenust said? / Kas sa käisid ise spetsialisti juures või tema sinu juures?
 - Kas käisid üksinda või koos vanemaga?
 - Millise transpordiga sa käisid ja palju transport aega/raha võttis? Kust selle raha said?
3. Kui tihti ja mis mahu teenust said?
 - Mitu korda nädalas/kuus?
 - Üks kord = mitu tundi?
4. Mis olid need viisid, kuidas spetsialist püüdis aidata?
 - Kuidas sinu ja spetsialisti omavaheline suhe välja nägi?
 - Kuidas see teenus välja nägi / mida sisaldas?
 - Kuidas olid kokkupuuted vanema(te)ga? Kas vanema(d) olid kuidagi kaasatud?
5. Olid sul selle teenuse/spetsialisti ootused / lootused / eelarvamused?
 - Mida head sa ootasid / lootsid?
 - Mida ebameeldivat sa aimasid / eeldasid?
6. Millised meeldivad kogemused sul selle teenusega meenuvad?
7. Millised ebameeldivad kogemused sul selle teenusega meenuvad?
8. Kuidas / mis asjaoludel teenuse kasutamine lõppes? Meeldivalt või ebameeldivalt?
9. Mis sa arvad, kuivõrd **sul oli sellest spetsialistist / teenusest kuidagi kasu / abi?**
 - Kuivõrd sa kogesid, et midagi sinu elus muutus? Mis see oli?
 - Mis sa arvad, kas su vanematel oli kasu? Kas nende jaoks midagi muutus?
 - Pidasid sa seda teenust / spetsialisti tegevust enda jaoks vajalikuks?
 - Mis sa arvad, kas kellelgi teisel sinuga sarnasel noorel võib olla sellest teenusest / spetsialistist kasu / abi?

TEENUSTE KOGEMUSE KOKKUVÕTE

1. Kes olid need spetsialistid, kellelt sa said realselt abi või tuge?
 - Ja millised olid need spetsialistid, kellelt abi ei saanud?
2. Millistest spetsialistidest või millisest toest/abist sa oled tundnud nende aastate jooksul puudust?
 - Aga sinu vanemad? Millist abi nemad vajaksid?

LISA 2. Lapsevanema intervjuu kava

KOGEMUS PRAEGUSE/VIIMASE TEENUSEGA

1. Alustame vestlust **teenusest, millega teil oli viimati kokkupuude** seoses oma lapse käitumisprobleemidega.
 - Mis teenusega oli tegu?
 - Mis põhjustel laps sellele teenusele suunati?
 - Milliste spetsialistide kaasabil teenusele suunamine toimus, kellega teie kokku puutusite?
 - Kuivõrd oli teie jaoks arusaadav või loogiline, miks teie laps sinna suunati?
 - Kuivõrd oli teil võimalik kaasa rääkida suunamise otsuses?
 - Mil moel on teid sellesse teenusesse kaasatud või olete saanud osaleda?
 - Olid teil selle teenuse kohta ka eelnevalt teatud ootused / lootused / eelarvamused? Positiivsed, negatiivsed?
2. Mis te arvate, kuivõrd on teie lapsel **sellest teenusest kasu**?
 - Olete te kogenud, et teie laps on kuidagi teenusel oldud aja jooksul muutunud? Mille poolest?

EELNEVATE TEENUSTE KAARDISTAMINE

3. Palun meenutage, milliste ametnike / spetsialistide / teenuste / programmide / teraapiate / vms te olete varem kokku puutunud seoses oma lapse käitumisprobleemidega?

Palu lapsevanemal loetleda (umbes viimase 3-5 aasta kokkupuuted)

- Kooli sotsiaalpedagoog, psühholoog?
- Kohalik sotsiaaltöötaja, lastekaitsetöötaja?
- Alaealiste komisjon?
- Noorsootöötaja?
- Politsei, noorsoopolitsei?
- Prokurör, kohtunik, kriminaalhooldaja?
- Psühholoog, terapeut, nõustaja?
- Psühhiaater, perearst?

4. Kirjuta **iga intervjueeritava öeldud teenus** TRÜKITÄHTEDEGA eraldi väikesele paberile (võib olla post-it).

5. Paigutage koos intervjueeritavaga paberile kirjutatud **teenused ajalise järjekorda** – mis teenuselt millisele teenusele noor liikus.

6. **Võrdle** lapsevanema poolt koostatud teenuste loetelu ja järjekorda sellega, mida tema laps intervjuul rääkis ja jätkka järgmiselt:

6.1. OLUKORD A: Kui lapse ja vanema koostatud teenuste ajalises järjekorras **on erinevusi**, siis:

- Nimeta need erinevused lapsevanemale
- Kas ja kuidas soovib enda koostatud teenuste järjekorda muuta?
- Kas ja milliseid teenuseid soovib ta loetellu lisada?

6.2. *OLUKORD B: Kui lapse ja vanema koostatud teenuste ajalises järjekorras ei ole erinevusi, siis jätkka punktiga 7.*

7. Kui te vaatate seda teenuste teekonda, siis millised neist teenustest on sellised, milleni jõudsite siis, kui teie lapse käitumisprobleemid olid juba teie hinnangul väga tõsised?

8. *Edasises intervjuus keskendu vaid neile teenustele, millega noor puutus kokku siis, kui ta oli juba korduvaid õigusrikkumisi toime pannud (ehk käitumisprobleemid olid juba tõsised)*

KOGEMUSED EELNEVATE TEENUSTEGA

9. Palun kirjelda, nii palju kui sa mäletad, kuidas teie laps ühelt teenuselt/spetsialisti juurest järgmisele jõudis? *Vastavalt eelnevalt koostatud loetelule*
- Kuivõrd läks teie laps selle spetsialisti/teenuse juurde vabatahtlikult? Kas teda suunati? Kes suunas?
 - Kuivõrd olite teie sellega seotud, milliste spetsialisti/teenuse juurde teie laps jõudis?
 - » Kui jah, siis millisel moel?
 - » Kui ei, siis mis põhjustel?

Iga teenuse kohta järgmised küsimused

NBI *Kui lapsevanema vastustes on erinevusi sellega, mida laps või spetsialist rääkis, siis too need erinevused välja selgitusega „Mulle teadaolevalt oli see olukord XXX.“*

1. Millistel asjaoludel teie laps sellele teenusele/spetsialisti juurde sattus?
 - Kas midagi juhtus, mille tagajärjel saadeti?
2. Kuskohas teie laps seda teenust sai? / Kas laps käis ise kohal või tuldi lapse juurde/koju?
 - Kas teie ka osalesite / käisite kaasas? Kui sageli? Mis põhjusel?
 - Millise transpordiga teie ja/või teie laps kohal käisite ja palju transport aega/raha võttis? Oli see teie jaoks ebamugav või kulukas?
3. Kui tihti ja mis mahus teie laps seda teenust sai?
 - Mitu korda nädalas/kuus?
 - Üks kord = mitu tundi?
4. Mis olid need viisid, kuidas spetsialist/teenus püüdis teie last aidata?
 - Kuidas see teenus välja nägi / mida sisaldas?
5. Olid teil selle teenuse/spetsialisti osas ootused?
 - Mida head te ootasite / lootsite?
 - Mida ebameeldivat te aimasite / eeldasite / kartsite?
6. Millised meeldivad kogemused teil selle teenusega meenuvad?
7. Millised ebameeldivad kogemused teil selle teenusega meenuvad?
8. Kuidas / mis asjaoludel teenuse kasutamine lõppes? Meeldivalt või ebameeldivalt?
9. Mis te arvate, kuivõrd teie lapsel oli sellest spetsialistist / teenusest kuidagi kasu / abi?
 - Kuivõrd te märkasite, et midagi teie lapse elus muutus? Mis see oli?
 - Kuivõrd oli teil sellest kasu? Kas teie jaoks midagi muutus?

- Pidasite te seda teenust / spetsialisti tegevust oma pere jaoks vajalikuks?
- Mis te arvate, kas teistel sarnases olukorras noortel või peredel võib sellest teenusest / spetsialistist olla kasu / abi?

TEENUSTE KOGEMUSE KOKKUVÕTE

1. Kes olid need spetsialistid, kellelt teie pere sai realselt abi või tuge?
 - Ja millised olid need spetsialistid, kellelt abi ei saanud?
2. Millistest spetsialistidest või millisest toest/abist olete tundnud nende aastate jooksul puudust?

LISA 3. Spetsialisti intervjuu juhised

INTERVJUU TEEMAD

1. Kinnitada üle noore enda räägitud info teenuste kohta ja nõ tõlkida noore räägitud ametnike keelde ehk milliste konkreetsete teenustega oli tegu (rehabilitatsiooniteenus, MDFT vms)
2. Küsida täiendavat infot, kas ta ise on püüdnud noort miskitele teenustele suunata ja kuidas see on õnnestunud?
3. Millistest teenustest tema hinnangul on noorele abi/kasu olnud? Millist kasu?
4. Millistest teenustest on tema hinnangul noorele kahju olnud või olnud kasutud? Mis moel?
5. Milliseid teenuseid noor vajaks, kuid neile pole õnnestunud saada? Mis põhjustel?

LISA 4. Uuringu infoleht lapsele

MIS UURING SEE ON?	Õigusrikkumisi toime pannud noorte teenuste uuring
MIKS SEDA UURINGUT TEHAKSE?	Soovime koguda infot teenuste kohta, kuhu noori ja nende vanemaid on noore käitumisprobleemide tõttu suunatud.
MIKS JUST MINA?	Uuringus osalevad õigusrikkumisi toime pannud noored, nende vanemad ja nendega tegelenud spetsialistid. Osalejad valiti välja selle järgi, et oleks esindatud erinevates Eesti piirkondades elavad noored. Kokku osaleb uuringus 10 noort.
MIDA UURINGUS TEHAKSE?	Iga uuringus osalejaga toimub üks näost-näku intervjuu, mis kestab umbes 1 tund. Intervjueerija helistab sulle ja lepib sinuga kokku intervjuu toimumise aja ja koha. Intervjuu toimub vahemikus 5.märts - 9.aprill 2018 . Sina ise saad öelda, milline aeg ja koht sulle kohtumiseks kõige paremini sobib. Intervjuu toimub vabas vestluse vormis ja ilma lapsevanema juuresolekuta.
MILLISEID KÜSIMISI INTERVJUUL KÜSITAKSE?	Peamiselt küsime selle kohta, milliste spetsialistidega oled sa oma senise elu jooksul kokku puutunud (psühholoogid, sotsiaaltöötajad, prokurörid, kriminaalhooldajad jms) ja millised on need kogemused olnud – meeldivad või ebameeldivad, asjalikud või tüütud jne. Palume sul oma kogemusi lihtsalt kirjeldada nii nagu sa neid mäletad ja jagada soovid.
KAS INTERVJUUL SALVESTATAKSE?	Jah, intervjuu salvestatakse diktofoniga. Peale intervjuu toimumist kuulab uuringu läbiviija intervjuu üle, teeb sellest märkmed ja seejärel intervjuu salvestus kustutatakse. Keegi teine peale intervjueerija vestluse salvestust ei kuula.
MIKS INTERVJUUL SALVESTATAKSE?	Sellepärast, et samal ajal kui intervjueerija sinuga vestleb ja sind kuulab, ei jõua ta kõike olulist üles märkida. Kui intervjuu on salvestatud, siis saab intervjueerija seda pärast veel üle kuulata ja kirja panna kõik olulise, millest intervjuul rääkisite.
KAS KEEGI TEINE SAAB TEADA, MIDA MA INTERVJUUL RÄÄKISIN?	Intervjuu on konfidentsiaalne ehk salastatud. See tähendab seda, et mitte kuhugi uuringu materjalidesse ei märgita üles ega öelda välja sinu ega sinu vanemate nime. Ka kõik muud tunnused, mille järgi oleks võimalik sind või su pere ära tunda, jäetakse uuringu avalikest materjalidest välja. Sinu intervjuul räägitud arvamusi või infot ei jagata sinu vanematega.
KAS UURINGUS KASUTATAKSE KA TEISI MINU KOHTA KÄIVAID ANDMEID?	Jah, lisaks intervjuule tutvume sinu andmetega erinevates Eesti riiklikes andmebaasides. Tutvume ainult nende andmetega, mis kirjeldavad sinu kooliteed, õigusrikkumisi ning sotsiaal- ja terviseteenuste kasutamist viimastel aastatel. Neid andmeid me ei avalikusta ja neid andmeid näevad ainult selle uuringu andmete analüüsijad. Andmeid ei näe sinu vanemad , õpetajad, sõbrad, spetsialistid ega ka keegi teine inimene, kes sind tunneb. Neid andmeid ei näe ka inimene, kes sind intervjueerib.
KAS MA PEAN UURINGUS OSALEMA?	Uuringus osalemine on vabatahtlik. Kui sa ei soovi osaleda, siis sa võid keelduda.

KAS MA VÕIN UURINGUS OSALEMISEST LOOBUDA KA PEALE INTERVJUUD?	Sa võid uuringus osalemisest loobuda ka peale intervjuu toimumist. Selleks tuleb sul ühendust võtta uuringu projektijuhiga ja talle öelda, et sa ei soovi, et sinu intervjuu materjale uuringus kasutatakse. Arvestada tuleb, et uuringus osalemisest saab tagantjärele loobuda kuni 1 kuu jooksul peale intervjuu toimumist.
KAS MA SAAN NÄHA UURINGU TULEMUSI?	Jah, uuringu tulemustega saad tutvuda Praxise interneti koduleheküljel www.praxis.ee . Tulemused avalikustatakse mais 2018.
MIS ON UURINGU AMETLIK NIMI?	„Tõsiste käitumisprobleemidega lastele suunatud teenuste analüüs“
KES ON UURINGU TELLIJA?	Justiitsministeerium
KES ON UURINGU ELLUVIIJA?	Poliitikauuringute Keskus Praxis
KES ON INTERVJUUDE LÄBIVIIJAD?	Anna Markina ja Anne Rannaveski-Poola
KELLEGA ÜHENDUST VÕTTA, KUI MUL ON UURINGU KOHTA KÜSIMUSI?	Uuringu projektijuhi abi: Liina Osila E-post: liina.osila@praxis.ee Lauatelefon: 640 8005



2018

