

Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusüuringute keskus RAKE



RAKE

Tõsiste käitumisprobleemidega lastele ning nende peredele suunatud tõenduspõhiste programmide võrdlev uuring

Lõppraport
31. jaanuar 2014



Uuringu tellis justiitsministeerium. Uuring viidi läbi Euroopa majanduspiirkonna programmi „Riskilapsed ja -noored“ raames.

Uuringu koostas Tartu ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE.

Uuringu autorid: Inga Karton, põhitäitja
Tarmo Puolokainen, põhitäitja

Uuringu autorid tänavad tellija esindajat Kätlin-Chris Kruusmaad , kes oli suureks abiks uuringu protsessis.

RAKE on võrgustikutüüpi rakendusuringute keskus. Meie missiooniks on tõsta teadmisel põhineva otsustamise osakaalu Eesti ühiskonnas. Lisaks RAKE meeskonnale kaasame kõrgeima kvaliteedi tagamiseks oma uuringutesse parimaid valdkonnaeksperte nii Tartu Ülikoolist kui vajadusel ka väljastpoolt. RAKE võrgustik hõlmab kõiki TÜ sotsiaalteadlasi ning meditsiini-, loodus-, tehnika- ja humanitaarteaduste valdkonna esindajaid.

Kontaktandmed: Lossi 36-124, 51003, Tartu
<http://www.ec.ut.ee/rakendusuringud>

SISUKORD

Sisukord.....	3
1. Uuringu eesmärk ning uurimisküsimused.....	4
1.1. Tõenduspõhiste programmide kriteeriumid	4
1.2. Uuringu valim/sihtrühm	5
1.3. Metoodika	7
2. Olukorra ja programmide analüüs.....	9
2.1. Laste vajadused Eestis	9
2.2. Programmide vastavusanalüüs.....	11
2.3. Programmide võrdlev sisuanalüüs.....	17
3. Programmi rakendamine ja kaasnevad kulud.....	32
3.1. Programmi rakendamiskava	32
3.2. Programmi juurutamiskulud	34
3.3. Programmi tegevuskulud	36
3.4. Programmi kogukulud	37
3.5. Programmi tasuvuspunkt	38
Kokkuvõte	39
Lühikokkuvõte uuringust	41
Executive summary	44
LISA 1. Valik MST kohta teostatud teadusuuringuid.....	47
LISA 2. Valik FFT kohta teostatud teadusuuringuid	50
LISA 3. Valik MDFT kohta tehtud teadusuuringuid	51

1. UURINGU EESMÄRK NING UURIMISKÜSIMUSED

Uuringu eesmärgiks on läbi viia valimis olevate tõenduspõhiste sekkumiste võrdlev analüüs selgitamaks välja, milline maailmas kasutusel olevatest tõenduspõhistest sekkumisprogrammidest¹, mida viiakse ellu väljaspool kinniseid asutusi, vastab Eesti laste ning nende perede vajadustele kõige paremini. Uuringu tulemusena selgitame välja, milline maailmas kasutusel olevatest tõenduspõhistest programmidest sobib kõige enam tõsiste käitumisprobleemidega laste ning nende perede toetamiseks ning käitumisprobleemide ja (korduvate) õigusrikkumiste maandamiseks.

Põhiküsimused, millele tuleb leida vastused, on:

- millised tõenduspõhised programmid (arvestades rahvusvahelisi hindamisi ja kriteeriume) on maailmas kasutusel ja sobivad kasutamiseks laste ja noorte tõsiste käitumuslike probleemide lahendamiseks/maandamiseks? Muuhulgas peab võrdlema programmide sisu, kriteeriume, kestvust, sihtrühma, maksumust, uuringuid, nende kvaliteeti ning programmi eeldatavat mõju ning tegelikku mõju jne.
- Soovides vältida laste sattumist kinnistesse asutustesse, milline tõenduspõhine tõsiste käitumisprobleemidega laste ja noorte ning nende peredega tegelev programm sobib kõige enam kasutamiseks Eesti oludes, arvestades laste ja perede vajadusi, Eesti haldus- ja finantsvõimekust?

1.1. Tõenduspõhiste programmide kriteeriumid

Kriteeriume, mille järgi hinnatakse käitumise muutumisele suunatud programmide tõhusust, on mitmeid. Nt Blueprint² kodulehel kajastatavad programmid on läbi vaadatud ja hinnatud sõltumatute ekspertide poolt ning need peavad vastama selgetele teaduslikele standarditele ning neile vastavad programmid peavad demonstreerima vähemasti mõningast efektiivsust sihtrühma kuuluvate laste käitumise muutmisel. Programmid jagatakse hinnangute alusel kas lubatavateks või mudelprogrammideks. Lubatavad programmid vastavad efektiivsusele miinimum- ning mudelprogrammid kõrgematele standarditele, kutsudes suurema tõenäosusega esile muutust käitumises ja arengus.

Lubatavad programmid vastavad järgmistele standarditele³:

- **sekkumise spetsiifilisus:** programmi kirjeldusest on võimalik selgelt tuvastada, milliste väljundite muutumisele programm on suunatud, millised on muutuse esiletoomise riski- ja kaitsefaktorid, millisele sihtrühmale on programm mõeldud ning kuidas programm sihtrühma käitumises muutusi esile toob.
- **Hindamise kvaliteet:** uuringud on andnud kehtivaid ja usaldusväärseid tulemusi, mis tähendab minimaalselt (a) ühte kõrgekvaliteedilist randomiseeritud kontrolluuringut või (b) kahte kõrgekvaliteedilist kvaasi-eksperimentaalset hinnangut.

¹ Tõenduspõhiseid programmina peame siinkohal silmas programmi, mida on korduvalt testitud, nad annavad positiivset efekti erinevates riikides. Korduvate uuringute tulemused on näidanud, et tõenduspõhised programmid on toimunud sihtotstarbeliselt.

² Program Criteria. Blueprints for Healthy Youth Development. www.blueprintsprograms.com/programCriteria.php.

³ Samas.

- **Sekkumise mõju:** hinnangud osutavad olulistele positiivsetele programmi tegevuste tagajärgedele ning tõendeid kahjulike (kõrval)mõjude kohta pole.
- **Levikuvalmidus:** programmi kohta käiv info on kättesaadav, mis võimaldab programmi tutvustada ja selle tulemusi kasutada. Programmi juurutamiseks pakutakse abivahendeid (nagu käsiraamatud, treeningud, tehniline tugi jmt) koos kogukonna ja avaliku teenistuse jaoks sobilike süsteemidega.

Mudelprogrammidele on lisaks eeltoodutele kehtestatud veel järgmised nõuded⁴:

- **hindamise kvaliteet:** eeldab minimaalselt (a) kahte kõrgekvaliteedilist randomiseeritud kontrolluuringut või (b) ühte kõrgekvaliteedilist randomiseeritud kontrolluuringut ja ühte kõrgekvaliteedilist kvaasi-eksperimentaalset hinnangut;
- **sekkumise positiivse mõju püsimine vähemalt aasta peale programmi lõppemist.**

Noortele suunatud efektiivsed programmid peavad lähtuma mitmetest spetsiifilistest printsiipidest⁵:

- a) sekkumise määr peab lisaks kliendi riski tasemele lähtuma veel ka tema muutumise valmisoleku tasemest;
- b) sekkumine peab keskenduma ennekõike nendele teguritele, mis suurema tõenäosusega toovad kaasa hälbiva käitumise jätkumise ja mida on võimalik muuta;
- c) programm peab vastama kliendi õppimisstiilile ja võimetele, see tõstab tõenäosust, et isik reageerib positiivselt;
- d) programmid peavad olema ennekõike multimodaalsed (keskenduma rohkem kui ühele probleemkäitumisele), oskustele orienteeritud (nagu nt probleemilahendus, toimetulekuoskused);
- e) programmid peavad kinni pidama parimatest meetoditest ja heast tavast, sinna juurde kuulub nt programmi seire nii selle ajal, kui pärast lõppu, mis tagab järjepidevuse ja kindlustab kvaliteedi.

Oluline on⁶ (1) kasutada lähenemist, mis kaasab kliendid aktiivselt süsteemi ning omab potentsiaalselt olulist mõju nende eludele; (2) kindlustada, et valitud lähenemist saab kasutada võimalikult lihtsalt ning et see on personali ja abistajate vajaduste ja võimalustega kooskõlas; (3) luua usaldusväärne süsteem, mis rahuldab rahastajate ja vastutajate ning kontrollijate vajaduse asjassepuutuva info järele.

1.2. Uuringu valim/sihtrühm

Võrdlusesse kaasatakse programmid *Multi-Systemic Therapy (MST)*⁷, *Functional Family Therapy (FFT)*⁸, *Multi-Dimensional Family Therapy (MDFT)*⁹ ja *Change Outcome and Indicator Mapping (COAIM)*¹⁰.

⁴Samas.

⁵Brown, S., Giller, H. and Stephenson, M. (2011), *Effective Practice in Youth Justice* (2nd ed.), London: Routledge; ref Delaney, P., Weir, M. (2011). An Assessment, Monitoring and Outcome Measurement System for Offender Rehabilitation and Reintegration Programmes: A Description of a Model at Work in the Cornmarket Project, Wexford. IRISH PROBATION JOURNAL.

⁶Delaney, P. (2006), *Change Outcome and Indicator Mapping: A Manual for Measuring Outcomes and Improving Case Management*, Dublin: COAIM.

⁷*Multi-Systemic Therapy (MST)* mstservices.com/

⁸*Functional Family Therapy (FFT)* www.fftinc.com/

⁹*Multi-Dimensional Family Therapy (MDFT)* www.mdft.org/

Multisüsteemne teraapia (MST)¹¹ on suunatud käitumisprobleemidega ja kriminaalsetele noortele (sõltuvus, vägivald, seksuaalne vägivald). Eesmärk on tuua kaasa muutus lapsevanematega suhtlemisel, et noor omandaks teraapia käigus teadmisi, mis aitaks tal käitumisprobleemidega toime tulla. MST sobib kasutamiseks justitiisüsteemis ja on tihedalt seotud pereteraapiaga. Programm on multisüsteemne, mis tähendab et lapse/noore areng peab olema toetatud erinevate sotsiaalsete süsteemide poolt. Lapsega tegeletakse kodus, koolis, justitiisüsteemis, vaimse tervise keskustes ja sotsiaalhoolekande asutustes. Oluline on, et kõigi nende süsteemide tegevused oleks omavahel seotud. Teadmiste ja oskuste kinnistumine ning ülekanne peab olema toetatud kõikide süsteemide poolt. Eesmärk on lapse, perekonna ja terapeudi koostöö, et aidata lapsel mõista, miks ta võtab kriminaalse käitumismustri omaks.

Funktsionaalne pereteraapia (FFT)¹² on suunatud käitumisprobleemidega ja kriminaalsetele noortele (sõltuvus, vägivald). Eesmärk on esile kutsuda muutus lapsevanematega suhtlemisel, et noor omandaks teraapia käigus teadmisi ja hoiakuid, mis aitaks tal saavutada positiivset suhet vanematega. FFT sobib kasutamiseks justitiisüsteemis ja on seotud perekonnateraapiaga. Programmi jätkusuutlikkuse tagab instrumentaalne ennetamine, mille eesmärgiks on võimalikult vara märgata käitumisraskuste sümptomeid ja selektiivselt pakkuda preventsiiooni. Selektiivse preventsiiooni eesmärk on vähendada kõrgeid riske. Lapsega tegeletakse justitiisüsteemis, vaimse tervise keskustes ja sotsiaalhoolekande asutustes. Oluline on, et kogu tegevus kõigis neis süsteemides oleks omavahel seotud, teadmiste ja oskuste kinnistumine ning ülekanne peab olema toetatud kõikide süsteemide poolt. Programmi käigus õpetatakse vanematele vanemlikke oskusi ning lastele oma düsfunktsionaalsete käitumismustrite märkamist ja suuremat kuulekust. Mõjutatakse lapse emotsionaalset, käitumuslikku ja kognitiivset sfääri eesmärgiga, et perekonnas toimiks üksteise abistamine ja konstruktiivne suhtlemine, määratletakse võim/vastutus perekonnas.

Multidimensionaalne pereteraapia (MDFT)¹³ on perekonnapõhine sekkumise süsteem, mis on mõeldud noorukitele, kes tarbivad psühhoaktiivseid aineid, hälbiva käitumise ja sellega seonduvate käitumuslike ja emotsionaalsete probleemide kohtlemiseks. Terapeut töötab samaaegselt nelja üksteisest sõltuva domeeniga: noor, vanem, perekond ja väljaspool perekonda. Sellest hetkest, kui terapeutiline liit on saavutatud ning nooruki ja perekonna motiveeritus tõusnud, keskendub MDFT terapeut käitumuslikule ja vastastikkusele muutusele. Noorukil aidatakse arendada iseseisvat toimetulekut ja emotsioonide reguleerimist, parandada probleemilahendamise oskusi, sotsiaalset kompetentsust ja leida alternatiive psühhoaktiivsete ainete tarbimisele ning hälbivale käitumisele. Vanemate puhul on fookus vanemliku meeskonnatöö täiustamisel ja vanemliku praktika parandamisel. Perekonna vanematest lähtuva konflikti alandamine, emotsionaalse seotuse süvendamine ning perekonnas aset leidva kommunikatsiooni ja probleemide lahendamise oskuste parandamine on selle perega tehtava töö võtme-eesmärgiks. Perekonnavälises domeenis edendab MDFT perekonna kompetentsust interaktsioonis sotsiaalsete (justiits-, haridus- ja sotsiaalhoolekande) süsteemidega. MDFT lõplik staadium on käitumuslike ja suhetes aset leidnud muutuste kinnistamine ja perekonna edukas lähendamine nii, et programmi tulemused säiliks.

¹⁰Delaney, P. (2006), Change Outcome and Indicator Mapping: A Manual for Measuring Outcomes and Improving Case Management, Dublin: COAIM.

¹¹Blueprints for Healthy Youth Development. 2012–2013. www.blueprintsprograms.com/programCriteria.php

¹²Samas.

¹³Multi-Dimensional Family Therapy (MDFT) www.mdft.org/

Muutuste väljundi ja indikaatorite kaardistus (COAIM)¹⁴ on kogukonnapõhine sekkumismeetod, mille eesmärgiks on mõjutada noorte kriminogeensust ja motiveerida neid loobuma hälbivast käitumisest ja kontrollida oma probleemset käitumist. Programm põhineb motiveerival intervjuerimisel ja on esimesena kasutusele võetud Iirimaa. COAIM programm sobib tõsiste käitumisraskustega lastega tegelemiseks ja ta mõjutab noorte kriminogeenseid vajadusi, mille tulemusena väheneb noorte retsiidiivus ja arenevad oskused iseseisvalt otsuseid vastu võtta. Programm on suunatud noorte ja laste ning nende perede toetamiseks väljaspool kinniseid asutusi ja võimaldab jälgida kliendi seisundit sekkumise ajal ja ka pärast programmi, mis omakorda võimaldab ennetada tagasilangusega seotud probleeme (näiteks sõltuvuskäitumine). Vajadusel on võimalik sekkuda eri tasanditel (perekond, kool, justiitsüsteem). COAIM põhineb üldtunnustatud teoreetilistel mudelitel nagu nt motiveeriv intervjuerimine ja trans-teoreetiline mudel¹⁵. Programmi jaoks on olemas oma andmebaas, kvaliteedikontrolli ja supervisioonisüsteem. COAIMi fookuses on erinevad noorte käitumisprobleemid, mis tagab programmi paindlikkuse. Programm arvestab kliendi õppimisstiiliga, kognitiivsete võimetega ja motivatsiooniga – on juhtumipõhine ja kliendikeskne.

Kokkuvõtvalt saab välja tuua, et antud võrdleva uuringu valimis olevate tõendus põhiste programmide näol on ennekõike tegemist kindlat liiki teraapia väljaõppe programmidega, millede läbinud spetsialistid (terapeudid) on võimelised kindlal moel probleemi sekkudes esile tooma kindlaid tagajärgi. Antud juhul siis probleemsete laste ja nende perede erinevat liiki probleemkäitumiste vähenemist. MST, FFT, MDFT on ennekõike spetsialisti (terapeudi) väljaõppe programmid, mille käigus koolitatakse edasi magistri tasemele vastavaid, nimetatud tööks vajalike eelteadmistega professionaale, COAIM on neist enim olemasoleva ettevalmistusega spetsialistide täiendõppe programm. Seega, oma üldistelt eesmärkidelt ja põhiolemuselt programmid üksteisest oluliselt ei erine, kõik need on suunatud hälbiva käitumise vähendamisele ning esmaseks sekkumise üksuseks on perekond. Vaatlusalused programmid erinevad üksteisest ennekõike oma probleemide rõhuasetustelt ja sekkumismeetoditelt, kus MST ja FFT keskenduvad ennekõike kuritegude, sh raskete kuritegude ärahoidmisele MDFT aga sõltuvuskäitumisele, COAIM käitumisprobleemidele laiemalt, kus siis nii FFT kui ka MST püüavad olukorrale läheneda läbi peresuhete (pereteraapia) ja vaatavad ning sekkuvad süsteemi laps-vanem, toetades ja parandades selle süsteemi toimimist. MDFT erineb nendest kahest kombineeritud lähenemise poolest, kus lisaks perekonna toimimise toetamisele ja parandamisele on kaasatud ka üksikindiviidi tase, ehk kasutatakse pereteraapiat kombineerituna individuaalteraapiaga. COAIM on nendest neljas kõige kliendikesksem (kõige suurem indiviidi tasemel sekkumise määr vaatluse all olevatest programmidest).

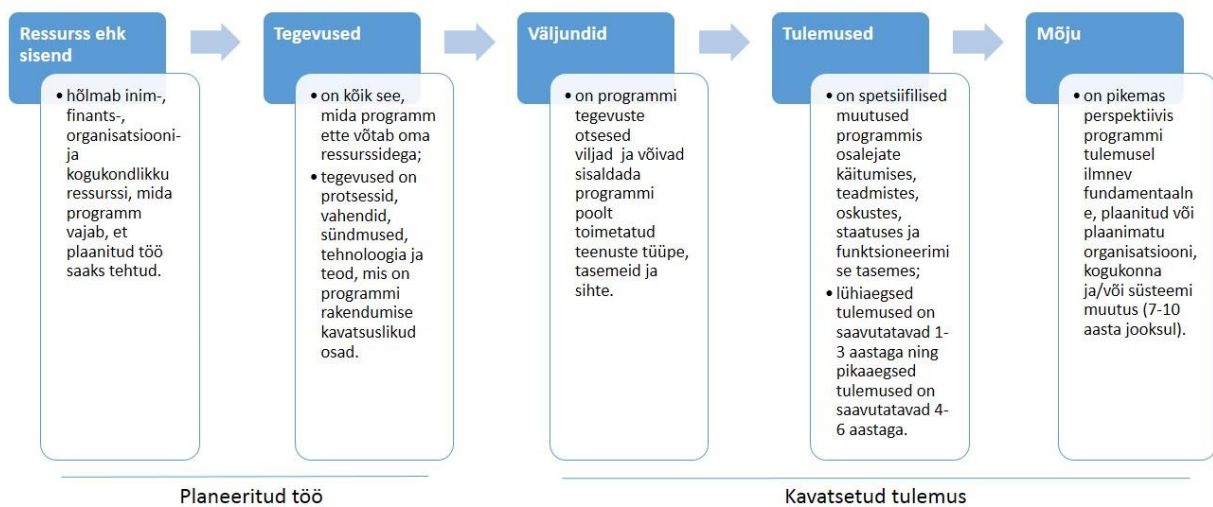
1.3. Metoodika

Käesolevas uurimuses rakendatakse vaatluse all olevatele programmidele võrdlevat analüüsi, mis koosneb kahest osast. Esimeses osas analüüsitakse vaatlusaluste programmide vastavust tellija poolt püstitatud lähteülesandele ja uurimisküsimustele W.K.Kellogs Foundation Logic Model Development Guide ning Blueprint printsiipidest lähtuvalt. Teises osas analüüsitakse neile kriteeriumitele kõige paremini vastanud programme nende sisust ja Eesti kontekstist lähtuvalt ning tuuakse välja programmide kattuvused, eelised ja riskid.

¹⁴Delaney, P. (2006), Change Outcome and Indicator Mapping: A Manual for Measuring Outcomes and Improving Case Management, Dublin: COAIM.

¹⁵Prochaska, J. and DiClemente, C.C. (1982). Trans-theoretical therapy; towards a more integrative model of change. *Psychotherapy; Theory, Research and Practice*, 19,267–288.

Programmiteooria kirjeldab seost sekkumise ja soovitud või jälgitava tulemuse vahel¹⁶. Üks võimalus on kirjeldada neid seoseid läbi loogiliste mudelite, mis sätestavad, kuidas sekkumisest on aru saadud ja kuidas on see kavandatud andma konkreetset tulemust. Siinkohal on mitmeid juhiseid, kuidas luua ja kasutada väljundite mõõtmise mudeleid¹⁷. Nt löi *W.K. Kellogg Foundation*¹⁸ mudeli, mis kirjeldab viie komponendi lineaarset šabloon: sisend, tegevused, väljund, tulemus ja mõju (joonis 1) ning millest lähtub enamasti siintoodud programmidest.



Joonis 1. Sekkumisprogrammi tulemuse mõõtmise loogiline mudel

Programmi ressurss ehk sisend kirjeldab ressursse, mida on vaja programmi tegevuses hoidmiseks (1). Kui need on olemas, saab teostada planeeritud tegevused (2), mille käigus omakorda saab osutada plaanitud teenust (3), mis toob osalejatele teataval moel kasu (4), misjärel toimuvad kindlad muutused organisatsioonides või kogukondades (5)¹⁹.

Uuringus vaatluse all olevaid programme võrreldakse eelpool kirjeldatud loogilisest mudelist lähtudes. Need programmid on juba teadaolevalt läbinud kas rahvusvaheliste ekspertide hindamised ja saanud heakskiidu ja/või on uuritud nende efektiivsust. Mudelist ning uurimisküsimustest lähtuvalt koostati mudeli iga kategooria kohta nimekiri olulistest teguritest ning võrreldi programme nendega. Nt **sisendi kohta**: kes on teenuse osutajad; **tegevuste kohta**: milliseid ettevalmistusi need nõuavad, mis on konkreetsed tegevused (koolitused, nõutav ettevalmistus jne); **väljundi kohta**: mis mahus üht või teist tegevust läbi viidi; **tulemuse kohta**: mis on olnud nende programmide senised tulemused, millega need on tõestatud; **mõju kohta**: mis on olnud kaasnevad mõjud ja millega need on tõestatud.

¹⁶Funnell, S. and Rogers, P. (2011), Purposeful Programme Theory, New York: Wiley; ref Delaney 2011

¹⁷Wholey, Hatry, Newcomer. (1996). Handbook of Practical Program Evaluation file:///C:/Users/kasutaja/Documents/Handbook%20of%20Practical%20Program%20Evaluation%20-%20Google%20Books.htm

¹⁸W.K. Kellogg Foundation (2004), Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action, Battle Creek, MI: W.K. Kellogg Foundation www.wkcf.org/knowledge-center/resources/2006/02/wk-kellogg-foundation-logic-model-development-guide.aspx

¹⁹ Samas.

2. OLUKORRA JA PROGRAMMIDE ANALÜÜS

Selleks, et selgitada välja, kuivõrd valikusse kaasatud programmid vastavad tellija lähteülesandele ja uurimisküsimustele koostati loogilisele mudelile tuginev indikaatorite loetelu ja hinnati programmide vastavust nendele. Tabelis 1 on esitatud programmide võrdlus mudeli komponentidest lähtuvate kriteeriumite ja indikaatorite alusel. Et saada paremat pilti programmide võimalustest ning nende vastavusest Eesti oludele ja vajadustele, koondati tabelisse 2 programmide info nt selle kohta, milline on rakendajate väljaõppe määr ja osakaal, sh kui pikk on väljaõpe, kas see eeldab ettevalmistatud spetsialistide olemasolu jne. Samuti kaardistati võrdlevalt programmide käivitumise ja läbiviimise tingimused, vajalikud kompetentsid, sihtgrupid ja sihtgrupile pakutava teenuse olemus ning milliseid tulemusi on saavutatud ja millega on need tõendatud.

2.1. Laste vajadused Eestis

2012. aastal registreeriti korrakaitsepolitsei andmetel 21 825 alaealiste toimepandud väärtegu²⁰. Neist ligi neljandik registreeriti Tallinnas. 2012. aastal tehti kindlaks 1610 isikut, kes olid kuriteo toimepanemise ajal alaealised ehk 14–17-aastased. 10 000 14–17-aastase alaealise kohta tuleb 2012. aastal 301 alaealist kurjategijat. Alaealiste väärteguna registreeriti sagedamini alkoholiseaduse ja tubakaseaduse rikkumisi, mis 2011. aastal moodustasid kokku veidi enam kui 2/3 rikkumistest; viiendik olid liikluseaduse ja veidi enam kui kümnendik karistusseadustiku rikkumised²¹.

Alkoholiseaduse sagedane rikkumine alaealiste seas sobib kokku Eestis 1998. aastast käimas oleva longituuduuringu²² tulemustega, mille põhjal sarnaselt Maailma Terviseorganisatsiooni koolealiste laste tervisekäitumise (*Health Behaviour in School-Aged Children - HBSC*) uuringu andmetega²³ on ka Eestis liikunud alkoholi tarbitamisega alustamine järjest nooremisse vanusesse²⁴. Varane alkoholitarbimisega alustamine suurendab aga riski alkoholi kuritarvitamisele ning sõltuvuse väljakujunemisele.

Alaealiste ja noorte kinnipeetavate isiksuseomaduste ja kognitiivsete võimete hindamise uuringus²⁵ võeti taustandmetena muuhulgas arvesse peresuhte kvaliteeti, sotsiaalmajanduslikku tausta, kooliedukust ja psühholoogiliste probleemide olemasolu. Uuringu põhjal võib väita, et hälbivat käitumist toetavad madalam vaimne võimekus, kehvemad koolihinded ja nõrgem meelekindlus.

Sotsiaalministeeriumi andmetel on 2011. aasta seisuga²⁶ lapsi, kes võivad vajada sekkumist erinevate probleemide kaupa: õpingud katkestanud õpilasi 170; psühhiaatriliste haiguste all kannatavaid lapsi

²⁰Korrakaitsepolitsei, 2012.

²¹Kuritegevus Eestis 2011, Justiitsministeerium, Tallinn 2012. Kuritegevus Eestis 2012 on ka kättesaadav. www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=58971/Kuritegevus_Eestis_2012.pdf; Vt ka Kuritegevus Eestis 2010, ptk 7.3 ja 7.4. www.just.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=54601/KuritegevusEestis2010_web.pdf

²²www.ecpbhs.ee/

²³www.hbsc.org/

²⁴Vaht, M.; Merenäkk, L.; Mäestu, J.; Veidebaum, T.; Harro, J. (2014). Serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) and alcohol use in general population: interaction effect with birth cohort. *Psychopharmacology*, xxx - xxx. [ilmumas]

²⁵Allik, J., Möttus, R., Kõõts, L. (2009). Alaealiste ja noorte kinnipeetavate isiksuseomaduste ja kognitiivsete võimete hindamine. Eesti Vabariigi Justiitsministeeriumi ja Tartu Ülikooli koostööprojekti. Lõpparuanne. Tartu Ülikooli Psühholoogia instituut.

²⁶Sotsiaalministeerium. 2013. Lastekaitse korralduse uuendamise alusanalüüs. Lõpparuanne.

10 468; lapsed, kes elavad mittetöötavates leibkondades ca 22 000²⁷; absoluutses vaesuses elavaid lapsi 23 000, sügavas materiaalses ilmajäetuses elavaid lapsi 22 200²⁸.

Eeltoodust nähtub, et ühelt poolt võivad perede ja nendes kasvavate laste toimetulekuprobleemid olla majanduslikku laadi, teiselt poolt aga on need probleemid psühholoogilist/psühhiaatrilist laadi. Need põhjused võivad eksiteerida koos või eraldi, üksteist võimendades ja/või põhjustades. Nt ühe vanemaga peredes on sagedamini psühho-sotsiaalseid probleeme ning neil on suurem vajadus mitmesuguste nõustamisteenuste järele, mis aitaksid parandada vanemlike oskusi ja stressiga hakkamasaamist ning vähendada ka pingeid vanemate omavahelises suhtluses²⁹. Geenid X keskkond uuringutest³⁰ on teada ka see, et üksikvanemaga peredest pärit lastel on suurem tõenäosus probleemsemale toimetulekule elus (sh arvestades kooliedukust ja hälbivat käitumist). Ka Eestis on korduvalt kirjeldatud seoseid vanemluse ja hälbiva käitumise vahel, kus ühe vanemaga, eriti probleemse (töötus, alkoholism, lahusus) vanemaga lastel on oluliselt rohkem probleeme koolikohustuse täitmise ja alkoholi tarvitamisega³¹. Lisaks pere- (sh probleemsed suhted vanemate vahel, konflikt, perevägivald) ja kooliprobleemidele iseloomustab hälbivalt käituvat noort ka tema probleemne sõpruskond³².

Ka Eesti statistika kinnitab asjaolu, et probleemsele käitumisele pole ühte kindlat ennustajat, see ilmneb suure tõenäosusega paljude tegurite koosmõjus, kus ühel teguril võib olla määravam osakaal. Olukorrale kõikehõlmava hinnangu andmist takistab olukord, et Eestis pole probleemideülest uuringut riskitegurite väljaselgitamiseks läbi viidud. Näiteks ei ole ülevaadet sellest, kui paljudel kajastatud psühhiaatriliste probleemidega lastel on ka (muuhulgas) psühholaktiivsete ainete tarvitamise probleem, või paljud karistatud alaealistest elavad vaesuses või kasvavad ühe vanemaga peres või paljudel alkoholiseadust rikkumatel lastel on välja kujunenud sõltuvus jne. Kui viia kokku Eesti³³, sotsiaalministeeriumi³⁴ ja justiitsministeeriumi³⁵ uuringud rahvusvaheliste³⁶ uuringute tulemusega, siis võib eeldada, et Eesti oludes on kõige probleemsem kombinatsioon järgmine: majanduslikus kitsikuses (sügava ilmajäetusega) ja/või üksikvanemaga kasvavas peres koolikohustust mittetäitev psühhoaktiivseid aineid tarvitav laps.

Kui proovida välja tuua põhjuslikke seoseid kirjeldatud Eesti lastele iseloomulike probleemide puhul, siis on teada, et sotsiaalsete nähtuste mudeldamisel on üsna levinud olukord, et üks ja sama nähtus võib olla erinevatel juhtudel kord põhjuseks, kord tagajärjeks, vastastikkuste mõjutusteni välja. Eeltoodu põhjal³⁷ võib olla üksikvanemaga kasvamine üheks lapse probleemse käitumise väljakujunemise riskiteguriks, samas kui mõlema vanema olemasolu, kelledest üks aga on antisotsiaalse käitumisega, on veel suuremaks

²⁷Statistikaamet. 2011. Elanike osatähtsus mittetöötavates leibkondades vanuserühma ja soo järgi; ref Sotsiaalministeerium. 2013. Lastekaitse korralduse uuendamise alusanalüüs järgi.

²⁸Statistikaamet. 2011. <http://statistikaamet.wordpress.com/tag/suhteline-vaesus/>; ref Sotsiaalministeerium. 2013. Lastekaitse korralduse uuendamise alusanalüüs järgi.

²⁹Sinisaar, H., Tammupuu, P. (2009). Ühe vanemaga pered: probleemid, vajadused ja poliitikameetmed. Poliitikaanalüüs. Sotsiaalministeeriumi toimetised nr 4/2009.

³⁰Moffitt, T.E. (2005). The New Look of Behavioral Genetics in Developmental Psychopathology: Gene–Environment Interplay in Antisocial Behaviors. *Psychological Bulletin*, 131, 4, 533–554.

³¹Markina, A., Šahverdov-Žarkovsk, B. (2007). Eesti alaealiste hälbiv käitumine. Tartu Ülikooli Õigusinstituut; Justiitsministeerium; Rannala, I.E, Tiko, A., Rohtla, A. (2006). Käitumisraskustega noored ja neile määratud mõjutusvahendite kohaldamine alaealiste komisjonides. Justiitsministeerium.

³²Markina, A., Šahverdov-Žarkovsk, B. (2007). Eesti alaealiste hälbiv käitumine. Tartu Ülikooli Õigusinstituut.

³³www.ecpbhs.ee/

³⁴Sotsiaalministeerium. 2013. Lastekaitse korralduse uuendamise alusanalüüs. Lõpparuanne.

³⁵Kuritegevus Eestis 2011, Justiitsministeerium, Tallinn 2012.

³⁶Moffitt, T.E. (2005). The New Look of Behavioral Genetics; www.hbsc.org/

³⁷Moffitt, T.E. (2005). The New Look of Behavioral Genetics

riskiks. Nt vaimse võimekuse uuringutes (mille ühe väljundina saab tinglikult võtta kooliedukust) on pikka aega olnud keskmes geenid vs keskkond temaatika³⁸, kus kaasaegsed uuringud on ära näidanud, et üks ja sama geenikombinatsiooni võib erinevates keskkondades osutada kas riski või kaitseteguriks või siis keskkond kas soodustab või takistab läbi erinevate interaktsioonide võimaliku bioloogilise potentsiaali väljendumist, alkoholitarbimise käitumise väljakujunemisel nt³⁹. Vastassuunalisi põhjus-tagajärg seoseid saab välja tuua ka nt psühhoaktiivsete ainete kuritarvitamise ja psüühikahäirete vahel, kus mõnikord võivad häired põhjustada ainete kuritarvitamist ja teinekord kuritarvitamine omakorda häireid⁴⁰. Hälbiva käitumise korral noorte ja laste seas on samuti üldteada asjaolu, et hälbivalt käituv sõpruskond võib olla üksikindiviidi puhul nii hälbiva käitumise põhjustajaks: varem kuritegeliku tausta ja käitumiseta noored satuvad kampa, kus grupimõjude tulemusel rikutakse seadust, või tagajärjeks: sarnaste huvidega noored seltsivad omasugustega. Ka kooliedukusel ja pereprobleemidel võib olla nii põhjus: ebaedu koolis põhjustab probleeme kodus, kui ka tagajärg: kodune olukord ei võimalda koolitöid ette valmistada. Nagu ka seosed psühholoogilistel probleemide ja kooliedukuse vahel: laps ei saa hakkama koolis kuna on häiritud (nt vaimne alaareng) või häirub, ja selle tagajärjel toimetulek halveneb (nt võib murdeealiste seas olla depressioon sage kooliprobleemide ja käitumisprobleemide põhjustaja).

Kokkuvõtvalt saab öelda, et ennekõike tõusevad Eesti laste ja nende perede probleemidena esile: kooliedukus (koolikohustuste mittetäitmine, kehvemad koolihinded), vanemluse (üksikvanemad ja probleemsed vanemad) ja peresuhete probleemid (konfliktid peres), vaesus, alkoholi kuritarvitamine ja hälbivalt käituv sõpruskond.

2.2. Programmide vastavusanalüüs

Selleks, et selgitada välja, kuivõrd vastavad valikusse kaasatud programmid tellija lähteülesandele ja uurimisküsimustele, koostati loogilisele mudelile tuginev indikaatorite loetelu ja hinnati programmide vastavust nendele. Vastavust hindas üksteisest sõltumatult kaks eksperti. Ekspertide hinnangute ühtsuse tagamiseks koostasid nad ühistöös meetodi⁴¹ komponentidest ning püstitatud uurimisküsimustest lähtuvad hinnangu kriteeriumid (14) ja indikaatorid (60) (tabel 1) ning ühtlustasid läbi arutelude ja illustreerivate näidisjuhtumite oma arusaamad. Peale sõltumatu hinnangu andmist võrreldi tulemusi omavahel ning arutati läbi ja ühtlustati erisused. Hinnangutes oli erisusi 4 kriteeriumi lõikes 60-st. Tabelis 1 on esitatud programmide vastavusanalüüsi koondtulemused.

³⁸Green, R.L., Hofmann, L.J., Morgan, R.F. (1967). Some Effects of Deprivation on Intelligence, Achievement, and Cognitive Growth. *Journal of Negro Education*

³⁹Vaht, M., et al. (2014). Serotonin transporter gene.

⁴⁰<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>

⁴¹W.K. Kellogg Foundation (2004), *Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action*, Battle Creek, MI: W.K. Kellogg Foundation www.wkcf.org/knowledge-center/resources/2006/02/wk-kellogg-foundation-logic-model-development-guide.aspx

Tabel 1. Valikus olevate programmide uurimisküsimustest ja Blueprint standarditest lähtuv võtmekriteeriumitele vastavuse võrdlev ülevaade

Komponent	Kriteerium	Indikaator	MST	FFT	MDFT	COAIM
		Indikaatoreid hinnatakse kolmesel skaala: kui indikaator on esindatud – 'jah'; kui ei ole esindatud – 'ei'; ning kui info puudub või on hindamiseks ebapiisav siis – '?'				
RESSURSID/ SISEND ... hõlmab inim-, finants-, organisatsiooni- ja kogukondlikku ressursi, mida programm vajab, et plaanitud töö saaks tehtud.	Programmide läbiviimise teoreetiline taust ning teenuse osutajad ja nende rollid on kirjeldatud.	Üldtunnustatud lähenemine	JAH	JAH	JAH	JAH
		Selge struktuur	JAH	JAH	JAH	JAH
		Kompetentsed läbiviijad	JAH	JAH	JAH	JAH
		Teenust pakkuv(ad) organisatsioon(id)	JAH	JAH	JAH	JAH
	Programm sihtgrupp on kirjeldatud.	Klient	JAH	JAH	JAH	JAH
		Võrgustik:				
		• perekond	JAH	JAH	JAH	JAH
		• sõbrad	JAH	JAH	JAH	JAH
		• kogukond (kool, huvigrupid jne)	JAH	JAH	JAH	JAH
	Väljaõpe on toetatud treeningmaterjalidega, juhendite ja läbiviimise protseduurikirjeldusega.	Läbiviija manuaal(id)	JAH	JAH	JAH	JAH
		Töölehed	JAH	JAH	JAH	JAH
		Infomaterjalid ja juhendid	JAH	JAH	JAH	JAH
Muud protseduurikirjeldused		JAH	JAH	JAH	JAH	

Komponent	Kriteerium	Indikaator	MST	FFT	MDFT	COAIM
PROGRAMMI TEGEVUS ...on kõik see, mida programm ette võtab oma ressurssidega. Tegevused on protsessid, vahendid, sündmused, tehnoloogia ja teod, mis on programmi rakendamise kavatsuslikud osad. Neid sekkumisi kasutatakse selleks, et välja tuua plaanitud programmi muutused või tulemused.	Programm on jätkusuutlik ning sobitub olemasoleva süsteemiga.	Tugisüsteem:				
		• supervisioonisüsteem	JAH	JAH	JAH	JAH
		• jätkukoolitused	JAH	JAH	JAH	JAH
		Uute läbiviijate koolitused:				
		• süsteem koolitab ennast ise	EI	EI	EI	JAH
	• koolitus toimub välisekspertide toel	JAH	JAH	JAH	JAH	
	Programmi viivad läbi kogunud ja kvalifitseeritud spetsialistid.	Programmi läbiviimine vajab eriteadmisi	JAH	JAH	JAH	JAH
		Programm vajab väljaõppinud spetsialiste	JAH	JAH	JAH	?
		On olemas vajalike eriteadmistega spetsialistid	EI	EI	EI	JAH
Spetsialistid vajavad eriväljaõpet		JAH	JAH	JAH	?	

Komponent	Kriteerium	Indikaator	MST	FFT	MDFT	COAIM
VÄLJUNDID ... on programmi tegevuste otsesed viljad ja võivad sisaldada programmi poolt toimetatud teenuste tüüpe, tasemeid ja sihte.	Programm on suunatud noorte ja laste ning nende perede toetamiseks väljaspool kinniseid asutusi.	Klient on selgelt kirjeldatud (vanus, sugu, rahvus, kogukondlik kuuluvus (küla, linn) ja võimalusel sotsiaalmajanduslik staatus				
		Sekkumise tase(med) on määratletud:				
		• indiviid	JAH	JAH	JAH	JAH
		• grupp	?	?	EI	?
		• institutsioon	JAH	JAH	JAH	JAH
	Sekkumismeetod(id) on usaldusväärsed	JAH	JAH	JAH	JAH	
	Sekkumise määr lähtub ennekõike kliendi riskidest ja nende tasemest, mis suurema tõenäosusega toovad kaasa hälbiva käitumise jätkumise ja kliendi valmisolekust muutuda.	Kriminogeensed riskitegurid sh kriminaalne käitumine ⁴²	JAH	JAH	JAH	JAH
		Kaitsetegurid	JAH	JAH	JAH	JAH
		Tegurite mõju käitumise jätkumisele	JAH	JAH	JAH	JAH
		Motivatsioon	JAH	JAH	JAH	JAH
	Programm arvestab kliendi eripärasid nagu nt õpistiil ja võimed.	Kliendikeskus	JAH	JAH	JAH	JAH
		Juhtumipõhisus:				
		• Õppimis-stiil	JAH	JAH	JAH	JAH
	• Kognitiivne profiil (vaimsed võimed jne)	EI	?	?	JAH	
	Programmid on multimodaalsed ja orienteeritud reaalses elus rakendatavatele oskustele.	Fookuses korraga mitu probleemkäitumist	JAH	JAH	JAH	JAH
Omandatavate oskuste rakendatavus reaalses elus:						
• toimetulekuoskused		JAH	JAH	JAH	JAH	
• probleemilahendusoskused	JAH	JAH	JAH	JAH		

⁴² Mõiste **kriminaalne käitumine** tähistab juriidilisest normist hälbivat käitumist. Kriminaalne käitumine võib olla ühekordne või korduv. Korduva kriminaalse käitumise puhul saab kasutada ka mõistet retsidiivne käitumine, seda eristab retsidiivsest kriminaalse käitumise süsteemus ja ajaline mõõde: nt korduvat, kuid harvaesinevat kriminaalset käitumist ei loeta enamustes riikides juriidilises mõttes retsidiivseks käitumiseks, kui vahemik kahe korra vahel ületab seaduses sätestatud ajalised piirid.

Komponent	Kriteerium	Indikaator	MST	FFT	MDFT	COAIM
TULEMUSED ... on spetsiifilised muutused programmis osalejate käitumises, teadmistes, oskustes, staatuses ja funktsioneerimise tasemes. Lühiaegsed tulemused on saavutatavad 1–3 aastaga ning pikaajsed tulemused on saavutatavad 4–6 aastaga.	Programm on mõjutanud kliente reageerima positiivsel moel.	Kliendi monitoorimine				
		• enne programmi	JAH	JAH	JAH	JAH
		• programmi ajal	JAH	JAH	JAH	JAH
		• pärast programmi	JAH	JAH	JAH	JAH
		Tagasilanguse ennetamine	JAH	JAH	JAH	JAH
	Tulemus säilib ka aasta peale lõppu	JAH	JAH	JAH	JAH	
	Programmi tulemuslikkust on tõestatud usaldusväärsete meetoditega.	Eksperimentaalne uurimine (vähemalt üks randomiseeritud kontrolluuring või kaks kvaasi-eksperimentaalset hinnangut)	JAH	JAH	JAH	EI
		Empiiriline uurimine (tulemuse kontrollimiseks on läbi viidud meetodi valiidsus- ja reliaablusuuringuid)	JAH	JAH	JAH	JAH
		Uuringud on läbi viidud eetikaprinsipiidest lähtuvalt, sh on maandatud võimalikud riskid	JAH	JAH	JAH	JAH
		Uuringu tulemused on publitseeritud eelretsenseeritavates teadusajakirjades	JAH	JAH	JAH	?
		Indikaatorite kirjeldused (arestide, vahistamiste arv, koolist väljalangemine, õppeedukus)	JAH	JAH	JAH	JAH
		Kohased andmekogumise meetodid (vaatlus, enesehinnangulised küsimustikud, intervjuud, andmebaasid, õpperaportid jne)	JAH	JAH	JAH	JAH
		Kohased andmeanalüüsi meetodid	JAH	JAH	JAH	JAH
		Lühiaegsed tulemused	JAH	JAH	JAH	JAH
		Pikaajsed tulemused	JAH	JAH	JAH	JAH

Komponent	Kriteerium	Indikaator	MST	FFT	MDFT	COAIM
	Teenuse läbipaistvus on tagatud: olemas on dokumentatsioon selle kohta, millist teenust tegelikult osutati ning on võetud tagasiside sihtgrupilt	Sisene kvaliteedisüsteem ja -kontroll	JAH	JAH	JAH	JAH
		Aruandlus (paber, audio, video)	JAH	JAH	JAH	JAH
		Tagasiside	JAH	JAH	JAH	JAH
		Andmebaas	JAH	JAH	?	JAH
		Kogutava info usaldusväärne töötlemine ja levitamine	JAH	JAH	JAH	JAH
MÕJU ... on pikemas perspektiivis programmi tulemusel ilmnev fundamentaalne, plaanitud või plaanimatu organisatsiooni, kogukonna ja/või süsteemi muutus (7–10 aasta jooksul).	Programm on esile toonud muutusi tervetes süsteemides (nt lisaks kliendile ka kliendiga tegelevas võrgustikus)	Võrgustiku monitoorimine:				
		• vähenenud tagasilangused	JAH	JAH	JAH	JAH
		• vähenenud retsidiivsus ⁴³	JAH	JAH	JAH	JAH
		• suurenenud toimetulek (kliendid, perekonnad on iseseisvunud)	JAH	JAH	JAH	JAH
		Eeskujud, uued toimivad mudelid	EI	EI	EI	JAH
	Programmi mõju on näha ühiskonna tasandil	Vabatahtlike kaasamine	JAH	EI	JAH	?
		Programmi levik	JAH	JAH	JAH	JAH
		Ühiskonna teadlikkuse kasv	JAH	JAH	JAH	JAH
Valdkonnas ressursi ülejääk (vähenenud kulutused)		JAH	JAH	JAH	JAH	

Märkus: mudel tugineb *W.K.Kelloggs Foundation Logic Model Development Guide*⁴⁴ printsiipidel

⁴³Mõiste **retsidiivsus** tähistab korduvat kuritegude sooritamist (korduv kriminaalne käitumine). Tänapäeval valitseb retsidiivsuse defineerimisel lähenemismudelite ja vaadete paljus: justiits-korrektioonisüsteemiline, psühholoogilis-meditsiiniline ja sotsiaalne lähenemine ning sellest tulenevalt ka definitsioonide paljus. Antud uuringus kasutatakse mõisteid kriminaalne käitumine ja retsidiivsus algallika otsevastetena muutmata kujul.

⁴⁴ W.K. Kellogg Foundation (2004), *Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action*, Battle Creek, MI: W.K. Kellogg Foundation <http://www.wkcf.org/knowledge-center/resources/2006/02/wk-kellogg-foundation-logic-model-development-guide.aspx>

Nagu tabelist 1 näha, vastavad kõik programmid suures osas etteantud kriteeriumitele. Kriteeriumi saab ka kirjeldada kui lävendit, mis ei ütle aga midagi rohkemat selle kohta, mil määral on see lävend ületatud. Selleks antakse järgnevas alapeatükis sisuline ehk kvalitatiivne ülevaade olulisematest võtmeteguritest.

2.3. Programmide võrdlev sisuanalüüs

Et saada paremat pilti programmide võimalustest ning nende vastavusest Eesti oludele ja vajadustele, koondati tabelisse 2 programmide info nt selle kohta, milline on rakendajate väljaõppe määr ja osakaal, sh kui pikk on väljaõpe, kas see eeldab ettevalmistatud spetsialistide olemasolu jne. Samuti kaardistati võrdlevalt programmide käivitamise ja läbiviimise tingimused, vajalikud kompetentsid, sihtgrupid ja sihtgrupile pakutava teenuse olemus ning milliseid tulemusi on saavutatud ja millega on need tõendatud.

Tabelist 2 selgub, et ühte ja ideaalset mudelit pole võimalik välja tuua. Kõigil analüüsitavatel programmidel on oma eelised ja kitsaskohad. Valiku tegemisel on oluline arvestada lisaks nende vastavusele kohalike vajadustega (tabel 1 näitab, et kõik valikus olevad programmid vastavad), ka nendega kaasnevate võimalike probleemidega (eriti nendega, mis tulenevad kohalikest oludest). Allpool antakse ülevaade võimalikest valikukriteeriumitest ja nende teguritega kaasakäivatest võimalikest tagajärgedest, millega tuleb valiku tegemisel ja rakendamisel arvestada.

Tabel 2. Programmide võrdlus

Kriteeriumid, sisend programmi	MST	FFT	MDFT	COAIM
Kes võib programmi läbi viia?	Programmi viib läbi väljaõppe saanud spetsialist, kvalifikatsiooni antakse organisatsioonile.	Programmi viib läbi väljaõppe saanud spetsialist.	Programmi viib läbi väljaõppe saanud spetsialist, litsentseeritakse spetsialisti.	Programmi viib läbi väljaõppe saanud spetsialist.
Kas ja millise ettevalmistusega isikuid on vaja?	Terapeudil peab olema magistrikraad koos täiendava teraapia väljaõppe ja töökogemusega nt pereteraapia, kognitiiv-käitumusliku teraapia või mõne muu käitumusliku kasvatamise või sõltuvuse kohtlemise alase lähenemisega. Superviisorid on lisaks eriharidusele doktori- või magistrikraadiga.	Terapeut peab olema magistrikraadiga psühholoog, superviisorid litsentseeritud spetsialistid.	Terapeudil peab olema bakalaureuse või magistri kraad ja kvalifikatsioon nõustamise, pereteraapia, sotsiaaltöö või nendega kaasnevalt alalt ning 2–3 aastane töökogemust laste ja/või perede probleemidega. Terapeudi assistendil võib olla bakalaureuse kraad või vastav kogemus. Superviisor peab olema magistrikraadiga sertifitseeritud MDFT terapeut.	Spetsiaalset haridustaset ei eeldata, samas rõhutatakse, et peab olema piisava ettevalmistusega (arvestavad teadmised ja oskused) töötamaks riskilaste ja noortega
Kes, mis keeles õpetab välja ning kes on väljaõppesse kaasatud?	Väljaõpe programmi loojatelt. Koolitajad Ameerikast (USA, Lõuna-Carolina). Väljaõpe ning aruandlus on inglise keeles, eeldatakse osalejate vaba inglise keele valdamist kõnes ja kirjas. Kohalikku keelde adapteerimine väikeste sihtgruppide korral pole	Väljaõpe programmi loojatelt. Koolitajad Ameerikast (USA; Seattle, Washington). Väljaõpe on inglise keeles.	Väljaõpe programmi loojatelt. Koolitajad Euroopast (Taani, Holland). Väljaõpe ning aruandlus on inglise keeles, eeldatakse osalejate vaba inglise keele valdamist kõnes ja kirjas. Meetodi suurema leviku korral toetatakse kohalikku keelde adapteerimist.	Väljaõpe programmi loojatelt. Koolitajad Euroopast (Iirimaa). Väljaõpe on valdavalt eesti keeles.

	mõistlik (on kulukas)			
Kui pikk on ja millest koosneb väljaõpe?	<p>Väljaõppel ja rakendamisel rõhuasetus multisüsteemsusel, st programmi rakendamisel peavad osalema:</p> <p>I teenust käivitav meeskond, kellega koostöös tehakse programmi kirjeldus, eelarve ja pannakse paika programmi rakendamiseks vajalik aeg ja programmi hinnang, kvalifitseeritud spetsialistide valik ja väljaõpe;</p> <p>II kliinilist jätkusuutlikust tagav meeskond, kes tegeleb programmi monitooringu ja kliinilise supervisiooniga.</p> <p>III organisatsiooni jätkusuutlikust tagav meeskond, kelle kanda on finantsanalüüs ja koostöö võrgustiku arendamine;</p> <p>IV kvaliteedi kontroll on suunatud programmi kvaliteedi järelevalvele – manuaalset kinnipidamine. Baas MST kliiniline treening sisaldab treeningueelset käivitusteenust, viiepäevast treeningut, iganädalast MST</p>	<p>Väljaõpe ja süsteem on kolmeastmeline, kus terapeudi kvalifikatsiooniks peab spetsialist läbima:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kliinilise treeningu: aasta kuni 18 kuud – iganädalased konsultatsioonid; 2. supervisiooni, mis sisaldab ka sekkuja aitamist nii koha peal, kui ka telefoni teel, kestab kuni 1 aasta; 3. Järelevalve ja treenimine töö käigus, analüüsitakse tegevuse jätkusuutlikust. <p>Lõplik pikkus on küsitav, aga I ja II faasi pikkus on 2–2,5 aastat, kuid mingid tegevused on veel ka faasis III. Järelikult väljaõpe kestab veel mingi aeg: kokku vähemalt 3 aastat. I faasi lõpus 1-päevane sissejuhatav ja 2-päevane kliiniline treening, mille lõpus alustatakse koheselt tööd juhtumitega ning iga-nädalased konsultatsioonid; II faas sisaldab 2-päevast kliinilist treeningut, 1-päevast kohapealset treeningut ja 2-päevast superviisori</p>	<p>Väljaõpe on mitmetasemeline, esimene etapp on terapeudi väljaõpe, teine etapp on superviisorite ja kolmas koolitaja väljaõpe. Kõigepealt koolitatakse välja superviisor(id), kes valivad oma meeskonna terapeudi kandidaadid ning seejärel osalevad integreeritult koos terapeudi väljaõppes. Terapeutide litsentseerimine toimub I taseme lõpus, paralleelselt on juures re-litsentseerimine, kus terapeutidelt oodatakse korra aastas töönaidiste hindamiseks esitamist. Väljaõpe hõlmab väljaõppe eelseid käivitamise konsultatsioone, väljaõpet ja tugitegevusi. Terapeudi väljaõppe pikkus on 6 kuud pluss viis täiendavat kuud superviisori väljaõppeks. Terapeudi väljaõpe hõlmab endas kohapealseid treeninguid, iganädalasi juhtumianalüüsidel põhinevaid konsultatsioone, juurdepääsu MDFT kliinilisele</p>	<p>Väljaõpe tavaliselt 5–7 päeva, mis sõltub osalejate tasemest. COAIM eksperdid pakuvad ennekõike internetipõhist supervisiooni ja mentorlust aasta jooksul peale programmi sisse seadmist. Vastavalt organisatsiooni vajadustele võib ka olla teistsugust lähenemist ja pikema-aegseid treening- ja tugiprogramme.</p>

		kliinilist konsultatsiooni meeskonna liikmetele, kvartaalseid edendavaid treeninguid ja programmi vastavuse ja sobilikkuse monitoorimist, sh (audio)töönäidiste esitamist .	treeningut. II faasi lõpus 1-päevast kohapealset treeningut.	veebiportaale, programmi vastavuse ja sobilikkuse monitoorimist ja (video)töönäidiste esitamist (aastas tuleb esitada 2 teraapiasessiooni salvestust ning esimesel aastal sooritada 2 kirjalikku eksamit).	
	Millised väljaõpet toetavad materjalid on olemas?	On olemas programmi läbiviimise ja supervisiooni manuaal.	On olemas terapeudi ja superviisori treeningmanuaalid, video jm õppematerjalid ja protokollid ning teemakohased raamatud.	On olemas programmi rakendamise manuaal ning pidevalt täienevad õppematerjalid ning teemakohased raamatud.	On olemas toetavad materjalid ja manuaal ning teemakohased raamatud.
	Kuivõrd iseseisev või seotud on programm peale väljaõppe ja rakendamise perioodi lõppu?	Rõhutatakse majanduslikult toetatud keskkonna olulisust, edaspidiseks eduks nähakse koostöö jätkumist, programmi arendamist partnerlussuhetes, pakuvad tuge finantside leidmisel programmi töös hoidmiseks.	Soodustakse partnerlussuhteid. Kuna väljaõpe sisaldab superviisori treeningut, siis väljaõppe järgselt on süsteem võimeline iseseisvalt toime tulema.	Kuna programm pakub ka superviisori ja meetodi koolitaja väljaõpet ning võimalusel soodustab emakeelse süsteemi väljaarendamist, siis võib eksiteerida üsna iseseisvalt, kvaliteedikontroll tagatakse läbi litsentside uuendamise.	Sõltub organisatsioonist ja kokkulepetest, üldiselt pigem iseseisev.
Prog-rammi sihtrühm	Kellele programm on mõeldud?	Lapsed vanuses 12–17; Sekkumine individuaalsel tasemel; Grupisekkumise kohta info puudub.	Lapsed vanuses 10–18; Sekkumine individuaalsel tasemel; Grupisekkumise kohta info puudub.	Lapsed vanuses 11–18 ning sama vanade laste ja noorte vanemad; Sekkumine individuaalsel tasemel; Ei ole sobilik grupis.	Lapsed ja noored. Sekkumine individuaalsel tasemel: Kasutatakse grupisekkumisi.
Sekku-mine	Millised on programmi	Indiviid; Perekond;	Indiviid; Kaaslased;	Indiviid; Perekond;	Indiviid; Perekond;

komponendi?	Kaaslased, sõbrad; Kool; Kogukond. Motivatsioon; Hoiakud, väärtused; Toimetulekuoskused; Prosotsiaalne kaasatus ja seotus.	Perekond; Motivatsioon; Hoiakud, väärtused; Toimetulekuoskused; Prosotsiaalne kaasatus ja seotus.	Kogukond. Motivatsioon; Hoiakud, väärtused; Toimetulekuoskused.	Kogukond. Motivatsioon; Hoiakud, väärtused; Toimetulekuoskused.
Millistele probleemidele on programm suunatud?	Ainete kuritarvitamine; Alaealiste kuritegevus; Laste kuritarvitamine ja hülgamine; Psühhiaatrilised probleemid; Tervishoid (diabeet, ülekaalulisus, HIV); Probleemne seksuaalkäitumine; Peresidemete tugevdamine.	Programmi eesmärgiks on mõjutada last: sotsiaalset interaktsiooni, kehtestada kindlad käitumisreeglid ja arendada probleemide lahendamise oskusi. On oluline, et toimuks mitte vägivaldne kasvatamine, vaid vanemate poolne sotsiaalne abistamine.	Ainete kuritarvitamine; Hälbiv käitumine; Käitumishäired; Kooliprobleemid (puudumised, käitumine, hinded); Pereprobleemid (nt konfliktid, kodune vägivald, töötus); Kaasnevad vaimse tervise probleemid (nt depressioon., ärevus, ADHD); Kõrge riskiga seksuaalne käitumine (nt kaitsmata vahekorrad, vahekorrad ainete mõju all). MDFT on lisaks veel suunatud vanemate/ hooldajate ainete kuritarvitamise või hälbiva käitumise probleemidele.	Kriminaalne käitumine; Hoiakud ja kognitiivne stiil Pro-sotsiaalsed tegevused Viha ja emotsioonide kontroll Ainete ja alkoholi kuritarvitamine; Elustiil; Suhted ja pereprobleemid; Väljaõpe ja tööhõive; Rahaline toimetulek;
Kus programmi rakendatakse?	Perekonnas; kaasatakse kooli ja sotsiaalhoolekande asutusi.	Perekonnas, koosneb viiest faktorist: 1. Kokkulepped (perekonna eesmärkide seadmine) 2. Motivatsioon (süüdistamise vähendamine,	Programmi rakendatakse päritolu ja adoptiivperedes, ühiskondlikes agentuurides, päevakeskustes, kasu- ja tugiperedes, haiglates,	Nii individuaalselt kui perekonnas, kaasatakse vajadusel asjassepuutuvaid asutusi (kool, hoolekanne).

			muutusteks ettevalmistamine) 3. Suhete hinnang (milliste vajaduste rahuldamisega tegeleme). 4. Käitumise muutmine (vältida perekondlike konflikte) 5. Üldistamine/tulemuste kinnistamine (perekondlikud ressursid on leitud, ennetamise oskused on saadud)	hoolekandeesutustes, koolides.	
	Kui pikk on programmi kestus ja kui tihe sekkumise määr?	Teraapia kestus 4 kuud. 24/7 sekkumine vastavalt vajadusele kohapeal, st terapeut läheb sinna, kus on noor ja siis, kui on vaja. Võimalik on vaid täiskoormusega töötamine.	Lühiteraapia, keskmise kestusega 30 tundi, 3–4 kuu vältel. Spetsialistid töötavad iga perekonnaga 2,5–3 tundi. 12 sessiooni 3–4 kuu jooksul, korraga 12–16 aktiivset juhtumit.	Teraapia kestus 3–6 kuud, nädalas 2–3 sessiooni vahemikus 60–90 minutit, mis on segu individuaalsest (ligikaudu 40% nooruk ja 20% vanem) ning pereteraapiast (40%), lisanduvad telefonikontaktid ja võrgustikutöö. Võimalik on ka osakoormusega töötamine.	Kohtumiste sagedus ja programmi kestus varieerub ja sõltub kliendi vajadusest ning võib kesta kuni aasta. Tavaliselt 12 klienti korraga, sõltub töö iseloomust ja intensiivsusest.
	Kui suured on meeskonnad ja palju juhtumeid?	Meeskonnas 2–4 terapeuti ja superviisor. Igal terapeudil korraga 5 perekonda.	Meeskonnas minimaalselt 5–6 terapeuti, igal terapeudil 12–16 aktiivset juhtumit. Superviisorid toetavad kuni kaheksat juhtumit.	Meeskonnas keskmiselt 3–5 (min 2) terapeuti ja superviisor, igal terapeudil korraga 6–8 multiprobleemset või 10–12 lihtprobleemset noorukit.	?
Tõendid	Kui pikalt on programm olemas olnud?	30 aastat	38 aastat on tehtud selle kohta uuringuid, aastast 1998 on FFT LLT	25 aastat on läbi viidud uuringuid	7 aastat, aastast 2006
	Kas ja millised	Väheneb mittevägivaldsete	Noorukid jäävad rohkem koju;	Programm on näidanud suurt	?

on lühiaegsed tulemused?	kuritegude juhtumite arv; paranevad vanemlikud oskused, mistõttu väheneb noorte kriminaalne käitumine.	paraneb perekonna funktsioneerimine; väheneb hälbiv käitumine; paraneb vaimne tervis; väheneb ainete kuritarvitamine.	efektiivust programmis püsimise ja lõpetamise osas; väheneb ainete kuritarvitamine; paraneb perekonna funktsioneerimine; paraneb koolisooritus väheneb kuritegevus ja hälbiv käitumine; väheneb noorte kodust ära võtmine; paranevad vaimse tervise sümptomid (vähenevad depressioon ja ärevus).	
Kas ja millised on pikaajased tulemused?	Väheneb tõsiste alaealiste kinnipeetavate kriminaalne käitumine; väheneb korduvate arreteerimiste hulk, sh nii vägivaldsete kui ka mittevägivaldsete ning ainetest tingitud kuritegude hulk; väheneb noorte kodust ära võtmine.	Väheneb retsidiivsus; Väheneb ainete kuritarvitamine; paraneb vaimne tervis; väheneb järglaste kohtuga seotus.	Enamus MDFT uuringuid sisaldavad ka vähemalt üheaastast jätkuuringut, mis näitavad, et enamus juhtudel muutused mitte ainult ei püsi, vaid ka arenevad edasi paremuse poole. MDFT-d saab edukalt rakendada erinevate ainete kuritarvitamise, vaimse tervise, laste hoolekande ja alaealiste justitsüsteemis.	Programmi lühikesest ajaloost tulenevalt puuduvad.
Milliste uuringutega on tulemused saadud?	Hulgaliselt teadusuuringuid, nende hulgas vähemasti 21 tasakaalustatud kontrolluuringut (vt lisa 1); samuti kuni 13,7 aastat peale teraapia lõppu toimunud	On nii tasakaalustatud kontrolluuringuid kui kvaasi-eksperimente (vt lisa 2).	Hulgaliselt teadusuuringuid, mis tõestavad programmi efektiivsust (eriti hälbiva käitumise ja sõltuvusega seonduvalt), nende hulgas vähemasti 12 tasakaalustatud	Delaney, P., Weir, M. (2011). An Assessment, Monitoring and Outcome Measurement System for Offender Rehabilitation and Reintegration Programmes:

		jätku-uuringud.		kliinilist kontrolluuringut ning vähemasti üks neist kirjeldab efekti püsivust ka aasta peale programmi lõppemist (vt lisa 3)	A Description of a Model at Work in the Cornmarket Project, Wexford. IRISH PROBATION JOURNAL
	Milline süsteem ja millise hinnangu on andnud?	<i>Blueprint: Crime Solutions: Effective Blueprints: Model OJJDP Model Programs: Effective SAMHSA: 2.9-3.2 The California Clearinghouse</i> teaduslik reiting: 1 – hästi toetatud tõendus põhiste uuringutega ⁴⁵	<i>Crime Solutions: Effective Blueprints: Model OJJDP Model Programs: Effective</i>	<i>Scientific Rating Scale rated a 1 - „Well-Supported by Research Evidence“ Child Welfare System Relevance Level: Medium</i> <i>The California Clearinghouse</i> teaduslik reiting: 1 – hästi toetatud tõendus põhiste uuringutega ⁴⁶	
Kriitika	Milliseid probleeme on täheldatud?	MST puhul on väga suur vastutus terapeudil, mitte vanematel, samas ebaõnnestumise korral (käitumisraskused jätkuvad) liigub kogu vastutus sageli vanematele, mistõttu võivad nad tunda ennast süüdi ⁴⁷ . Ontarios läbiviidud uuring ei leidnud olulisi erinevusi MST läbinud noorte ja	FFT pöörab vähe tähelepanu bioloogilistele põhjustele, sest sageli on probleemide põhjusteks mitte ainult vastuolulised suhted perekonnas, vaid ka bioloogiline mõju, millele tasub rohkem tähelepanu pöörata. Perekonna süsteemi teooria on vananenud, lähenemine.	Programmi tulemuslikkus võib varieeruda, kui tegemist on eriti raskete sõltuvuse või psüühilise häire juhtumitega. Uuringutes keskendutakse palju sõltlastele ⁵² . Uuritakse väga palju linnaelanikke ja vähemuses olevaid noori ⁵³ . Programmi efektiivuse näitajad on ebaolulised (nt paranenud	

⁴⁵www.cebc4cw.org/program/multidimensional-family-therapy/

⁴⁶www.cebc4cw.org/program/multisystemic-therapy/

⁴⁷Latimer J. (2013). Multisystemic Therapy as a Response to Serious Youth Delinquency. JustResearch no. 12; Leschied, A. (2002). Randomized study of MST in Ontario, Canada. Retrieved February 14, 2007, from http://www.lfcc.on.ca/MST5_MSToversight.pdf.

	<p>kontrolligrupi osas retsidiivsuse määra⁴⁸. Uuringud on teostatud valdavalt USA-s ja valimis on olnud valdavalt mehed⁴⁹. Vähem on uuringuid noorte naiste kohta ning uuringutes ei ole arvestatud võimalike etniliste mõjudega⁵⁰. Probleemina on välja toodud ka asjaolu, et programmi maksumus varieerub oluliselt erinevates uuringutes⁵¹.</p>	<p>FFT süsteemi arendamine ja meeskonnakoolitus on pikaajaline protsess, mis on ressursimahukas ja vajab aega süsteemi loomise ja tulemuse saamise jaoks. Kuna mudel on kodupõhine, siis võib programmi sobitumine olla probleemne nendel peredel, kellel on sotsiaalmajanduslikud probleemid ja kelle sotsiaalsed oskused on madalad.</p>	<p>suhtlemine perekonnas) või on need näitajad olnud madalad (nt koolist puudumise vähenemine ning kriminaalsete isikutega suhtlemise määra vähenemine)⁵⁴. See, et programm hästi rakendub, ei pruugi ennustada programmi tulemuslikkust aastate möödumisel⁵⁵. Konkreetse programmi maksumuse summas on raske orienteeruda⁵⁶.</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

⁵²Hogue, A., Liddle, H.A., Rowe, C., Turner, R.M., Dakof, G.A., & LaPann, K. (1998). Treatment.

⁵³Samas.

⁴⁸Latimer J. (2013). Multisystemic Therapy as a Response to Serious Youth Delinquency. JustResearch no. 12.

⁴⁹Samas.

⁵⁰Leschied, A. (2002). Randomized study of MST in Ontario, Canada.

⁵¹Latimer J. (2013). Multisystemic Therapy as a Response to Serious Youth Delinquency. JustResearch no. 12; Leschied, A. (2002). Randomized study of MST in Ontario, Canada.

⁵⁴Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4), 651-688; Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 12-25.

⁵⁵Hogue, A., Liddle, H.A., Rowe, C., Turner, R.M., Dakof, G.A., & LaPann, K. (1998). Treatment.

⁵⁶kuscholarworks.ku.edu

Järgnevalt tabeli 2 kriteeriumite võrdlev analüüs olulisemate alateemade kaupa.

Nõuded rakendajatele. MST ja FFT programmiga liitujal peab olema mõne teraapia (KKT, pereteraapia jne) alane magistrakraad. MST puhul on lisaks oodatud ka sotsiaaltöö alase magistrakraadiga kandidaadid. Soovituslikult eeldatakse MST superviisorilt doktorikraadi. Kuna terapeudi väljaõpe on pikaajaline ja keeruline protsess, siis on need programmid käsitletavad pigem osakompetentsi väljaõppena, kus väljaõppesse oodatakse juba spetsiaalse ettevalmistuse saanud spetsialiste, kellele korraldatakse täiendõpe: MDFTI kestab terapeudi väljaõpe 6 kuud ja 3 kursust ning superviisori väljaõpe 5 kuud; FFT puhul on väljaõpe lisaks piiritletud sisendile ka pikem ja erilmelisem (ligikaudu 3 aastat kolmes faasis, igas mitmeid tegevusi, sh erineva pikkusega – pool kuni mitu päeva, treeninguid, supervisioone jne); COAIM eristub sellega, et mudel on süsteemikeskne ning selle sees rakendatakse tunnustatud meetoditest koosnevat sekkumist. Kahjuks pole COAIMi puhul nii spetsialistide väljaõppekirjeldused kui ka palju muud hindamiseks olulist infot kättesaadavalt ja selgelt välja toodud. Kuna tegemist on sekkumises transteoreetilisele (TTM) käsitlusele ning motiveerivale intervjuerimisele (MI) tugineva programmiga, siis on need väljaõppe põhimõtted rahvusvaheliselt üldtunnustatud ja üldteada ka Eestis. MI kui pigem osapädevus on kasutatav väga laialdase ettevalmistusega sihtrühmades. Meetodi rakendamise määr sõltub rakendaja taustast, nt kliinilise psühholoogi väljaõppega terapeudi sekkumise määr ja ulatus võib, aga ei pruugi olla suurem pedagoogi taustaga MI rakendajast. **Kuna aga programmi kohta käiva info kättesaadavus on üheks tõenduspõhise programmi kriteeriumiks⁵⁷, siis selle puudumine välistab COAIMi edasisest võrdlevast analüüsist.**

Kuna valikusse jäänud programmid on välja töötatud USA-s, siis on siinkohal vajalik käsitleda ka programmi kandideerijatele esitatavate nõudmiste erisust võrreldes Eestiga: Eesti kõrgkoolid ei valmista seoses Bologna 3 + 2 süsteemile üleminekuga⁵⁸ ette rakendusmagistreid. Meie kutse omistamise süsteem eeldab nõustaja või terapeudi kutse saamiseks magistriõppest erinevat (täiendavat) väljaõpet. Oma sisult vastavad enamusse vaatluse all olevatesse programmidesse siseneja eeldused Eesti mõistes kliinilise psühholoogi kutse standarditele. Samas rõhutatakse ka programmide kodulehekülgedel, et programmide rakendamisel erinevates riikides lähtutakse võimalusel ka kohalikest oludest ja kohandatakse nõudmised neile. Meilivahetusest ja Skypevestlusest MST⁵⁹ ja MDFT⁶⁰ programmide esindajatega selgus, et mõlema programmi puhul on personalivaliku põhikriteerium ennekõike varasem pikemaajaline (2–3 aastat) kokkupuude ja või töökogemus sihtgrupi valdkonnaga: probleemsed noored, perekonnad. Hariduslik nõue MDFT puhul võib piirduda ka bakalaureuse tasemega, alles jääb aga sisuline põhieeldus, et kuna probleemsete lastega ja nende peredega töötamine on pingirikas ja väljakutseid pakkuv valdkond, siis peavad kandidaadid olema põhjaliku eelneva väljaõppega, oskuslikud ja kogemustega spetsialistid. Viimane asjaolu tähendab omakorda seda, et Eestisse toodava programmi väljaõppesse on oodatud juba kogemustega, ennekõike laste ja perede vallas töötavad spetsialistid (kliinilised psühholoogid, terapeudid, nõustajad). Nende spetsialistide ring on piiratud⁶¹, mis võib osutada üheks programmi käivitumise riskiks, kuna napib sobivat personali.

⁵⁷Program Criteria. Blueprints for Healthy Youth Development. www.blueprintsprograms.com/programCriteria.php.

⁵⁸Kutse andmine. Eesti Psühholoogide Liidu kodulehelt www.epl.org.ee/wb/pages/kutse-andmine.php välja otsitud 04.01.2014.

⁵⁹Marshall E. Swenson, MSW, MBA Vice President, Manager of Program Development MST Services. Personaalne meilivahetus 13.12.2013 ning Skype vestlus 17.01.2014.

⁶⁰Angela Pasma. Managing Director – Member of the Board. Youth Interventions Foundation.MDFT Academie. Personaalne meilivahetus 17.12.2013 ning Skype vestlus 17.01.2014.

⁶¹Kutsetunnistused. SA Kutsekoda kodulehelt kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsetunnistused välja otsitud 04.01.2014

Programmide rakendumise aeg. Sekkumisprogrammi valiku ja rakendumise aeg on hankes etteantud ja piiratud. Ideaalis võiks programmi rakendamine toimuda järgmisel (2015) aastal ja programmi esialgne väljaõpe ei tohiks ületada maksimaalselt poolt aastat. **Kuna FFT väljaõppe I faasi pikkus on 12–18 kuud ning esialgne väljaõpe leiab aset alles selle faasi lõpuosas ning kogu protsess saaks läbi alles pärast rakendumise aja (30.04.2016) lõppu, siis suure tõenäosusega ei mahu antud programm nendes ajaraamidesse, mistõttu muutub see kriteerium FFT programmi välistavaks kriteeriumiks.** Etteantud ajavahemikku sobib kõige paremini MST, mille puhul on algse väljaõppe pikkus pool aastat, millele järgneb jätkuvväljaõpe, sarnaselt kulub MDFT puhul 6 kuud terapeudi väljaõppeks, sellele aga eelneb superviisorite valik ja esmane väljaõpe (2–3 kuud), kes valivad siis omakorda endale meeskonna (terapeudid) ja toetavad nende väljaõpet.

Kuna asjakohase info kättesaadavus ning programmi rakendumisele seatud ajaline piirang on välistanud kaks programmi: COAIM ning FFT, siis hõlmab edasine analüüs valdavalt ülejäänud kahte: MSTd ja MDFTd.

Väljaõpe ja supervisioon. Mõlema programmi väljaõppe juures on oluline roll supervisioonil, sh salvestatud kodutöödel. Kuna programmi väljaõpe ja rakendumine eeldab osalejatelt inglise keele vaba valdamist nii kõnes kui kirjas, võib sellest kujuneda üks riskitegureid: materjali omandamine, oma tegevusele tagasiside ja supervisiooni saamine ning aruandlus vajab pidevat tuge tõlkimisel. Viimased kulud jäävad programmi rakendaja kanda, mis tähendab, et programmi rakendumise juurde kuulub ka materjalide ja töönaidiste tõlkimine. Alternatiiviks on supervisiooni ja seire eestindamine. Teaduspõhine lähenemine meetodi eestindamisele eeldab korrekse adapteerimise protseduuri läbiviimist (edasi-tagasi tõlge, pilootuuringud) ning valiidsusuuringuid, misjärel saaksid siinsed terapeudid esitada oma kliendijuhtumite salvestusi emakeeles hindamiseks ja tagasiside saamiseks. Meetodi adapteerimine on kulukas ja ajamahukas protsess ning tõstatab ka kuluefektiivsuse küsimuse: kui Eesti väiksusest ning klientide potentsiaalsest hulgast tulenevalt ei saa olla väljaõppe saanud terapeutide hulk väga suur, siis kuivõrd ja millega on põhjendatud tagasiside ja hindamise süsteemi eestindamisele tehtavad kulud? Seega ühel juhul tuleks programmi rakendumisse sisse arvata lisaks materjalide järk-järgulisele tõlkimisele veel ka tõlketeenuse pidev kasutamine (ennekõike superviseeritavate kodutööde aga ka muu aruandluse tarbeks) ning teisel juhul tagasiside ja supervisioonisüsteemi adapteerimisega seonduvad kulud (seda saab teha efektiivsusuurigu raames, sest see on seire üheks osaks).

Programmide hindamine ja seire. Igasuguse tõenduspõhise meetodi hindamine peab tuginema teaduslikule lähenemisele. Selleks, et ka Eestis hinnata, kas ja milline on sekkumise tulemuslikkus ja mõju, on vaja seda süsteemselt mõõta, jälgida ja analüüsida nii rakendajate oskusi kui ka sihtgrupi käekäiku. Tegevused, mida sealjuures on vaja teha, sisaldavad endas nt superviseerimist, tegevuste kaardistamist, kliendi käitumise uurimist, mõõtmist jne. Eestit iseloomustab vähene teaduspõhisus erinevate Eestisse toodud ja/või kohandatud sekkumiste rakendamisel. Üsna levinud praktika on, et võetakse üle meetod ilma seire ja superviseerimiseta. Need tegevused on aga teaduspõhisuses omavahel seotud: spetsialisti toetada ja arendada saab ennekõike kindlate tõendite alusel. Need tõendid peavad sisaldama infot nii selle kohta, kuidas spetsialistil oma ülesannete sooritamisel läheb, kui ka selle kohta, kas ja kuidas tema sekkumised sihtrühma käekäiku mõjutavad. Programmi tõhusust ja mõju saab hinnata reeglina läbi mõne tsentraalse, koordineeriva, monitooriva ja/või uuriva süsteemi. Selline tegevus eeldab ka vastavate lisaressursside olemasolu: vaja on süsteemi, valiidsid meetodeid, inimesi, kelle ülesanne on sellist infot koguda, analüüsida, töödelda ja levitada ning sellest tulenevalt korrigeerida protsessi. Enamasti viiakse

sellist tegevust läbi teadusuuringute raames, nagu on näha ka kõikide valikus olevate programmide kodulehekülgedelt. See on hea võimalus luua, elus hoida ja toetada teaduspõhiste süsteemide teket ja meetodite rakendamist. Plaanitavatesse, valikus olevatesse programmidesse on seire ja teaduspõhisus sisse kirjutatud ning vajadus programme selliselt juurutada ilmne. Seetõttu on vaja programmi käivitamisel arvestada ka vastava süsteemi loomisega, kas iseseisvalt programmi haldava asutuse juurde, või koostöös mõne kohaliku teadusasutusega (nt Tartu ülikool, Tallinna ülikool, Tervise arengu instituut).

Programmide tõenduspõhisus ja efektiivus. Järgmisena võtame vaatluse alla valikusse jäänud programmide tõenduspõhisuse ja usaldusväärsuse ning nende tõhususe ja mõju. Need on omavahel tihedalt seotud mõisted ja eeldavad süsteemset ja teaduspõhist lähenemist. Nii MST kui ka MDFT on kaetud mitmekülgsete teadusuuringutega programmide efektiivsuse kohta, mis käsitlevad lisaks erinevatele sihtprobleemidele veel ka lühi- ja pikaajalisi tulemusi (vt tabel 2 ja 3).

Tabel 3. Kokkuvõttev väljavõte MST JA MDFT tõhususe ja mõju uuringutest

Kriteerium	MST	MDFT
Programmi üldefektid	<p>13,7 aastat pärast programmi lõppemist sooritavad MST läbinud vähem mittevägivaldseid kuritegusid võrrelduna individuaalteraapiat saanud kontrollgrupiga. Näiteks narkootikumidega seotud kuritegusid on MST läbinutel 13%, kontrollgrupil 33%⁶².</p> <p>4 aastat pärast programmi lõppemist on vähenenud sõitlaste kuriteod, mis on seotud agressiivse käitumisega 75% võrreldes nendega, 12 sammu gruppiteraapia läbinutega⁶³.</p> <p>13,7 aasta möödumisel ilmneb vägivaldset käitumist 14% MST läbinutel, võrreldes individuaalteraapia läbinud kontrollgrupi 30 %-a, nagu on ka vähenenud arreteerimise arv kuni 54%⁶⁴.</p> <p>18 kuud peale ravi lõppemist on MTS läbinute retsidiivsuse näitajad madalamad võrrelduna TAY</p>	<p>Sekkumise lõppedes on kanepi tarvitamise juhtumid MDFT puhul vähenenud 56% võrreldes grupiteraapia 46 %-ga (sotsiaalne õppimine ja kognitiiv-käitumuslik teraapia) (andmed kogutud ravi alguses, 6 nädala pärast ravi algust ja ravi lõpus)⁶⁸.</p> <p>Aasta pärast programmi lõppemist väheneb oluliselt narkootikumide tarvitamine võrrelduna noorte grupiteraapiaga (AGT) (45% vs 32 %; d = 0,74; andmed kogutud ravi alguses, 6 nädalat pärast ravi algust, ravi lõpus ning 6 ja 12 kuud pärast ravi lõppu)⁶⁹</p> <p>Programmile järgnenud aasta jookusl on perekonnas vähenud vägivalda juhtumid 77%⁷⁰.</p> <p>Programmijärgse aastase järeluuringu põhjal MDFT läbinutel retsidiivsuse näitajad langevad võrrelduna</p>

⁶²Butler, S., et al. (2011). A randomized controlled trial; Schaeffer, Cindy M. and Charles M. Borduin (2005). Long-Term Follow-Up to a Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Serious and Violent Offenders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 73, No. 3, pp. 445-453

⁶³Henggeler, S.W., et al. (1998). Blueprints for Violence Prevention.

⁶⁴Henggeler, S.W., et al. (2002). Four-Year Follow-up; Schaeffer, et al (2005). Long-Term Follow-Up.

	<p>sekkumisega (vastavalt 66,7% ja 86,7%, $\chi^2=5,14$; $p < 0,05$)⁶⁵, mis vähenevad tänu vanemate oskuste arenemisele⁶⁶.</p> <p>Programm on suunatud kriminaalse käitumise vähendamisele:</p> <ul style="list-style-type: none"> võrreldes muu individuaalse teraapiaga, arestiti noori vähem 88 % võrra- 4 aasta pärast MST lõppemist 84; MST eelkõige vähendab raskete kuritegude toimepanemise tõenäosust⁶⁷. 	<p>grupiteraapiaga ($d = 0,31$; andmed kogutud ravi alguses, 6 nädalat pärast ravi algust, ravi lõpus, 6 ja 12 kuud pärast ravi lõppu)⁷¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> noori vähem arestiti (44% vs 23%, $p = 0,037$) või määrati kriminaalhooldusele (30% vs 10%, $p = 0,022$); programm on efektiivne eelkõige sõltuvuse olevate noortega töötamiseks.
<p>Kriminogeensed riskid</p>	<p>On leitud seoseid järgmiste kriminogeensete riskide vähendamiseks: kool, töö (<i>post hoc</i> $t = 0,008$)⁷²:</p> <ul style="list-style-type: none"> soodustatakse vanemate osalust lapse aitamises, eriti hariduse valdkonnas⁷³ ja noore seaduslike hoiakute väljakujunemisel ning suhtlemist mittekrimogeense keskkonnaga⁷⁴ kehtestatakse kindlad käitumisreeglid ja soodustatakse kommunikatsiooni perekonnas⁷⁵ 4 aasta pärast tarvitavad noored vähem marihuaanat 55%, 	<p>Paranenud haridusega seotud probleemid – nt võrreldes grupiteraapiaga vähenesid koolist puudumise juhtumid (andmed kogutud ravi alguses, 6 nädalat pärast ravi algust, ravi lõpus, 6 ja 12 kuud pärast ravi lõppu):</p> <ul style="list-style-type: none"> noorte toimetulek hariduslike ($p < 0,001$) ja akadeemiliste ($p < 0,001$) probleemidega⁷⁷ akadeemiline edukus ($d = 0,35$)⁷⁸. väheneb suhtlemine kriminaalse ringkonnaga⁷⁹ esimese 12 kuu jooksul on psühhoaktiivsete ainete

⁶⁸kuscholarworks.ku.edu/dspace/bitstream/1808/3890/1/Best%20Practices%20No.%2019.pdf

⁶⁹Liddle, H. A., et al. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse.

⁷⁰www.mdft.org/Proven-Success/A-range-of-targeted-outcomes/Family-functioning

⁶⁵Timmons-Mitchell, J., Bender, M., Kishna, M.A., & Mitchell, C. (2006). An independent effectiveness trial of Multisystemic Therapy with juvenile justice youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 227-236.

⁶⁶Dekovic, M., Asscher, J. J., Manders, W. A., Prins, P. J. M., & van der Laan, P. (2012). Within-intervention change: Mediators of intervention effects during Multisystemic Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 574-587.

⁶⁷Henggeler, S.W., Mihalic, S.F., Rone, L., Thomas, C., & Timmons-Mitchell, J. (1998). Blueprints for Violence Prevention, Book Six: Multisystemic Therapy. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence.

⁷¹Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 12-25.

⁷²Timmons-Mitchell, J. et al. (2006). An independent effectiveness trial.

⁷³Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents (2nd ed.). New York: Guilford Press; Huey, S.J., Henggeler, S.W., Brondino, M.J., & Pickrel, S.G. (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 451-467.

⁷⁴Ogden T. & Hagen A. (2006). Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health*, Vol 1, no. 3, pp 142-149; Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(2), 77-83; Henggeler, S.W., et al. (1998). Blueprints for Violence Prevention.

⁷⁵Henggeler, S. W., et al. (2009). Multisystemic therapy for antisocial behavior; Huey, S.J., et al. (2000). Mechanisms of; Borduin, Schaeffer ja Heblum (2009). A Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Juvenile Sexual Offenders: Effects on Youth Social Ecology and Criminal Activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. American Psychological Association, Vol. 77, No. 1, 26-37.

	sõitlastest kontrollgrup 28% ($p < 0,05$) ⁷⁶ .	tarvitamisest loobunud 19% noortest ⁸⁰
Mittekrimogeensed riskid	<p>Noorte meeleolu muutub paremaks⁸¹.</p> <p>Psühhopaatsed kalduvused vähenevad⁸².</p> <p>Noore sotsiaalne kompetentsus suureneb⁸³.</p> <p>Kodust äraolemise juhtumid vähenevad kuni 49% võrra.</p> <p>Ennetab noorte hospitaliseerimist 57%, kusjuures leiti, et MST läbimine vähendab hospitaliseerimise päevi 72% (MST vs ainult hospitaliseerimine psüühilise kriisi korral)⁸⁴.</p>	<p>Aasta peale programmi lõppu tulevad noored paremini distressiga toime ($d = 0,54$) ning probleemkäitumine on vähenenud⁸⁵.</p> <p>Suureneb nii lapse kui ka perekonna sotsiaalne kompetentsus⁸⁶.</p> <p>Kodust äraolemise juhtumid vähenevad 38%-ni⁸⁷, pärast ravi lõppu kuni 8%.</p> <p>9 kuud peale programmi lõppu elavad 89% noortest kodudes oma kogukonnas⁸⁸.</p>

Tabelist 3 on näha, et mõlemad programmid on efektiivsed nii korduvkuritegevuse vähendamisel, sh vägivaldse käitumise ohjamisel (rohkem ja tugevamaid efekte on leitud MST puhul) kui ka kooliedukuse parandamisel ja psühhoaktiivsete ainete tarvitamise ja sõltuvuskäitumise vähendamisel (rohkem tõendeid MDFT puhul). Mittekrimogeensete riskide kohta näitavad mõlemad programmid sotsiaalse kompetentsuse, stressiga toimetuleku kasvu ning eriti olulise tegurina kodusesse kasvamajäämise määra olulist ja selget kasvu. Tabeli 3 põhjal võib öelda, et kuritegevuse ja hälbiva käitumise, sh agressiivse ja psühhoaktiivsete ainete tarbimiskäitumise nagu ka institutsionaliseerimise vältimise kohta näitavad mõlemad programmid oodatud tulemuslikkust. See, et MST puhul on rohkemaid ja selgemaid tulemusi

⁷⁷Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4), 651-688; Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A., & Henderson, C. E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing Multidimensional Family Therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(1), 49-63; Liddle, H. A., et al. (2009). Multidimensional family therapy.

⁷⁸www.crimesolutions.gov/ProgramDetails.aspx?ID=267

⁷⁹Liddle, H. A., et al. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse; Liddle, H. A., et al. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse.

⁷⁶Henggeler, Scott W., W. Glenn Clingempeel, Michael J. Brondino and Susan G. Pickrel (2002). "Four-Year Follow-up of Multisystemic Therapy With Substance Abusing and Substance-Dependent Juvenile Offenders." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41:7, pp. 868-874.

⁸⁰Liddle, H. A., et al. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse; Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103(10), 1660-1670; Liddle, H. A., et al. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse; Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3), 197-213.

⁸¹Timmons-Mitchell, J., et al. (2006). An independent effectiveness trial.

⁸²Butler, S., et al. (2011). A randomized controlled trial.

⁸³Ogden T. & Hagen A. (2006). Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth; Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway; Henggeler, S.W., et al. (1998). Blueprints for Violence Prevention.

⁸⁴Samas.

⁸⁵Liddle, H. A., et al. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse; Liddle, H. A., et al. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse.

⁸⁶www.crimesolutions.gov/ProgramDetails.aspx?ID=267

⁸⁷www.mdft.org/Proven-Success/A-range-of-targeted-outcomes/Home-stability

⁸⁸www.chrhealth.org/child-family/

retsidiivsuse vähenemisel ning MDFT puhul psühhotropsete ainete tarvitamise vähenemisel, on selgitatav ennekõike sellega, et nendele käitumistele on vastavate programmide sekkumisteravikud suunatud, nagu ka ennekõike uuringud.

Vastavus Eesti laste ning nende perede vajadustele. Antud uuringu eesmärk on selgitada välja, milline maailmas kasutusel olevatest tõenduspõhistest programmist sobib kõige enam tõsiste käitumisprobleemidega laste ning nende perede toetamiseks ning käitumisprobleemide ja (korduvate) õigusrikkumiste maandamiseks. Kui kirjeldatud eesmärki proovida kokku viia kahe vaatluse all oleva programmi lühi ja pikaajaliste tulemustega, ehk sellega millele on programmide rõhuasetused läbi uuringute suunatud, siis kuigi mõlemad programmid vastavad eesmärgile, võib ka välja tuua, et MST tulemused on valdavalt kuritegeliku käitumise vähendamise kohta ning MDFT puhul on selle kõrval (lisaks narkootikumide tervitamisele, mis on enim uuritud valdkond) rohkem ära kirjelatud pere ja selle liikmete funktsioneerimise kvaliteedi tõusu. Seega antud uuringu eesmärgipüstitusest lähtudes võib eeltoodule tuginedes väita, et MST on pigem efektiivsem käitumisprobleemide ja (korduvate) õigusrikkumiste maandamisel ning MDFT pigem tõsiste käitumisprobleemidega laste ning nende perede toetamisel. Kuna ennekõike on Eesti laste ning nende perede probleemideks kooliedukus (koolikohustuste mittetäitmine, kehvemad koolihinded), vanemluse (üksikvanemad ja probleemsed vanemad) ja peresuhete probleemid (konfliktid peres), vaesus, alkoholi kuritarvitamine ja hälbivalt käituv sõpruskond, siis põhimõtteliselt pakuvad efektiivseid lahendusi neile probleemidele mõlemad programmid. Vastuseks käesoleva uuringu ühele põhiküsimusele, mis puudutas soovi vältida laste sattumist kinnistesse asutustesse, siis kuigi institutsionaliseerimise vältimisel on mõlemad programmid efektiivsed, võib mõnevõrra rohkem tõendeid leida MDFT edukuse kohta (tabel 3). Sama kehtib ka kooliprobleemide vähendamise kohta (tabel 3).

Programmide paindlikkus. Programmide rakendumise seisukohast on üks olulisi faktoreid nende paindlikkus. Paindlikust saab vaadata nii sihtgrupi kui rakendajate seisukohast. Paindlikeks saab lugeda mõlemat lõppvalikusse jäänud programmi, aga kohati täiesti erineval moel. MST puhul on paindlikkus tagatud läbi lapse/noore ja tema pere juurde minemise just siis, kui vaja ning sekkudes just seal, kus vaja. Programmi iseloomustab tihe koostöö. Samas võib see osutada ka mõningaseks ohuteguriks, kus pere võib jääda terapeudist liialt sõltuvaks ning selle läbi väheneb iseseisev toimetulek programmi ajal ja lõppedes. MDFT paindlikkus seisneb aga erinevate teraapia vormide osakaaludes, kus terapeut saab oma sekkumiste määra jagada ligikaudu 40% ulatuses nooruki, 20% vanema ning 40% pereteraapia vahel. Võimalus töötada kõigi probleemi kaasatud osapooltega eraldi (ka väljaspool kodukeskkonda) võib osutada väga oluliseks teguriks ning see võib vähendada potentsiaalset ohtu jääda pereprobleemide ilmnemisel terapeudi kättesaadavusest sõltuvusse. Oluline on siinkohal veel välja tuua, et MDFT pakub tõhusat sekkumist täiskasvanutele (vanematele) sõltuvuse ja hälbiva käitumise vähendamiseks, mis omakorda lisab paindlikkust ja mitmekesisust terapeutide tööle. Rakendaja seisukohast saab samuti lugeda paindlikumaks ja Eesti oludesse paremini kohanduvaks MDFTd, mis lubab terapeutidele töötamist ka osakoormusega (vähemalt 20 tundi nädalas), samas kui MST puhul on igasugune kõrvaline tegevus välistatud, sest vastasel korral ei ole võimalik tagada 24/7 sekkumisi. Kuna programmide väljaõpe eeldab mõlemal juhul juba kogemustega spetsialistide olemasolu, kes on tõenäoliselt aktiivsed oma valdkonnas, siis võimalus osaliselt jätkata senise tegevusega vähendab riske, mis võivad terapeudi jaoks kaasneda täieliku töökoha vahetusega ning osutada arvestatavamaks valikuvõimaluseks, kui 100% suunavahetus. Samuti võib selline osakoormusega töötavate meeskondade moodustamine olla vajalik ja kasulik Eesti väiksusest tulenevalt. Sel moel saab valutumalt reageerida klientide liikumisest (nt kolimised maalt linna)

tingitud koormuste muutusele. Suuremat paindlikkust võimaldab ka väikeste meeskondade moodustamine: MDFT minimaalselt 2 (tavaliselt 3–5) terapeuti, MST 2–4 terapeuti meeskonnas.

Kokkuvõtvalt saab öelda, et üldiselt vastavad Eesti laste ja noorte ning nende perede vajadustele mõlemad lõppvalikusse jäänud programmid, nii MDFT kui ka MST. Programmid erinevad üksesisest ennekõike oma rõhuasetustelt ja sekkumismeetoditelt: MST on ennekõike suunatud kuritegevuse (eriti raskete, sh agressiivsete kuritegude) vähendamisele ja rakendab vajaduspõhist perekeskset 24/7 sekkumist ning MDFT on ennekõike suunatud sõltuvuses olevate noortele ning rakendab kombineeritud (perekond koos ning laps ja vanem eraldi) sekkumist (tabelid 2 ja 3). Kuna mõlemad sekkumised on oma olemuselt probleemipõhised ning süsteemsed perekonnale suunatud sekkumised, siis hoolimata oma peamisest rõhuasetusest saavad vajadusel koheldud ka kõik sekkumise hetkel probleeme põhjustavad probleemid: nt peresuhted, haridusega seotu jne. Kui aga lähtuda sellest, kumb neist vastab paremini Eesti oludele ning vajadustele, siis tabelite 2 ja 3 põhjal tehtud analüüsile tuginedes saab selle programmina välja tuua **multidimensionaalse pereteraapia (MDFT)**. MDFT eelisteks MST ees on suurem vastavus Eesti laste ja nende perede vajadustele, lisaks sõltuvusprobleemidele veel kooliprobleemide ja pereprobleemide osas. Lisandub suurem paindlikkus nii sihtgrupi, väljaõppe kui ka rakendajate hilisema töö osas.

3. PROGRAMMI RAKENDAMINE JA KAASNEVAD KULUD

3.1. Programmi rakendamiskava

Käesolevas alapeatükis võrreldakse erinevaid võimalikke struktuure, mille koosseisus programm võiks käivituda. Välja on pakutud, et potentsiaalselt võiks programm sobida:

- loodava sotsiaalkindlustusameti rakendusüksuseks (olles seega sotsiaalministeeriumi valitsemisalas);
- vanglateenistuse vanglate kriminaalhooldusosakondade rakendusüksuseks (justiitsministeeriumi valitsemisalas);
- politsei- ja piirivalveameti rakendusüksuseks (siseministeeriumi valitsemisalas);
- kohtute rakendusüksuseks;
- töörühm mõne ülikooli juures;
- luuakse eraldiseisev sihtasutus;
- ostetakse teenus sisse (mõnelt) mittetulundusühingult.

Uue lastekaitse seaduse 27.12.2013 eelnõu kohaselt, mis on käesoleva uuringu valmimise ajal saadetud kooskõlastusringile ning avaldatud osalusveebis, on sotsiaalkindlustusameti ülesandeks riikliku lastekaitse poliitika elluviimine, riiklike strateegiade rakendamine ning valdkondadeülese lastekaitsealase koostöö ja ennetuse koordineerimine, sh kohaliku omavalitsuse abistamine lastekaitse juhtumite lahendamisel kohaliku omavalitsuse taotlusel, kohaliku omavalitsuse lastekaitsetöötaja toetamine lapsele või perele sobivate sekkumiste leidmisel olemasolevate riiklike sekkumiste hulgast kohaliku omavalitsuse lastekaitsetöötaja taotluse alusel ning lastekaitsetöötajate töö nõustamiste korraldamine.

Seega, kui rakendub uus süsteem, kus sotsiaalministeeriumi ülesandeks jääb eeskätt poliitikat kujundamine, rakenduslikud tegevused on sotsiaalkindlustusameti ülesandeks ning sotsiaalkindlustusameti regionaalsetele üksustele hakkab teenuste osutamisel tuge pakkuma kohalik lepinguliste teenusepakkujate võrgustik, on kõige otstarbekam, et tõendus põhiste programmide rakendamine Eestis oleks sotsiaalkindlustusameti ülesanne. Sel juhul koondub kompetents ja võimekus KOVi lastekaitsetöötajatele ja teistele süsteemi osapooltele tuge pakkuda ühte asutusse, mis samal ajal koordineerib ka teenusepakkujate võrgustiku tööd. Spetsialistide koondumine annab ilmselt ka mõningase finantsilise kokkuhoiu. Lisaks õigustab sellist ettepanekut eeldatav tihe koostöö erinevate huvirühmade vahel, mille tulemusena leitakse programmi sobivad lapsed piisavalt varakult (enne kui alaealised on jõudnud toime panna tõsiseid väär- ja kuritegusid). Programmide koordinaatorid on rõhutanud, et korralduslikult peab olema selge see, kust saadakse informatsioon programmi sihtrühma kohta – hinnanguliselt on kõige parem ülevaade alaealiste riskirühmadest just kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajatel, aga ka kohtutel ja prokuratuuril. Programmi SKA rakendusüksusena loomise ohuks on aga süsteemi uudsus ning uuringu läbiviimise ajal ei ole veel selge, millisena ja kuidas süsteem realselt toimima hakkaks.

Alternatiivina võiks programm rakenduda vanglate kriminaalhooldusosakondade juures (Eestis on kolm kriminaalhoolduspiirkonda). Kriminaalhooldusosakondadel on olemas ka mõningane kogemus ja teadmised sarnase programmi rakendamiseks. Selle ettepaneku olulisemaks puuduseks võib tuua aga psühholoogilise aspekti: kuivõrd programm on ennetava suunitlusega, võib vanglateenistuse alla kuulumine pärssida vabatahtlikku programmis osalemist (vastumeelsus, võimaliku ohu mittetunnistamine). Sama kehtib ka politsei- ja piirivalveameti (PPA) struktuuridesse paigutamise korral (võib tunduda sunnimehhanismina). PPA-s paigutuksid rakendusüksused tõenäoliselt prefektuuride korrakaitsebüroode ennetusteenistustesse (või Põhja prefektuuris mõne jaoskonna noorsootalitusesse ja mujal noorsoopolitseinike juurde). PPA-s puudub tõenäoliselt piisav kogemus tegeleda pereteraapiaga ning üksus tuleks ikkagi täiesti algusest üles ehitada.

Lisaks on variantidena mainitud veel kohtute alla paigutamist (ohuks vastava kompetentsi puudumine, programmi ennetav iseloom ei sobitu otseselt kohtusüsteemi), koostöö tegemine mõne ülikooliga (on teadmata ülikoolide motivatsioon luua rakendusüksusi programmi rakendamiseks, küll aga võidakse huvitada tõendus põhise programmi rakendamise hindamisest), eraldiseisva sihtasutuse loomine või teenuse tellimine mittetulundusühingult. Sihtasutuse loomise mõttekus on küsitav, sest programm on pigem väikesemahuline ning selle administreerimisel tuleks arvestada lisakuludega. Samuti võib kulukamaks osutada riigihanke teel teenuse tellimine mõnelt MTÜ-lt. Siinkohal tuleb veel mõelda ka programmi jätkusuutlikkusele – kuna esialgne terapeutide koolitamine on kulukas, võib osutada, et vastav MTÜ, kes hanke võidab, satub monopoolsesse seisundisse (kui toimub järgnev riigihanke, on valida, kas teenust osutab sama teenusepakkuja, kes ilmselt tõstab teenuse osutamise eest soovitud hinda või uus pakkuja, kelle puhul tuleb uuesti arvestada koolituskuludega).

Kulusid hindavas peatükis tehakse eeldus, et programm rakendub sotsiaalkindlustusameti (SKA) rakendusüksusena, mis nii objektiivsetel kui subjektiivsetel varem kirjeldatud põhjustel sobib programmi rakendamiseks enim. Selle eelduse alusel hinnatakse võrdlevalt kahe tõendus põhise programmiga kaasnevaid potentsiaalseid kulusid. Juhul kui programm ei rakendu SKA rakendusüksusena, oleksid kulud siiski sarnased – kõige olulisem erinevus võib tekkida juhul, kui otsustatakse programmi rakendaja leida läbi riigihanke (nt mõni MTÜ). Siis tuleb ilmselt arvestada lisakuludega (kõrgem teenuse hind, riigihanke

ettevalmistamisega seonduvad kulud jms). Analüüsitava teks programmideks on vastavalt *Multi-Dimensional Family Therapy* (MDFT) ja *Multi-Systemic Therapy* (MST). Mõlema programmi kulukomponendid on võrdlemisi sarnased: olulisemad kulud esialgsel juurutamisel on sertifitseerimistasud ja koolitamiskulud, hilisemas järgus opereerimiskuludena on olulisimad just terapeutide töötasud. Sellest tulenevalt jaotatakse peatükk kahte ossa: esiteks võrreldakse programmi juurutamise ning teiseks tegevuskulusid.

Kulude prognoosimisel tehakse eeldus, et programm rakendub Eestis neljas piirkonnas SKA allüksusena (põhi, lõuna, ida, lääS), kus igas piirkonnas on üks meeskond. Kuna programmides võib erineda meeskonna suurus ning esineb mõningaid eripärasid, millega omakorda tekivad kulud, siis kirjeldatakse ka vastavaid võimalusi. Prognooside koostamisel on arvesse võetud inflatsiooni, mis on Eesti Panga⁸⁹ prognoosi kohaselt 2014. aastal 2,5% ning 2015. aastal 2,7%. Perioodil 2016–2020 eeldatakse, et inflatsioon jääb 2015. aasta tasemele.

3.2. Programmi juurutamiskulud

Esmase kulukomponendina tuleb arvestada programmi rakendamiseks tehtavaid kulutusi – selle alla võib lisada mh ka kokkulepete sõlmimise programmide koordinaatoritega (eelkõige ajakulu). Seejärel tuleb tegeleda terapeutide ja superviisorite värbamisega (siinkohal on abiks programmide koordinaatorite juhtnõõrid), mis tulenevalt nõutavast kvalifikatsioonist võib osutada keerukaks. Nimelt eeldab MST terapeudidelt magistrikraadi (või võrdväärse haridustaseme) olemasolu, MDFT puhul on magistrikraad soovituslik, aga olema peab vähemalt bakalaureusekraad. Samuti peaks kandidaatidel olema vähemalt kolmeaastane töökogemus antud valdkonnas. Seetõttu peab arvestama, et värbamisprotsess võib kujuneda üpris aja- ja ressursimahukaks. MDFT programmi üks meeskond koosneb superviisorist ja 2–5 terapeudist (standard on 1+3), MST programmi meeskond vastavalt ühest superviisorist (soovituslikult PhD kraadiga; peab juhtima üht meeskonda 50% tööajast, seega võib üheaegselt olla kahe meeskonna juht) ja 2–4 terapeudist.

Võrreldavuse tagamiseks tehakse edaspidi eeldus, et ühe meeskonna suuruseks on mõlema programmi puhul üks superviisor ja kaks terapeuti.

Tõendus põhiste programmide puhul tuleb arvestada litsentseerimiskuludega, st programm tuleb koordinaatoritelt sisse osta. MDFT puhul antakse välja organisatsioonilitsents kolmeks aastaks pärast kaheaastast koolitusprogrammi, terapeutidele antav sertifikaat on tähtajatu. Kolmandal aastal teeb MDFT akadeemia (Leidenis, Hollandis) järelkontrolli, millega veendutakse, kas programmi rakendatakse vastavalt nõuetele. Seejärel on võimalik litsents uuendada (iga kolme aasta tagant). Eraldi litsentsitasu ei nõuta, see sisaldub koolituskuludes. MST puhul tuleb litsentsi uuendada aga iga aasta – kahe kuni nelja meeskonna puhul on see u 8 700 € (12 000 \$).

Mõlema programmi puhul toimuks esmane koolitus nelja meeskonna olemasolul Eestis (juhul, kui hilisematel perioodidel on vajalik koolitada lisaks üksikuid terapeute, tuleb leida eraldi lahendus). MDFT puhul oleks koolitaja pärit MDFT akadeemiast, 1. aastal toimuks kolm reisi, 2. aastal kaks ning edaspidi üks reis aastas Leidenist, Hollandist. MST koolitaja reisirikulud oleksid märkimisväärselt suuremad, sest

⁸⁹ Rahapoliitika ja majandus. Hetkeseis ja ettevaade. Eesti Pank 2013.

koolitaja oleks pärit Charlestonist, Lõuna-Carolinast – 1. aastal 18 000–29 000 €⁹⁰ (25 000-40 000 \$; seitse edasi-tagasi reisi); järgnevatel aastatel 8 700–22 000 € (12 000–30 000 \$; neli edasi-tagas reisi).

Järgnevas tabelis on toodud hinnangulised programmi juurutamiskulud. Nagu selgub, on MDFT rakendamine esialgu küll kulukam, ent hilisematel perioodidel koolituskulud vähenevad oluliselt. Siinkohal tehakse aga eeldus, et uusi (asendus)terapeute koolitada ei ole vaja (hinnanguliselt on nt ühe MDFT terapeudi koolitamiskulud 2013. a seisuga 1. aastal 6 548 € ja 2. aastal 2 167 €). MST puhul antakse aga litsents välja eelkõige meeskonnapõhiselt ja iga terapeut isiklikku sertifikaati ei oma. Tabelis on hinnad kohandatud 2% inflatsioonimääraga aastas (tüüpiline inflatsiooniprognos rahvusvahelisel tasandil).

Tabel 4. Programmi rakendamisega kaasnevad juurutuskulud eurodes

		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
MDFT								
Koolituskulud		128 372 ¹	55 460	-	-	-	-	-
Järelkoolitus		-	-	13 733	14 008	29 226 ²	14 574	14 865
Reisikulud (Amsterdam - Tallinn)		3 000	2 040	1 040	1 061	1 082	1 104	1 126
Kokku		131 372	57 500	14 774	15 069	30 308	15 678	15 992
MST³								
Litsentsitasud		8 700 ⁴	8 874	9 051	9 233	9 417	9 606	9798
Reisikulud (Charleston, USA - Tallinn)	min	18 000	8 700	8 874	9 051	9 233	9 417	9 606
	max	29 000	22 000	22 440	22 889	23 347	23 814	24 290
Teenustasud	min	43 500 ⁵	44 370	45 257	46 163	47 086	48 028	48 988
	max	87 000	88 740	90 515	92 325	94 172	96 055	97 976
Kokku	min	70 200	61 944	63 183	64 447	65 735	67 050	68 391
	max	124 700	119 614	122 006	124 446	126 935	129 474	132 064

Allikas: programmide koordinaatorid, autorite arvutused.

Märkused: 1 – Põhineb MDFT koordinaatori poolt esitatud hinnakalkulatsioonil – esialgselt standardlahendusest (1 superviisor, 3 terapeuti) on maha arvatud ühe terapeudi koolitamise kulud meeskonna kohta.

2 – Toimub kolme-aastase litsentsi uuendamine.

3 – MST kulud pärinevad MST koordinaatori kalkulatsioonide inflatsiooniga kohandamisel.

4 – Kahe-nelja meeskonna litsents maksab sama palju (eeldades, et neid koolitatakse üheskoos), üldised litsentsitasud on 2 900 € organisatsiooni ja 1 850 € iga meeskonna kohta (juhul, kui meeskondade arv ei ole vahemikus 2–4 või neid ei koolitata koos).

5 – Teenustasude miinimum põhineb kahel ja maksimum neljal meeskonnal. Meeskondade eristamine on mõnevõrra keerukas, sest geograafilises mõttes ei paikneta väga eraldi (st koolituste ajaks on võimalik kõik meeskonnad koguda ühte kohta ja seega koolituskuludele lisa ei teki). Kahjuks ei ole programmi koordinaator täpsemalt kirjeldanud, mis selle teenustasu sees sisaldub, vaid üksnes seda, et tegemist on täisteenusega. Tõenäoliselt tuleb siiski arvestada maksimumhinnaga.

⁹⁰ Madalam hind baseerub tüüpilistel tagastamatutel (*non-refundable*) ja kõrgem hind tagastatavatel (*refundable*) turistiklassi piletitel. Põhineb MST koordinaatori arvestusel.

3.3. Programmi tegevuskulud

Käesolevas alapunktis hinnatakse programmiga kaasnevaid tööjõu- ja administratiivkulusid. Ei hinnata võimalikke tõlkimiskulusid ja infosüsteemide arendamiskulusid, mis võivad kaasneda, kuna hindamise hetkel ei ole selge, kas ja millises mahus need on vajalikud. Programmi käigushoidmiseks tehtavatest kuludest on suurimad tööjõukulud. Antud juhul hinnatakse tööjõukulusid tingimusel, et programmi rakendamisel moodustatakse Eestis neli meeskonda, mis koosnevad ühest superviisorist ja kahest terapeutist, seega luuakse kokku 12 töökohta. Eeldatavasti ei erine kulud programmide võrdluses märkimisväärselt, sest töötajatele esitatavad kvalifikatsiooninõudmised on üpris sarnased (MDFT puhul on võimalik töötada osaajaga, MST puhul mitte; MST puhul on superviisoril soovituslikult PhD kraad). Praegu ei ole võimalik väga täpselt prognoosida, millise töötasuga õnnestub terapeutid palgata, kuna puudub ülevaade sellest, kui palju võiks olla kandidaate, kes töökohale kvalifitseeruks, mistõttu programmi rakendamise korral tuleks neile maksta suuremat töötasu, et nad oleksid pakkumisest huvitatud. Seega koostatakse kaks alternatiivset versiooni.

Alljärgnevas tabelis eeldatakse, et terapeutide puhul on keskmine brutokuupalk 2014. a suurusjärgus 1 000 € ja superviisoritel 1 300 €, seega on kogu palgakuludeks vastavalt 1 340⁹¹ € ja 1 742 €. Aastas teeb see ühe terapeudi kohta 16 080 € ja superviisori kohta 20 904 €. Töötajate palka on korrigeeritud inflatsiooniga (2,7%). Perioodi 2016–2020 kohta eeldatakse, et inflatsioon jääb 2015. aasta tasemele⁹². Kuna eelduslikult lisanduvad meeskonnad sotsiaalkindlustusameti mobiilsetele üksustele, prognoositakse nende administratiivkuludena sarnaselt 30 000 eurot aastas⁹³. Lisaks on kuludesse märgitud ka seire ja tõendus põhise tagamiseks läbi viidav longituuduuring, mille kulud on hinnangulised, kuna selle läbiviimiseks korraldatakse tõenäoliselt riigihange.

Tabel 5. Programmi rakendamisega kaasnevad tegevuskulud eurodes

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Terapeutide arv	8	8	8	8	8	8	8
Terapeutide brutokuupalk	1 000	1 027	1 055	1 083	1 112	1 142	1 173
Superviisorite arv	4	4	4	4	4	4	4
Superviisorite brutokuupalk	1 300	1 335	1 371	1 408	1 446	1 485	1 525
Palgakulu kokku	212 256	217 987	223 873	229 917	236 125	242 500	249 048
Administratiivkulud kokku	30 000	30 810	31 642	32 496	33 374	34 275	35 200
Tõendus põhisust tagav uuring	10 000	10 270	10 547	10 832	11 125	11 425	11 733
Tegevuskulud kokku	252 256	259 067	266 062	273 245	280 623	288 200	295 981

Allikas: autorite arvutused.

Arvestades, et programmi tööle suunduvad terapeutid on suure tõenäosusega ka praegu hõivatud, peab pakutav töötasu olema konkurentsivõimeline, et programmis tööle asumine oleks piisavalt atraktiivne. Terapeutide palgad varieeruvad piirkonniti (eelkõige kõrgem palgatase Tallinnas). Seega võib eeldada, et

⁹¹ Kuna terapeutide töötasud ei kajastatud nt Fontese palgauuringus, võetakse aluseks mugandus Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu piirhindadest: Kuna tüüpiline seansside koguaeg nädalas jääb suurusjärku 15-20 tundi (tüüpiliselt 3 tundi ühele juhtumile – 2 seansi ja korraga u 6 juhtumit), oleks Haigekassa poolt eraldatud vahendite suuruseks ühes kuus suurusjärgus 1099,2 – 1538,9 eurot (4 nädalat x (5 kuni 7 psühhoteeraapia seansi ühele (23,58€/seanss) + 5 kuni 7 psühhoteeraapia seansi perele (31,38€/seanss) nädalas).

⁹² Sama eeldus inflatsiooni kohta tehakse ka edasistes arvutustes.

⁹³ Lastekaitseeaduse eelnõu mõjude hindamine. Tartu Ülikool, sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE, 2013, 85 lk. Vastav hinnang on kooskõlas lastekaitse korralduse süsteemi uuringus toodud hinnanguga.

pakutav palgatase peaks olema kõrgem. Järgmistes arvutustes lähtutakse eeldusest, et brutopalgatase on terapeudi puhul 1300 eurot kuus ja superviisoril vastavalt 1700 eurot kuus. Arvutuste tegemisel korregeritakse tulemusi sarnaselt eelnevatele arvutustele inflatsiooniga (tabel 6).

Tabel 6. Programmi rakendamisega kaasnevad tegevuskulud eurodes, alternatiivne versioon

Tegevuskulud (eurot)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Terapeutide arv	8	8	8	8	8	8	8
Terapeutide brutokuupalk	1 300	1 335	1 371	1 408	1 446	1 485	1 525
Superviisorite arv	4	4	4	4	4	4	4
Superviisorite brutokuupalk	1 700	1 746	1 793	1 841	1 891	1 942	1 995
Palgakulu kokku	276 576	284 044	291 713	299 589	307 678	315 985	324 517
Administratiivkulud kokku	30 000	30 810	31 642	32 496	33 374	34 275	35 200
Tõendus põhisust tagav uuring	10 000	10 270	10 547	10 832	11 125	11 425	11 733
Tegevuskulud kokku	316 576	325 124	333 902	342 917	352 176	361 685	371 450

Allikas: autorite arvutused.

Lisaks administratiivkuludele tuleb programmide puhul arvestada ka võimalike tõlkimiskuludega. Koolitus viiakse läbi inglise keeles, mis tähendab, et kõik terapeudid peavad oskama inglise keelt. Lisaks tuleb esitada kindel kogus sessioonidest videona (MDFT) või helisalvestisena (MST) koordinaatoritele, videod ja helisalvestused tuleb jällegi tõlkida inglise keelde. Samuti jääb programmi rakendaja kanda kõiki võimalike muude juhendmaterjalide tõlkimine, mis võib osutuda kulukaks. MST koordinaatori sõnul tõlgitakse materjalid alles ajapikku kohaliku keelde⁹⁴, samas viiakse (jätku)koolitusi läbi ikkagi inglise keeles ja seega jääb keeleoskuse nõue kehtima.

3.4. Programmi kogukulud

Kokkuvõtteks (vt tabel 7) liidetakse kahes eelmises alapunktis kirjeldatud kulud. Selleks leitakse programmi minimaalsed kulud (eeldatakse, et nii koolituskulud kui palgakulud baseeruvad odavamal prognoosil) ning maksimaalsed kulud (kulukam prognoos). Tulemustest võib järeldada, et MDFT rakendamine on kulukam esimesel aastal (kõrge koolituskulu), ent järgnevatel aastatel on MDFT programmi ülalpidamine odavam. Programmi rakendamise kogukulu on 7 aasta perspektiivis (reaalselt ei rakendu programm 2014. a alguses, seega on 2014. a kulud mõnevõrra väiksemad ja koolituskulud kanduvad edasi 2015. aastasse) MDFT puhul 2,2–2,7 mln eurot ja MST puhul 2,4–3,3 mln eurot. Samas tasub rõhutada, et selles kalkulatsioonis ei arvestata lisakoolitamise vajadusega juhul, kui terapeute tuleb asendada. Samuti tehakse eeldus, et programm rakendub nelja meeskonnaga, kus on vastavalt üks superviisor ja kaks terapeuti.

Tabel 7. Programmi rakendamisega kaasnevad kogukulud eurodes

Kogukulud (eurot)		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Kokku 2014-2020
MST	min	322 456	321 011	329 245	337 692	346 358	355 250	364 372	2 376 384
	max	441 276	444 738	455 908	467 364	479 111	491 159	503 514	3 283 069
MDFT	min	383 628	316 567	280 835	288 315	310 931	303 878	311 973	2 196 126
	max	447 948	382 624	348 676	357 986	382 484	377 363	387 442	2 684 522

⁹⁴ Kulud jäävad sihtriigi kanda, intellektuaalne omand jääb endiselt koordinaatorile.

Erinevus (MST min- MDFT min)	-61 172	4 444	48 409	49 377	35 427	51 372	52 400	180 258
Erinevus (MST max-MDFT max)	-6 672	62 114	107 233	109 377	96 627	113 796	116 072	598 547

Allikas: programmide koordinaatorid, autorite arvutused.

Antud kalkulatsioonide kohaselt võiks eeldada, et MDFT ja MST tuleksid enam-vähem sama kulukad juhul, kui MST puhul rakendatakse üht superviisorit kahe meeskonna kohta. Sellisel juhul väheneksid palgakulud kahe superviisori palga võrra (2014. a 41 808–54 672 €; 2020. a 49 055–64 149 €).

3.5. Programmi tasuvuspunkt

Viimaks hinnatakse programmi rakendamise kasulikkust võrreldes juhuga, kui programmi ei rakendata üldse (tasuvuspunkt). Alternatiivseks stsenaariumiks on, et käitumisprobleemiga noor satub vanglasse. 2013. a hinnati ühe kinnipeetava vanglas viibitud kuu kulukuseks 1 036 €⁹⁵, mis järgnevatel aastatel on kohandatud inflatsiooniga. Tabel 8 kirjeldab, mitu aastapikkust vanglakaristust peaks vähenema, et rakendatava programmi kuluprognosid oleksid vanglakaristuse kuludega võrdsed. Siinkohal peab rõhutama, et võrdlus on tehtud üksnes kinnipidamisasutuses viibimise kuluga, arvestatud ei ole muud programmist saadavat kasu (ärajäänud kuritegudest mitte tekitatud kahju kannatajale, madalamad (administratiiv)kulud, programmis osalejate suurem panustamine ühiskonda jms).

Tabel 8. Programmi tasuvuspunkt

Tasuvuspunkt (vangla-aastates)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Kokku 2014-2020	
Ühe vanglakuu kulu	1061.5	1090.1	1119.6	1149.8	1180.8	1212.7	1245.5		
MST	min	25.3	24.5	24.5	24.5	24.4	24.4	24.4	172
	max	34.6	34.0	33.9	33.9	33.8	33.8	33.7	238
MDFT	min	30.1	24.2	20.9	20.9	21.9	20.9	20.9	160
	max	35.2	29.2	26.0	25.9	27.0	25.9	25.9	195
Erinevus (MST min- MDFT min)	-4.8	0.3	3.6	3.6	2.5	3.5	3.5	12	
Erinevus (MST max-MDFT max)	-0.5	4.7	8.0	7.9	6.8	7.8	7.8	43	

Allikas: Vanglateenistus, autorite arvutused.

Eestis viibis 2012. aasta lõpul vanglas 36 alaealist, neist 16 süüdimõistetut ja 20 vahistatut. Alaealiste vahistatute arv oli 9 võrra madalam kui 2011. aastal, kuid siiski samal tasemel kui 2010. aastal. 2011. aastal saadeti alaealiste komisjoni 474 14–18 aastast ning 474 kuni 14 aastast isikut, kes olid toime pannud kuriteo⁹⁶. Sellest lähtudes võib programmi rakendamine üksnes vanglakuludega kõrvutamisel osutada mittekasumlikuks, sest programm ei pruugi saavutada nii head tulemuslikkuse määra⁹⁷, küll aga võib programm osutada kasumlikuks, kui arvestada muude mitte otseselt mõõdetavate kasudega (ärajäänud kuriteod jms).

⁹⁵ Vangistuse kulud. [<http://www.vangla.ee/41292>]. 02.01.2014.

⁹⁶ Alaealiste komisjonid Eestis 2011. aastal – statistiline ülevaade EHISe andmete põhjal, lk 11.

⁹⁷ Programmis osalenuid vahistati 23%, võrdlusgrupis 44%. vt Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(1), 12.

KOKKUVÕTE

Uuringu läbiviijad leiavad, et käitumisprobleemidega lastele ning nende peredele suunatud tõenduspõhise programmi rakendamiseks võiks sotsiaalkindlustusameti koosseisu luua rakendusüksuse. Kui seada eesmärgiks terapeutide võrgustiku loomine, siis saab teha koostööd juba olemasolevate riiklike, era- või vabatahtlike erinevatele sihtgruppidele mõeldud nõustamiskeskustega (haiglad, erakliinikud, narko-, alkokeskused jne) või vajadusel luua ka uusi “kabinette”. Minimaalne meeskond koosneb superviisorist ja kahest terapeutist (nii MDFT kui MST puhul), kes vajavad vastuvõtuks nii ruume kui ka vahendeid perede juures käimiseks ja monitoorimiseks (auto, telefon jne), seega väikseima meeskonna puhul piisaks ühest ruumist ja transpordivahendist. Meeskondade suurus ja paiknemine lähtuks ennekõike probleemsete noorte paiknemisest ja arvukusest, eelduslikult jaotatakse Eesti neljaks tegevuspiirkonnaks (põhi, lõuna, ida, lääts). Teraapiameeskondi koordineeriks keskselt sotsiaalkindlustusamet, kes tegeleks info kogumise, haldamise ja uurimisega, superviisiooni koordineerimise ja väljaõppega. Alternatiivina võiks keskne organisatsioon olla kas justiits- või sotsiaalministeeriumi või hoopis haridusministeeriumi haldusalas, kas mõne kõrgkooli, ameti või keskse institutsiooni juures või päris iseseisvana (nt sihtasutusena), selle rahastamine võiks olla kombineeritud vajaduspõhiselt sihtgruppe ja piirkondi silmas pidades.

Alljärgnevalt võetakse kokku olulisemad tähelepanekud ja eelised, miks uuringu läbiviijad hindavad analüüsis olnud programmidest MDFT rakendamist kõige sobilikumaks:

- mitmekesisemad rakendumise võimalused;
 - Soovides teenust teha võimalikult kättesaadavaks, oleks mõistlik programmi rakendada paindlikult vastavalt piirkonna eripäradele ja vajadustele. MDFT puhul on pakutud teenust väga erinevates keskkondades, samuti on see sobilik laiemale sihtgrupile (mitte üksnes hälbiv käitumine).
- meeskondade väiksus;
 - Meeskonda kuulub superviisor ja 2–5 terapeuti.
- programmi rakendumise ajaga kohanduv väljaõppe kestus;
 - Kõigepealt koolitatakse välja superviisor(id) (5 kuud), kes valivad oma meeskonna terapeudi kandidaadid ning seejärel osalevad integreeritult koos terapeudi väljaõppes (6 kuud).
- programmi suhteliselt suur sõltumatus programmi edastavast kesksest organisatsioonist;
- kogemused teistesse keeltesse kohandumisega;
- pikemaajaliselt ilmselt majanduslikult soodsam rakendada (võrreldes MSTga).
 - Puuduvad iga-aastased litsentsi- ja teenustasud, küll aga on koolitamine kulukam (suure kaardivoolavuse korral on küsitav, kas programm on soodsam).
 - Analüüsi tegemisel ei ole teada, milline oleks motiveeriv töötasu terapeutidele ja superviisoritele; samuti on ebaselge võimalike programmi tõlkimisvajaduste maht.

Kuna antud teraapiameetod on efektiivne ja levinud ka laiemal populatsioonil (mitte ainult hälbiva käitumise puhul), siis on sellel meetodil perspektiivi saada arvestatavaks teraapiameetodiks Eestis, mis

põhjendaks ära seire ja supervisioonisüsteemi eestindamise ning kuna tegemist on teaduspõhise ja usaldusväärse teraapiameetodiga, siis olukorras, kus Eestis on erinevate psühhoteraapiate ühenduste⁹⁸ eestvedamisel alanud nendele teraapiameetoditele kutsetunnistuste omistamise protsess, võiks ka Eestisse juurde toodava meetodi puhul olla suund saada kohalikult tunnustatud ja aktsepteeritud meetodiks, millega käiks kaasas nt praktikute riiklik finantseerimine läbi haigekassa teenuste nimekirja.

Kokkuvõtvalt leiavad autorid, et juhul, kui Eestis rakendada tõendus põhise programmi käitumisprobleemidega lastele ja nende peredele, oleks selleks sobivaim MDFT. MDFT oluliseks eeliseks on suurem paindlikkus võrreldes MSTga (nt võimalik osalise tööajaga töötamine, potentsiaalsetele terapeutidele esitatavad kvalifikatsiooninõuded ei ole nii ranged jms), mis on vajalik eelkõige Eesti väiksuse tõttu. Samuti on tõenäoliselt MDFT rakendamine pikaajaliselt majanduslikult soodsam.

⁹⁸ Eesti muusikateraapia ühing, Eesti psühhoanalüütiline selts, Eesti eksistentsiaal psühhoteraapia ühing, Eesti pereteraapia ühing, Eesti geštaltpsühhoterapeutide ühing, Eesti psühhoteraapia assotsiatsioon, Eesti psühhoanalüütilise lasteteraapia selts ja Eesti pereteraapia ühing.

LÜHIKOKKUVÕTE UURINGUST

Taust

Ennekõike tõusevad Eesti laste ja nende perede probleemidena esile: kooliedukus (koolikohustuste mittetäitmine, halb õppeedukus), vanemluse (üksikvanemad ja probleemsed vanemad) ja peresuhete probleemid (konfliktid peres), vaesus, alkoholi kuritarvitamine ja hälbivalt käituv sõpruskond. Nende murede leevendamiseks planeeritakse tõenduspõhist sekkumist. Antud uuringus võrreldi erinevaid tõenduspõhiseid sekkumisprogramme.

Eesmärk

Uuringu eesmärgiks oli hinnata, milline maailmas kasutusel olevatest tõenduspõhistest sekkumisprogrammidest (MST, FFT, MDFT, COAIM)^{99 100}, mida viiakse ellu väljaspool kinniseid asutusi, sobib kõige enam tõsiste käitumisprobleemidega laste ning nende perede toetamiseks ning käitumisprobleemide ja (korduvate) õigusrikkumiste maandamiseks Eesti oludes.

Põhiküsimused, millele leiti vastused, on:

- millised tõenduspõhised programmid (arvestades rahvusvahelisi hindamisi ja kriteeriume) on maailmas kasutusel ja sobivad kasutamiseks laste ja noorte tõsiste käitumuslike probleemide lahendamiseks/maandamiseks? Muuhulgas võrreldakse programmide sisu, kriteeriume, kestvust, sihtrühma, maksumust, uuringuid, nende kvaliteeti ning programmi eeldatavat ja tegelikku mõju.
- Soovides vältida laste sattumist kinnistesse asutustesse, milline tõenduspõhine tõsiste käitumisprobleemidega laste ja noorte ning nende peredega tegelev programm sobib kõige enam kasutamiseks Eesti oludes, arvestades laste ja perede vajadusi, Eesti haldus- ja finantsvõimekust?

Metoodika

Eesti oludesse sobiva programmi välja valimiseks viidi läbi programmide võrdlev analüüs, mis koosnes kahest osast. Esimeses osas analüüsiti vaatlusaluste programmide vastavust tellija poolt püstitatud lähteülesandele ja uurimisküsimustele *W.K.Kellogs Foundation Logic Model Development Guide*¹⁰¹ ning *Blueprint*¹⁰² printsiipidest lähtuvalt. Analüüsi käigus koostati loogilisele mudelile tuginev indikaatorite loetelu ja hinnati programmide vastavust nendele. Teises osas analüüsiti neile kriteeriumitele kõige paremini vastanud programme nende sisust ja Eesti kontekstist lähtuvalt ning toodi välja programmide kattuvused, eelised ja riskid.

⁹⁹ *Multi-Systemic Therapy (MST), Functional Family Therapy (FFT), Multi-Dimensional Family Therapy (MDFT) ja Change Outcome and Indicator Mapping (COAIM)*

¹⁰⁰ Tõenduspõhiseid programmina peame siinkohal silmas programmi, mida on korduvalt testitud, nad annavad positiivset efekti erinevates riikides. Korduvate uuringute tulemused on näidanud, et tõenduspõhised programmid on toimunud sihtotstarbeliselt.

¹⁰¹ W.K. Kellogg Foundation (2004), *Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action*, Battle Creek, MI: W.K. Kellogg Foundation www.wkcf.org/knowledge-center/resources/2006/02/wk-kellogg-foundation-logic-model-development-guide.aspx

¹⁰² *Blueprints for Healthy Youth Development*. 2012 – 2013. www.blueprintsprograms.com/programCriteria.php

Tulemused

Tuginedes võtmekriteeriumitele, mis lähtuvad uurimisküsimustest ja *Blueprint* standarditest, selgus analüüsi tulemusena, et Eesti oludele ja vajadustele vastavat ühte ja ideaalset sekkumisprogrammi pole võimalik välja tuua. Kõigil analüüsitavatel programmidel on oma eelised ja puudused. Valiku tegemisel on oluline arvestada ka programmide vastavusega kohalikele vajadustele ja nende rakendamisega kaasnevate võimalike probleemidega (eriti nendega, mis tulenevad kohalikest oludest). Raportis antakse ülevaade võimalikest valikukriteeriumitest ja nende teguritega kaasakäivatest võimalikest tagajärgedest, millega tuleb valiku tegemisel ja rakendamisel arvestada:

- kes võib programmi läbi viia?
- Kas ja millise ettevalmistusega isikuid on vaja?
- Kes ja mis keeles õpetab välja ning keda välja õpetatakse?
- Kui pikk on ja millest koosneb väljaõpe?
- Millised väljaõpet toetavad materjalid on olemas?
- Kuivõrd iseseisev (sõltumatu loojatest) on programm pärast väljaõppe ja rakendumise perioodi lõppu?
- Kellele programm on mõeldud?
- Mis on programmi komponendid?
- Mis probleemidele on programm suunatud?
- Kus programmi rakendatakse?
- Kui pikk on programmi kestus ja kui ulatuslik on sekkumise määr?
- Kui suured on meeskonnad ja kui palju on neil juhtumeid?
- Kui pikalt on programm olemas olnud?
- Kas ja millised on lühiaegsed tulemused?
- Kas ja millised on pikaajalised tulemused?
- Milliste uuringutega on tulemused saadud?
- Milline organisatsioon ja millise hinnangu on andnud?
- Milliseid probleeme on programmi rakendamisel täheldatud?

Kuna programmi kohta käiva info kättesaadavus on üheks tõenduspõhise programmi kriteeriumiks, siis piiratud info kättesaadavus välistas COAIMi edasisest võrdlevast analüüsist. Samuti on FFT väljaõppe I faasi pikkus 12–18 kuud ning esialgne väljaõpe leiab aset alles selle faasi lõpuosas, mistõttu kogu protsess saaks läbi alles pärast rakendumise aja (30. 04. 2016) lõppu. Seega suure tõenäosusega ei mahu antud programm etteantud ajaraami, mistõttu muutub see kriteerium FFT programmi välistavaks.

Sekkimisprogramm võiks rakenduda loodava sotsiaalkindlustusameti rakendusüksusena (olles seega sotsiaalministeeriumi valitsemisalas). Sel juhul koondub kompetents ja võimekus KOVI lastekaitsetöötajatele ja teistele süsteemi osapooltele tuge pakkuda ühte asutusse, mis samal ajal koordineerib ka teenusepakujate võrgustiku tööd. Spetsialistide koondumine annab ilmselt ka mõningase finantsilise kokkuhoiu. Lisaks õigustab sellist ettepanekut eeldatav tihe koostöö erinevate huvirühmade vahel, mille tulemusena leitakse programmi sobivad lapsed piisavalt varakult (enne kui alaealised on jõudnud toime panna tõsiseid väär- ja kuritegusid). Programmide koordinaatorid on rõhutanud, et korralduslikult peab olema selge see, kust saadakse informatsioon programmi sihtrühma kohta – hinnanguliselt on kõige parem ülevaade alaealiste riskirühmadest just kohalike omavalitsuste

sotsiaaltöötajatel, aga ka kohtutel ja prokuratuuril. Programmi SKA rakendusüksusena loomise ohuks on aga süsteemi uudsus ning uuringu läbiviimise ajal ei olnud veel selge, millisena ja kuidas süsteem realselt toimima hakkaks. Alternatiivseteks programmi rakendavateks asutusteks on välja pakutud vanglateenistuse vanglate kriminaalhooldusosakondade rakendusüksused (justiitsministeeriumi valitsemisalas); politsei- ja piirivalveameti rakendusüksused (siseministeeriumi valitsemisalas); kohtute rakendusüksused; töörühmad mõne ülikooli juures; eraldiseisev sihtasutus; ostetakse teenus sisse (mõnelt) mittetulundusühingult.

Kulukuse võrreldavuse tagamiseks tehti analüüsis eeldus, et luuakse neli meeskonda ja ühe meeskonna suuruseks on mõlema (MDFT ja MST) programmi puhul üks superviisor ja kaks terapeuti. Analüüsiti programmi juurutamis- ja tegevuskulusid. Suurimateks kuluartikliteks on esialgne koolitamine (sertifitseerimine) ja hilisem tööjõukulu. Programmi rakendamise kogukulu on seitsme aasta perspektiivis (realselt ei rakendu programm 2014. a alguses, seega on 2014. a kulud mõnevõrra väiksemad ja koolituskulud kanduvad edasi 2015. aastasse) MDFT puhul 2,2–2,7 mln eurot ja MST puhul 2,4–3,3 mln eurot. Samas tasub rõhutada, et selles kalkulatsioonis ei arvestata lisakoolitamise vajadusega juhul, kui terapeute tuleb asendada.

Kokkuvõtte

Kokkuvõtvalt saab öelda, et üldiselt vastavad Eesti laste ja noorte ning nende perede vajadustele mõlemad lõppvalikusse jäänud programmid, nii MDFT kui ka MST. Kui aga lähtuda sellest, kumb neist vastab paremini Eesti oludele ning vajadustele, siis tehtud analüüsile tuginedes saab selle programmina välja tuua **multidimensionaalse pereteraapia (MDFT)**. MDFT eelisteks MST ees on suurem vastavus Eesti laste ja nende perede vajadustele, eriti kooliprobleemide ja pereprobleemide osas. Lisandub suurem paindlikkus nii sihtgrupi, väljaõppe kui ka rakendajate hilisema töö osas. Samuti on hinnanguliselt MDFT rakendamine majanduslikult soodsam.

EXECUTIVE SUMMARY

Background

Above all, the highlighted problems of Estonian children and their families are: school problems (truancy, poorer grades), parenthood (single parents, problematic parents) and family relationship problems (conflicts in the family), poverty, alcohol abuse and deviant behavior among friends. To alleviate these problems, the implementation of an evidence-based intervention program is planned. This study carried out a comparative analysis of various evidence-based intervention programs.

Objective

The purpose of this study was to identify which of the available evidence-based intervention programs (MST, FFT, MDFT, COAIM)¹⁰³, implemented outside of the closed institutions, fulfills best the needs of children and their families in Estonia. The study shall identify which of the available evidence-based programs in the world is suitable for the support of the children and their families to hedge the most severe behavioral problems and (repeated) offenses.

Key questions to which the answers were found are:

- What evidence-based programs (taking into account the international assessment and criteria) are used in the world to hedge the serious behavioral problems of children and youth? Among other things, comparison of the content of programs, criteria, durability, target groups, costs, analysis done and the quality of the analysis as well as the expected and actual impact of the program is done.
- To prevent children from getting into the closed institutions, which of the evidence-based programs is most suitable for Estonian children and their families with serious behavioral problems, taking into account the needs of children and families, the Estonian administrative and financial capabilities?

Methodology

The program theory describes the relationship between the intervention and the desired or an observed outcome¹⁰⁴. One way to describe these connections is through logical models, which state how the intervention is understood and how it is designed to deliver concrete results. E.g., W.K. Kellogg Foundation created a model, which consists of five components: input, activities, output, outcome and impact. Different programs in this study are described and compared on the basis of this logical model.

To choose a suitable program for Estonia a comparative analysis was carried out. Analysis consisted of two parts. In first part compared programs conformity with the initial task and research questions set by the customer and was analyzed based on W.K.Kelloggs Foundation Logic Model Development Guide and Blueprint principles. The list of indicators based on logical model was compiled and the programs were assessed by these. In the second part of the analysis the programs that best met these criterias were

¹⁰³ Multi-Systemic Therapy (MST), Functional Family Therapy (FFT), Multi-Dimensional Family Therapy (MDFT) and Change Outcome and Indicator Mapping (COAIM)

¹⁰⁴ Funnell, S. and Rogers, P. (2011), Purposeful Programme Theory, New York: Wiley; ref Delaney 2011

analyzed by their content and Estonian context and identified overlaps, benefits and risks were pointed out.

Results

As a result of the analysis, on the basis of the key criteria that are based on the research questions and the Blueprint standards, it is shown that there is no single perfect intervention program to suit the circumstances and needs of Estonia. All of the analyzed programs have their advantages and shortcomings. In addition, it is important to take into account the associated potential problems (especially those arising from local circumstances) in compliance to meet local needs. The report provides an overview of the possible selection criteria, and the potential consequences, which must be taken into account when making the choice and implementing the program:

- Who can carry out the program?
- What qualifications are needed for the program?
- From who and in what language is the training provided, who is trained?
- What is the duration and content of the training?
- What are the available supporting and study materials for training?
- To what extent is the program independent after the training and implementation period?
- To whom is the program designed for?
- What are the components of the program?
- Which problems are the program aimed at?
- Where is the program implemented?
- How long is the duration of the program and what is the intensity of the intervention?
- How big are the teams and how many cases do they have?
- How long has the program existed?
- What are the short-term results of application of the program?
- What are the long-term results of application of the program?
- In which studies are these results presented?
- How is the program assessed?
- What problems have been reported?

As one of the criteria of evidence-based programs is the availability of information about the program, the absence of information about COAIM excludes it from further analysis. Also, since the phase 1 training of FFT lasts from 12 to 18 months, and the initial training takes place only towards the end of this phase, the whole process can be carried out only after the end of the implementation period (30. 04. 2016). Thus, it becomes an exclusion criterion for the FFT program.

Intervention program could be applied using an implementing entity under the Social Insurance Office (*Sotsiaalkindlustusamet*) created in the near future (thus administered by the Ministry of Social Affairs). In this case, the competence and capability to provide support for local governments child protection workers and other parties of the system concentrates into a single body, which at the same time coordinates the work of the service providers network. Concentration of specialists provides probably some financial savings. In addition to justifying such a proposal, close cooperation between the different stakeholders is expected. As a result, children suitable for the program are found sufficiently early (before the minor has come to commit serious misdemeanors or crimes). The programs coordinators have stressed that it should be clear where the information is obtained about the target audience of the

program – it is estimated that the local social workers have the best overview of the at-risk minors, also the courts and the prosecutor's offices have similar information. The threat of implementing the program under the Social Insurance Office, however, is the novelty of the system at the time the analysis was conducted (it was not yet clear if and how the system would actually operate). Alternative options for the institution to implement the program are the Prison Service (prisons' probation departments; under the Ministry of Justice); Police and Border Guard operational units (Ministry of Internal Affairs); courts implementing units; working groups in an university; creating a separate foundation; the service is provided by (one or many) nonprofit organizations.

To ensure the comparability of cost analysis, the creation of four teams is assumed and one team has the size of one supervisor and two therapist (for both the MDFT and MST programs). The implementation and operation costs are analysed. The main costs are the initial training (certification) and labor. The total cost of the program in the seven-year run (actually the program does not start at the beginning of 2014, therefore the costs are somewhat postponed to the next years) for MDFT is 2.2 to 2.7 million and for MST 2.4 to 3.3 million euros. However, it is worth underlining that this estimate does not take into account the need for additional training of therapists in case they are replaced.

Conclusions

In summary, we can say that both remaining programs in the final selection (MDFT and MST) generally correspond to the Estonian children and their families' needs. However, based on the suitability to the needs and circumstances of Estonia the most suitable program is Multidimensional Family Therapy (MDFT). MDFT's advantages compared to MST are greater compliance with Estonian children and their families' needs, particularly school and family problems. In addition, it is more flexible about the target group, as well as the training and later work of the implementers. It is also estimated that the implementation of MDFT is more economical.

LISA 1. Valik MST kohta teostatud teadusuuringuid

Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stain, R. J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 35, 105-114.

Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M. & Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 569-578.

Borduin, C.M., Schaeffer, C.M. & Heiblum, N. (2009). A randomized clinical trial of Multisystemic Therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 26-37.

Brown, T. L., Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent juvenile delinquents: Effects on school attendance at posttreatment and 6-month follow-up. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, 2(2), 81-93.

Butler, S., Baruch, G., Hickey, N., & Fonagy, P. (2011). A randomized controlled trial of Multisystemic Therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(12), 1220-1235.

Camp, G. M. & Camp, C. G. (1993). *The Corrections Yearbook*. South Salem, N. Y.: Criminal Justice Institute.

Dekovic, M., Asscher, J. J., Manders, W. A., Prins, P. J. M., & van der Laan, P. (2012). Within-intervention change: Mediators of intervention effects during Multisystemic Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 574-587.

Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Melton, G. B., Mann, B. J., Smith, L. A., Hall, J. A., Cone, L., & Fucci, B. R. (1991). Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders: A progress report from two outcome studies. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 1(3), 40-51.

Henggeler, S. W., Clingempeel, W. G., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (2002). Four-year follow-up of Multisystemic Therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(7), 868-874.

Henggeler, S.W., Letourneau, E.J., Chapman, J.E., Borduin, C.M., Schewe, P.A., & McCart, M.R. (2009). Mediators of change for multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 451-462.

Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G., & Hanley, J. H. (1997). Multisystemic Therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821-833.

Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 953-961.

- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Smith, L. A., Schoenwald, S. K., & Hanley, J. H. (1993). Family preservation using multisystemic treatment: Long-term followup to a clinical trial with serious juvenile offenders. *Journal of Child and Family Studies*, 2, 283-293.
- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., & Brondino, M. J. (1999). Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*, 1(3), 171-184.
- Henggeler, S. W., Rodick, J. D., Borduin, C. M., Hanson, C. L., Watson, S. M., & Urey, J. R. (1986). Multisystemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behavior and family interaction. *Developmental Psychology*, 22, 132-141.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York: Guilford.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Huey, S.J., Henggeler, S.W., Brondino, M.J., & Pickrel, S.G. (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 451-467.
- Leschied, A. & Cunningham, A. (2002). *Seeking Effective Interventions for Serious Young Offenders: Interim Results of a Four-Year Randomized Study of Multisystemic Therapy in Ontario, Canada*. London, Canada: Centre for Children and Families in the Justice System.
- Letourneau, E.J., Henggeler, S.W., Borduin, C.M., Schewe, P.A., McCart, M.R., Chapman, J.E., & Saldana, L. (2009). Multisystemic Therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 89-102.
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(2), 77-83.
- Ogden, T. & Hagen, K.A. (2009). What works for whom? Gender differences in intake characteristics and treatment outcomes following Multisystemic Therapy. *Journal of Adolescence*, 32, 1425-1435.
- Ogden, T. & Hagen, K.A. (2006). Multisystemic Therapy of serious behaviour problems in youth: Sustainability of therapy effectiveness two years after intake. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 11, 142-149.
- Sawyer, A.M, & Borduin, C.M. (2011). Effects of Multisystemic Therapy through midlife: A 21.9-year follow-up to a randomized clinical trial with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 643-652.
- Schaeffer, C. M. & Borduin, C. M. (2005). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of Multisystemic Therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 445-453.

Schoenwald, S. K., Ward, D. M., Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., & Patel, H. (1996). Multisystemic Therapy treatment of substance abusing or dependent adolescent offenders: Costs of reducing incarceration, inpatient, and residential placement. *Journal of Child and Family Studies*, 5(4), 431-444.

Timmons-Mitchell, J., Bender, M., Kishna, M.A., & Mitchell, C. (2006). An independent effectiveness trial of Multisystemic Therapy with juvenile justice youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 227-236.

LISA 2. Valik FFT kohta teostatud teadusuuringuid

Alexander, J. F., & Parsons, B. V. (1973). Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 219-225.

Aos, S., Lee, S., Drake, E., Pennucci, A., Klima, T., Miller, M., Anderson, L., Mayfield, J., & Burley, M. (July, 2011). Return on Investment: Evidence-Based Options to Improve Statewide Outcomes (Document No. 11-07-1201A). Olympia: Washington State Institute for Public Policy.

Barnoski, R. (2004, January). Outcome evaluation of Washington State's research-based programs for juvenile offenders (Document No. 04-01-1201). Olympia: Washington State Institute for Public Policy.

Barton, C., Alexander, J. F., Waldron, H., Turner, C. W., & Warburton, J. (1985). Generalizing treatment effects of Functional Family Therapy: Three replications. *The American Journal of Family Therapy*, 13, 16-26.

Celinska, K., Furrer, S., & Cheng, C.-C. (2013). An outcome-based evaluation of Functional Family Therapy for youth with behavior problems. *OJJDP Journal of Juvenile Justice*, 2(2), 23-36.

Friedman, A. (1989). Family therapy vs. parent groups: Effects on adolescent drug abusers. *The American Journal of Family Therapy*, 17(4), 335-347.

Gordon, D. A. (1995). Functional Family Therapy for delinquents. In R. R. Ross, D. H. Antonowicz, & G. K. Dhaliwal (Eds.), *Going straight: Effective delinquency prevention and offender rehabilitation* (pp.163-178). Ottawa, Ontario, Canada: Air Training and Publications.

Gordon, D. A., Graves, K., & Arbuthnot, J. (1995). The effect of Functional Family Therapy for delinquents on adult criminal behavior. *Criminal Justice and Behavior*, 22(1), 60-73.

Hansson, K., Cederblad, M., & Hook, B. (2000). Functional family therapy: A method for treating juvenile delinquents. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 3, 231-243.

Hansson, K., Johansson, P., Drott-Emnglen, G., & Benderix, Y. (2004). Funktionell familjeterapi i barnpsykiatrisk praxis: Om behandling av ungdomskriminalitet utanfor universitesforskningen. *Nordisk Psykologi*, 56(4), 304-320.

Klein, N. C., Alexander, J. F., & Parsons, B. V. (1977). Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: A model of primary prevention and program evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 469-474.

Sexton, T., & Turner, C. W. (2010). The effectiveness of Functional Family Therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *Journal of Family Psychology*, 24 (3), 339-348.

Slesnick, N. & Prestopnik, J. (2009). Comparison of family therapy outcome with alcohol-abusing, runaway adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(3), 255-277.

Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W., & Peterson, T. R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 802-813.

LISA 3. Valik MDFT kohta tehtud teadusuuringuid

Hogue, A., Dauber, S., Henderson, C. E., & Liddle, H. A. (2013). The reliability of therapist self-report on treatment targets and focus on family-based intervention. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-9.

Rowe, C. L. (2012). Family therapy for drug abuse: Review and updates 2003-2010. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 221-243. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00280

Rowe, C. L. (2010). Multidimensional Family Therapy: Addressing co-occurring substance abuse and other problems among adolescents with comprehensive family-based treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 563-576. doi: 10.1016/j.chc.2010.03.008

Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P., & Liddle, H. A. (2010). Effectiveness of Multidimensional Family Therapy with higher-severity substance abusing adolescents: Report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 885-897. doi: 10.1037/a0020620

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Henderson, C. E., & Rowe, C. L. (2011). Implementation outcomes of Multidimensional Family Therapy-Detention to Community: A reintegration program for drug-using juvenile detainees. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55, 587-604. doi: 10.1177/0306624X10366960

Rigter, H., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Grichting, E., Hendriks, V., & Rowe, C. (2010). INCANT: A transnational randomized trial of Multidimensional Family Therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry*, 10(28). doi: 10.1186/1471-244X-10-28

Henderson, C. E., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Hawes, S. W., & Liddle, H. A. (2009). Parenting practices as mediators of treatment effects in an early-intervention trial of Multidimensional Family Therapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35, 220-226. doi: 10.1080/00952990903005890

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. & Greenbaum, P. (2009). Multidimensional Family Therapy for early adolescent substance abusers: Twelve month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 12-25. doi: 10.1037/a0014160

Liddle, H. A., Rowe, C. L., & Dakof, G. A. (2007). Clinical and empirical foundations of effective family based treatment for adolescent drug abuse. In E. Gilvarry (Ed.), *Clinics in developmental medicine: Substance misuse in young people* (pp. 185-196). Cambridge University Press.

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing Multidimensional Family Therapy and Cognitive Behavior Therapy. *Addiction*, 103, 1660-1670. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02274.x

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Gonzalez, A., Henderson, C. E., Dakof, G. A., & Greenbaum, P. E. (2006). Changing provider practices, program environment, and improving outcomes by transporting Multidimensional Family Therapy to an adolescent drug treatment setting. *American Journal on Addictions*, 15, 102-112. doi: 10.1080/10550490601003698

Robbins, M. S., Liddle, H. A., Turner, C. W., Dakof, G. A., Alexander, J. F., & Kogan, S. M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 108-116. doi: 10.1037/0893-3200.20.1.108

- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 689-698. doi: 10.1037/0022-006X.73.4.689
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J.,...Funk, R. (2004). Main findings of the Cannabis Youth Treatment (CYT) randomized field experiment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*(3), 197-213.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Henderson, C. E., Dakof, G. A., & Ungaro, R. A. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized controlled trial comparing Multidimensional Family Therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 36*(1), 49-63. doi: 10.1080/02791072.2004.10399723
- Rowe, C. L., Liddle, H. A., Greenbaum, P., & Henderson, C. E. (2004). Impact of psychiatric comorbidity on treatment outcomes of adolescent drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(2), 129-140. doi: 10.1016/S0740-5672(03)00166-1
- French, M. T., Roebuck, M. C., Dennis, M., Godley, S., Liddle, H. A., & Tims, F. (2003). Outpatient marijuana treatment for adolescents: Economic evaluation of a multisite field experiment. *Evaluation Review, 27*(4), 421-459. doi: 10.1177/0193841X03254349
- Hogue, A., Liddle, H. A., Becker, D., & Johnson-Leckrone, J. (2002). Family-based prevention counseling for high-risk young adolescents: Immediate outcomes. *Journal of Community Psychology, 30*(1), 1-22. doi: 10.1002/jcop.1047
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Quille, T., Dakof, G. A., Mills, D. S., Sakran, E., & Biaggi, H. (2002). Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*(4), 231-24. doi: 10.1016/S0740-5472(02)00239-8
- Jackson-Gilfort, A., Liddle, H. A., Tejada, M. J., & Dakof, G. A. (2001). Facilitating engagement of African American male adolescents in family therapy: A cultural theme process study. *Journal of Black Psychology, 27*(3), 321-340. doi: 10.1177/0095798401027003005
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional Family Therapy for adolescent substance abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 27*(4), 651-688.
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Hogue, A., & Dakof, G. A. (1999). Alliance building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, & Training, 36*(4), 355-368. doi: 10.1037/h0087729
- Diamond, G. M. & Liddle, H. A. (1998). Improving an initially poor therapist adolescent therapeutic alliance: A process study. *The Family Psychologist, 14*, 5-9.
- Diamond, G. & Liddle, H. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 481-488. doi: 10.1037/0022-006X.64.3.481
- Schmidt, S. E., Liddle, H. A., & Dakof, G. A. (1996). Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during Multidimensional Family Therapy. *Journal of Family Psychology, 10*(1), 12-27. doi: 10.1037/0893-3200.10.1.12