

Version 30.03.2016

VAIMSE TERVISE STRATEEGIA

2016 - 2025



EESTI VAIMSE TERVISE
JA HEAOLU KOALITSIOON

Tänuõnad strateegia koostajatele, panustajatele, abistajatele

Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsioon tänab Vaimse tervise strateegia 2016-2025 koostamisel osalenud spetsialiste tervise-, hariduse-, sotsiaal- ja justiitsvaldkonnas, vaimse terviseiga seotud erialaorganisatsioonide esindajaid, strateegia töögruppide liikmeid ja eksperte.

Vaimse tervise strateegia koostamisel osalenud ekspertgrupp

Airi Värnik, MD PhD, psühhiaater, suitsidoloog, juhtivteadur, Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI); vaimse tervise professor, Tallinna Ülikool, Loodus- ja Terviseteaduste Instituut

Algi Samm, PhD, pereterapeut, psühholoogiline nõustaja, Tervisekliinik OÜ

Andres Lehtmets, MD, psühhiaater, psühhiaatriakeskuse juhataja, Lääne-Tallinna Keskhaigla

Anne Kleinberg, MD PhD, lastepsühhiaater, psühhiaatriakliiniku juhataja, SA Tallinna Lastehaigla

Ants Puusild, MD, psühhiaater, psühhiaatriakliiniku juhataja, Pärnu Haigla

Eha Rüütel, PhD, kunstiteraapiate professor, Tallinna Ülikool, Loodus- ja Terviseteaduste Instituut

Helgi Kolk, MD PhD, arst-õppejõud, geriaatria, Tartu Ülikooli Kliinikum

Ruth Soonets, MD, pediaater

Viiu Tuulik, MD, PhD, töötervishoiu arst-neuroloog, emeriitdotsent, Tallinna Tehnikaülikool

Vaimse tervise strateegia koostamisel osalenud töögrupp

Airi Mitendorf, VATEK-i projektijuht, Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI)

Ann Seilenthal, täiskasvanukoolitaja ja suhtlemistreener, Eesti Suhtlemistreenerite Ühing

Anna-Kaisa Oidermaa, kliiniline psühholoog, MTÜ Peaasjad

Annika Roosa, juhatuse esimees, Perekeskus Sina ja Mina

Eda Mürsepp, vaimse tervise õenduse spetsialist-nõustaja, EÕL Eesti Psühhiaatriaõdede Seltsing; juhatuse liige, EÕL Lasteõdede Seltsing

Elis Haan, rahvatervise programmi koordinaator, Sotsiaalministeerium

Ere Vasli, lastepsühhiaater, MTÜ Peaasjad, Tallinna Lastehaigla

Helen Tabur, MTÜ Omastehooldus

Indrek Linnuste, päevakeskuse juhataja, Pärnu Haigla Psühhiaatriakliinik

Ingrid Ots-Vaik, nõunik, Sotsiaalministeerium

Jelena Põldsam, kliiniline psühholoog ja psühhoterapeut, Pereteraapia Ühing, Ambromed Kliinik

Kai Saks, PhD, geriaatria dotsent, Tartu Ülikooli Kliinikum

Karin Streimann, vanemspetsialist, Tervise Arengu Instituut

Karit Koller, tervishoiutöötaja, Paide Lasteaed

Katrin Grünberg, MTÜ Duo Kirjastus

Kristiina Treial, KiVa programmijuht

Kädi Lepp, juhatuse esimees, Tallinna Koolitervishoid; tervisekäitumise lektor, Tallinna Ülikool, Haapsalu Kolledž

Küllli Mäe, juhatuse liige, Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing

Kristi Rekand, jurist/huvikaitse juht, Eesti Patsientide Esindusühing

Liis Lend, psühholoog, Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatriakliinik

Maire Riis, psühhoterapeut, juhatuse liige, Laste ja Noorte Kriisiprogramm

Merike Sisask, PhD, tegevdirektor ja vanemteadur, Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI); sotsiaaltervishoiu professor, Tallinna Ülikool, Ühiskonnateaduste Instituut

Merike Otepalu, direktor, Tallinna Vaimse Tervise Keskus

Monika Rand, kommunikatsioonijuht, Tallinna Vaimse Tervise Keskus

Mirjam Ool, psühholoog, Ambromed Kliinik

Peeter Värnik, PhD, demograaf ja vanemteadur, Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI)

Tiia Pertel, tervise edendamise osakonna juhataja, Tervise Arengu Instituut

Tiina Parmasto, Heategevusfond Dharma

Tiina Tõemets, projektijuht, Sotsiaalministeerium

Triinu Täht, peaspetsialist, Sotsiaalministeerium

Vaimse tervise strateegia 2016-2025 on valminud Sotsiaalministeeriumi ja EMP toetusel (Vabaihenduste Fond Avatud Eesti Fondi vahendusel).

Sisukord

Sisukord	2
Vaimse tervise strateegia eesmärk, oodatavad tulemused, sihtgrupp ja läbivad põhimõtted	5
Vaimse tervise strateegia üldeesmärk	5
Vaimse tervise strateegilise valdkonna üldeesmärgi saavutamise alaeesmärgid	5
Vaimse tervise strateegia oodatavad mõõdetavad tulemused	5
Vaimse tervise strateegia sihtgrupp.....	6
Vaimse tervise strateegia läbivad põhimõtted.....	6
Vaimse tervise strateegia koostamise protsess	8
Terminite selgitused	9
Uuringud, infosüsteemid ja sekkumiste hindamine	12
Sissejuhatus ja olukorra kirjeldus	13
Vaimse tervise strateegiaga seotud poliitikadokumendid	15
1. SEKKUMISTASAND: VAIMSE TERVISE EDENDAMINE	17
Vaimse tervise edendamise tegevusplaanide ja sihtotstarbeliste ressursside kavandamine valdkondade üleses koostöös	17
Turvalise ja vaimset tervist toetava elu- ja töökeskkonna kujundamine	18
Esmatasandi spetsialistide teadlikkuse tõstmine vaimse tervise edendamisest läbi inimese elukaare	18
Elanikkonna teadlikkuse tõstmine vaimse tervise säilitamise ning edendamise võimalustest	19
1.1. Vaimse tervise edendamine lastel ja noortel	20
Laste ja noorte vaimset tervist toetava eluviisi ja -keskkonna kujundamine nii perekonnas, haridusasutustes kui kogukonnas	21
Vaimset tervist säilitavate ja edendavate tegevuste lõimimine õppe- ja kasvatustöö programmidesse haridusasutustes	22
Laste ja noortega kokku puutuvate spetsialistide teadlikkuse arendamine vaimse tervise kaitseteguritest ja nende edendamisest, spetsialistide vahelise koostöö tõhustamine	24
Laste ja noorte heaolu ja vaimse tervise regulaarne hindamine ning kirjeldamine objektiivsete ja subjektiivsete näitajate kaudu.....	24
1.2. Vaimse tervise edendamine tööelisel	26
Tähtsusetööelu ja vaimset tervist edendava töökeskkonna kujundamine.....	27
Sooliste aspektide arvestamine vaimse tervise edendamisel.....	28
Noorte täiskasvanute toetamine haridustee lõpetamisel ja/või jätkamisel ning tööturule sisenemisel	28
Positiivseid paari- ja peresuhteid väärtustavate hoiakute kujundamine elanikkonnas	29
1.3. Vaimse tervise edendamine eakatel	30
Valitsuse tähelepanu suurendamine eakate vaimse tervise säilitamisele ja edendamisele.....	31

Kogukonnas eakatesse positiivse hoiaku suhtumise kujundamine, sotsiaalse kaasamise edendamine ja diskrimineerimise kõrvaldamine	31
Esmatasandi spetsialistide teadlikkuse tõstmine eakate inimeste vajadustest, vaimse tervise eripäradest ning edendamise võimalustest	32
Eakate inimeste teadlikkuse tõstmine aktiivsest vananemisest kui vaimse tervise kaitsetegurist ja võimalusest säilitada head tervist ning pikendada tervena elatud aastaid	32
2. SEKKUMISTASAND: PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIRETE ENNETAMINE JA VARAJANE SEKKUMINE	33
Elanikkonna teadlikkuse kujundamine sagedasematest psüühika- ja käitumishäiretest (nt depressioon, ärevushäired, sõltuvushäired) nende varajaseks märkamiseks ja abi otsimise julgustamiseks	34
Vaimse tervise ja heaolu hindamine esmatasandi spetsialistide poolt eesmärgiga märgata psüühika- ja käitumishäirete tekkimist enne nende süvenemist	34
Psühholoogilise abi kättesaadavuse tõhustamine elu kriisiperioodidel	35
Elanikkonna ning spetsialistide teadlikkuse suurendamine suitsidaalsest käitumisest	36
2.1. Psüühika- ja käitumishäirete ennetamine ja varajane sekkumine lastel ja noortel	37
Laste ja noorte madala heaolu ning psüühika- ja käitumishäirete (nt depressioon ja toitumishäired) varajane märkamine	38
Integreeritud valdkondade ülene koostöö vaimse tervise alase abi kättesaadavuse tagamiseks probleemide tekkimisel	39
Psüühika- ja käitumishäiretest enim ohustatud laste vaimse tervise hindamine, tervise säilitamine ja probleemide ennetamine	40
Ennasthävitava käitumise ennetamine	40
2.2. Psüühika- ja käitumishäirete ennetamine ja varajane sekkumine tööelistel	42
Kõrge stressitasemega elukutsete esindajate vaimse tervise kaitse, nende jõustamine ja toetamine	43
Haavatavate ja marginaliseeritud rühmade nõustamine ning taasühiskonnastamine ja tööturule sisenemise toetamine	43
Vägivallaohvritele professionaalse abi kättesaadavuse tagamine ja nende märgistatuse vähendamine	44
Puuetega inimeste pereliikmete ja omastehooldajate heaolu ning vaimse tervise kaitse, psühhosotsiaalne tugi omastehooldajatele, nende jõustamine ja toetamine	45
2.3. Psüühika- ja käitumishäirete ennetamine ja varajane sekkumine eakatel	46
Eakate vaimse seisundi ja abivajaduse hindamine perearsti töö osana ja tulemuste registreerimine	47
Valdkondadeülese koostöö tõhustamine eakate abistamisel (eakate turvaline elukeskkond, vägivallavaba vananemine)	47
Kognitiivse defitsiidi tunnuste varajane märkamine ja kognitiivse defitsiidiga eaka ning tema pereliikmete toetamine	48
Eakate alkoholi liigtarvitamise märkamine ja abi kättesaadavuse tagamine	49
3. SEKKUMISTASAND: PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIRETE RAVI JA TAASTUMINE	50

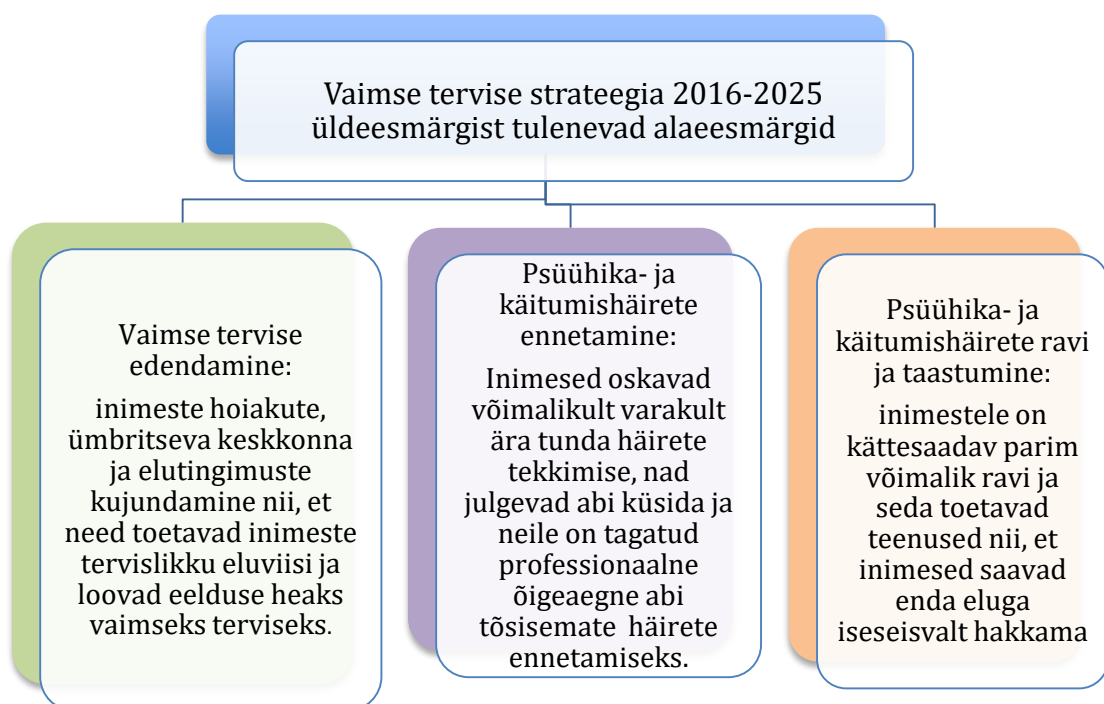
Inimestele psüühika- ja käitumishäirete ravi ja seda toetavate rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavuse tagamine	51
Selgelt diferentseeritud ravi ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavuse korraldamine vanusgrupi vajadustest lähtuvalt (lapsed, täiskasvanud, eakad).....	52
Psüühika- ja käitumishäirete ravi ja rehabilitatsiooniteenuste kvaliteedistandardite kirjeldamine.....	52
Järjepideva ja integreeritud psüühika- ja käitumishäirete ravi ja rehabilitatsiooni tagamine..	53
Integreeritud programmide arendamine vaimset tervist toetavate ja koduhooldus teenuste vahel toetamaks psüühika- ja käitumishäiretega inimeste kogukonnas elamist	53
Erinevate vaimse tervise spetsialistide piisava hulga tagamine koos jätkusuutlike koolitus- ja täiendõppeprogrammidega ning kompetentsusnõuete kirjeldamine	54
Psüühika- ja käitumishäirega inimeste sotsiaalne kaasamine ja kogukonnas osalemise toetamine	54
Taastumisele suunatud kultuuri juurutamine vaimse tervise sekkumistes läbi hoiakute, väärtuste ja teenuste kujundamise	55
3.1. Psüühika- ja käitumishäirete ravi ja taastumine lastel ja noortel	56
Lapse ja pere vajadustest lähtuva ea ja probleemispetsiifilise lastepsüühiaatilise abi kättesaadavuse tagamine, eelistades ambulatoorset ja väljasõidumeeskondadel põhinevat lähenemist	57
Raskete psüühika- ja käitumishäiretega lastele ja noorukitele tugevdatud järelevalvega erihooldusvõimaluste tagamine pikaajaliseks raviks ja rehabilitatsiooniks	57
3.2. Psüühika- ja käitumishäire ravi ja taastumine tööelistel.....	58
Depressiooni ja ärevushäirete ravi kättesaadavaks tegemine koos seda toetavate teenustega	59
Püsiva psüühika- ja käitumishäirega inimestele rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavuse tagamine	60
Sõltuvuse (alko-, narko-, hasartmängusõltuvus) multidistsiplinaarse ravi kättesaadavus ja sotsiaalne rehabilitatsioon sõltuvusravi järgselt	60
Komorbiidsuse interdistsiplinaarse ravi spetsialistidevaheline integreeritus (kehaline haigus ja psüühikahäire; alkoholi sõltuvus ja psüühikahäire; tuberkuloos ja psüühikahäire)	61
Tahtevastase hospitaliseerimise ja ravi regulatsioon.....	62
Kinnipeetavate psüühika- ja käitumishäirete ravi ja rehabilitatsioon.....	63
3.3. Psüühika- ja käitumishäirete ravi ja taastumine eakatel	64
Häirete õigeaegne diagnoosimine, dokumenteerimine ja kaasaegse ravi tagamine arvestades eakate organismi iseärasusi ja multimorbiidsust	64
Eakate ravimikasutuse regulaarne hindamine ja optimeerimine	65
Integreeritud hoolduse juurutamine ja koduhoolduse eelistatav rakendamine eaka tegelikke vajadusi ja perekonna võimalusi arvestades.....	65
Kvaliteetsete üld- ja erihooldekodu teenuste ja kohandatud keskkonna tagamine vastava psüühika- ja käitumishäirega eakatele, spetsialiseeritud teenuste kättesaadavuse kindlustamine	66
Kasutatud kirjandus	68

Vaimse tervise strateegia eesmärk, oodatavad tulemused, sihtgrupp ja läbivad põhimõtted

Vaimse tervise strateegia üldeesmärk

Eesti elanikud on hea vaimse tervisega ja annavad enda heaolule järjest kõrgemaid hinnanguid. Psüühika- ja käitumishäireid märgatakse varakult ja inimesed saavad vajalikku abi. Vaimse tervise edendamine on ühiskonnas prioriteet ja sellega tegeletakse järjepidevalt läbi kogu inimese elukaare.

Vaimse tervise strateegilise valdkonna üldeesmärgi saavutamise alaeesmärgid



Vaimse tervise strateegia oodatavad mõõdetavad tulemused

- Eesti elanikud annavad järjest kõrgemaid hinnanguid enda subjektiivsele heaolule (emotsionaalne, sotsiaalne ja psühholoogiline).
- Pikeneb oodatav eluiga ja lisandub tervena elatud eluaastaid.
- Eesti elanike vaimne tervis on esmane indikaator uute sekkumiste kavandamisel nii tervise-, haridus- kui sotsiaalvaldkonnas, vaimne tervis on prioriteet.
- Suitsiidide arv elanikkonna kõikides vanusegruppides väheneb.
- Alkoholi tarbimine väheneb.
- Alaealiste sõltuvuskäitumine (alkoholi, narkootikumide, tubakatoodete tarvitamine) väheneb.
- Psüühikahäiretest tingitud püsiv töövõimetus väheneb elanikkonnas.

Vaimse tervise strateegia sihtgrupp

Vaimse tervise strateegia sihtgrupiks on nii vaimse tervise valdkonnas töötavad kui ka valdkonnaga otseselt mitte kokkupuutuvad poliitikud ja spetsialistid ministeeriumites, kohalikes omavalitsustes, haridusasutustes, tervisevaldkonna organisatsioonides, ärisectoris, jm, kes oma otsustega ja tegevusega mõjutavad elanikkonna vaimset tervist ja heaolu.

Strateegia on suunatud ka vaimse tervise erialadel töötavatele ja esmatasandi spetsialistidele (perearstid, sotsiaaltöötajad, haridustöötajad jmt), kes oma töös saavad kaasa aidata inimeste vaimse tervise edendamisele.

Samuti on strateegia suunatud üksikisikutele, perekondadele ja kogukondadele eesmärgiga edendada teadlikkust vaimsest tervisest.

Vaimse tervise strateegia läbivad põhimõtted

(kooskõlas: World Mental Health Action Plan 2013-2020; Heaolu Arengukava 2016-2023)

Terviklik lähenemine. Vaimne tervis ning psüühika- ja käitumishäired on komplekssete bioloogiliste, sotsiaalsete, psühholoogiliste, keskkondlike ja majanduslike koos- ja vastasmõjude tulemus. Inimeste vajadusi hinnatakse võimalikult mitmekülselt kombineerides ja seostades erinevaid valdkondi.

Universaalne lähenemine ja võrdne kohtlemine. Kõigil inimestel on õigus heaolule ja vaimse tervise teenustele sõltumata nende rahvusest, vanusest, soost, elukohast ja sotsiaalmajanduslikust staatusest. Keelatud on diskrimineerimine.

Elukaarepõhine lähenemine. Vaimne tervis on oluline läbi kogu inimese elukaare alates sünnist kuni kõrge vanuseni. Vaimse tervise alased tegevused on kooskõlas eakohaste vajadustega ning tagavad inimväärse kohtlemise kõikides vanusgruppides.

Valdkondadeüleline integreeritud koostöö. Vaimse tervise valdkonna sekkumistes peavad integreeritult koostööd tegema nii inimesed, kogukonnad kui institutsioonid tervise-, sotsiaal-, haridus-, sise-, kaitse-, justiits- ja töövaldkonnas.

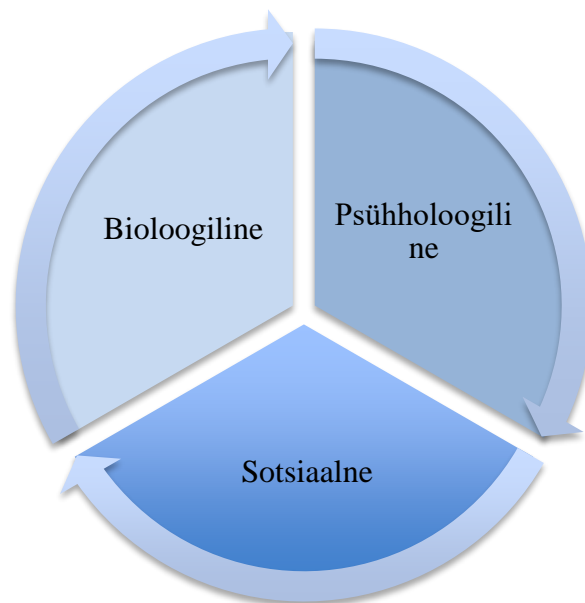
Psüühika- ja käitumishäiretega inimeste, nende abistajate ja perekondade õiguste ja vajaduste austamine. Kõikide inimeste inimõigused ja põhivajadused peavad olema kaitstud ilma igasuguse diskrimineerimiseta.

Teadmiste- ja tõenduspõhisus. Vaimse tervise strateegias esitatud eesmärgid ja tegevused põhinevad tõendatud teadmistel.

Vaimse tervise strateegia ideoloogiline ülesehitus lähtub Maailma Terviseorganisatsiooni käsitlusest: vaimne tervis on oluline tingimus inimese üldise tervise ja heaolu saavutamisel, mõjutades otseselt inimese toimetulekut ja hakkamasaamist elus (1).

Vaimse tervise poliitika ja sekkumiste arendamine peab olema suunatud sotsiaalset kaasatust toetavale lähenemisviisile, edendades vaimset tervist ning soodustades inimeste kogukonnas osalemist ja sidusust. Arvesse tuleb võtta elanikkonna kasvavat kultuurilist mitmekesisust (immigrandid) ning soodustada positiivsete ühiskondlike hoiakute kujunemist kultuurilistesse erinevustesse.

Kuna vaimne tervis ning psüühika- ja käitumishäired on komplekssetes koos- ja vastasmõjudes bioloogiliste, psühholoogiliste, sotsiaalsete teguritega (2,3), tuleb ka vaimse tervise edendamisel ning psüühika- ja käitumishäirete ennetamisel, ravis ja taastumisel lähtuda bio-psühho-sotsiaalsest paradigmast (3).



Joonis 1. Bioloogiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete tegurite koosmõju vaimses tervises (3).

Vaimse tervise strateegia koostamise protsess

Vaimse tervise strateegia kujundamine Eestis on käinud käsikäes vaimse tervise poliitika kujundamise protsessiga Euroopas, milles on osalenud nii Maailma Terviseorganisatsioon kui ka Euroopa Komisjon. Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument (4), mille eesmärgiks oli luua lähtekoht loodavale vaimse tervise poliitikale, valmis 2002. a lõpuks, kuid tegevuskava väljaarendamiseni selle pinnalt ei jõutud. Jaanuaris 2005 võttis Maailma Terviseorganisatsioon vastu vaimse tervise deklaratsiooni ja tegevuskava (5,6). Euroopa Komisjon vastase sellele omalt poolt vaimse tervise rohelise raamatuga (7), mille osas toimusid 2005-2006 arutelud liikmesriikides. Arutelude põhjal arendati aastaks 2008 välja „Vaimse tervise ja heaolu Euroopa pakt“ (8). Sellele lisandusid Euroopa Nõukogu järeldused aastal 2011 „Vaimse tervise ja heaolu Euroopa pakt: tulemused ja tegevuskava tulevikuks“ (9), mis kutsus üles Euroopa Komisjoni jätkama ja edasi arendama vaimse tervise ja heaolu alaseid poliitikaid, strateegiaid ja tegevuskavasid. Euroopa Komisjon algatusel viidi 2013-2016 ellu ühistegevuste projekt „*Joint Action on Mental Health and Well-being*“ (10), mis töötas liikmesriikide jaoks välja vaimse tervise poliitikasoovitused. Maailma Terviseorganisatsiooni poolt võeti aastal 2013 vastu „Vaimse tervise tegevuskava 2013-2020“ (1). Eestis asutati 2012. a Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituudi (ERSI) eestvedamisel ning Sotsiaalministeeriumi toetusel Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsioon (VATEK), mis on aastatel 2014-2016 välja töötanud Vaimse tervise strateegia aastateks 2016-2025. Vaimse tervise strateegia koostamise protsessi võib jagada viieks etapiks: 1) sisendi kogumine maakondlikel vaimse tervise teabepäevadel; 2) strateegia kirjutamine laste ja noorte, tööealiste ning eakate valdkonna töögruppides; 3) koostöö ministereeriumite esindajate ja erialaorganisatsioonide esindajatega; 4) koostöö vaimse tervise ekspertidega; 5) koostöö VATEK-i liikmetega igakuistel koosolekutel (vt Lisa 1).

Terminite selgitused

(tähestikulises järjekorras)

Eakas – eakana käsitletakse käesolevas strateegias rahvastiku gruppi vanuses 65 ja enam eluaastat (11).

Eluviis – kindlal käitumismudelil põhinev elamisviis, mis on määratletud üksikisikute iseloomude, sotsiaalse koostöö ning sotsiaalmajanduslike ja keskkonna elamistingimuste vastastikuse mõjuga ja võib omada suurt mõju üksikisiku tervisele ning ka teda ümbritsevate inimeste tervisele (12).

Ennetamine – haiguse vältimine olemasolevate riskitegurite vähendamise näol ja haiguse arenemise pidurdamine või peatamine ning tekkinud tagajärgede vähendamine. Eristatakse: (1) esmane preventatsioon – haiguse ärahoidmine; (2) teisene preventatsioon – juba tekkinud haigusprotsessi peatamine või pidurdamine selle varajase avastamise ja sobiva raviga; (3) kolmandane preventatsioon – väljakujunenud haiguse ägenemise või krooniliste seisundite väljakujunemise ärahoidmine efektiivse taastusravi abil (12).

Esmatasandi spetsialist – spetsialist, kellel oma töö iseloomust tulenevalt tuleb kokku puutuda paljude inimestega ning kellel on seetõttu võimalik märgata varajasi ohumärke, pakkuda abi oma kompetentsi piires ning suunata inimene vajadusel edasi vaimse tervise valdkonna spetsialisti juurde. Esmatasandi spetsialist võib olla nii esmatasandi tervishoiutöötaja (eelkõige perearst, pereõde, kooliõde) kui ka nn „väravahoidja“ (sotsiaaltöötaja, õpetaja, tugiteenuste osutaja koolis, politseinik jmt).

Haridusasutus – organisatsioon, mis viib ellu hariduse eesmärged. Haridusasutused on koolieelsed lasteasutused, põhikoolid ja gümnaasiumid, kutseõppeasutused, rakenduskõrgkoolid, ülikoolid, huvikoolid ning täienduskoolitusasutused, samuti neid teenindavad teadus- ja meetodikaasutused (13).

Heaolu, subjektiivne heaolu – positiivne ja püsiv seisund, mis võimaldab indiviididel, gruppidel ja rahvastel edeneda ning õitseda (14). Heaolu võib defineerida kolmel viisil: esiteks normatiivselt, väliste kriteeriumide põhjal – mis on soovitav ühiskonnas; teiseks kognitiivselt, inimese enda positiivse hinnangu põhjal oma elule (eluga rahulolu); kolmandaks afektiivselt, inimese enda tunnete põhjal, rõhutades meeldivate tunnete domineerimist negatiivsete üle (15). Kaks viimast moodustavad subjektiivse heaolu.

Indiviidi tasand – mikrotasand, mis hõlmab üksikisikut.

Kaitsetegur – tegur, mille mõju aitab ära hoida või vähendada tervistkahjustavate tegurite mõju. Tervisespetsiifilised kaitsetegurid (sh personaalne motivatsioon oma tervist kaitsta ning tunnetatud otsene toetus või surve grupi poolt tervist toetatavate tegevustega tegelemiseks) avaldavad tervisele otsest mõju. Kaudsemat, kuid samas ülimalt olulist mõju avaldavad tervisele distaalsed kaitsetegurid, nagu isiksuseomadused, tunnetatud sotsiaalne keskkond, kaasatus ühiskondlikesse organisatsioonidesse ning laste ja noorte positiivsed lähisuhted täiskasvanutega (16).

Kogemusnõustamine - inimeste omavaheline teadmiste ja kogemuste vahetamine, pakkudes emotsionaalset, sotsiaalset ja/või praktilist toetust ja abi. Kogemusnõustamine on abi osutamise ja vastuvõtmise süsteem, mille põhiprintsiipideks on austus, jagatud vastutus ja ühine kokkulepe sellest, mis on abistav. Kogemusnõustamine ei põhine meditsiinilisel mudelil ega diagnostilistel kriteeriumitel.

Kognitiivne defitsiit – võib väljenduda võimetuses: (1) olla tähelepanelik; (2) töödelda kiiresti informatsiooni; (3) meeles pidada ja meenutada informatsiooni; (4) reageerida

informatsioonile kiiresti; (5) mõelda kriitiliselt, planeerida, organiseerida ja lahendada probleeme; (6) alustada kõnelemisega (17).

Kogukonna tasand – mesotasand, mis hõlmab teatud kogukonda. Kogukonnaks loetakse inimgruppi, mis jagab ühist kultuuri, väärtusi ja norme, omab ühist identiteeti ning on organiseerunud sotsiaalsesse struktuuri vastavalt mingi aja jooksul arenenud suhetele. Üksikisikud võivad kuuluda mitmesse erinevasse kogukonda, mis põhinevad kas geograafial (nt paikkond), tegevusalal, ühistel sotsiaalsetel või vaba aja veetmise huvidel. Kogukond võib olla ka virtuaalne, näiteks kujuneda Interneti vahendusel. (12)

Laps ja noor – lapse ja noorena käsitletakse käesolevas strateegias rahvastiku gruppi vanuses 7-26 eluaastat (18). Noorema vanusgrupi vajadused on põhjalikult käsitletud Sotsiaalministeeriumi poolt koostatud kontseptsioonis “Integreeritud teenused laste vaimse tervise toetamiseks: ennetus, varajane märkamine ja õigeaegne abi” (19).

Psüühika- ja käitumishäire – käesolevas vaimse tervise strateegias käsitletakse psüühika- ja käitumishäirena RHK-10 V peatükis kirjeldatud sümptomaatika alusel diagnoositavat häiret .

Ravi – diagnoositava häire või selle sümptomite esinemise korral tervishoiuspetsialisti poolt rakendatav meditsiiniline sekkumine

Rehabilitatsioon – rehabilitatsiooniteenuse üldine eesmärk on parandada inimese iseseisvat toimetulekut, suurendada ühiskonda kaasatust ja soodustada töötamist või tööle asumist.

Riiklik tasand – makrotasand, mis hõlmab kogu riiki (Eestit).

Riskitegur – sotsiaalne, käitumuslik, majanduslik, keskkondlik või bioloogiline tegur, mis põhjustab või soodustab tervises seisundi halvenemist, tervises seisundile soodsalt mõjuvate tegurite toime vähenemist või haigustele vastuvõtlikkuse suurenemist (16).

Seire – pidev ja/või regulaarne ühesuguse meetodika alusel andmete kogumine ja analüüs. Seiret saab kogutavate andmete põhjal tinglikult jagada kaheks: tervist ohustavate tegurite seire ning käitumuslik seire. Seireandmete kogumise meetodite tuginevalt saab mõlemat seiret omakorda jagada kaheks: passiivne seire ehk rutiinselt registreeritavad andmed ja nende analüüs ning aktiivne seire ehk uurimustega kogutavad andmed ja nende regulaarne analüüs (16).

Sekkumine – tegevuste kogum, mida rakendatakse soovitud muutuse saavutamiseks (12). Sekkumiste all peetakse silmas nii poliitikaid, programmilisi tegevusi, projekte, aga ka teenuseid, toetusi jm abi.

Sotsiaalne kaasatus – sotsiaalne kaasatus on olemuslikult sotsiaalse tõrjutuse vastand ning on defineeritav kui kõikide inimeste võimalus osaleda täisväärtuslikult ühiskondlikus elus, pääseda ligi temale olulistele ressursidele ning teenustele, töötada ja olla majanduslikult aktiivne. Üldnimetatud ressurside ja teenuste all mõistetakse näiteks võimalust tööd teha ja ligipääsu sotsiaalkindlustusele, haridusele, tervishoiuteenustele, kultuurile ja vaba aja veetmise võimalustele ning infotehnoloogiale (16).

Sotsiaalne sidusus – sotsiaalse sidususe all mõistetakse ebavõrdsuse määra ning sotsiaalsete suhete ja sidemete tugevust. Sotsiaalse sidususe suurendamise vahendid on kahetised – ühiskondliku kihistumise, ebavõrdsuse ja tõrjutuse vähendamine ning sotsiaalsete suhete, sidemete ja suhtlemise tugevdamine. Euroopa Nõukogu kasutab sotsiaalse sidususe järgmist definitsiooni: "Sotsiaalse sidususe all mõistame ühiskonna

võimekust tagada oma kõigi liikmete heaolu, vähendada erinevusi ja vältida polariseerumist” (16).

Taastumine – taastumine võib tähendada haigusejärgset tervenemisprotsessi, halbadest kogemustest ülesaamist või tervema enesehinnangu ja suurema enesekindluse saavutamist. Ka puudega toimetulemise õppimine ja mõtestatud, tavapärase elu juurde tagasipöördumine on osa taastumisest. Viimase tähtsust rõhutavad eeskätt need inimesed, kes on kogenud tõsiseid psüühika- ja käitumishäireid (20). Taastumine on sügavalt isiklik, ainulaadne protsess, mille käigus inimene muudab oma hoiakuid, väärtusi, tundeid, eesmärgi, oskusi või rolle. See on viis elada rahuldust pakkuvalt, lootusrikkalt ja omalt poolt panustades isegi siis, kui haigus seab piiranguid. Taastumine tähendab oma elule uue tähenduse ja eesmärgi andmist, et saada üle psüühikahäirete laastavatest tagajärgedest (21).

Tööealine – tööealistena käsitletakse käesolevas strateegias rahvastiku gruppi vanuses 18-65 eluaastat.

Vaimne tervis – heaolu seisund, mis võimaldab inimesel maksimaalselt realiseerida enda võimeid, tulla toime pingetega elus, tegutseda tulemuslikult ja anda oma panus ühiskondlikku ellu. Vaimne tervis on midagi rohkemat, kui vaimse tervise häirete puudumine, ning see on seotud füüsilise tervise ja toimetulekuga. Hea vaimne tervis on kombinatsioon subjektiivsest heaolust, õnnetundest, enda potentsiaali rakendamisest ning positiivsest tegutsemisest ühiskonnas. Hea vaimse tervisega inimene tunneb, mõtleb ja tegutseb viisil, mis aitab tal tunda elust rõõmu ning tulla toime väljakutseid esitavate olukordadega (3).

Vaimse tervise edendamine – tervisedendus on protsess, mis võimaldab inimestel saavutada kontrolli oma tervistegurite üle, arendamiseks oma tervist ning elamiseks aktiivset ja produktiivset elu (22). Vaimse tervise edendamine keskendub inimeste positiivse vaimse tervise edendamisele läbi psühholoogilise heaolu, kompetentsuse ja säilendõtkuse edendamise ning toetava elukeskkonna kujundamise. Vaimse tervise edendamisel võetakse arvesse tervisedendamise kõiki mõjutegureid ning riskitegurite kõrvaldamisele lisaks pööratakse olulist tähelepanu kaitsetegurite tugevdamisele.

Vaimse tervise valdkonna spetsialist – spetsialist, kes tegeleb psühhiaatriliste ja psühholoogiliste ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste osutamisega ning ennetustööga vaimse tervise valdkonnas (psühhiaater, psühholoog, psühhoterapeut, psühholoogiline nõustaja, vaimse tervise õde, loovterapeut, tegevusterapeut jne).

Uuringud, infosüsteemid ja sekkumiste hindamine

Maailma Terviseorganisatsiooni poolt välja antud Vaimse Tervise Atlas nimetab vaimse tervise tegevuskava 2013-2020 ühe eesmärgina infosüsteemide, vaimse tervise tõenduspõhisuse ja uuringute tugevdamist. Selle kohaselt peaks vähemalt 20% riikidest aastaks 2020 koguma ja raporteerima rutiinselt 2-aastase intervalliga läbi riiklike tervise- ja sotsiaalala infosüsteemide vaimse tervise tuumik-indikaatoreid (23).

Vaimse tervise strateegia elluviimise hindamiseks Eestis on vajalik defineerida indikaatorid ning andmebaasid (riiklikud infosüsteemid, pidevad või regulaarsed uuringud), kust on võimalik saada andmeid vaimse tervise strateegia oodatavate mõõdetavate tulemuste (vt lk 6) kohta.

Eestis on võimalik mõningaid rutiinsel andmekogumisel ja uuringutel põhinevaid indikaatoreid leida järgmistest andmebaasidest:

- Statistika andmebaas (24)
- Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas (25)
 - Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring (HBSC)
 - Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring
 - Haigestumus
- SHARE andmebaas (eakad) (26)

Vaimse tervise strateegia alaeesmärkide all nimetatud tulemuste hindamise indikaatorid ei pruugi rutiinselt andmebaasidest kättesaadavad olla ning nende kogumiseks võib osutuda vajalikuks viia läbi täiendavaid uuringuid.

Uuringutest ja infosüsteemidest pärinevate longituud-andmete põhjal on võimalik teostada vaimse tervise edendamiseks, psüühika- ja käitumishäirete ennetamiseks ja varajaseks märkamiseks ning raviks ja taastumiseks läbi viidud sekkumistegevuste mõju.

Sissejuhatus ja olukorra kirjeldus

Vaimne tervis on üksikisiku elukvaliteedi ning heaolu üks keskseid tegureid. Vaimne ja füüsiline tervis on oluline osa inimkapitalist. Paljude uuringute tulemused on näidanud, et psüühika- ja käitumishäired ning kroonilised kehalised haigused avaldavad kogu ühiskonnale suurt sotsiaalset ja majanduslikku survet (nt toimetulematus, enneaegne suremus, otsesed ja kaudsed kulud) (27). Psüühika- ja käitumishäirete ennetamine ja varajane avastamine, sekkumine ning ravi vähendavad oluliselt neist tulenevaid isiklikke, sotsiaalseid ja finantsilisi tagajärgi. Hea vaimse tervise puudumine ning psüühika- ja käitumishäired on probleemiks paljudes riikides, avaldades olulist mõju nii inimestele endile, perekondadele kui kogu ühiskonnale tervikuna.

Maailma Terviseorganisatsioon on toonud välja, et depressioon on üks neljast enim levinud psüühikahäirest, mis prognooside kohaselt tõuseb 2030. a-ks kõige enam levinud haiguseks, hõlmates 15% elanikkonnast (28,29). Depressiooni levimus Eesti elanikkonnas on 5,6% (30). Vanus, sissetulek, rahvuslik kuuluvus, üldine tervise seisund, hinnangud enda tervisele ning varasemad depressioonikogemused suurendavad depressiooni haigestumise riski (30). Kõige tõsisem depressiooni avaldumise viis on suitsidaalsus (enesetapumõtted, -katsed ja enesetapud). Majandussurutise ajal kasvas Eestis enesetappude arv – kui aastal 2008 oli 18,1 juhtumit 100 000 elaniku kohta, siis 2009. a 20,2. Alates 2010. a on suitsiidikordaja Eestis püsinud kriisieelse 2008. a tasemest madalamal (2013. a sooritati 15,9 enesetappu 100 000 elaniku kohta). Suitsiidisurma riskigruppideks on vanemaealised (34,4% 2013. a sooritatud enesetappudest leidis aset 65-aastaste ja vanemate hulgas) ning noored: 2014. a andmetel sooritas suitsiidi 22 noormeest ja 1 neiu; 2013. a 16 noormeest ja 2 neidu vanuses 10-24 eluaastat (25).

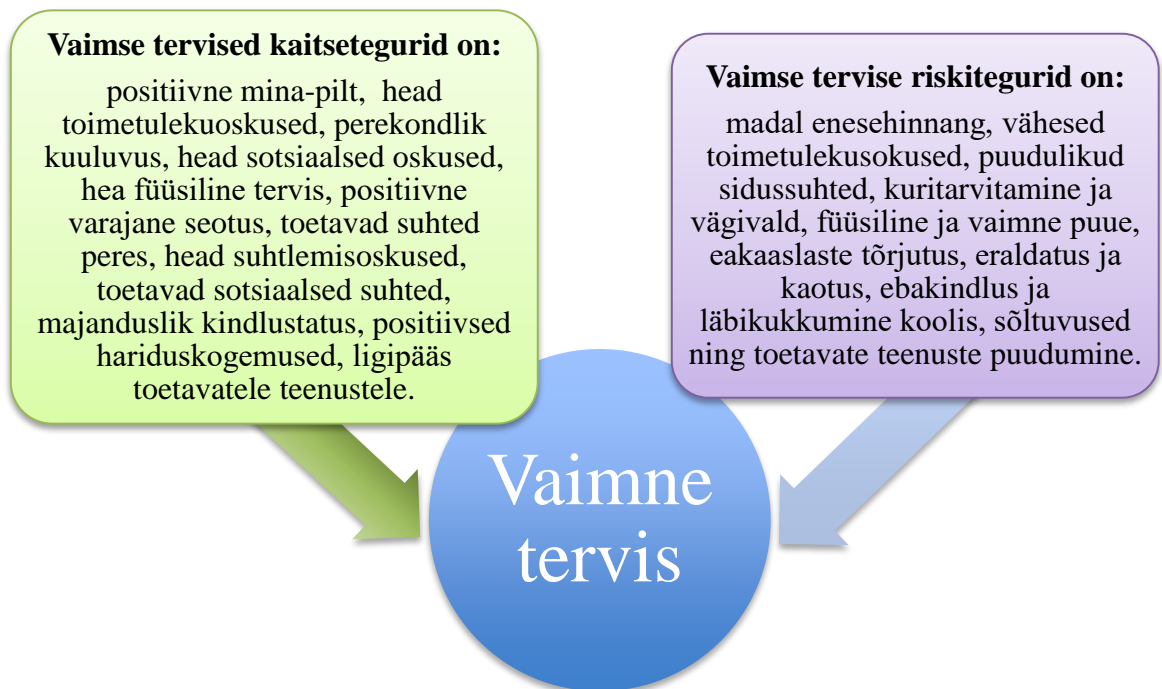
Viimased andmed noorte tervise kohta pärinevad Eesti Kooliõpilaste Tervisekäitumise Uuringust 2013/2014 õppeaastal (31). Uuringu kohaselt hindavad oma tervist väga heaks või heaks 87% 11-15-aastastest õpilastest. Madalam heaolu on seotud kehvade peresuhete ja riskikäitumisega (tubakatoodete, alkoholi ja kanepi tarvitamine). Kuigi suur osa õpilastest hindavad enda tervist heaks või väga heaks, on murekohaks end 13-aastaselt või varem purju joonud 15-aastaste õpilaste arv: end varakult purju on joonud iga viies uuringus osalenud noor (19%). Võrreldes 2010.a andmetega on suurenenud depressiivseid episoodide kogunenud õpilaste arv (31). Sagenenud on laste ja noorte esmahaigestumine psüühika- ja käitumishäiretesse 100 000 elaniku kohta (32). Enamik täiskasvanueas avalduvatest psüühika ja käitumishäiretest on alguse saanud just lapsõlves ja noorukieas (2,30).

Vaimne tervis on oluline inimkapitali osa ja tähtis rahvatervise valdkond ning sellest lähtuvalt tuleb vaimse tervise edendamine ning psüühika- ja käitumishäirete ennetamine, ravi ja taastumine nii indiviidi, kogukonna kui riigi tasandil seada prioriteetsele kohale.

Paljud valitsusasutused maailmas on tegelenud küsimusega, mida saab ja mida peab tegema, et edendada inimeste positiivset vaimset tervist ja vähendada psüühika- ja käitumishäiretesse haigestumist. Enamik neist on otsustanud suurendada ravivõimaluste kättesaadavust järjest enamatele inimestele (33). **Üheks elujõulisemaks alternatiiviks häirete ravile on vaimse tervise edendamise tegevuste tõhustamine suunatuna positiivse vaimse tervise edendamisele ja selle kaitsmisele.**

Maailma Terviseorganisatsioon on seisukohal, et iga riik vajab vaimse tervise poliitikat (1). Eesti riigil puudub ühtne vaimse tervise poliitika, mis esitaks soovitusel vaimse tervise edendamise, diskrimineeriva häbimärgistamise vähendamise, sotsiaalse kaasatuse suurendamise, ennetava tegevuse ja eneseabi tugevdamise ning psüühika- ja käitumishäiretega inimeste ja nende hooldajate abistamise ning adekvaatse ravi ja taastumise korraldamiseks. Erinevates valdkondades toimuvad tegevused ja sekkumised ei ole strateegiliselt planeeritud, valdkondadeüleline vastutus on ebaselge ning erinevate sekkumiste tulemuslikkuse hindamine on puudulik (34). Vaimse tervise sekkumiste süsteem on Eestis killustatud, abi ei ole piisavalt kättesaadav ega pruugi vastata inimeste vajadustele (4,30). Inimeste vähenenud teadlikkus psüühika- ja käitumishäiretest, eelarvamused vaimse tervise abi tõhususest ning regionaalne ebavõrdsus teenuste kättesaadavuses pärsivad õigeaegse abi jõudmist abivajajani (30).

Vaimset tervist ja heaolu saab hoida ja edendada läbi vaimse tervise kaitsetegurite tugevdamise ning riskitegurite vähendamise. Vaimse tervise edendamise sekkumised peaksid tugevdama kaitsetegureid ja vähendama riskitegureid nii individuaalsel, kogukondlikul, struktuuril kui poliitilisel tasandil (2).



Vaimse tervise strateegiaga seotud poliitikadokumendid

Alkoholi poliitika roheline raamat esitab alkoholipoliitika eesmärgid, milleks on vähendada alkoholitarvitamisest tulenevat sotsiaalset, majanduslikku ja tervisekahju, tagada lastele ja noortele toetav elukeskkond kasvuks ja arenguks ning muuta elukeskkond kõigi inimeste jaoks turvalisemaks.

Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. (Roheline raamat: Elanikkonna vaimse tervise parandamine – Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia väljatöötamine). Rohelise raamatu eesmärk on algatada Euroopa institutsioonide, valitsuste, tervishoiutöötajate, teiste sektorite sidusrühmade, kodanikuühiskonna, sh patsientide liitude ja teadlaste ringkonnaga arutelu vaimse tervise tähtsusest EL-is, strateegia vajalikkusest EL-i tasandil ja selle võimalikest prioriteetidest.

Vaimse tervise ja heaolu Euroopa pakt tunnistab vaimse tervise ja heaolu asjakohasust ja olulisust Euroopa Liidule, selle liikmesriikidele, huvirühmadele ja kodanikele ning kutsub üles tegutsema viies esmatähtsas valdkonnas: (1) depressiooni ja enesetappude ennetamine; (2) noorte vaimne tervis ja haridus; (3) vaimne tervis töökohal; (4) eakate vaimne tervis; (5) võitlus häbimärgistamise ja sotsiaalse tõrjutusega.

Heaolu Arengukava 2016-2023 koondab töö, sotsiaalkaitse-, soolise võrdõiguslikkuse ning võrdse kohtlemise poliitikate strateegilised eesmärgid aastateks 2016-2023. Arengukava annab tervikvaate nimetatud poliitikavaldkondade peamistest väljakutsetest, eesmärkidest ja tegevussuundadest.

Laste- ja noorukitepsühhiaatria kõrvaleriala arengukava 2012-2020. Arengukava toob välja laste ja noorukitepsühhiaatria arengu prioriteetid ja tegevused nende prioriteetide täitmiseks. Arengukavas selgitatakse teenuste osutamise jagunemise põhimõtteid indiviidide, esmatasandi- ja erialaarstide vahel.

Targad vanemad, toredad lapsed, tugev ühiskond. Laste ja Perede Arengukava. Arengukava peamine eesmärk on laste ja perede heaolu suurendamine ning elukvaliteedi tõstmine, soodustades seeläbi laste sündi. Arengukavas on püstitatud strateegilised eesmärgid: Eesti laste- ja perepoliitika on teadmispõhine ja ühtne; Eesti on positiivset vanemlust toetav riik; lapse õigused on tagatud ja loodud on toimiv lastekaitseüsteem; Eestis on perede adekvaatset majanduslikku toimetulekut toetav kombineeritud toetuste ja teenuste süsteem; meestel ja naistel on võrdsed võimalused töö-, pere- ja eraelu ühitamiseks.

Mental Health Action Plan 2013-2020. Strateegia rõhutab vaimse tervise tähtsust inimese üldise tervise kontekstis. Strateegia põhineb elukaarepõhisel lähenemisel ning seab fookuse vaimse tervise edendamisele ja häirete ennetamisele. Arengukava toob välja neli põhieesmärki: vaimse tervise valdkonna juhtimise tõhustamine, kõikehõlmavate vaimse tervise ja sotsiaalhoolekande integreeritud teenuste osutamine kogukonnapõhiselt, edendamise ja ennetamise strateegiate rakendamine, vaimse tervise alaste uuringute ja infosüsteemide tugevdamine

Noortevaldkonna arengukava 2014-2020. Arengukava esitab noortepoliitika fookused järgmiselt: rohkem võimalusi loovuse arendamiseks, omaalgatusteks ja ühistegevuseks; ebavõrdsete olude mõju vähendamine noorte algatusvõimalustele ja tõrjutuse vältimine; aktiivne osalus kogukonnas ja otsustes; edukus tööturul; kvaliteetne noortepoliitika ja

noorsootöö. Esitatud fookused on arengukavas avatud nelja alaeesmärgi ja meetmete kaudu.

Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020. Rahvastiku tervise arengukavas püstitatakse strateegilised eesmärgid rahvastiku tervise hoidmiseks ja jätkuvaks parandamiseks. Arengukava üldeesmärgiks on tervena elatud eluea pikenemine enneaegse suremuse ja haigestumise vähendamise kaudu. Arengukava prioriteetide aluseks on inimestevaheline solidaarsus, võrdsed võimalused ja õiglus, juurdepääs kvaliteetsetele tervishoiuteenustele ja kodanikuühiskonna võimestumine.

Haridus- ja Teadusministeeriumi valitsemisala arengukava “TARK ja TEGUS RAHVAS” 2015-2018. Haridus- ja Teadusministeeriumil on kuus tegevusvaldkonda – haridus, keel, noored, teadus- ja arendustegevus, organisatsiooni arendamine ning arhiivindus. Arengukava seab tegevusvaldkondade strateegilised eesmärgid ning mõõdikud tulemuste hindamiseks.

Uimastitarvitamise vähendamise valge raamat. Uimastitarvitamise vähendamise poliitika peamine eesmärk on Eestis püsivalt vähendada narkootikumide tarvitamist ja sellest tingitud ühiskondlikku kahju. Uimastitarvitamise vähendamise poliitika valmis Siseministeeriumi eestvedamisel ja uimastiennetuse valitsuskomisjoni tellimusel.

Vägivalla ennetamise strateegia aastateks 2015-2020 tegeleb isikutevahelise vägivallaga ega käsitle enese vastu suunatud ega kollektiivset vägivalda. Vägivalla ennetamise strateegias käsitletakse vägivallaennetust laiemas tähenduses kolmel ennetustasandil: universaalne ennetus, ohvrite kaitse ja vägivalla tagajärgedega tegelemine.

1. SEKKUMISTASAND: VAIMSE TERVISE EDENDAMINE

Vaimse tervise edendamise eesmärk Maailma Terviseorganisatsiooni järgi on: inimeste hoiakute, inimest ümbritseva keskkonna ja elutingimuste kujundamine nii, et need toetavad tervislikku eluviisi ja loovad eelduse heaks vaimseks terviseks (1). Vaimse tervise edendamine on osa üldisest tervisedendusest, hõlmates endas vaimset tervist tugevdavaid tegevusi nii indiviidi, kogukonna kui riigi tasandil. Maailma Terviseorganisatsiooni järgi saab jagada vaimse tervise edendamise tegurid kolme laiemasse valdkonda (35):

- 1) **inimest ümbritseb tervist hoidev kogukond, mida pidevalt arendatakse** (turvaline keskkond, piisavad elamistingimused, positiivsed hariduskogemused, tööga hõivatus, head töötingimused, toetav poliitiline keskkond, minimaalne risk vägivaltsaks ja konfliktiks, kontroll enda elu üle ja võimalus võtta vastu enda elu puudutavaid otsuseid, sotsiaalne toetus, positiivsed rollimudelid, piisav toitumine ja peavari);
- 2) **inimestel on oskused osaleda sotsiaalses maailmas, nad on sallivad ning mõistavad vastastikuse vastutuse tähendust** (neid oskusi toetab füüsiline tervis, enesekindlus, konfliktide lahendamise oskus, õppimisvõime). Nende individuaalsete, sotsiaalsete ja keskkondlike väärtuste arendamine edendab vaimset tervist.
- 3) **inimestel on oskused tulla toime enda mõtete ja tunnetega, juhtida enda elu ja olla emotsionaalselt vastupidav** (neid oskusi toetab füüsiline tervis, enesekindlus, konfliktide lahendamiseoskus, õppimisvõime). Nende individuaalsete, sotsiaalsete ja keskkondlike väärtuste arendamine edendab vaimset tervist.

Alaesmärgid elanikkonna vaimse tervise edendamisel:

- Vaimse tervise edendamise tegevusplaanide ja sihtotstarbeliste ressursside kavandamine valdkondade üleses koostöös.
- Turvalise ja vaimset tervist toetava elu- ja töökeskkonna kujundamine.
- Esmatasandi spetsialistide teadlikkuse tõstmine vaimse tervise edendamisest läbi inimese elukaare.
- Elanikkonna teadlikkuse tõstmine vaimse tervise säilitamise ning edendamise võimalustest

Vaimse tervise edendamise tegevusplaanide ja sihtotstarbeliste ressursside kavandamine valdkondade üleses koostöös

Maailma Terviseorganisatsioon (1) rõhutab, et elanikkonna vaimse tervise edendamise prioriteedid peavad tulema esile riiklikes poliitikates ja programmides. Vaimse tervise käsitus peab jälgima rahvusvahelisi kohustusi inimõiguste tagamisel (võrdsus, diskrimineerimise kaotamine, eraelu puutumatus, sõltumatus, teabe- ja osalemisõigus). Kuna mitmed vaimset tervist mõjutavad kaitse- ja riskitegurid (haridus, sissetulek, tööga hõivatus, sotsiaalmajanduslik staatus) jäävad väljapoole tervisevaldkonda, on vajalik tõhus valdkondadeülene koostöö elanikkonna vaimset tervist toetava elu- ja töökeskkonna kujundamiseks (2).

Tegevused:

- Riiklikul tasandil välja töötada vaimse tervise poliitika ning seda järjepidevalt kaasajastada; sõnastada pikaajalised eesmärgid ja tegevused vaimse tervise edendamiseks; määratleda valdkondadeüleised vastutused.
- Integreerida vaimse tervise edendamise alased eesmärgid ja tegevused kohalike omavalitsuste arengukavadesse.
- Tugevdada maakondlike tervisenõukogude tööd elanikkonna vaimset tervist edendavate tegevuste kavandamisel ja läbiviimisel.

Turvalise ja vaimset tervist toetava elu- ja töökeskkonna kujundamine

Vaimne tervis kujuneb koosmõjus inimest ümbritseva keskkonnaga. Keskkond, mis kaitseb elanikkonna esmaseid sotsiaalseid-, kultuurilisi-, majanduslikke-, poliitilisi- ja kodanikuõigusi, on põhiline eeltingimus vaimse tervise kujunemisel (2). Vaimset tervist edendavate haridusasutuste, töökohtade, kogukondade ja linnakeskkondade kujundamisel on vajalik valdkonnaüleline (haridus-, sotsiaal-, tervishoiu- ja õiguskaitse valdkondi hõlmav) ning riigi, kogukonna, vabatahtlike ja üksikisikute järjepidev koostöö. Diskrimineerimise keelustamise ja võrdse kohtlemise (mis on osa rahvusvahelistest inimõigustest) põhimõtete juurutamine ühiskonnas, eeldab sotsiaalseid ja poliitilisi muutusi ning tähelepanu pööramist kogu elanikkonna hulgas ka puudustes elavatele ja marginaliseeritud elanikkonnagruppidele (36).

Tegevused:

- Tagada inimestele sotsiaalsed ja majanduslikud ning nende põhiõigusi järgivad garantiid kaotuste ja puuduste korral, keelata diskrimineerimine nende tagamisel.
- Tõhustada kogukondade hoolivust läbi omavalitsuste, äriettevõtete, tervishoiu- ja haridusasutuste ning teiste ühiskondlike institutsioonide omavahelise koostöö (sh erialaliidud, vaimse tervise valdkonna kolmanda sektori organisatsioonid).
- Tõhustada kogukondlikku tervisealast tegevust läbi kaasamise ja osalemise piirkondlike vajaduste väljaselgitamisel, eesmärkide seadmisel, tegevuste planeerimisel ja rakendamisel nii, et inimesed võtavad suurema vastutuse enda tervise eest (nt tervisealased arutelud kohalike omavalitsuste algatusel).
- Edendada kohaliku kogukonna elanike vastastikust seotust ning sotsiaalset suhtlust; tuua esile koduse keskkonna, haridusasutuste, töökohtade, kogukondade ning muude tegevuspaikade võtmetähtsus inimeste vaimse tervise kujunemisel (kogukondlikud algatused, ühistegevused).

Esmatasandi spetsialistide teadlikkuse tõstmine vaimse tervise edendamisest läbi inimese elukaare

Esmatasandi spetsialistidel – nii esmatasandi tervishoiutöötajatel kui nn „värvahoidjatel“ (37) (nt sotsiaaltöötajad, õpetajad, politseinikud jne) – on oma töö iseloomust tulenevalt kohustus puutuda kokku paljude inimestega. Sellest tulenevalt on neil võimalus integreerida oma töösse inimestega vaimse tervise edendamise temaatika – füüsilise ja psühhosotsiaalse keskkonna loomine, teadlikkuse kujundamine, eluviisisoovituste andmine (2,38). Selle edukaks ja loomulikuks teostamiseks vajavad esmatasandi spetsialistid vastavat väljaõpet (baashariduse osana ja täiendkoolitusena) ning kogemust – vaimse tervise alast kirjaoskust (39,40). Uuringud on näidanud, et

esmatasandi spetsialistid hindavad oma teadmisi vaimsest tervisest sageli madalaks, kuid samas soovivad sellest rohkem teada (41,42).

Tegevused:

- Integreerida esmatasandi spetsialistide (nt perearst, sotsiaaltöötaja) erialase väljaõppe õppekavadesse vaimse tervise edendamise temaatika, mis hõlmab kogu inimese elukaare.
- Pakkuda esmatasandi spetsialistidele täiendkoolitusi teadlikkuse tõstmiseks vaimse tervise edendamisest läbi elukaare.
- Luua võimalused, et esmatasandi spetsialistid saaksid oma vaimse tervise alaseid teadmisi igapäevatöös rakendada, sh piisav ajaressurss inimeste teenindamiseks (spetsialistide arv on vastavuses elanike arvuga).
- Luua võimalused esmatasandi spetsialistide endi vaimse tervise edendamiseks ja kaitseks (kõvisioonide korraldamine ja supervisioonide kättesaadavus).

Elanikkonna teadlikkuse tõstmine vaimse tervise säilitamise ning edendamise võimalustest

Inimeste vaimse tervise alaste teadmiste ja oskuste edendamine on osa üldisest terviseharidusest. Varasemad kogemused on näidanud, et inimeste individuaalsete omaduste ja oskuste (nt enesekindlus ja –hinnang, usk oma võimetesse, suhete loomise võime ja suhtlemine, lahenduste leidmine ja toimetulek) edendamine parendab elanikkonna vaimset tervist ning suurendab inimeste vastutust enda elu ja kogukonna ees (2). Selle võtmeks on informatsiooni jagamine erinevates inimest ümbritsevates keskkondades nagu haridusasutused, töökohad, tervisekeskused ja kogukonnakeskused. Tehniliste võimaluste laienemine (WiFi, 3G ja 4G, nutitelefonid ja tahvelarvutid) on loonud olukorra, kus internet on nii ajas kui ruumis praktiliselt piiramatult kättesaadav. Kuigi internetiga on seotud ka rida ohtusid nagu veebisõltuvus, reaalse elu sotsiaalsete kontaktide nõrgenemine, suitsiidile õhutavatele veebilehtedele sattumine (43–45), on tegemist olulise meediumi ja ressursiga vaimse tervise heaks. Veebipõhised lahendused võimaldavad lihtsat, kiiret, märgistamisvaba ja kulu-efektiivset ligipääsu vaimse tervise alasele infole ning erinevatele rakendustele ja nõustamisteenustele (46–51). ERSI poolt Eestis läbiviidud SUPREME projektis väitsid noored, et meelsamini otsivad nad abi internetist kui pöörduvad otse spetsialisti poole. Veebipõhised lahendused vaimse tervise heaks aitavad parandada eneseabioskusi, lahendada probleeme enne nende süvenemist ning vähendavad koormust tervishoiusüsteemile. Veebipõhise nõustamise efektiivsus ja inimeste rahulolu sellega on leitud olevat vähemalt samaväärne silmast-silma nõustamisteenusega või isegi parem (52).

Tegevused:

- Arendada elanikkonna teadlikkust vaimse tervise kaitse- ja riskiteguritest eesmärgiga soodustada inimeste tervislikke käitumisvalikuid ja tugevdada eneseabioskusi (avaliku teavitamise kampaaniad, vaimse tervise mess, usaldusväärse info kättesaadavus).
- Tagada vaimse tervise info kättesaadavus erinevatele vanusegruppidele nende eripära arvestades (keelekasutus, infokandjad).
- Tõhustada koostööd vaimse tervise organisatsioonide ja meediakanalite vahel vaimse tervise vastutustundliku käsitlemise eesmärkidel, rõhutada meedia

esmatähtsat rolli vaimse tervise alaste hoiakute kujundamisel (ühiseminarid meedia esindajate ja vaimse tervise spetsialistide vahel).

- Hoida ja arendada usaldusväärseid veebikeskkondi (portaale, veebilehti - vatek.ee, enesetunne.ee, peaasi.ee, amor.ee), et elanikkonnale oleks vaimse tervise alane informatsioon kättesaadav (teavitustöö).
- Arendada nutitelefonirakendusi (äppe) vaimse tervise heaks ja hinnata nende efektiivsust – äpid eneseabi tõhustamiseks, psüühika- ja käitumishäirete skriinimiseks, vaimse tervise teenustega ühendamiseks.

Tulemused, mida peaks vaimse tervise edendamisel saavutama:

- Riiklikul ja kohalikul tasandil on koostatud strateegilised tegevusplaanid elanikkonna vaimse tervise edendamiseks. Ühiskonnas on toimunud pööre vaimse tervise edendamise suunas.
- Kinnitatud on vaimse tervise poliitika, mis kirjeldab vaimse tervise ja heaolu edendamise eesmärke ning tegevusi, kavandatud on tegevuste elluviimine.
- Kohalikud omavalitsused on teadlikud piirkonna elanike vajadustest, on sõnastatud elanikkonna vaimse ja füüsilise tervise edendamise prioriteedid ja tegevused, kavandatakse ressursid.
- Vaimse tervise edendamise temaatika on integreeritud esmatasandi spetsialistide erialase väljaõppe õppekavadesse.
- Vaimse tervise edendamise alased täiendõppekoolitused on esmatasandi spetsialistide jaoks kättesaadavad ja vastavad spetsialistide vajadustele.
- Esmatasandi spetsialistide vaimse tervise alane teadlikkus tõuseb.
- Elanikkonnas suureneb teadmine vaimse tervise kaitseteguritest, paranevad inimeste eneseabi- ja sotsiaalsed oskused ning toimuvad muutused terviseteadlikute hoiakute ja käitumise suunas (nt tervislik elustiil, sõltuvuskäitumise vähenemine).
- Inimesed väärtustavad iseenda ja teiste ühiskonnaliikmete vaimset tervist. Väheneb vaimse tervise teemade negatiivne märgistamine.
- Eesti inimeste esmahaigestumus psüühika- ning käitumishäiretesse on vähenenud ning inimesed annavad oma vaimsele tervisele järjest positiivsemaid hinnanguid (seotud Rahvastiku tervise arengukavaga 2012-2020).
- Elanikkonnale on kättesaadavad vaimse tervise alased portaalid ja veebilehed, kus info uueneb pidevalt ning mida külastatakse sageli.
- Kättesaadavad on eestikeelsed vaimset tervist edendavad nutitelefonirakendused (äpid) ja läbi on viidud uuringuid nende efektiivsuse hindamiseks.

1.1. Vaimse tervise edendamine lastel ja noortel

Laste ja noorte vaimne tervis on oluline prioriteet nii Euroopa kui Eesti strateegilistes vaimse tervise valdkonda puudutavates dokumentides (8,16,19,53,54). Täiskasvanuea vaimne tervis saab alguse lapseas (55,56). Hea vaimne tervis on seotud mitmete psühholoogiliste ja sotsiaalsete näitajatega (57) – paremad õpitulemused koolis, tervislikum eluviis üldiselt, vähenenud riskikäitumised, suurem produktiivsus, suurem kaasatus, vähem puudumisi (41,58,59).

Laste ja noorte heaolu saab vaadata kahest aspektist: 1) lapse heaolu lapsena (tervis, hariduse omandamine, oluliste täiskasvanute ja eakaaslaste olemasolu ning suhted nendega, laste suhtes valitsevad hoiakud ja lastega seotud väärtushinnangud, laste ligipääs ühiskonna hüvedele ehk lapse heaolu füüsilisest, vaimsest, emotsionaalsest, käitumuslikust ja eetilisest aspektist); 2) lapse heaolu kui ettevalmistus edukaks täiskasvanupõlveks (teadmiste ja oskuste ning füüsiliste ja vaimsete ressursside väljaarendamine nii lapse isiklike eesmärgede kui ka ühiskonna jätkusuutlikkust kindlustavaid tegevusi ehk sotsiaalseid eesmärgede silmas pidades) (60).

Laste heaolu käsitletakse üsna sageli biosotsioökoloogilisest perspektiivist lähtuvalt (61). Lapsi mõjutavad mitmesugused vastastikuselt seoses olevad keskkonnad – kodu, sõbrad, kool, kogukond, samuti ühiskonnakorraldus, teenuste olemasolu ja kättesaadavus jne.

Alaeesmärgid laste ja noorte vaimse tervise edendamisel:

- Laste ja noorte vaimset tervist toetava eluviisi ja keskkonna kujundamine nii perekonnas, haridusasutustes kui kogukonnas.
- Vaimset tervist säilitavate ja edendavate tegevuste loomine õppe- ja kasvatusprogrammidest haridusasutustes.
- Laste ja noortega kokku puutuvate spetsialistide teadlikkuse arendamine vaimse tervise kaitseteguritest ja nende edendamisest, spetsialistide vahelise koostöö tõhustamine.
- Laste ja noorte heaolu ja vaimse tervise regulaarne hindamine ning kirjeldamine objektiivsete ja subjektiivsete näitajate kaudu.

Laste ja noorte vaimset tervist toetava eluviisi ja -keskkonna kujundamine nii perekonnas, haridusasutustes kui kogukonnas

Lapse arengut toetav ja turvaline kasvukeskkond ning positiivsed hariduskogemused on olulised tegurid lapse käitumise ning tervisevalikute kujundamisel. Lapse vaimset tervist ja heaolu mõjutavad otseselt tema eluviis, perekonna koosseis, pere toimetulek ja elamistingimused, samuti täiskasvanute oskused oma aega planeerida ja lapsega suhelda (41,62,63). Piisav liikumine ning mõõdukas elektroonilise meedia kasutamisel toetavad vaimset tervist (64,65). Lisaks kodule on teine keskkond, kus lapsed palju viibivad on koolieelne lasteasutus ja kool. Haridusasutuste pidajad, juhid ja spetsialistid koostöös lapsevanemate ning sotsiaal-, tervishoiu- ja õiguskaitsevaldkonna spetsialistidega riigiasutustes, omavalitsustes ja vabariiklikes tegevustes peavad tegema tihedat koostööd kõikide Eesti laste positiivse ja lapse vajadustele vastava haridustee kindlustamiseks. Kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu 2013/2014.a andmete kohaselt hindasid koolikäimist pigem meeldivaks või väga meeldivaks 62,9% noortest. Vaimse tervise edendamise programmid on näidanud, et kui kool peab tähtsaks vaimse tervise edendamist, väljenduvad tulemused ka õpilaste paremas psühholoogilises kohanemises, avatuses ja sallivuses, enesekehtestamise oskuste tõhususes, reeglite ja hea tava aktsepteerimises, õpiraskuste ja käitumisprobleemide, sh agressiivse käitumise, samuti puudumise ja väljalangemise vähenemises (66). Üha enam hindavad ja näevad vajadust sekkuda koolis laste vaimset tervist toetavate tegevustega esmatasandi õded ehk kooliõded, et edendada õpilaste vaimset tervist koolikogukonnas (67).

Tegevused:

- Kohustada koolipidajat ja -juhtkonda arendama ja formaliseerima vaimset tervist väärtustavat ja edendavat koolikultuuri, kus süsteemselt tähtsustatakse vaimset tervist toetavate tegevuste läbiviimist, kaasatakse õpilasi keskkonna ja protsesside kujundamisse, sh tegeletakse süsteemselt turvalise koolikeskkonna kujundamise, riskitegurite vähendamise (nt kiusamine ja küberkiusamine) ja kaitsetegurite suurendamisega (haridusasutustes viiakse regulaarselt läbi tõenduspõhiseid vägivalla ennetamise programme, näiteks KiVa). Haridusasutustel on kohustus sõnastada organisatsiooni vajadustega seotud vägivalla ennetamise strateegia ja tegevused (53).
- Suurendada lapsevanemate teadmisi ja oskusi vanemaks olemisest: tervislik rasedusaeg, lapsevanemate juhendamine ämmaemanda või pereõe koduviisidil, lapsevanemate vanemlike oskuste kujundamine vanemlusprogrammidest (34).
- Tõsta lapsevanemate teadlikkust sellest, kuidas kujundada lastes tervislikku, vaimset tervist toetavat eluviisi, kuidas pakkuda lastele nende vaimset tervist toetavat õnnelikku ning turvalist kasvukeskkonda ning kuidas olla mudeliks suhtlemisoskuste arendamisel – ühisüritused, kooliõdede jt spetsialistide loengud lastevanemate koosolekutel; praktilised, suhtlemisoskuste harjutamist võimaldavad õppevormid näiteks Gordoni Perekool, vanemlusprogramm Imelised Aastad; infomaterjalid (nt kiindumussuhte kujundamine, vägivallavaba kasvamine ja pingete vähendamine).
- Edendada haridusasutuste ja noortekeskuste töötajate vaimse tervise alast teadlikkust ja toimetulekuoskusi (nt toimetulek agressiivsete lastega, väärkohtlemise juhtumite märkamine, sekkumine kriisisituatsioonides, ennasthävitava käitumise ja tõrjutuse äratundmine (oskuste õpetamise/omandamisele suunatud aktiivkoolitused).
- Rakendada tõenduspõhiseid sekkumismeetmeid, et toetada positiivseid hariduskogemusi (nt Tervist Edendavate Koolide võrgustik; Mindmatters 2009, www.mindmatters.edu.au, Kidsmatter 2009: www.kidsmatter.edu.au), ennetada haridustee katkemist ning märgata õpiraskuste ohutegureid (53).
- Tõsta noorte teadlikkust vaimse tervise kaitseteguritest ning erinevate eluviiside valikute mõjust nende vaimsele tervisele ja akadeemilisele edukusele ning suurendada nende motivatsiooni oma käitumisvalikute muutmiseks (nt kooliõdede loengud klassijuhataja tundides).

Vaimset tervist säilitavate ja edendavate tegevuste lõimimine õppe- ja kasvatus töö programmidesse haridusasutustes

WHO on rõhutanud haridusasutuste tähtsat rolli: 1) vaimse tervise edendamisel, 2) psüühika- ja käitumishäirete ennetamisel, 3) stressis olevate õpilaste toetamisel. Õppeprogrammi lõimitud tõenduspõhised sekkumisprogrammid võimaldavad tugevdada laste ja noorte vaimse tervise kaitsetegureid, toetavad üldist vaimset tervist ning ennetavad riskikäitumist. Sotsiaalsete oskuste treeningud haridusasutustes peavad olema suunatud järgmiste omaduste ja oskuste arendamisele: suhtlemisoskused, eakaaslaste survega toimetulek, enesekindlus, enesejuhtimise ja -kehtestamise oskused, vastutuse võtmine enda käitumise eest, konfliktidega toimetuleku ja koostöösoskused, suhete arendamine (2). Kuid veel enne psühholoogilisel võrdsusel ja respektil põhinevate suhete loomise oskuste omandamist peab laps/noor õppima teadvustama ja mõistma ennast ning vajadusel kasutama rahunemiseks lihtsaid tähelepanu ümbersuunamise ja meelerahu

saavutamise harjutusi (nt Eesti koolieelsetes lasteasutustes ja koolides tuntust koguvad Vaikuseminutid.) Uuringud on näidanud, et pelgalt teadmispõhistel programmidel on minimaalne mõju laste ja noorte käitumise kujundamisel, väga oluline on tõsta lastega töötavate spetsialistide erialast professionaalsust ja kujundada laste vaimset tervist toetavaid hoiakuid. Lapsepõlves ja teismeeas alguse saanud käitumismustrid (sh stereotüübid) mõjutavad inimesi kogu elu (68). Kooli inimeseõpetuse üks osa, mis tavaliselt läbitakse 6.klassis, käsitleb suhtlemisoskusi, kuid aine väikese mahu juures pole lastel võimalik neid oskusi proovimise, harjutamise ja tagasiside abil omandada (Näiteks on Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI) osalenud Euroopa Komisjoni 7. raamprogrammi poolt rahastatud üle-Euroopalistes projektides SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*, 2009-2011) ning WE-STAY (*Working in Europe to Stop Truancy Among Youth*, 2010-2013), mille käigus ühe tegevusena töötati välja, rakendati ja hinnati koolipõhist universaalset vaimse tervise alast teadlikkust tõstvat sekkumisprogrammi „Sa saad mõjutada ja parandada oma enesetunnet“ (69,70). Programmi peamiseks sihtrühmaks olid 8.-9. klasside õpilased, WE-STAY projektis olid programmi kaasatud ka lapsevanemad ja õpetajad. Tegemist on tõenduspõhise sekkumisprogrammiga, mida on Eestis testitud (41,71). Suhtlemisoskuse tõenduspõhiselt tulemusliku treenimise oskused on laialdaselt kasutusel USA-s (72), Suurbritannias ja mujal. Eesti inimeseõpetuse õpetajad vajavad väljaõpet enesejuhtimis- ja suhtlemisoskuste praktiliseks õpetamiseks ja treenimiseks (kompetents selleks on Eesti spetsialistidel olemas riikliku kutse tasemel) ning koolid lisaressursse nii õppematerjalide ja -vahendite koostamiseks kui ka suhtlemisoskuste aktiivõppe korraldamiseks väiksemates, harjutamist ja tagasiside saamist võimaldavates gruppides.

Tegevused:

- Haridusasutused võtavad vastutuse koostöös tervishoiu ja tervist edendavate organisatsioonidega vaimset tervist hindava ja edendava kultuurikeskkonna loomisel (vaimse tervise edendamine on prioriteet haridusasutuse arengukavas, arendatakse toetavat keskkonda, kooli ja lasteaiapere hoiakuid, koostööd).
- Haridusvaldkonna koordineerimisel valmistatakse ette juhised vaimse tervise ja heaolu edendamiseks, kaasatakse kõik kooliga seotud inimesed - õpilased, koolipere, kooli tugispetsialistid, tervishoiutöötajad, lapsevanemad, kogukond, noorteorganisatsioonid (53). Näiteks on Ottawa Harta algatanud Tervist Edendavate Koolide Programmi, mis põhineb kogu koolipere kaasamise terviklikul käsitlusel ning mida Eestis koordineerib Tervise Arengu Instituut (73).
- Haridusasutuste õppekavades ning õppe- ja kasvatusalastes tegevustes viiakse sisse täiendused nii, et need oleksid otseselt suunatud laste ja noorte elu- ja suhtlemisoskuste kui vaimse tervise kaitsetegurite arendamisele (nt koolipõhise huvihariduse arendamine võrdse ligipääsu tagamiseks).
- Haridusasutustes edendatakse õpetajate ja tugipersonali teadlikkust laste ja noorte vaimsest tervisest ning arendatakse nende oskusi kaasata kogemusnõustajaid ning viia sellel teemal läbi tõenduspõhiseid standardse metoodikaga sotsiaalsete oskuste edendamise programme (programmide väljatöötamine: TÜ Eetikakeskus; TLÜ Haridusteaduste Instituut; Eesti Suhtlemistreenerite Ühing).

Laste ja noortega kokku puutuvate spetsialistide teadlikkuse arendamine vaimse tervise kaitseteguritest ja nende edendamisest, spetsialistide vahelise koostöö tõhustamine

- Laste ja noorte oluliseks arenguülesandeks on omandada eluoskusi, mis võimaldavad neil edukalt toime tulla erinevate olukordadega. Vaimse tervise edendamine hõlmab rohkemaid tegevusi, kui lihtsalt laste ja noorte teadmiste laiendamine ning tervislike eluviiside juurde suunamine (74). Vaimse tervise seisukohast on oluline toetada ja arendada selliseid kaitsetegureid nagu positiivne enesetaju ja identiteet, kõrgem enesehinnang ning kohanemisvõime ja riskiteguritega toimetulek (74,75). Laste ja noorte haridusteel tuleb läbivalt keskenduda nende omaduste tugevdamisele (74). Tulemuslike tegevuste läbiviimiseks on vajalik tagada laste ja noortega töötavate spetsialistide vaimse tervise edendamise alane pädevus. Tähtis on, et spetsialistid mõistavad vaimse tervise edendamise tähtsust ning nende hoiakud toetavad vaimse tervise edendamisele suunatud tegevusi (67). Teadmised vaimsest tervisest on eelduseks spetsialistide tõhusale koostööle. Kui haridusasutuse spetsialistid või tugispetsialistid märkavad lapse kasvukeskkonnas riskitegureid, on neil kohustus sekkuda. Täpsem teemakäsitus Sotsiaalministeeriumi poolt koostatud “Integreeritud teenused laste vaimse tervise toetamiseks: ennetus, varajane märkamine ja õigeaegne abi” (19).

Tegevused:

- Vaadata üle laste ja noortega töötavate spetsialistide professionaalne areng vaimse tervise edendamise seisukohast ning defineerida koolitusvajadused (53).
- Vaadata üle laste ja noorte valdkonna spetsialiste ettevalmistavate õppekavade vaimse tervise alane kvaliteet ning viia õppekavade sisu vastavusse kohaliku konteksti ja vajadustega.
- Kavandada laste ja noortega töötavate spetsialistide järjepidevad täiendkoolitused vaimse tervise alase pädevuse tõstmiseks; kavandada koostöö tõhustamise eesmärkidel ühiskoolitused kõrvalerialade (perearst, kooliõde, pereõde, psühholoog, sotsiaaltöö spetsialist, koolipersonal) spetsialistide osalusel.
- Kavandada lastega töötavatele spetsialistidele regulaarsed kovisioonid ning keeruliste juhtumite puhul supervisioonid vaimse tervise küsimustega toimetuleku soodustamiseks (34).

Laste ja noorte heaolu ja vaimse tervise regulaarne hindamine ning kirjeldamine objektiivsete ja subjektiivsete näitajate kaudu

Vaimse tervise ja heaolu hindamine on järjepidev protsess, mille käigus jälgitakse, kogutakse, salvestatakse ja tõlgendatakse informatsiooni inimeste psüühilise ja sotsiaalse funktsioneerimise osas. Laste ja noorte heaolu sisaldab endas füüsilisi, emotsionaalseid ja sotsiaalseid komponente, mis avaldavad mõju nende vaimsele tervisele. Traditsiooniliselt on heaolu mõõdetud objektiivsete kriteeriumite, näiteks elamistingimused, vaesuses elamine, perekonna struktuur, tervisenäitajad jms alusel. Vaimse tervise seisukohast on oluline pöörata tähelepanu laste heaolu hindamisel laste enda arvamusele ehk lapsekesksele subjektiivsele heaolule, näiteks õnnetunne (76,77). On keeruline väita, et lapse heaoluga on kõik korras, kui lapse enda arvates on ta õnnetu (62). Hetkel ei kasutata Eesti koolides laste heaolu ja vaimse tervise hindamise sõelteste (34).

Eesti koolilaste tervisekäitumise uuringus selgus, et oma eluga on üle keskmise rahul enamik 11-14-aastastest kooliõpilastest (87,8%).

Tegevused:

- Laste ja noorte vaimset tervist hinnata regulaarselt esmatasandi tervishoiutöötajate poolt ühtsete kriteeriumide alusel. Leppida kokku universaalse instrumendi kasutamine ning viia spetsialistide pädevused vastavusse hindamisinstrumendi vajadustega. Instrumentidena saab kasutada WHO Well-being scale (WHO-5); Global School-Based Student Health Survey (GSHS); KIDSCREEN-52 ning füüsilise aktiivsuse hindamisel Physical Activities Questionnaire (PAQ). Täpsem teemakäsitus Sotsiaalministeeriumi poolt koostatud “Integreeritud teenused laste vaimse tervise toetamiseks: ennetus, varajane märkamine ja õigeaegne abi” (19).
- Koolitervishoiuteenusena rakendada vaimset tervist edendavate ning psüühika- ja käitumishäireid ennetavate tegevuste võimalus.

Laste ja noorte vaimse tervise edendamise tulemused:

- Eesti lapsed kasvavad vaimset tervist toetavas turvalises ja stabiilses keskkonnas, kus pereliikmed, õpetajad, kogukonnaliikmed ja riiklikud poliitilised otsused peavad oluliseks laste vaimse tervise edendamist ja laste tervisliku eluviisi toetamist.
- Haridusasutuste pidajad, juhid ja spetsialistid koostöös lapsevanemate ning sotsiaal-, tervishoiu- ja õiguskaitsevaldkonna spetsialistidega riigiasutustes, omavalitsustes ja vabaühendustes teevad tihedat koostööd kõikide Eesti laste positiivse ja lapse vajadustele vastava haridustee kindlustamiseks.
- Lasteaiad ja koolid on kujunenud võtmekohtadeks laste ja noorte vaimse tervise edendamisel. Haridusasutuste õppe- ja kasvatustöös on konkreetsed tegevused laste ja noorte vaimset tervist toetavate hoiakute ning enesejuhtimis- ja suhtlemisoskuste kujundamiseks ja heaolu edendamiseks. Vajalik on eesmärgistatud klassi- ja kooliväline tegevus.
- Laste ja noortega töötavad inimesed on läbinud koolitused ning omandanud oskused vaimse tervise edendamise tegevuste läbiviimiseks haridusasutustes ja noortekeskustes. Töötajate hoiakud ja oskused toetavad laste ja noorte vaimse tervise edenemist ja säilimist.
- Lastele meeldib koolis käia ja nad annavad koolikeskkonnale positiivsed hinnangud (Küsimused “Kas Sulle meeldib koolis käia?” “Kas Sinu kool meeldib Sulle?”).
- Lapsed ja noored annavad oma tervisele ja heaolule järjest positiivsemaid hinnanguid.
- Koolikiusamise ohvriks langenud laste osakaal väheneb ning vägivalla ohvriks langenud lapsed saavad asjakohast abi, vägivalla toimepanijaid ei diskrimineerita; väheneb riskikäitumine ning esmahaigestumus psüühika- ja käitumishäiretesse
- Järjest suurem hulk õppijatest omandab põhikooli või gümnaasiumijärgselt erialase hariduse, haridustee pooleli jätnud noorte arv väheneb.

1.2. Vaimse tervise edendamine tööelistel

Töövõime aluseks on töötaja füüsiline ja vaimne tervis, millele alles lisanduvad professionaalsed oskused ja kompetents, motivatsioon ja väärtushinnangud. Vaimne tervis suurendab töötajate üldist heaolu, töövõimet ja tootlikkust, parandab kollektiivseid suhteid, vähendab haiguspuhkusel viibitud päevade arvu ning sellega kaasnevad kulutusi (7). Ühiskonna sotsiaal- ja majandusarenguks vajaliku kõrge tööhõive saavutamiseks on vaja ennetada tööturult kõrvalejäämist ning aidata hõivesse neid sihtrühmi, kellel on suurem risk tööturult kõrvale jääda, sh naised, eakad, vähenenud töövõimega ja puuetega inimesi (78). Püsiva töövõimetusega inimeste arvu kasv on olnud Eestis märkimisväärne ning on jõudnud enam kui 10%-ni tööealisest elanikkonnast. Püsiv töövõimekadu tähendab piiranguid tööelus osalemisel, madalama töötasuga töökohti või hoopis tööturult välja langemist. Psüühika- ja käitumishäired on ühed enamlevinud töövõimekadu põhjustavad diagnoosid, mille puhul on töötamise tõenäosus väiksem võrreldes teiste diagnoosidega (79).

Töökohti peetakse võtmekohtadeks tööealiste vaimse tervise edendamisel, sest inimesed veedavad töökohal suurema osa enda ajast. Töökohtades tuleb kavandada meetmed, et peatada töölt puudumise ja töövõimetusjuhtude arvu kasv ning rakendada stressi ja psüühikahäirete tõttu kasutamata potentsiaali tööviljakuse suurendamiseks (8). Tööealise elanikkonna vaimse tervise hindamiseks tuleb töötervishoiu valdkonnas võtta kasutusele teaduslikud hindamismeetodid. Vaimse tervise hindamisel tuleb arvestada töötajate personaalseid erinevusi ning tervislikku seisundit. Olenevalt konkreetsetest töötingimustest ja töötaja tervist mõjutavatest teguritest (füüsikalised, ergonoomilised, keemilised, psühhoemotsionaalsed ja psühhosotsiaalsed) on võimalik välja töötada meetodid psüühika- ja käitumishäirete ning vaimse väsimuse ennetamiseks ja töövõime säilitamiseks.

Töötervishoiu seisukohalt olulistena tuleb arvestada töötaja tervisele mõjuvaid keskkonnategureid, mis võivad omada nii otsest kui kaudset mõju nii füüsilisele kui vaimsele tervisele. Bioloogiline mudel üksi ei ole piisav, et kirjeldada kõiki töövõimet mõjutavaid tegureid. Töökeskkonna erinevate parameetrite mõõtmiste ja nende terviseriski hindamisega töötaja tervise seisukohalt tegelevad vastava erialalise ettevalmistuse saanud spetsialistid. Organisatsioonides tuleb kaardistada ja välja selgitada konkreetset ohutegurid ja töökeskkonna tingimused, mis omavad olulist negatiivset toimet töötajate vaimsele tervisele, tekitades ülemäärast vaimset väsimust ja alandades töövõimet. Töötaja terviseseisundi üldiseks hindamiseks on kasutusel Soome Töötervishoiu Instituudi poolt 1994. a kasutusele võetud töövõimeindeks (inglise keeles *Work Ability Index*). See on töötaja terviseseisundi terviseankeet, mis annab ülevaate töötaja enda hinnangust oma tervisele ja töövõimele.

Alaeesmärgid tööealise elanikkonna vaimse tervise edendamisel:

- Tähendusrikka tööelu ja vaimset tervist edendava töökeskkonna kujundamine.
- Sooliste aspektide arvestamine vaimse tervise edendamisel (töö- ja pereelu ühildamine, naiste diskrimineerimise vähendamine ja kaotamine tööturul, meeste võimalused abi saada, isa lapsepuhkuse toetamine).
- Noorte täiskasvanute toetamine haridustee lõpetamisel ja/või jätkamisel ning tööturule sisenemisel.
- Positiivseid paari- ja peresuhteid väärtustavate hoiakute kujundamine ning selleks vajalike enesejuhtimis- ja suhtlemisoskuste õpetamine elanikkonnas.

Tähendusrikka tööelu ja vaimset tervist edendava töökeskkonna kujundamine

Töökohtades on võimalik edendada vaimset tervist toetavaid tegureid ning kujundada vaimset tervist säilitav kultuur ja töökeskkond. Klassikaliste töökohal inimese tervist mõjutavate teguritena tuuakse tavaliselt välja füüsilised (müra, erinevad temperatuurid, vibratsioon, elektromagnetiline kiirgus jt), keemilised (orgaanilised lahustid, raskemetallid jt), bioloogilised (mikroobid jt), ergonoomilised (sundasendid jt), psühhosotsiaalsed ja psühhosotsiaalsed tegurid. Mõõtmistulemuste alusel saab koostada töökeskkonna riskianalüüsi, mille andmetele toetudes on töötervishoiuarstil (koos töötervishoiuõega) võimalik hinnata konkreetsele töötajale mõjuvaid töökeskkonna tegureid ja vajadusel teostada terviseseisundit täpsustavaid uuringud. Uuringute alusel on võimalik siduda tervisolu korra spetsiifilisi (näiteks kuulmise langus) ja mittespetsiifilisi (näiteks suurenenud väsimust, higistamist, peavalusid vms) muutusi ja hinnata neid konkreetsete töökeskkonna tegurite kontekstis.

Töötaja töövõimet mõjutab ka töötaja vanus. Tööealise elanikkonna töövõimelisuse pikendamisel on oluline nii vastavate uuringute läbiviimine kui ka eakatele töötajatele sobivaima töökeskkonna loomine. Hinnata tuleb psüühika- ja käitumishäirete esinemist erinevates töötajate gruppides, sh. eakad, osalise töövõimega töötajad, vaimse versus füüsilise töö tegijatel. Seoses vajadusega kaasata tööturule ka nii füüsilise kui ka vaimse töövõime piiranguga töötajaid, suureneb vajadus individuaalsele terviseolukorrale kohandatud töökohtade ja töökeskkonna loomise järele ning personaalse töötervishoiu teenuse järele.

Organisatsioonides on vajalik rakendada sellised tegevuskavad, milles väärtustatakse hea psühhokliimaga töötajasõbralikku töökeskkonda (7). Uuringud on leidnud, et püsiva töövõimetus enam levinud psühhosotsiaalseks ohuteguriks töökeskkonnas on pingeline ja stressirohke töö (79). Töötervishoiuspetsialistide teadlikkus vaimse tervise probleemidest ja nende mõjust töövõimele aitab omakorda viia vaimse tervise alast teadlikkust ka nii töötajate kui tööandjateni.

Tegevused:

- Edendada tööandjate ja tööealise elanikkonna teadlikkust vaimset tervist toetavatest võimalustest töökohal (teavituskampaaniad; temaatilised konverentsid).
- Suurendada teadlikkust vaimsest tervisest kui töötaja tervise ja tema töövoime ühest olulisest osast töökeskkonna spetsialistide ja töökeskkonna volinike hulgas ning tagada riskianalüüsides tegemisel vaimset töövõimet mõjustavate tegurite hindamine ja rõhutamine.
- Selgitada välja ja kaardistada organisatsioonides konkreetsete ohutegurid ja töökeskkonna tingimused, mis omavad olulist negatiivset toimet töötajate vaimsele tervisele, tekitades ülemäärast vaimset väsimust ja alandades töövõimet.
- Kaardistada ja hinnata töötajate terviseseisundit erinevatel töötajate gruppidel.
- Arendada vaimset tervist toetavaid juhtimisoskusi ning tervist edendavat töökultuuri töökohtades (rollide ja ootuste täpsustamine; juhtide juhtimisoskuse koolitused).
- Organisatsiooniüleste stressi ennetamise ja vastupidavust tugevdavate tegevuste läbiviimine (nt ajajuhtimise, tööstressi juhtimise ja motivatsiooni edendamise koolitused).

- Soodustada töötajate tervislike eluviise töökohtadel. Vajadusel pakkuda ajutist lisatuge või töökorralduse muutmist (nt töötaja vajadustele vastav töökorraldus, paindlik tööaeg).
- Kavandada toetusüsteemid pikka aega töölt eemal olnud inimestele (nt töövõimetuslehel olijatele, töötutele), et suunduda edukalt tööle.

Sooliste aspektide arvestamine vaimse tervise edendamisel

Vaimse tervise puhul tuleb võtta arvesse soolisi iseärasusi. Sugu on vaimse tervise ning psüühika- ja käitumishäirete üheks kriitiliseks teguriks. Näiteks on depressiooni levimus naiste hulgas kaks korda sagedasem kui meestel. Sünnitusjärgset depressiooni esineb igal kaheksandal emal ning selle tähelepanuta jätmine kahandab oluliselt tema elukvaliteeti ja ema-lapse vahelise turvalise kiindumussuhte tekkimist. Bioloogilisest soost lähtuvalt on nii mehed kui naised võrdses lähteasendis, kuid vaimse tervise seisukohalt on oluline ka sotsiaalne sugu, mis määrab oluliselt psüühika- ja käitumishäirete tekkevõimalusi.

Sotsiaalsetest markeritest on vaimse tervise mõjutajateks kindlasti haridus, sissetulek, eluase, tööhõive, perekonnaseis, rahvus ja palju teisi tervisemõjureid. Näiteks meeste puhul tähendab madalam sotsiaalmajanduslik staatus suuremat seost stigmatiseerimise ning psüühika- ja käitumishäiretega. Inglismaal tehtud uuringus leiti, et meeste madalam sissetulek leibkonnas tähendab kolm korda suuremat tõenäosust haigestuda depressiooni või avaldub meestel ärevushäiretena (23,5%). Kõrgema sissetulekuga meeste haigestumise tõenäosus oli samal ajal 8,8%. Naiste jaoks tähendas leibkonna sissetulek meestega võrreldes vähemaid probleeme ja väiksemat mõju vaimsele tervisele.

See tähendab, et vaimse tervise seisukohast vajab tähelepanu naiste ja meeste võrdõiguslikkus, mis on majanduskasvu, tööhõive ja sotsiaalse ühtekuuluvuse saavutamise eelduseks. Samuti tuleb arvestada, et naiste hulgas esineb rohkem psüühikahäireid, kuid suitsiidid on sagedasemad meeste hulgas (80–82).

Tegevused:

- Tagada meeste ja naiste võrdsed võimalused töö-, pere- ja eraelu ühitamiseks, soodustamaks kvaliteetset ja iga pereliikme vajadustele vastavat igapäevaelu.
- Tõsta eelkõige meeste ja naiste teadlikkust soostereotüüpide (uskumuste ja hoiakute) mõjust nende vaimsele ja füüsilisele tervisele (näited parimatest praktikatest, avalikud kampaaniad, meediatunnid, kogemusettekanded).
- Kavandada vaimse tervise edendamise sekkumisi nii, et arvesse on võetud soolist spetsiifikat, mille tulemuseks on eluviisi muutmine ja selle paranemine.
- Tõsta meeste teadlikkust vaimsest tervisest meediakanalite vahendusel (avalikud kampaaniad, infovoldikud tervisekeskustes jmt).
- Suurendada elanikkonna teadlikkust sünnitusjärgse depressiooni tunnustest.

Noorte täiskasvanute toetamine haridustee lõpetamisel ja/või jätkamisel ning tööturule sisenemisel

NEET-noored (lühend inglise keeles – *not in education, employment or training*) on see osa noortest täiskasvanutest, kes ei tööta ega ole ka haaratud ka hariduse või väljaõppega (83). Sageli on nende haridustee katkenud juba enne kesk- või kutsehariduse omandamist. Selliseid noori on vanusegrupis 18-24 Eestis umbes 1/5 (absoluutarvuna 40 000). Nad on praegusel ajal üks enim haavatavaid grupe ühiskonnas, keda finants- ja majanduskriis

teistest gruppidest enam negatiivselt mõjutas (83,84). Vaimse tervise seisundil on noorte NEET staatusesse sattumisel oluline roll – psüühika- ja käitumishäired on selles nn „nõiaringis“ nii NEET staatus riskiteguriks (nt hüperaktiivsus tähelepanu puudulikkusega) kui ka tagajärjeks (nt depressiivsus, ainete kuritarvitamine, käitumisprobleemid, suitsidaalsus) (85). NEET staatusesse jäämine ohustab noori sotsiaalse tõrjutuse ja vaesusega (84). NEET-nooreks kujunemisel on olulised nii keskkonnast ja indiviidist sõltuvad tegurid (nt sisemine ja väline motivatsioon) (83). Kõigest sellest tulenevalt jäävad NEET-noorte võimalused hilisemas täiskasvanueas tööelus aktiivselt osaleda piiratuks.

Tegevused:

- Tugevdada solidaarsust ühiskonnas NEET-noorte ja erinevate generatsioonide vahel, et vältida NEET staatus kujundavate probleemide põlvest-põlve edasikandumist.
- Toetada haridustee lõpetamist, sh pakkuda paindlikke lahendusi töö- ja pereelu ühitamisel hariduse omandamisega.
- Kujundada haridus- ja täiendõppekeskkond selliselt, et noored oleksid motiveeritud jätkama haridusteed vähemalt kuni kutse omandamiseni ning näeksid selles võimalust endale sobivama ja kindlama koha leidmiseks tööelus.
- Pakkuda psühholoogilise nõustamise teenust motivatsiooni suurendamiseks haridustee lõpetamisel ning tööelu alustamisel ja jätkamisel.
- Toetada noori täiskasvanuid tööturule sisenemisel, pakkudes karjäärinõustamise teenust, asjakohaseid ja kvaliteetseid koolitusi ning tööpraktika võimalusi (Töötukassa meetmed noortele suunatuna).

Positiivseid paari- ja peresuhteid väärtustavate hoiakute kujundamine elanikkonnas

Perekond kui süsteem ja paarisuhte kvaliteet avaldavad mõju inimeste heaolule ning vaimsele ja füüsilisele tervisele. Vaimse tervise kaitseteguriteks on perekondlik kuuluvus, turvaline varajane seotus ning toetavad sotsiaalsed suhted perekonnas (30,86). Vaimse tervise riskitegurid on kuritarvitamine ja vägivald, eraldatus ja kaotus ning sotsiaalne isolatsioon (2).

Eesti pereelu ja olud on viimase paarikümne aasta jooksul olnud pidevas muutumises: sündimus on vähenenud ja laste sünd on lükkunud hilisemasse ikka, vähenenud on abielude osakaal ning paarisuhteid iseloomustab kõrge lahutuste määr. Lisandunud on samasoolised kooselud, kus neis paljudes nendes kasvavad lapsed (87). Paljud lapsed kasvavad perekondades, kus üks või mõlemad vanemad töötavad perekonnast eemal. Vanemate ja positiivse kasvatuspraktika toetamine on üks paremaid viise ennetada hilisemaid tervishoiu-, lastekaitse-, hoolekande- ja kriminaalsüsteemi ning tööhõive- ja majandussektori probleeme (87). Perekonnad on osa laiemast ühiskondlikust süsteemist. Seetõttu mõjutab perekondade vaimset tervist ka seda ümbritsev toetav ja turvaline keskkond. Oluline on arvestada erinevate valdkondade poliitikate mõju perede elukvaliteedile.

Tegevused:

- Tagada peredele püsiv kindlustunne läbi majanduslikku toimetulekut toetava kombineeritud toetuste ja teenuste süsteemi lapse täisealiseks saamiseni (sh erivajadustega lastega pered, hoolduskoormusega pered jmt).

- Julgustada perekondi küsima abi pereeluga seotud probleemide ilmnemisel (laiema avalikkuse informeerimine abivõimalustest, pereteraapiast, vanemlusprogrammidest: meediapõhised sekkumised, peresuhete ja vanemluse teemaliste koolituste, seminaride, töötubade läbiviimine piirkondades).
- Tagada perekondadele psühhohariduslik toetus: psühholoogiline nõustamine, paari- ja peresuhteid toetavate koolituste, nõustamis- ja teraapiateenuste parem kättesaadavus konfliktide ennetamiseks ja leevendamiseks.
- Toetada perelepitusteenuse kättesaadavust.

Tööealise elanikkonna vaimse tervise edendamise mõõdetavad tulemused:

- Heaolu töökohal (*wellbeing in the workplace*) ja vaimne tervis (*mental capital*) on leidnud kajastamist erinevatel konverentsidel.
- Töötajad ning tööandjad on teadlikumad tööstressi tekitajatest ning nende kahjulikest mõjudest nii vaimsele kui kehalisele tervisele.
- Töötajad ja tööandjad oskavad märgata tööstressoreid, neid ennetada ja neist avalikult rääkida; väheneb tööstress; kiireneb töötajate haigusjärgne naasmine tööle.
- Vähenevad tööõnnetused, sh surmaga lõppenud tööõnnetuste sagedus ja esinemine, mis on tööohutuse oluline näitaja ja ohutegurite ebaõige hindamise tulemust.
- Meeste enda teadlikkuse paranemine ja ühiskonna vaimse tervise alase teadlikkuse võimaldavad tõhusamalt hinnata meeste vaimset tervist mõjutavaid tegureid ja planeerida erinevaid sekkumisi meest elukvaliteedi tõstmisel.
- NEET noorte osakaal väheneb.
- Haridussüsteemist enneaegselt välja langejate osakaal väheneb.

1.3. Vaimse tervise edendamine eakatel

Eesti on kiiresti vananeva rahvastikuga riik – kui 1970. a oli Eestis 65-aastaseid ja vanemaid inimesi 10,5% kogurahvastikust, siis 2000. a 15% ja 2015. a 19% (82 996 meest ja 163 356 naist, kokku 246 352) ning 2040. a prognoositavalt 27,6%); 55-aastaseid ja vanemaid oli 2015. a rahvastikus kolmandik (32%, 417 523 meest ja naist) (88).

Eakate vaimse ja kehalise tervise säilitamine ja edendamine lisab ühiskonda arvestatava potentsiaali – nad on eksperdid kogemuse ja varutud teadmiste põhjal, aga ka lisa töötajaskonnale. Psüühika- ja käitumishäired ei ole tingimata vananemisega kaasaskäivad nähtused, tänapäeval on piisavalt tõendusmaterjali, kuidas eakate vaimset tervist edendada ja säilitada. Praktika on tõestanud, et toetav ja edendav sekkumine parandab eakama elanikkonna vaimset heaolu (EU Vaimse tervise Roheline Raamat). Vananemisega kaasnevad mitmed stressorid, nagu sotsiaalsed, füsioloogilised, psühholoogilised, tervisliku seisundi muutused, mis võivad vaimset tervist ja funktsionaalset suutlikkust halvendada ja soodustada isolatsiooni. Eakate vaimse tervise edendamist tuleb käsitleda süsteemse kompleksse koordineeritud tegevusena (89) (90).

Alaeesmärgid eakate vaimse tervise edendamisel:

- Valitsuse tähelepanu suurendamine eakate vaimse tervise säilitamisele ja edendamisele.
- Kogukonnas eakatesse positiivse suhtumise hoiaku kujundamine, sotsiaalse kaasamise edendamine ja diskrimineerimise kõrvaldamine.
- Esmatasandi spetsialistide teadlikkuse tõstmine eakate inimeste vajadustest, vaimse tervise eripäradest ning edendamise võimalustest.
- Eakate inimeste teadlikkuse tõstmine aktiivsest vananemisest kui vaimse tervise kaitsetegurist ja võimalusest säilitada head tervist ning pikendada tervena elatud aastaid.

Valitsuse tähelepanu suurendamine eakate vaimse tervise säilitamisele ja edendamisele

Juba 2009. a kutsus Euroopa Parlamendi Keskkonna-, Rahvatervise ja Toiduohutuse komisjon liikmesriike võtma vastutust eakate elukvaliteedi edendamise ja selle kõrgel tasemel säilitamise eest ning soovitas propageerida tervist ja aktiivset vananemist kogukonna elus aktiivse osalemise abil. Riiklikul tasandil on vaja kindlustada eakate võrdsed võimalused tööturul ja täiendõppes, arstiabi kättesaadavus, vaesuse ja väärkohtlemise likvideerimine (91).

Tegevused

- Tagada järjepidevalt, et seadusandlikes aktides oleks eakate õigusi arvestatud (ei oleks eakate õiguste riivet), sh tööturu poliitika.
- Kindlustada, et soolise võrdõiguslikkuse ja võrdse kohtlemise volinik jälgiks eakate kohtlemise teemasid (sotsiaalne, majanduslik, psühholoogiline ja/või füüsiline diskrimineerimine; töö ja kutseõpe.)
- Luua ministeeriumide vaheline (sotsiaal-, haridus- ja tervisevaldkond) struktuur, mis üldistab, koondab ja koordineerib igakülgselt eakate tervise (sh vaimse tervise) edendamise poliitikat (vaesus; pension: paindlik, osaline, varane jne).

Kogukonnas eakatesse positiivse hoiaku suhtumise kujundamine, sotsiaalse kaasamise edendamine ja diskrimineerimise kõrvaldamine

Eakad soovivad jätkata tähendusrikast elu, panustada tööalaliselt, kogukonda ja perekonda, end arendada teadmistes ja kultuuriliselt, kehaliselt ja vaimselt. Eakaid tuleb selles toetada eetilistest printsiipidest lähtuvalt, aga ühtlasi arvestades, et eakate n-ö vormis hoidmine annab majanduslikku kasu vähenenud haiglaravi ja hooldekodudele kuluva arvelt, aga ka arvestatava tööjõuna (92). Uuringud näitavad, et tööhõive on kaitsefaktor isegi eakate suitsidaalsuse korral (93,94). Põlvkondadevaheline solidaarsus, pereliikmete toetav ja sõbralik suhtumine parandab eakate eluga rahulolu ja seega ka vaimset tervist (95).

Tegevused:

- Tööturul eelarvamusteta kasutada eakate potentsiaali, rakendada paindlikku tööaega ja töökoormust, pakkuda koolitusi, abistada transpordiga.

- Kogukonnas toetada tugivõrgustike tegutsemist (MTÜd, vabatahtlikud, usuorganisatsioonid, sponsorlus ettevõtetelt), kaasata eakaid kõiki eagruppe haaravatesse programmidesse, luua eakatele spetsiaalseid programme toetamiseks ja stimuleerimaks eakate aktiivset eluviisi, treenida kognitiivset ja kehalist võimekust, vältida isoleeritust ja kindlustada informatsiooni levik.
- Kogukonnas ja lähikonnas märgata ja sekkuda eakate väärkohtlemise juhtudesse, organiseerida sellekohaseid teavituskampaaniaid.
- Meedias kajastada positiivselt aktiivset vananemist ja põlvkondadevahelist solidaarsust, hoiduda väärkuse riivamisest nii sõnas kui pildis.

Esmatasandi spetsialistide teadlikkuse tõstmine eakate inimeste vajadustest, vaimse tervise eripäradest ning edendamise võimalustest

John Manni ja kaasautorite mahukas metaanalüüs näitab, et suitsiidi preventsiiooni tõhus strateogia on perearstide kompetentsi tõstmine depressiooni ravimisel (96).

Tegevused:

- Esmatasandi spetsialistidel järjepidevalt omandada ja rakendada teadmisi eakate vaimset tervist toetavast ja aktiivsest eluviisist.
- Varakult diagnoosida eakate algavaid vaimutegevuse häireid, sh kognitiivset defitsiiti, alkoholi liigtarvitamist ja suitsiidimõtteid, kasutades pädevaid skriininginstrumente.
- Varakult diagnoosida eakate kehalisi haigusi, neid kontrolli all hoida ja ravida, vägivalla tunnustest teavitada.
- Võimaldada perearstidele eakate vastuvõtuks kuluva aja pikendamist.

Eakate inimeste teadlikkuse tõstmine aktiivsest vananemisest kui vaimse tervise kaitsetegurist ja võimalusest säilitada head tervist ning pikendada tervena elatud aastaid

Maailma Terviseorganisatsioon defineerib aktiivset vananemist kui “erinevaid tegevusi hõlmavat protsessi, mis on suunatud inimese vananedes tema tervise, turvatunde, elukvaliteedi ja ühiskonnas osalemise kindlustamisele”. Aktiivsena vananemine võimaldab inimesele pikema tööelu, iseseisva igapäevaelu ning aktiivse kodanikuna ühiskonnaelus osalemise. Eakate sotsiaalse kaasatuse edendamiseks on oluline pensionile jäänud, haige või puudega vanemaealiste jätkuv panus oma perekonna, kogukonna ja ühiskonna heaks. Ühiskonnas tuleb suurendada teadlikkust aktiivse vananemise temaatikast ja vanemaealiste vajadustest, ressursidest ja võimalustest. Vananemise ja vanadusega seotud hoiakud mõjutavad vanemaealiste elukvaliteeti ja tervist. Pidada silmas, et kronoloogiline vanus ei pruugi kokku langeda bioloogilise vanusega (89,97).

Tegevused:

- Jagada teadmisi võimalusest aktiivselt vananeda (kool, perekond, esmatasandi spetsialistid).
- Julgustada eakaid ise aktiivselt vältima isoleeritust (sotsiaaltöötajad, teised esmatasandi spetsialistid, lähedased).
- Eakatel endil võtta vastutus oma tervise eest tervisliku eluviisi valimisega.

Eakate vaimse tervise edendamise mõõdetavad tulemused:

- Eakad elavad kauem tervena ja tegevuspiiranguteta.
- Eakad osalevad aktiivselt tööturul, on õpihimulised, sotsiaalselt aktiivsed ja järgivad tervislikku eluviisi.
- Eesti ühiskond on eakasõbralik, vaesusrisk on minimeeritud, vanemaealised on kogukonda kaasatud ja sotsiaalselt aktiivsed.
- Poliitikadokumendid sisaldavad eakaid puudutavaid lõike, koostöö on konstruktiivne ja toimib nii valitsuse, kogukonna kui lähedaste tasandil.

2. SEKKUMISTASAND: PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIRETE ENNETAMINE JA VARAJANE SEKKUMINE

Psüühika- ja käitumishäirete ennetamise ja varajase sekkumise eesmärk: Inimesed oskavad võimalikult varakult ära tunda psüühika- ja käitumishäired, nad julgevad abi küsida ja neile on tagatud professionaalne õigeaegne sekkumine tõsisemate probleemide ennetamiseks.

Rahvatervise mudelile tuginev lähenemine kätkeb endas probleemide samaaegset lahendamist eri tasanditel, hoidmaks ära probleeme igal konkreetsetel tasandil. Traditsioonilised ennetustasandid on (12):

- **Esmane ennetus** kätkeb endas sekkumisi, mille eesmärk on ära hoida häireid, enne kui need ilmnevad. See tasand hõlmab universaalseid sekkumisi, mis on suunatud kogu rahvastikule. Näiteks laste käitumisprobleemide ennetamisel ja vähendamisel on üheks võimalikuks sihtgrupiks kõik lapsevanemad (sh ka need, kelle lastel ei esine käitumisprobleeme).
- **Teisene ennetus** keskendub teadaolevatele riskirühmadele – indiviididele ja gruppidele, kellel ilmnevad varajased märgid mõnedest probleemidest. Sellele tasandile kuuluvad näiteks vanemlusprogrammid käitumisprobleemidega laste vanematele.
- **Kolmandane ennetus** on suunatud indiviididele ja gruppidele, kelle puhul on häired juba ilmnunud. Selle tasandi ennetusega soovitakse taastada inimeste normaalne funktsioneerimine, vähendada probleemidest tulenevaid uusi probleeme. Kolmandase ennetuse moodustavad spetsialistide pakutavad sekkumised ja ravisekkumised. Näiteks individuaalne töö lapsevanematega, kelle lastel on diagnoositud tähelepanupuudulikkuse häire ja probleemid on kestnud juba mõnda aega.

Alaesmärgid psüühika- ja käitumishäirete ennetamiseks ja varajaseks sekkumiseks:

- Elanikkonna teadlikkuse kujundamine sagedasematest psüühika- ja käitumishäiretest (nt depressioon, ärevushäired, sõltuvushäired) nende varajaseks märkamiseks ja abi otsimise julgustamiseks.

- Vaimse tervise ja heaolu hindamine esmatasandi spetsialistide poolt eesmärgiga märgata psüühika- ja käitumishäireid varakult, enne nende süvenemist.
- Psühholoogilise abi kättesaadavuse tõhustamine elu kriisiperioodidel.
- Elanikkonna ja spetsialistide teadlikkuse suurendamine suitsidaalsest käitumisest.

Elanikkonna teadlikkuse kujundamine sagedasematest psüühika- ja käitumishäiretest (nt depressioon, ärevushäired, sõltuvushäired) nende varajaseks märkamiseks ja abi otsimise julgustamiseks

Depressioon ja ärevushäired on sageli esinevad ja alaravitud tervisehäired (98,99), mis kahjustavad inimese sotsiaalset ning tööalast toimetulekut ning põhjustavad tervishoiule kulusid. Paljud inimesed ei märka enda juures häire tekkimist, ei pea abi küsimist vajalikuks või ei pöördu abi saamiseks spetsialisti vastuvõtule kartuses saada märgistatud ja tõrjutud. Ühiskonna negatiivne hoiak ja teadmatuse häirete sümptomitest mõjutavad potentsiaalsete abivajajate jõudmist tervishoiuteenusteni. Ärevushäirete varasema diagnoosimise ja adekvaatse raviga esmatasandi arstiabis on võimalik parandada patsientide elukvaliteeti ning vähendada tervishoiukulutusi (99). Inimesi on oluline teavitada sellest, et meeleolu- ja tundeeluhäired on ravitavad. Psüühika- ja käitumishäirete ning suitsiidide ennetamise seisukohast on hädavajalik parandada samuti alkoholi liigtarvitamise õigeaegset diagnoosimist ja adekvaatset ravi (100,101).

Tegevused:

- Viia inimesteni teave psüühika- ja käitumishäirete sagedasematest sümptomitest, (ebaselge, kas sagedasematest sümptomitest või sagedasemate psüühika- ja käitumishäirete sümptomitest) ja nende ravivõimalustest ning julgustada abivajajaid pöörduma spetsialisti vastuvõtule.
- Süsteemselt rakendada Alkoholipoliitika rohelises raamatus (102) ja Uimastitarvitamise poliitika valges raamatus (104) kirjeldatud meetmeid sõltuvuse tekkimise ennetamiseks, kahjude vähendamiseks ja alkoholi ning uimastite kättesaadavuse piiramiseks.

Vaimse tervise ja heaolu hindamine esmatasandi spetsialistide poolt eesmärgiga märgata psüühika- ja käitumishäirete tekkimist enne nende süvenemist

Esmatasandi spetsialistid puutuvad oma töö iseloomust tulenevalt kokku paljude inimestega, mis annab neile võimaluse märgata psüühika- ja käitumishäireid, eriti nende enam levinud vorme (nt depressioon ja ärevus) juba nende väljakujunemise varajases staadiumis (104–107). Varajase märkamise tõhustamiseks on vajalik esmatasandi spetsialistide teadlikkuse suurendamine häirete kaitse- ja riskiteguritest ning ohumärkidest, et hinnata riski suurust (108–110). Samuti vajavad nad teadmisi ja oskusi häirete varajase hindamise abivahendite kohta (juhised, instrumendid, küsimustikud) (112–116) ning selle kohta, kuhu inimesed vajaduse korral edasi suunata abi saamiseks.

Psüühika- ja käitumishäirete all kannatavad inimesed ise ei pruugi häirete esimesi märke tähele panna ja seda mitmel põhjusel – hirm märgistatusse ees, inimene näeb häires nõrkuse märki ja ei taha seda tunnistada, inimene on oma häirega harjunud ega oska

arvatagi, et seda on võimalik ravida (116–118). Seetõttu on nende aktiivne suunamine abi juurde väga oluline.

Tegevused:

- Tõsta esmatasandi spetsialistide teadmisi ja oskusi psüühika- ja käitumishäirete varajaseks märkamiseks läbi koolituste (teadlikkuse tõstmine nii tasemeõppe kui täiendkoolituste raames)
- Teha esmatasandi spetsialistidele kättesaadavaks psüühika- ja käitumishäirete hindamiseks vajalikud tõenduspõhised juhised ja instrumendid.

Psühholoogilise abi kättesaadavuse tõhustamine elu kriisiperioodidel

Käesolev alaeemärk käsitleb psühholoogilist abi eelkõige traumaatiliste kriisidega toimetulekul. Kriisiperioode võib inimesel esineda läbi terve elukaare ka ilma traumaatilise sündmuse kogemusest (arengukriisid), nendest põhjustatud väljakutsetega toimetulekut on käsitletud muude spetsiifiliste peatükkide all.

Psühholoogilise abi adekvaatne kättesaadavus vahetult pärast traumaatilise sündmusega kokkupuutumist soodustab tasakaalu taastumist ja vähendab inimestel psüühika- ja käitumishäirete tekkimise tõenäosust või nende intensiivsust. Psühholoogilisel kriisil on oma normaalne kulg ning erinevates kriisi kulgemise faasides on sekkumisviisid erinevad (119). Oluline on tõhustada valmisolekut reageerida adekvaatse kriisisekkumisega õnnetustele, mis puudutavad korruga väga palju inimesi (nt terroriaktid) ((120).

Kriisi üks alaliik on suitsidaalne kriis, mis areneb välja suitsiidiprotsessi käigus (121). Suitsidaalse kriisi puhul on äärmiselt oluline telefoni teel antava kriisiabi kättesaadavus, et viivitamatult leevendada suitsidaalset seisundit (122,123). Telefoniabi andjateks on tavaliselt spetsiaalse koolituse läbinud vabatahtlikud. Suitsiidi või suitsiidikatse juhtumi järgselt on tähtis „suitsiidinakkuse“ vältimiseks välja selgitada haavatavad inimesed/grupid (eriti noorte puhul koolides) ning tagada neile adekvaatne kriisisekkumine (124). Suitsiidiohvri lähedastele soovitatakse tuge pakkuda eneseabigruppides (125).

Kriisi käigus kogetu järeltötluseks (postventsiooniks) ja pikaajaliste psüühika- ja käitumishäirete (nt depressioon, traumajärgne stressihäire ehk PTSD) ennetamiseks on vajalik kasutada nii struktureeritud kui struktureerimata grupitöö meetodeid. Neid on vajalik läbi viia nii gruppidele, keda ühendab traumaatilise sündmuse läbielamine kui ka katastroofide ja õnnetuste päästemeeskondadele (126). Üheks eraldi sihtgrupiks on lahingolukordadega missioonil käinud kaitsevälased, kellel on kõrgenenud oht psüühikahäirete tekkimisele (eriti PTSD) (127).

Tegevused:

- Tagada psühholoogilise kriisiabi meeskondade valmisolek reageerida sündmuskohale viivitamatu väljasõiduga õnnetuste ja terroriaktide korral.
- Tagada traumaatilisele sündmusele järgneva viivitamatu psühholoogilise kriisiabi alase nõustamise kättesaadavus organisatsioonide juhtidele, et neil oleks võimekus adekvaatselt tegutseda.
- Tagada psühholoogilise kriisiabi meeskondade olemasolu ja nende valmisolek viia organisatsioonides antud organisatsiooni juhtide tellimisel läbi kriisisekkumist, sh psühholoogilist järeltötlust (postventsiooni).

- Tagada kriisijärgse postventsiooni kättesaadavus päästemeeskondadele (päästjad, politseinikud, kiirabibrigaadid).
- Tagada kriisiabi (nt suitsidaalne kriis) individuaalnõustamise ja psühhiaatrilise kriisiabi teenuse kättesaadavus ja aktiivne pakkumine üldhaiglate erakorralise meditsiini osakondades (EMO).
- Hoida ja arendada olemasolevaid vabatahtlike tööl põhinevaid telefoni abiliine (Eluliin, Usaldustelefon), tagades vabatahtlike järjepideva värbamise, baaskoolituse, jätkukoolitused ja supervisioonid.
- Käivitada suitsiidiohvri lähedastele eneseabigruppe komplitseeritud leinaga toimetulekuks ja edaspidise suitsiidiriski vähendamiseks.
- Tagada missioonidel käinud kaitseväelastele (veteranidele) ja nende perekondadele psühholoogiline tugi ja/või abi enne missiooni, missiooni ajal ja pärast missiooni.

Elanikkonna ning spetsialistide teadlikkuse suurendamine suitsidaalsest käitumisest

Suitsiidid on kompleksne rahvatervise probleem. Suitsiidide arv Eestis 100 000 elaniku kohta oli 2013.a 15,9, mis on kõrgem kui maailma riikides keskmiselt. Erinevate rahvuste ja ka meeste ja naiste suitsiidikäitumine erinevates piirkondades on erinev ning on seotud mitmete riskifaktoritega. Kuigi puudub ühtne algoritm suitsiidide ennustamiseks – ja seda ka meditsiinilises praktikas – on võimalik mitmete kliiniliste, bioloogiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete tegurite mõistmisel ära tunda kõrge suitsiidiriskiga inimesed ning pakkuda neile vältimatut abi probleemide lahendamisel (128). Lõpuleviidud suitsiidini jõudmine on protsess, mida mõjutavad individuaalsed kaitse- ja riskitegurid ning millesse saab sekkuda. Üks olulisemaid suitsiidi riskitegureid on depressioon, eelkõige tähelepanu ja ravita jäänud depressioon, aga ka erinevad riskikäitumised (nt alkoholi liigtarvitamine) ja sotsiaalne tõrjutus. Psühhoteraapiline ja farmakoloogiline psüühika- ja käitumishäirete ravi ja suitsiidikatse teinud inimeste regulaarsed järelkonsultatsioonid vaimse tervise spetsialistide poolt on võtmetegurid suitsiidide ennetamisel. Suitsiidide ennetamiseks on erinevatele elanikkonna gruppidele erinevaid sekkumismeetmeid (96).

Tegevused:

- Tõsta esmatasandi tervishoiutöötajate ja muude inimestega otseselt kokku puutuvate elukutsete (tervishoiu-, hoolekande-, sotsiaal- ja õiguskaitse valdkond) teadlikkust depressiooninähtude ja suitsidaalse käitumise varajaseks märkamiseks.
- Käsitleda suitsiidiriskina alkoholi liigtarvitamist, uimastite manustamist, sotsiaalset tõrjutust ja depressiooni.
- Tõsta elanikkonna teadlikkust suitsiidide sooritamise põhjustest ja nende ennetamise võimalustest.
- Toetada toetusgruppide tegevust, mis on suunatud depressiooni haigestunud ja suitsiidikatse teinud inimestele ning nende lähedastele.
- Tagada suitsiidikatse sooritanutele ja suitsiidi sooritanu lähedastele emotsionaalse kvalifitseeritud abi kättesaadavus telefoni ja /või veebiliinidel.

Psüühika- ja käitumishäirete ennetamise ja varajase sekkumise tulemused:

- Esmatasandi spetsialistide teadmised ja oskused märgata varakult psüühika- ja käitumishäireid on paranenud.
- Ravile perearsti või eriarsti juurde jõuab rohkem psüühika- ja käitumishäirete varajases staadiumis olevaid juhtumeid.
- Olemas on üle-eestilised psühholoogilise kriisisekkumise meeskonnad, kus on piisav arv spetsiaalse väljaõppega spetsialiste.
- Haiglate erakorralise meditsiini osakondades (EMO) on tagatud psühhiaatriline kriisisekkumine (nt suitsidaalse kriisi korral).
- Vabatahtlike tööl põhinevad telefoni abiliinid töötavad, teenust kasutatakse sageli ning seal pakuvad abi koolitatud ja superviseeritud vabatahtlikud.
- Suurenenud on inimeste teadlikkus depressioonist ja ärevushäiretest kui ravitavatest häiretest, paranenud on depressiooni ja ärevushäirete sümptomite varajane äratundmine.
- Käivitatud ja jätkuvalt on töös erineva spetsiifikaga eneseabigrupid (suitsiidiohvri lähedased, AA, ohvriabi jmt)
- Eesti inimeste ja spetsialistide teadlikkus suitsiidide põhjustest ja ennetamise võimalustest suureneb.
- Suitsidaalne käitumine väheneb kõikides eagruppides.
- Loodud on suitsiidikatsete registreerimise süsteem.

2.1. Psüühika- ja käitumishäirete ennetamine ja varajane sekkumine lastel ja noortel

Lastel ja noortel on teistest eagruppidest märkimisväärselt vähem võimalik mõjutada oma eluolu. Nende heaolu sõltub tingimustest, mille üle lapsed ja noored ise kontrolli ei oma (nt sotsiaal-majanduslikud, geograafilised jmt) (18). Laste vaimse tervise riskid on: ema rasedusaegne väärkäitumine, kiindumussuhte ning püsiva hooliva täiskasvanu puudumine, laste ja vanemate pikad separatsioonid, vanema psühhopatoloogia, väärkohtlemine, vaesus, pere elukeskkonna ebastabiilsus, pere, kooli ja kogukonna vägivaldsus, ebapiisavad vanemlikud oskused ning vanemate turvatunde puudumine töö- ja pereelu ühendamisel (129–131).

Laste ja noorukite psüühika- ja käitumishäirete ennetamiseks peetakse väga oluliseks perekeskset abi ja vanemaharidust, erinevate lapse elus oluliste üleminekuperioodide probleemidele suunatud ning tervikuna võimalikult vara rakendatud sekkumiste olemasolu (132).

Arvestades Eestis võetud eesmärgi (16), tuleb erilist tähelepanu pöörata negatiivsetele trendidele nagu 1-19-aastaste laste ja noorte esmahaigestumine psüühika- ja käitumishäiretesse, suur mitteõppivate ja mittetöötavate noorte arv, probleemne tervisekäitumine (eriti noorte meeste riskikäitumine) ning noorte meeste kõrge suitsiidide arv. Tähelepanu tuleb pöörata nende probleemide tekkepõhjustele, võimalike tagajärgede ennetamisele ja ebasoovitava mõju vähendamisele.

Uuringud on näidanud, et Eestis on põhjendamatult kõrge koolist nõusolekuta puudumine ning see on seotud kehvemate vaimse tervise näitajatega ja riskikäitumisega (41). Koolikiusamise ohvriks langes 2014. a iga viies koolilaps (133). 2013/2014 õppeaastal

katkestas õpingud üldhariduse erinevatel tasemetel kokku 474 õpilast (277 poissi ja 197 tütarlast). Kooli poolelijätmine kitsendab noore edaspidiseid valikud ning neil on kordi suurem tõenäosus elada vaesuses võrreldes kooli lõpetanud noortega.

Abi vajava lapse seisukohalt on oluline, et tema vajadusele reageeritakse võimalikult kiiresti ja professionaalselt, olenemata sellest, kas lapse probleeme märkab lasteaia- või kooliõpetaja, tervishoiu- või lastekaitsetöötaja või politseiametnik. Abi vajab laps ja noor, kelle heaolu on ohustatud või kelle puhul on tekkinud kahtlus väärkohtlemise, hooletusse jätmise või muu tema õigusi rikkuva olukorra suhtes. Tähtis on, et iga lapse ja noorega kokku puutuva valdkonna spetsialist või kogukonnaliige oskaks märgata lapse vajadusi ja hinnata nende ulatust ning võtaks ette meetmeid abivajaja abistamiseks.

Alaeesmärgid laste ja noorte psüühika- ja käitumishäirete ennetamisel ja varajasel sekkumisel:

- Laste ja noorte madala heaolu ning psüühika- ja käitumishäirete (nt depressioon ja toitumishäired) varajane märkamine.
- Integreeritud valdkondade ülene koostöö vaimse tervise alase abi kättesaadavuse tagamiseks probleemide tekkimisel.
- Psüühika- ja käitumishäiretest enim ohustatud laste vaimse tervise säilitamine ja probleemide ennetamine.
- Ennasthävitava käitumise ennetamine.

Laste ja noorte madala heaolu ning psüühika- ja käitumishäirete (nt depressioon ja toitumishäired) varajane märkamine

Lapsepõlv ja noorukiiga on kriitiline aeg vaimse tervise kujunemisel. Küllaltki sageli esineb lastel ja noortel psüühika- ja käitumishäireid, mis jäävad tähelepanuta. Eestis puudub hetkel ühtsus lapse heaolu, arengut ja vaimset tervist hindavate hindamisvahendite kasutamisel ning koostöö sotsiaal-, tervise- ja haridusvaldkonna spetsialistide vahel (134).

Laste ja noorte psüühika- ja käitumishäireid on võimalik hinnata haridussüsteemi sees, sest just algklassides ilmnevad aktiivsus- ja tähelepanuhäirele ning õpiraskustele omased jooned. Lisaks on oluline hinnata meeleolu, söömiskäitumist, füüsilist aktiivsust, et ennetada meeleolu-, ärevus- ja söömishäirete teket. Uuringute tulemuste alusel võib arvata, et sõltuvuskäitumisega seotud psüühikahäirete levimus on Eestis kõrgem, kui Euroopas keskmiselt (132). Esmaseid muutusi lapse meeleolus ja käitumises saavad märgata esmatasandi ning haridusasutuste spetsialistid, kelle ülesandeks on sellele reageerida. Selleks on vaja teadmisi ja oskusi edasi suunamiseks. Uuringud (SEYLE) on näidanud, et vaid 12% õpetajatest hindab oma teadmisi vaimsest tervisest piisavaks. Kahtluse korral peab haridusvaldkonna spetsialist konsulteerima spetsialistiga (igas maakonnas on Rajaleidja keskus) ja mitte jääma ootama olukorra lahenemist. Kui pereõde ja/või arst märkavad lapse ja nooruki arengus ja/või kasvukeskkonnas riskitegureid ja kõrvalekaldeid, siis neil on kohustus astuda järgmisi samme aitamiseks (34). Riiklikult peab olema reguleeritud lapse ja pere vajadustest lähtuv ea- ja probleemispetsiifilise abi kättesaadavus (nt lastepsühhiaater, kliiniline psühholoog, perekonna psühholoogiline nõustamine vastavalt eelnevalt hinnatud vajadustele).

Tegevused:

- Tegelik ravivajaduste hindamiseks võtta kasutusele tõendus põhised hindamisvahendid laste ja noorte psüühika- ja käitumishäirete varajase märkamise eesmärgil (nt Laste depressiooni skaala CDI; Depressiooni, ärevuse, stressi skaala DASS).
- Viia lapsevanemateni ja lastega töötavate spetsialistideni teadmine meeleolu- ja tundeühäirete sümptomitest. Maakondade ja kogukondade tasandil (nt maakondade tervisedendajad) pakkuda võimalusi kohtumisteks ja koolitusteks, kuhu on kaasatud nii esmatasandi spetsialistid, õpetajad kui perekonnad.
- Vaadata üle esmatasandi spetsialistide olemasolev vaimse tervise alane professionaalse arengu praktika, defineerida koolitusvajadused ja viia läbi koolitused kooskõlas vajaduste ja kohaliku kontekstiga.
- Edendada haridusametust kui sobivat keskkonda laste vaimse tervise toetamisel, soodustada psüühika- ja käitumishäirete ennetamist ja varajast märkamist (53).
- Haridusametuse pidaja ja juhtkond peavad tagama, et tähelepanu pööratakse haridusametuste töötajate vaimsele tervisele järjepidava toetuse ja mentorluse kaudu.

Integreeritud valdkondade ülene koostöö vaimse tervise alase abi kättesaadavuse tagamiseks probleemide tekkimisel

Paljud lapsed ja noored vajavad samaaegselt nii tervishoiu-, hoolekande- kui õiguskaitsevaldkonna tähelepanu ja teenuseid. Mõjususe saavutamiseks laste ja noorte psüühika- ja käitumishäirete ennetamisel on tarvis integreeritud valdkonnaülelt koostööd esmatasandi, vaimse tervise ja rahvatervise valdkondade, kogukondade, vanglate, sotsiaalhoolekande asutuste jmt vahel (2,34). Koostöö spetsialistide vahel saab toimuda nii horisontaalsel kui vertikaalsel tasandil kaasates just neid osapooli, kes on seotud ning vastutavad lapsele ja noorele abi osutamise eest. Koostöö eesmärgiks on leida tõhusaid lahendusi pere heaolu suurendamiseks. Seejuures on oluline vältida dubleerivaid tegevusi, tagada teenuste järjepidevus, sõnastada selged eesmärgid ja vastutus protsessi jälgimisel (34). Tähtis on, et abi vajav laps ei satuks teenuste lõhesse, kus ühelgi spetsialistil ei ole tema suhtes vastutust.

Tegevused:

- Suurendada esmatasandi spetsialistide koostööalast võimekust nii individuaalsel, organisatsioonilisel kui kogukondlikul tasandil (piirkondlike koostöövõrgustike seminarid, regulaarsed kohtumised).
- Reguleerida ja luua standardid valdkondade vahelises koostöös – juhtumikorralduse põhimõtte juurutamiseks kirjeldada protsessid ja määrata vastutused. Juhtumikorraldaja vastutus kehtib seni, kuni abi vajav laps/noor on üle antud teise spetsialisti vastutusele.
- Korraldada regulaarseid valdkondade üleseid kohtumisi spetsialistide teadlikkuse ja oskuste arendamiseks ning terminoloogia ühtlustamiseks.
- Planeerida ja arvestada ressursid spetsialistide koostöö soodustamiseks ja tõhustamiseks (inimressurss, tööruumid ja -vahendid, koostööks kuluv aeg).

Psüühika- ja käitumishäiretest enim ohustatud laste vaimse tervise hindamine, tervise säilitamine ja probleemide ennetamine

Pooled psüühika- ja käitumishäiretest avalduvad esmakordselt enne 14ndat eluaastat ja 75% enne 24ndat (55,56). Varane sihipärane sekkumine võib olla suunatud lastele ja noortele, kel ilmnevad esimesed märgid psüühika- ja käitumishäirete tekkest ning kes kuuluvad häirete tekkimise riskirühma (34). Varajane sekkumine eeldab psüühika- ja käitumishäirete märkamist enne probleemide süvenemist. Hetkel ei kasutata laste ja noorte psüühika- ja käitumishäirete (nt ATH, depressioon, sõltuvus jne) rutiinseks sõelumiseks standardiseeritud hindamisvahendeid. Psüühika- ja käitumishäirete avaldumist saavad hinnata spetsialistid esmatasandi meditsiinis ning haridusasutustes. Psüühikahäire ilmnemisel tuleb tagada kiire ja kohase ravisekkumise kättesaadavus, et oleks võimalik häire või arengulise erivajaduse kahjustavat mõju minimeerida. Haridus-, tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide omavaheline koostöö on oluline osa abivajaja suunamisest temale sobivaima spetsialisti vastuvõtule õigeaegselt. Lapse ja noore probleeme tuleb analüüsida ja lahendada perekonna kontekstis, mistõttu on tervise säilitamisel ja tõsisemate probleemide ennetamisel äärmiselt oluline süsteemne töö last ümbritseva perekonnaga. Olulisel kohal on vaimse tervise kirjaoskus ühiskonnas, mille põhjal nii noored ise kui nende lähedased või nendega töötavad spetsialistid häirete tunnuseid ära tunda saavad.

Tegevused:

- Arendada vaimse tervise teadlikkust ühiskonnas, et nii noored ise kui nende lähedased või nendega töötavad spetsialistid oskavad ära tunda häirete tunnuseid (vaimse tervise teema laste ja noortega töötavate erialade õppekavades; koolitused esmatasandi ja haridusasutuste spetsialistidele; vaimse tervise töötoad noortekeskustes jne).
- Tagada traumakogemusega lastele ja noortele kriisiabi kättesaadavus vastavalt nende ja nende perede vajadustele (vägivalda kogenud ja seda pealt näinud laste suunamine psühhoterapeudi, loovterapeudi vastuvõtule; lähedase inimese kaotanud lastele abi leinalaagris).
- Tagada kohased ja kiired võimalused levinumate psüühika- ja käitumishäirete hindamiseks esmatasandi spetsialistide poolt (nt söömishäirete hindamiseks ChEAT; laste Depressiooni Skaala CDI; stressi, ärevuse ja depressiooni skaala DASS).
- Tagada tõenduspõhised ja efektiivsed sekkumised psüühika- ja käitumishäiretega noortele, sh esmase psühhoosikogemusega noortele (juhendatud eneseabi nii individuaalselt kui grupis, kognitiiv-käitumuslik teraapia, psühhoteraapia, pereteraapia).

Ennasthävitava käitumise ennetamine

Probleemkäitumise teooria kohaselt on riskikäitumised niisugused käitumisviisid, mis ohustavad noore füüsilist või psühhosotsiaalset arengut (135), näiteks suitsetamine, alkoholi tarvitamine, narkootikumide tarvitamine, kiusamine, hoolimatu käitumine enda suhtes jne. Riskikäitumiste levimus Eesti koolinoorte hulgas on suur, alkoholi tarvitajaid vanuses 14–15 on pisut üle 2/3 nii tüdrukute kui poiste hulgas, sigarette on suitsetanud 2/3 poistest ja 1/2 tüdrukutest, narkootikume on tarvitanud viiendik poistest ja kümnendik tüdrukutest ning kiusamist on kogenud 2/3 nii poistest kui tüdrukutest (41).

Ennasthävitava käitumise alla laiemalt võib paigutada lisaks riskikäitumistele ka tahtliku enesevigastamise (136), mille levimus Eesti koolinoorte hulgas on samuti väga suur – ennast elu jooksul vähemalt ühe korra mingil viisil tahtlikult vigastanud (lõiganud, kraapinud, löönud, põletanud) on kolmandik 14-15-aastastest noortest (41). Ennasthävital käitumisel on kaldumus kujuneda n-ö sündroomiks, kus erinevad ennasthävivad käitumisviisid kumuleeruvad ja võimendavad üksteise mõju vaimsele tervisele (41).

Noorte ennasthävital käitumine on vaimse heaolu puudumise indikaator. Nii alkoholi, sigarettide kui narkootikumide tarvitamisega ja ka kiusamisega seonduvad suuremad riskid depressiooni kogemiseks. Tahtlikel enesevigastustel on tugev seos erinevate psüühika- ja käitumishäiretega ning suitsidaalsusega (41).

Tegevused:

- Kujundada laste ja noorte igapäevane keskkond (kodus, haridusasutustes, kogukonna avalikus ruumis) selliseks, et ennasthävitava käitumise võimalused oleksid piiratud (nt tõhustada meetmeid alkoholi kättesaadavuse piiramiseks).
- Teha kättesaadavaks ja pakkuda aktiivselt vaimse tervise teenuseid nendele lastele ja noortele, kellel esineb ennasthävivat käitumist (nt loovteraapiad võimaldavad suhtlust neil juhtudel, kus verbaalne suhtlus on piiratud, takistatud, mittesooitud või võimatu ning jõuda oluliste ressursside ja edasiviivate lahendusteni, mis verbaalses suhtluses ei pruugi esile tulla).
- Tõsta laste ja noorte endi ning nende pereliikmete teadlikkust ennasthävitava käitumise põhjustest ja kahjulikest tagajärgedest nii lühemas kui kaugemaleulatuvas perspektiivis ning sekkumisvõimalustest (sh eneseabi, sotsiaalne kompetentsus).
- Tõsta laste ja noorte teadlikkust tervislikest eluviisidest ja käitumisvalikutest ning toetada nende eneseteostust läbi aktiivse kaasamise huvitegevustesse.
- Viia koolides järjepidevalt läbi foorumteatri laadseid interaktiivseid sekkumistegevusi lastel ja noortel esinevate käitumismustrite teadvustamiseks ja vajadusel muutmiseks.
- Viia koolides järjepidevalt läbi sekkumistegevusi koolikiusamise vähendamiseks ja ennetamiseks (nt KiVa).

Psüühika- ja käitumishäirete ennetamise ja varajase sekkumise tulemused laste ja noorte valdkonnas:

- Esmatasandi arstiabis märgatakse varakult lapse/noore arengu-, psüühika- ja käitumishäiret, sellele reageeritakse ja ta saab vajalikku abi.
- Haridusasutustes märgatakse varakult haridus-, tervise- ja käitumisprobleemidega (sh sõltuvusprobleemidega) lapsi ja noori ning neile pakutakse süsteemset abi probleemide lahendamiseks, kaasates spetsialiste nii haridus-, sotsiaal- kui tervishoiuvaldkonnast.
- Abi vajavale lapsele tagatakse kvaliteetsed tugiteenused (psühholoogiline nõustamine, tugiisik, logopeed, sotsiaalpedagoog) olenemata lapse ja tema pere elukohast tagades sellega pere ja tugivõrgustiku osalemine raviprotsessis.
- Hariduslike erivajadustega, psüühika- ja käitumishäiretega lapsed saavad vajalikku tuge ja teenuseid. Tagatud on lastepsühhiaatrilise teenuse kättesaadavus.

- Vähenenud on nende noorte osakaal, kes tarvitavad alkoholi, tubakatooteid ja narkootikume; vähenenud on end purju joovate noorte osakaal.
- Vähenenud on nii kiusajate kui kiusatavate laste ja noorte osakaal.
- Suurenenud on nende laste ja noorte osakaal, kes on aktiivselt kaasatud huvitegevustesse.

2.2. Psüühika- ja käitumishäirete ennetamine ja varajane sekkumine tööealistel

Töoga seotud haiguste ja ka kutsehaiguste väljakujunemist on võimalik õigeaegse sekkumisega enamikel juhtudel kas ennetada või funktsioonihäire süvenemist õigeaegse sekkumisega peatada. Töökoht on keskkond, kus suur hulk tööealistest inimestest veedab iga nädal arvestatava osa oma ajast, mistõttu seal on head võimalused nii vaimse tervise edendamiseks kui ka psüühika- ja käitumishäirete ennetamiseks ja varajaseks märkamiseks (137). Psüühika- ja käitumishäired tööealistel võivad põhjustada olulist tegevuse häiritust sotsiaalses ja tööelus. Euroopa täiskasvanud elanikkonnast (vanuses 18-65) 27% on viimase 12 kuu jooksul olnud mõjutatud ühest või mitmest häirest, millest sagedasemad on depressioon, ärevus ja sõltuvushäired, kuid ainult neljandik potentsiaalsetest abivajajatest saab neile vajalikku vaimse tervise alast konsultatsiooni (138). Märkamata ja adekvaatse ravita jäänud häired võivad muutuda raskekujuliseks ja tekitada ebavajalikke kannatusi. Kogu maailmas prognoositakse psüühikahäirete tõttu tekkinud töövõimetuse kasvu ning arvatakse, et aastaks 2020 kujuneb depressioon tähtsusest teiseks töövõimetuse tekkepõhjuseks (139). Psüühikahäired on sagedane põhjus just pikaajalisele töövõimetusele (140). Tööstress on levinud psüühikahäirete ja kehaliste haiguste riskitegur ning tööstressi all kannatajad suudavad anda tööalasel eeldatavast väiksema panuse (141). Eestis läbi viidud uuringu kohaselt leidis kolmandik töötajatest, et neil on tööstress (142).

Töökoht on psüühika- ja käitumishäirete ennetamise ja varajase märkamise kontekstis asjakohane mitmete inimgruppide jaoks. Esimese grupi moodustavad need, kes töö tõttu kannatavad stressi ja pinget all (nt töökoha kaotus, kollektiivne koondamine, pensionile jäämine) ning sellest tulenevalt võib neil välja kujuneda ärevus- või meeleoluhäire (depressioon). Teise grupi moodustavad inimesed, kellel on pingeid väljaspool tööelu ning psüühikahäire on välja kujunenud tööst sõltumata asjaoludel. Mõlema eelnevalt kirjeldatud grupi jaoks võib töökoht olla ennetuseks ja varajaseks märkamiseks sobilik paik. Kolmanda grupi moodustavad raskema psüühikahäirega (skisofreenia, bipolaarne häire) inimesed, kelle jaoks töökoht on võimalus tunda end ühiskonnas täisväärtusliku ja vajalikuna, omada kindlat staatust ja regulaarset sissetulekut (143). Ennetustöö ja häirete varajane märkamine töökohal eeldab head tahet ja koostööd tööandja (juhtkonna, personalijuhhi) ning (töö)tervishoiu spetsialistide vahel nii keskkonnast tulenevate kui individuaalsete mõjutegurite kujundamisel.

Alaeasmärgid tööealise elanikkonna psüühika- ja käitumishäirete ennetamisel ja varajasel sekkumisel:

- Kõrge stressitasemega elukutsete esindajate vaimse tervise kaitse, nende jõustamine ja toetamine.

- Haavatavate ja marginaliseeritud rühmade nõustamine ning taasühiskonnastamine, tööturule sisenemise toetamine.
- Vägivallaohvritele professionaalse abi kättesaadavuse tagamine ja nende märgistatuse vähendamine.
- Puuetega inimeste pereliikmete heaolu ning vaimse tervise kaitse, psühhosotsiaalne tugi omastehoolajatele, nende jõustamine ja toetamine.

Kõrge stressitasemega elukutsete esindajate vaimse tervise kaitse, nende jõustamine ja toetamine

Kõrge stressitasemega elukutsete esindajad (nt päästetöötajad, politseinikud, tervishoiutöötajad) seisavad oma töös silmitsi paljude väljakutsetega (144). Lisaks erialast tulenevale psühholoogiliselt raskele tööle esineb hulgaliselt organisatsioonilisi, administratiivseid ja infotehnoloogilisi väljakutseid (145), aga ka erialaspetsiifilisi väljakutseid. Näiteks vaimse tervise valdkonna spetsialistide spetsiifilised väljakutsed on – erialane stigma, keerulised suhted patsientidega, patsientidepoolse vägivaldse käitumise (sh suitsiidi) oht, vähe positiivset erialast tagasisidet, psühhosotsiaalselt stressirohke töökeskkond (146).

Töölase stressiga toimetulekuks ja läbipõlemise vältimiseks vajavad kõrge stressitasemega elukutsete esindajad oma karjääris jõustamist ja toetamist. Esmalt tuleks neil väljaõppes ja täiendõppes omandada meetodikad, kuidas ise enda eest hoolt kanda ja säilitada võime abivajajatele adekvaatset abi pakkuda (147,148). Vajalikuks tunnistatud meetodikad tööalasel jõustamisel ja toetamisel on supervisioonid ja kovisioonid (149,150). Spetsialistid, kelle enda vaimne tervis on hea ja subjektiivne heaolu kõrge, hoolivad rohkem ka teiste inimeste vaimsest tervisest (42).

Tegevused:

- Soodustada ohutu ja emotsionaalselt toetava töökeskkonna loomist ja säilimist, mis võimaldab efektiivselt töötada ning optimaalselt tööaja vältel puhata (pauside võimaldamine seaduses ettenähtud korras; inimese tervisespetsiifikat arvestades).
- Korraldada ja võimaldada aega spetsialistide regulaarseteks supervisioonideks ja kovisioonideks.
- Arendada spetsialistidel oskusi, mille abil enda eest hoolt kanda ja vältida läbipõlemist (nt stressi- ja enesejuhtimise oskused).
- Arendada spetsialistide infotehnoloogilist kompetentsi nii baasväljaõppes kui täiendõppena, et vähendada tehnoloogilist stressi igapäevatoos.

Haavatavate ja marginaliseeritud rühmade nõustamine ning taasühiskonnastamine ja tööturule sisenemise toetamine

Sotsiaalsed ja majanduslikud erinevused võivad suurendada riske psüühika- ja käitumishäirete tekkimiseks. Haavatavates ja marginaliseerunud rühmades - töötud, sisserändajad, (endised)kinnipeetavad (151,152), psühhotroopsete ainete tarvitajad, puuetega inimesed ja pikaajalised haiged - esineb rohkem psüühika- ja käitumishäireid. Nende integreerumiseks ja sotsiaalse kaasatuse suurendamiseks on vaja konkreetseid tegevusi ja poliitikaid. Ohustatud rühmade toetamine võib parandada nende vaimset tervist, tugevdada sotsiaalset ühtekuuluvust ja vähendada sellega kaasnevat sotsiaalset ja majanduslikku koormust. Sageli ei oska aga probleemidesse sattunud inimesed oma

abivajadust adekvaatselt hinnata ega ole motiveeritud vaimse tervise teenuseid taotlema, sest neil puudub oskus või harjumus psüühika- ja käitumishäirete tekkimisel abi küsida. Vaimse tervise häirete ennetavate sekkumiste kujundamisel tuleb arvestada stereotüüpsete arusaamade võimalikku takistavat mõju.

Tegevused:

- Ennetustegevuste tõhustamine ja riskirühmade vaimsele tervisele suurema tähelepanu pööramine ja konkreetsete tegevuste kavandamine, mis võimaldab vältida psüühikahäirete teket.
- Kogukonnatasandil kavandada tegevused kinnipidamisasutustest vabanevate isikute vabanemisjärgse toimetuleku tõhustamiseks: sotsiaalsete oskuste parandamine, töövõimaluste leidmise toetamine, motiveerimine, tugiisikute kaasamine kinnipidamisele eelneval ja järgneval perioodil, toetavate teenuste (sotsiaal-, tervishoiu-, ja haridusvaldkond) tagamine.
- Käivitada suitsiidide ennetusprogrammid kinnipidamisasutustes.

Vägivallaohvritele professionaalse abi kättesaadavuse tagamine ja nende märgistatuse vähendamine

Vägivald (sh lähisuhte-, pere-, seksuaalvägivald, kuriteo ohvriks langemine) on inimõigusi kahjustav probleem, mis piirab inimeste õigust elule, vabadusele, turvalisusele, väärikusele, vaimsele ja füüsilisele puutumatusse ning mittediskrimineerimisele. Viimase kümne aastaga on Eestis vähenenud raskete vägivaldakuritegude ning vägivalla tõttu elu kaotanute arv (153). Poliitilise tähelepanu keskmesse tuleb tõsta pere- ja naistevastane vägivald (154), kui tõsine vaimse tervise riskitegur (2) ning tagada igakülgne abi vägivalla ohvritele. Viies Eesti 15-74-aastastest naistest on kogenud viimase 12 kuu jooksul partneri füüsilist või seksuaalset vägivalda (155). FRA 2014.a. uuringu andmetel teatas viimase tõsisema füüsilise ja/või seksuaalvägivalda juhtumist politseile vaid kümnendik naistest; tervishoiuasutuste poole pöördus ligi neljandik ohvritest.

Põhjuseid, miks vägivallast ei teatata, on mitmeid, näiteks vähene õigusteadlikkus, isiklikud ja kultuurilised tõekspidamised, usaldamatus politsei ja õiguskaitseasutuste vastu (133). Samuti takistavad abi küsimist ühiskondlikud hoiakud vägivalla suhtes. Eesti inimeste hoiakud vägivalla suhtes ei ole piisavalt taunivad: 54% Eesti inimestest nõustub, et perevägivalda ohver on osaliselt ise juhtunud süüdi. Meeste hulgas on neid, kes peavad ohvrit juhtunud osaliselt süüdlaseks, enam kui naiste hulgas – vastavalt 58% ja 50%. 47% inimestest arvab, et naised põhjustavad ise oma riitusega vägistamise ohvriks langemist. (156).

Vägivallaohvritele mõeldud teenuseid ei ole Eestis arendatud integreeritult, puudub selgelt mõistetav teenuste süsteem – kes, kus ja millal teenust pakub. Kui mõned erandid välja arvata (naiste tugikeskused, ohvriabi eriteenused), napib eriteenuseid sihtrühmade ja vägivaldaliikide kaupa, teenused ei lähtu ohvri individuaalsetest vajadustest, on pigem üldised ning osa teenuste rahastamine ei ole jätkusuutlik (133).

Tegevused:

- Vägivallada taunivate ühiskondlike hoiakute kujunemise soodustamine elanikkonnas (nt avalikud kampaaniad) ning teadlikkuse suurendamine vägivallajuhtumite märkamiseks.

- Vägivallaohvrite kaitse põhimõtete ja sekkumisviiside hindamine ja analüüs - kui palju need tegelikult ohvreid kaitsevad ja nende vajadusi täidavad.
- Sotsiaal-, tervishoiu- ja õigussüsteemi sattuvatele vägivallaohvritele (sh nende lastele) psühhosotsiaalse kriisiabi tagamine.

Puuetega inimeste pereliikmete ja omastehooldajate heaolu ning vaimse tervise kaitse, psühhosotsiaalne tugi omastehooldajatele, nende jõustamine ja toetamine

Eesti elanike eluiga pikeneb ja eakate suhteline osakaal elanikkonnas kasvab, mistõttu tervishoiu ja pikaajalise hoolduse jaoks vajaminevad avalikud ressursid moodustavad väga suure osa kogu sotsiaalkaitse kuludest. Pereliikmete ja teiste lähedaste inimeste hoolduskoormus on tõusmas (157). Omastehooldus võib olla lühiajaline ja ajutine, kuid sageli tähendab see lähedase ööpäevaringset järelevalvet ja hooldust. Seetõttu on eakate, kroonilise haiguse, puude või mõne muu pikaajalise tervise puudujäägiga inimeste toimetulekul oluline tähtsus lähivõrgustikul sh perekonnal. Pereliikmetele langeb suur hoolduskoormus, mis mõjutab nende elukvaliteeti (kannatab tööelu, paarisuhte, sotsiaalne kaasatus jmt) ning seab ohtu nende vaimse tervise. Omastehoolduse ja selle tugiteenuste põhiliseks arenguväljakutseks on omastehooldaja ja hooldatava toimetuleku ja elukvaliteedi parandamine.

Tegevused:

- Puuetega inimeste ja omastehooldajate vaimse tervise ja heaolu prioriteediks seadmine, neile vajaliku sotsiaalse- ja majandusliku kindlustunde tagamine nii riiklikul kui kogukondlikul tasandil.
- Omastehooldajate julgustamine küsima abi hoolduskohustuse paremaks täitmiseks ja oma õiguste kaitseks; sotsiaalhoolekande ja tervishoiuvaldkonna poolne teavitatus.
- Puuetega inimeste, hooldust vajavate inimeste ja omastehooldajate heaolu ning vaimse tervise näitajate hindamine esmatasandi meditsiinis ja sotsiaalhoolekandes, sellest lähtuvalt sekkumiste kavandamine.
- Riiklikul ja kohalikul tasandil teenuste kavandamine perekondadele, aidates neil täita oma kohustust hoolitseda noorte, eakate ja ka puudega pereliikmete eest.

Psüühika- ja käitumishäirete ennetamise ja varajase sekkumise tulemused tööelisel elanikkonnal:

- Kõrge stressitasemega elukutsete esindajatele on tagatud regulaarne supervisioon töökohal ning võimalus regulaarsete kovisioonide läbiviimiseks.
- Kõrge stressitasemega elukutsete esindajate üldine rahulolu oma tööga on tõusnud.
- Vägivallaohvritele on tagatud nende vajadustele vastav abi.
- Omastehooldus on Eesti sotsiaalhoolekandes seadustatud, süsteemselt koordineeritud, piisavalt rahastatud, inimeste vajadustest lähtuv, võrdseid võimalusi tagav, jätkusuutlik hoolekandeteenus.
- Puuetega inimeste ja hooldatavate inimeste lähedased on teadlikud oma õigustest ja rollist ning võimalustest abi otsida ja leida; hooldusvajadusega inimesed ja nende lähedased teavad, kust vajadusel abi saada.
- Vaimse tervise valdkonna spetsialistidele on tagatud regulaarne supervisioon töökohal ning võimalus regulaarsete kovisioonide läbiviimiseks.

2.3. Psüühika- ja käitumishäirete ennetamine ja varajane sekkumine eakatel

Eesti on kiiresti vananeva rahvastikuga riik – kui 1970. a oli 65-aastaseid ja vanemaid inimesi 10,5% kogurahvastikust, siis 2014. a juba 18,4% ning 2040.a. prognoositavalt 27,6% (88). Vanemaealiste inimeste hulgas sageneb kognitiivsete häirete esinemissagedus, küllalt sage on ka depressiivsus (158). ning püsivad mitmed teised psüühika- ja käitumishäired, mis algasid nooremas eas.

Vaimsete häirete preventatsioon ja varajane sekkumine on tulemuslik ka vanemas eas. Eakatel esinev depressioon jääb sageli diagnoosimata, kuna ekslikult peetakse meeleolu langust vananemisega kaasaskäivaks nähtuseks. Eakate depressioon võib areneda primaarselt, enamasti aga psühhotraumade tõttu või kehaliste haigustega kaasvalt (sekundaarne depressioon), mis omakorda takistab kehaliste haiguste paranemist (159). Depressioon on peamine suitsiidi riskifaktor (160). Eestis oli 65-aastaste ja vanemate keskmine suitsiidikordaja teiste Euroopa riikidega võrreldes kõrge- 23,4 aastatel 2008-2010, ning kordajate suhe (RR) on 1,5 korda suurem võrreldes alla 65-aastaste vanusrühmaga (93).

Tööturult eemale jäämine suurendab sotsiaalse tõrjutuse riski, enamjaolt väheneb sissetulek, suureneb vastuvõtlikkus kroonilistele haigustele, mis vähendab liikumisvabadust, sõltumatust ja kognitiivset võimekust. Eraldatuse tunnet võib suurendada elukaaslase või sõprade kaotus, vähene kontakt või hoolimatud suhted pereliikmete vahel. Eakad inimesed võiva olla haavatavad füüsilise väärkohtlemise või kuritarvitamise juhtumiteks ametlike või mitteametlike hooldajate poolt, mis on tõsine riskitegur häirete tekkimiseks.

Nii eakate inimeste psüühika- ja käitumishäirete ennetamiseks kui nendega toimetulemiseks on vaja teada probleemide esinemissagedust, nende seoseid igapäevaeluga toimetulekul ning vajadust tervishoiu- ja hoolekandeteenuste järele. Kuna riigiti on sotsiaalelu korraldus küllalt erinev, ei saa teiste riikide eeskujul meile üheselt üle kanda. Kõige täielikumad teavet pakuvad longituudsed igakülgseid seisundi uuringud – need võimaldavad leida seoseid vaimse tervise ja muude elu- ning ühiskonnasündmuste vahel, eristada nende mõju erinevatele sennikohortidele. Lisaks on vajalikud tervise- ja toimetuleku-uuringud, samuti erinevate psüühika- ja käitumishäiretega eakatele osutavate teenuste vajaduse ja kvaliteedi uuringud.

Alaeesmärgid eakate psüühika- ja käitumishäirete ennetamisel ja varajasel sekkumisel:

- Eakate vaimse seisundi ja abivajaduse hindamine perearsti töö osana ja tulemuste registreerimine.
- Valdkondade ülese koostöö tõhustamine eakate abistamisel (eakate turvaline elukeskkond, vägivallavaba vananemine).
- Depressiooni õigeaegne diagnostika.
- Integreeritud hoolduse juurutamine ja koduhoolduse eelistatav rakendamine eaka tegelikke vajadusi ja perekonna võimalusi arvestades.
- Kognitiivse defitsiidi tunnuste (algava dementsuse) varajane märkamine ja kognitiivse defitsiidiga eaka ning tema pereliikmete toetamine.
- Eakate alkoholi liigtarvitamise märkamine ja abi kättesaadavuse tagamine.

Eakate vaimse seisundi ja abivajaduse hindamine perearsti töö osana ja tulemuste registreerimine

Vaimse võimekuse oluline muutus, depressiivsus või segasusseisundid ei ole normaalse vananemise tunnuseks. Paraku kiputakse paljusid muutusi eakatel põhjendama vanusega, teadmised normaalsest vananemisest on nii elanikkonna kui ka tervishoiu- ning sotsiaalala töötajate hulgas napid. Nii jääb õigeaegne diagnoos tihti püstitamata ning adekvaatne abi saamata. Teisalt on psüühika- ja käitumishäiretega eakatel noorematest erinevad teenusevajadused, kuna sageli lisanduvad kehalised haigused ning üldise võimekuse vähenemine. Koos tervisenäitajatega tuleb hinnata ka subjektiivset elukvaliteeti ja üldist heaolu – vanemas eas väheneb subjektiivse elukvaliteedi seos objektiveeritud näitajatega (161). Oluline on saavutada olukord, et täiskasvanud inimeste terviseuuringutes ei kasutataks ülemist vanusepiiri – nii on võimalik hinnata eakate vaimset seisundit ja teisi probleeme eakatel võrdlevalt teiste vanusgruppidega. Hooldusvajadusega inimeste standardiseeritud hindamismetoodikana on Eestis kasutatud näiteks interRAI metoodikat, see sobib kasutamiseks nii kehaliste kui vaimsete häirete puhul (162).

Tegevused:

- Tõsta esmatasandi spetsialistide teadlikkust normaalsest vananemistest ja häirete varasest diagnostikast.
- Võtta kasutusele kaasaegsed geriaatrilised instrumendid igakülgse tervise seisundi ja abivajaduse hindamisel.
- Kajastada tervisestatistikas eakate psüühika- ja käitumishäirete esinemine vähemalt viie- või kümneaastaste (soovitavalt viie) vanuserühmade kaupa, kuna 65-aastaste ja vanemate inimeste seisund on vanuserühmade kaupa küllalt erinev.
- Rajada abi järjepidevuse tagamiseks teenuseid vajavate isikute andmekogude ning seostada need (linkimine) olemasolevate terviseandmebaasidega (digitaalne haiguslugu).

Valdkondadeülese koostöö tõhustamine eakate abistamisel (eakate turvaline elukeskkond, vägivaldavaba vananemine)

Turvalise elukeskkonna tagamisel teevad koostööd tervishoiu-, sotsiaal- ja kaitsevaldkond. Sotsiaaltöötaja või/ja perearst on tihti esmased vägivaldatunnuste märkajad.

Tegevused:

- Rakendada meetmeid hooldajate toetamiseks, töötada välja põetamise ja pikaajalise hoolduse suunised, et aidata vältida eakate väärkohtlemist ja võimaldada neile inimväärne elu sobilikus keskkonnas.
- Esmatasandi spetsialistide poolt igakülgne geriaatriline hindamine; väärkohtlemise all kannatava eaka abistamine, psühholoogilise abi kättesaadavuse tagamine leinamisel.

Depressiooni õigeaegne diagnostika

Depressioon on ajuhaigus, mitte vananemise kaasnähtus, kuid esineb eakatel sagedamini mitmel põhjusel. Depressiooni diagnostika ja ravi on eriti oluline suitsiidiriski tõttu.

Samas on eakate depressiooni diagnoosimine komplitseeritum. Eakatel on kalduvus meeleolu langust mitte tunnistada, vaid seletada seda kehaliste vaevustena. Eakatel võib samaaegselt esineda ärevushäire, obsessiiv-kompulsiivne häire, hüpohondria, alkoholi liigtarvitamine, mille sümptomid on väliselt intensiivsemad ja seetõttu võivad maskeerida depressiooni, mistõttu asjakohane spetsiifiline ravi võib hilineda (suitsiidirisk!). Depressiooni ja dementsuse diferentsiaaldiagnostika ei pruugi samuti olla lihtne, kuid ravi aspektist on see tähtis. Eakatel esineb sagedamini kehalisi haigusi, mistõttu nad kasutavad mitmeid ravimeid, mis võivad kõrvaltoimena tekitada depressiooni sümptomeid. Kehalised ja teised ajuhaigused võivad soodustada depressiooni teket (163).

Tegevused

- Eesti Haigekassal töötada välja eakate sagedasemate psüühikahäirete (depressioon, dementsus, deliirium) ravijuhised.
- Skriinida nii ambulatoorsel kui statsionaarsel ravil viibivaid eakaid patsiente depressiooni sümptomite suhtes.
- Rakendada kliinilise depressiooni puhul nii mittemedikamentooset kui optimaalses annuses medikamentooset ravi.

Kognitiivse defitsiidi tunnuste varajane märkamine ja kognitiivse defitsiidiga eaka ning tema pereliikmete toetamine

Kognitiivne defitsiit on tavaliselt progresseeruva kuluga sündroom, mille puhul on häiritud mälu, mõtlemine, orientatsioon, arusaamine, taiplikkus, arvestamine asjaoludega, õppimisvõime, sõnavara ja otsustusvõime (164). Haigus kahandab inimese toimetulekut ilma pideva kõrvalabita ning kasvab vajadus nii spetsiaalsete teenuste kui asjatundliku personali järele. Vähene teadlikkus haiguse kulust ning kaasuvatest häiretest põhjustavad kognitiivse defitsiidi all kannatajatele masendust ning häbitunnet, mis sunnib neid juba haiguse algfaasis suhetest eemale jääma. Kõigil patsientidel, kellel kas ta enda või lähedaste sõnul esineb mäluhäire või igapäevategevust segav tagasilangus võrreldes varasema parema vaimse seisundiga, peaks esmatasandi arst läbi viima skriiningtestina vaimse seisundi miniuuringu Mini Mental State Examination, MMSE (165), mille järgneb asjakohase ravi määramine. Eestis on kognitiivse defitsiidiga isikute hoolekande valdkonna tase siiani väga madal (159). Suurimaks probleemiks on igakülgne ressurside vähesus (finantsid, kvalifitseeritud personal, teenuste puudumine ja/või kättesaamatus) (166), mis toob juurde uusi probleeme (nt uute teenuste ja spetsialiseeritud teenuste vähene arendamine/osutamine, inimese teenuseturult tõrjumine, personali koolitamatus jmt). Paljud kognitiivse defitsiidiga isiku pered eelistavad hooldada oma pereliikmeid võimalikult kaua kodus, kuid vajavad selleks abi (166): ühiskonnapoolne hoolimine, tervishoiu- ja hoolekandetöötajate kvalifitseeritud abi ja hooliv suhtumine ning kompleksne teave ja teenused.

Tegevused:

- Juurutada spetsialiseeritud teenuseid kognitiivse defitsiidiga isikutele (geriaatriaosakonnad aktiivravi haiglates, geriaatrite ambulatoorsed vastuvõttud).
- Parandada intervallhoolduse kui teenuse kättesaadavust.
- Laiendada koduhoolduse teenuseid ja parandada nende kättesaadavust.

Eakate alkoholi liigtarvitamise märkamine ja abi kättesaadavuse tagamine

Alkoholiprobleemide tõusvale trendile eakatel arenenud riikides ei ole veel piisavalt tähelepanu pööratud, mistõttu diagnoos hilineb ja tervisehäirete allikas tuleb ilmseks alles siis, kui kahjud on juba suured. RHK-10 diagnostilised kriteeriumid eakatele ei sobi, kuna sümptomaatika ei ole nii selge ning alkoholi toime maskeerub koosmõjus tarvitataivate ravimitega, mis omakorda kahjustab ravi tulemuslikkust. Eakate alkoholiprobleemid jäävad kauemaks varjatuks ka seetõttu, et töökaaslaste ja pereliikmetega kontakt puudub või on vähene, õigusrikkumisi tuleb vähe ette (167).

Tegevused:

- Rutiinsel perearsti külastusel viia läbi skriining alkoholi probleemsele kasutamisele.
- Korraldada koduvisiite perearsti, pere- või koduõe poolt märkamaks õigeaegselt alkoholisõltuvusega või muude psüühikahäiretega seonduvaid probleeme.
- Rakendada alkoholisõltuvusega ravi nii nagu teistegi eagruppide patsientide korral.

Psüühika- ja käitumishäirete ennetamise ja varajase sekkumise tulemused eakate valdkonnas:

- Väärikas vananemine eaka vajadusi arvestavas inimväärses keskkonnas.
- Eakate psüühika- ja käitumishäirete esinemissageduse ning toetavate teenuste vajaduse teadmine on aluseks adekvaatse teenuste süsteemi struktuuri planeerimisele.
- Hooldust vajava isiku tasandil paraneb tema seisundi jälgimine esmatasandi spetsialisti poolt.
- Eritasandilised ja omavahel seostatud hooldusteenused, mis sisaldavad koduhooldust, kogukonna toetust ja institutsionaalset teenust, on välja töötatud ja toimivad eakate ja nende perekondade vajadusi arvestavalt.
- Eakad annavad oma heaolule ja vaimse tervise näitajatele kõrgema hinnangu (SHARE andmetele tuginedes).
- Suitsiidi sooritanud eakate arv väheneb.

3. SEKKUMISTASAND: PSÜÜHIKA- JA KÄITUMISHÄIRETE RAVI JA TAASTUMINE

Psüühikahäired on üks probleemsemaid haiguste gruppe seoses kõrge levimuse, kroonilise kulu, kuid ka sageli kaasneva olulise puudega. Kahjuks peetakse psüühika- ja käitumishäirete ravi sageli füüsiliste haiguste ravist vähem oluliseks. Üks olulisemaid psüühikahäireid on depressioon, millel on märkimisväärne mõju elukvaliteedile. Vaatamata depressiooni rasketele tagajärgedele ei saa suur osa depressiivseid patsiente ravi või see on ebapiisav. Ravile pöördub ligikaudu 1/3 nendest täiskasvanud depressiivsetest, kes abi vajavad. Vähesed abi otsimise ja ravi saamise põhjuseks on eelkõige aladiagnostika, inimeste eneste vähene teadlikkus oma psüühikahäirest ning isiku enda vähene motivatsioon (30,168), mis viivad tervishoiuteenuste mitte-sihipärase kasutamiseni ja põhjendamatute kulutusteni (30). On alust arvata, et kui perearstide ja psühhiaatrite poolt suhteliselt hästi teadvustatud depressiooni osas on ravilõhe Eestis 67% (168), siis nt sõltuvushäirete korral on see nii stigmatiseerituse kui ravivõimaluste puudumise tõttu veelgi suurem.

Teadmised psüühika- ja käitumishäirete süvenemise ennetamisest on viimaste aastakümnetega oluliselt paranenud (23). On täienenud spetsialistide teadmised kuluefektivsematest ja tõhusamatest sekkumistest (23), milleks on näiteks tõhus epilepsia ravi kohaste ravimitega (169), depressiooni ravis ravimite ja psühhoterapia kombineerimine (98), psühhosotsiaalse toetuse kombineerimine, alkohoolsete jookide maksustamine ja nende kättesaadavuse ja turundamise piiramine.

Alaeesmärgid psüühika- ja käitumishäirete ravis ja taastumisel:

- Inimestele psüühika- ja käitumishäirete ravi ja seda toetavate rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavuse tagamine.
- Selgelt diferentseeritud ravi ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavuse korraldamine vanusgrupi vajadustest lähtuvalt (lapsed, täiskasvanud, eakad).
- Psüühika- ja käitumishäirete ravi ja rehabilitatsiooniteenuste kvaliteedistandardite kirjeldamine.
- Järjepideva ja integreeritud psüühika- ja käitumishäirete ravi ja rehabilitatsiooni tagamine.
- Integreeritud programmide arendamine vaimset tervist toetavate ja koduhooldusteenuste vahel toetamaks psüühika- ja käitumishäiretega inimeste kogukonnas elamist.
- Erinevate vaimse tervise spetsialistide piisava hulga tagamine koos jätkusuutlike koolitus- ja täiendõppeprogrammidega ning kompetentsusnõuete kirjeldamine.
- Psüühika- ja käitumishäirega inimeste sotsiaalne kaasamine ja kogukonnas osalemise toetamine.
- Taastumisele suunatud kultuuri juurutamine vaimse tervise sekkumistes läbi hoiakute, väärtuste ja teenuste kujundamise.

Inimestele psüühika- ja käitumishäirete ravi ja seda toetavate rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavuse tagamine

Psüühika- ja käitumishäireid on tarvis vara märgata ja õigeaegselt ravida. Märkamata ja ravita jäänud häired viivad tõrjutuse ja tervist ohustava käitumiseni. Inimeste ravivajadused on erinevad ning sellest sõltub, millisel tervishoiu tasandil abi osutatakse. Kergema psüühikahäirega inimesi saab ravida esmatasandil inimese elupiirkonnas (170,171). Inimestele peab sõltumata nende elukohast olema kättesaadav kvaliteetne esmatasandi arstiabi, et diagnoosida, ravida ja jälgida sagedamini esinevaid haigusseisundeid. Inimeste ravi- ja rehabilitatsioonivajaduse väljaselgitamine aitab tuvastada abivajaduse ka väljapool tervishoiusüsteemi.

Elanikkonna teadlikkuse tõus vaimsest tervisest on suurendanud nõudlust ambulatoorse psühhiaatrilise abi osas, samuti on vajalik parandada psühhoteraapia kättesaadavust. Erinevate teraapiate kättesaadavus enne psühhiaatrilist ravi kiirendab raviprotsessi ning vähendab ühiskonna kulutusi (78). Levinud psüühikahäirete nagu meeleolu- ja ärevushäirete tõenduspõhised sekkumised sisaldavad olenevalt häire raskusastmest juhendatud eneseabi nii individuaalselt kui grupis, kognitiiv-käitumuslikku teraapiat (individuaalset ja grupis), pereteraapiat, farmakoteraapiat ning kombineeritud sekkumisi (psühhoteraapia koos ravimitega) (172). Ravi ja psühhoteraapia kombineeritud kasutamine suurendab inimeste võimalusi taastada ja hoida elukvaliteeti. Päevastatsionaari teenuste kättesaadavus Eestis piirdub ühe teenusepakkujaga (SA Pärnu Haigla) (170). Psüühika- ja käitumishäirete haiglaravi voodikohtade arvu langetamine ei ole enam võimalik ning mõningates spetsiifilises valdkondades võib olla tarve nende suurendamiseks (nt noorukite psühhiaatria, söömishäired ja ebastabiilsed psüühikahäired). Uuringute andmetel mõjutab psüühikahäiretega patsientide seisundit muude tegurite kõrval ka see, kuidas arstid, õed, hooldajad, osakonna sekretär ja teised suhtlevad nendega ja omavahel (173). Tõendatud on meditsiinipersonali jaoks välja töötatud suhtlemise treenimise programmide läbimise ja õpitu rakendamise positiivne mõju patsientidele ja personali omavahelistele suhetele (174). Samal ajal on suurenenud personali enesekindlus nii tava- kui keerukamates suhtlemisolukordades.

Tegevused:

- Tõsta perearstide kompetentsi kergemate psüühika- ja käitumishäirete raviks (kerge ja mõõduka raskusastmega meeleolu- ja ärevushäired) parandades seeläbi esmatasandi ravi kättesaadavust.
- Välja töötada piirkondliku vastutuse põhimõtted psühhiaatrilise abi kättesaadavuse tagamiseks. Tagada ambulatoorne meeskonnapõhine psühhiaatriline abi kõigis maakondades.
- Tagada psühhiaatrilise ravi personali täiendkoolitus nii erialaselt kui suhtlemisoscuste arendamiseks. Tagada ravimeeskondade supervisioon. Käivitada kovisioonigrupid.
- Tagada kliinilise psühholoogi ambulatoorse vastuvõtu ja psühhoteraapia (nt esmaste psühhoooside grupiteraapiad) kättesaadavus psühhiaatrilise abi kõrval.
- Parandada psühhoterapeutilise abi kättesaadavust (sh õdede ja sotsiaaltöötajate vastav koolitamine ning nende kasutamine psühhoterapeutilises abis ja nõustamistöös).
- Luua vaimse tervise õe ametikoht esmatasandi tervisekeskustes. Tagada vaimse tervise õe ambulatoorne teenus haiglast lahkumisel.

Selgelt diferentseeritud ravi ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavuse korraldamine vanusgrupi vajadustest lähtuvalt (lapsed, täiskasvanud, eakad)

Vaimse tervise teenuseid on väga palju, alates eneseabivõimalustest ning erinevate elusituatsioonidega seotud tugi- ja nõustamisteenustest kuni kõrgema etapi raviteenusteni. Rahvastikupõhised epidemioloogilised uuringud võimaldavad selgitada välja spetsiifilise ravi ja rehabilitatsiooniteenuste vajaduse ning kättesaadavuse piirkonnas (171). Elanikkonna hinnang võib oluliselt erineda ametnike hinnangutest (175,176), mistõttu võib ravi ja seda toetavate teenuste kavandamine olla vastuolus inimeste tegelike vajadustega. Empiirilised uuringud soovivad tungivalt inimesekeskset vaadet ravi ja teenuste kavandamisel piirkondades kahel põhjusel: esiteks on inimeste hinnangud püsivamad, teiseks nende arvesse võtmine mõjutab otseselt elanikkonna elukvaliteeti (171). Kui vaimse tervise ravi ja rehabilitatsiooniteenuste eesmärk on edendada inimeste iseseisvat toimetulekut, parandades seeläbi ka nende elukvaliteeti, tuleb võtta arvesse inimeste vajadusi teenustele iga piirkonna eripärasest lähtuvalt.

Tegevused:

- Selgitada välja piirkondlikul tasandil psüühika- ja käitumishäirete levik, elanikkonna ravivajadused ning vajalikud rehabilitatsiooniteenused.
- Rakendada mobiilset meeskonnapõhist praktikat, tagades seeläbi psüühika- ja käitumishäirete ravi kättesaadavuse vastavalt elanikkonna vajadustele. Tagada ravimeeskondades piisav arv kvalifitseeritud spetsialiste (ka kogemusnõustajaid).

Psüühika- ja käitumishäirete ravi ja rehabilitatsiooniteenuste kvaliteedistandardite kirjeldamine

Nii nagu statsionaarses psühhiaatrilises abis, tuleb ka ambulatoorsel tasandil luua kvaliteedistandardid (nt minimaalne personali arv jätkusuutlikuks abi kättesaadavuse tagamiseks; arstide, õdede, psühholoogide suhtarv). Ambulatoorse psühhiaatrilise abi korralduses peab pearõhk olema jätkuvalt meeskondlikul tööol, kus lisaks psühhiaatrilisele on meeskonda kaasatud vaimse tervise õed ja kliinilised psühholoogid. Eesmärgiks tuleb pidada ambulatoorse (sh lastepsühhiaatrilise) abi kättesaadavuse tagamist maakondlikul (sh alla 40 000 elanikuga maakondades) tasemel (Haiglate Arengukava struktuurist lähtuvalt). Miinimumnõudeks on meeskonnatööl põhineva ja kättesaadava ambulatoorse psühhiaatrilise abi tagamine keskhaigla tasemel. See peab olema kohustus, millela keskhaigla ei saa tegutseda; ühtlasi tuleb keskhaigla tasandil tagada vähemalt minimaalne võimekus sõltuvusravi küsimustes (OKR ravi opioidagonistidega nakkusohtlikele sõltlastele koostöös infektsionistidega) ja lastepsühhiaatrilise ambulatoorse abi. Ambulatoorse abi ressurss peaks kasvama minimaalselt 5-10% aastas .

Tegevused:

- Kindlustada ravi- ja rehabilitatsiooniteenuste universaalne disain teenuste planeerimisel, pakkumisel ja hindamisel.
- Luua kvaliteedistandardid nii statsionaarset psühhiaatrilist abi osutatavatele raviasutustele kui personali (sh valvepersonali) kui ruumide jm materiaalse ja terapeutilise keskkonna osas kui ka ambulatoorse psühhiaatrilise abi osutajatele.

Järjepideva ja integreeritud psüühika- ja käitumishäirete ravi ja rehabilitatsiooni tagamine

Teenuste kavandamine järjepidevuse põhimõttel tähendab teenuse kasutaja jaoks teenuse pakkumist multidistsiplinaarse ravimeeskonna poolt, kes on inimesele kogu ravi kestel tuttav ja kellega on järjepidev suhe. Selle põhimõtte aluseks on asjaolu, et pidev spetsialistide vahetumine ning nende vahetamise ajalt tekkiv kulu nii aja, info, ravisuhte kui rahalise kao osas halvendab ravitulemusi, teeb tõenäolisemaks tagasilangused, hospitaliseerimised. Näiteks on käesolevalt raskendatud varane sekkumine psühhootiliste seisundite puhul, mis ei kuulu otseselt tahtest olenematu ravi alla, ning puudub selge tegevuskäik juhtumite korraldamisel, kus inimene satub erakorralise meditsiini vaatevälja suitsiidikatsega. Kaasaegsete võimaluste hulka kuuluvad ka e-teenused nii info levitamise, kogemusnõustamise kui eneseabi ressursside allikana. Oluline on tagada, et ka pikaajaste haigusjuhtude korral, kus patsiendi psühhiaatriline ravi toimub psühhiaatri poolt, säiliks patsiendil kontakt oma perearstiga (170).

Tegevused:

- Töötada välja konkreetsed juhised ravi järjepidevuse tagamiseks. Oluline on ravile pääsemiste võimaluste selge protokoll ja edasisuunamise kord.
- Töötada välja ning teha kättesaadavaks kovisiooni- ja supervisioonivõimalused kõikidele psühhiaatriliste patsientidega töötavatele spetsialistidele sõltumata nende töökohast.

Integreeritud programmide arendamine vaimset tervist toetavate ja koduhooldus teenuste vahel toetamaks psüühika- ja käitumishäiretega inimeste kogukonnas elamist

Üle maailma on suund haiglakesksest raviteenusest liikumas kogukonnapõhisele teenusele. Üha enam leitakse tõendeid, et laiem teenuste valik ning kogukonna-põhised sekkumised tagavad nii sotsiaalse kaasatuse, inimõiguste järgimise kui osutuvad ühtlasi ka kuluefektiivsemateks. Näiteks on leitud langusi suitsiidide arvu langust seoses kaasaegsema ning vähem haiglakeskse raviteenuse arendamisega. Oluliseks väärtuseks on siinkohal teenuse kasutajale keskendumine, paranemisele suunatus, teenuse kättesaadavus teenuse kasutaja läheduses ning selle disain vastavalt inimese konkreetsetele vajadustele. Tähelepanu peaks suunama just inimese ja tema lähedaste jõustamisele, mis tähendab sobiliku teenuse kättesaadavust ning inimväärika kohtlemiste tagamist. Kogukonnapõhine teenus võib väärtuste ja tööpraktika muutmiseta olla sama institutsionaliseeritud kui psühhiaatriahaigla. Institutsionaalselt hoolduselt üleminek ei ole ainult füüsilist keskkonda puudutav, vaid ka psühholoogiline, käitumise muutmise protsess ning tähendab traditsioonilisest paradigmat loobumist ja taastumispõhise mõtteviisi omaksvõttu (20). Psüühika- ja käitumishäiretega inimeste põhilisi inimõigusi, kodanikuõigusi ja võrdseid võimalusi eitavaid hoiakuid ja poliitilisi vaateid võib kahjuks tänaseni kohata nii hariduses, tööelus, toetuste süsteemis, kui elamuehituses, vaba aja teenustes ja meedias.

Tegevused:

- Tagada psüühika- ja käitumishäiretega inimestele elukaare konteksti arvestavate, nende vajadustele vastavate inimkesksete, koordineeritud ja kogukonnapõhiste vaimse tervise ja sotsiaalteenuste kättesaadavus.

- Edendada psüühika- ja käitumishäiretega inimeste vajadustele vastava hariduse omandamise ja töötamise võimalusi (osaajaga, turvalise ja rahuliku keskkonnaga jmt), mis aitavad saavutada inimesele tähtsaid eesmärke ning võimalikult kõrget elukvaliteeti.
- Suurendada ühiskonna teadlikkust vaimsest tervisest ja edendada tolerantsust psüühika- ja käitumishäiretega inimeste kogukonnas osalemise ja töötamise soodustamiseks.

Erinevate vaimse tervise spetsialistide piisava hulga tagamine koos jätkusuutlike koolitus- ja täiendõppeprogrammidega ning kompetentsusnõuete kirjeldamine

Psühhiaatrite ja kliiniliste psühholoogide ning vaimse tervise õdede osas ei vasta olemasolevate spetsialistide arv vajadustele. Kuigi psühholoogide kvalifikatsiooni hindamise süsteem on Kutsekoja kaudu käivitunud, ei ole süsteemi poolt kliiniliseks psühholoogiks spetsialiseerumisel tagatud psühholoogidele vajalik väljaõpe (nt kutseasta analoogiliselt residentuuriga eriarstiks õppijatele) (170). Psühhoterapeutide, loovterapeutide kutsestandardid, nõuded koolitusele, täiendõppele, kogemusele tuleb defineerida. Vaimse tervise õe/spetsialisti õpe toimub Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis. Kõik vaimse tervise spetsialistiõppe lõpetanud on registreeritud Terviseameti registris. Vaimse tervise õenduse spetsialistina töötamise eelduseks on Terviseameti registris olemasolev kinnitus. Vaimse tervise õde võib osutada iseseisvat õendusabi, teenus on reglementeeritud Haigekassa poolt. Kahjuks siiski ei ole veel piisavalt vaimse tervise õdesid kes osutaksid iseseisvat õendusabi ja nõustaksid kliente/patsiente.

Tegevused:

- Tagada psühhiaatrite (sh lastepsühhiaatrite), vaimse tervise õdede, kliiniliste psühholoogide koolitusmahud vastavalt tervishoiusüsteemi vajadustele säilitamiseks Eesti elanike psühhiaatrilist abi vähemalt praeguses mahus.
- Suurendada vaimse tervise õdede koolitusmahtu ning suurendada juba töötavate õdede spetsialiseerumise võimalusi.
- Haridussüsteemis luua asutuste ülene ja või asutuse keskne vaimse tervise õenduse spetsialisti nõustaja, vaimse tervise edendaja ametikoht(ad)

Psüühika- ja käitumishäirega inimeste sotsiaalne kaasamine ja kogukonnas osalemise toetamine

Kogukonnas osalemine annab inimestele võimaluse tunda end väärtusliku ja vajalikuna. Kogukond saab pakkuda oma liikmetele nii sotsiaalseid kui materiaalseid ressursse oodates samal ajal, et liikmed panustaksid kogukonna heaks. Sotsiaalne kaasatus tähistab seda, et ühiskond või kogukond aktsepteerib isikut võrdväärse liikmena, väärtustades tema olemasolu ja võimeid. Inimeste bioloogiliste funktsioonide kahjustused ja/või tegevuste sooritamise võimete piirangud võivad kaasa tuua osalemisprobleeme. Samuti võivad osalemist mõjutada inimese personaalsed faktorid ja välised tegurid. Osa piirangutest on tingitud sotsiaalsest või ühiskondlikest barjääridest ning nendega seotud barjääridest ja diskrimineerimisest. Osalemise ja kaasatuse suurendamiseks tuleb kujundada avalikku arvamust osalemist võimaldavates valdkondades (nt töökohad, kogukonnaliikumised, kogukonnaalgatused jne).

Tegevused:

- Tagada puuetega ning psüühika- ja käitumishäiretega inimestele nende vajadustele vastavate inimkesksete ja koordineeritud kogukonnapõhiste vaimse tervise ja sotsiaalteenuste kättesaadavus (sh koolitatud kogemusnõustajate tugi).
- Toetada kogukondlikke algatusi eesmärgipäraste rehabilitatsiooniprogrammide ja -teenuste kavandamisel ja osutamisel puuetega ning psüühika- ja käitumishäiretega inimestele; kindlustada kogukonnapõhiste teenuste järjepidevus.
- Tagada puuetega ning psüühika- ja käitumishäiretega inimestele nende vajadustele vastava hariduse omandamise ja töötamise võimalused (osaline tööaeg, turvaline ja rahulik keskkond jne), mis aitavad saavutada võimalikult kõrget elukvaliteeti.
- Suurendada elanikkonna teadlikkust puute ning psüühika- ja käitumishäirete olemusest ning julgustada kogukondi nende inimeste osalemise toetamisel ja kaasamisel.

Taastumisele suunatud kultuuri juurutamine vaimse tervise sekkumistes läbi hoiakute, väärtuste ja teenuste kujundamise

Psüühika- ja käitumishäirega inimesed, nagu teisedki kroonilise haigusega inimesed, tahavad ennekõike elada toimekat, normaalset, rahuldustpakkuvat elu nii palju kui võimalik ehk taastuda. Vaimse tervise teenused ei peaks keskenduma ainult ravile, haiglapäevade vähendamisele jms (177). Taastumise paradigma keskendub tervisehäirega inimeste rehabiliteerimisel õppimisele, töötamisele, iseseisvusele, rahuldust pakkuvatele sotsiaalsetele suhetele ja hea elukvaliteedi tagamisele (178). Taastumine hõlmab paljusid erinevaid aspekte. Inimestel on vaja taastuda sellest (179), mis on olnud tähtis minevikus ning mis ikka veel mõjutab: ühelt poolt stressitekitavatest sündmustest, mis viisid psüühika- ja käitumishäireteni täiskasvanueas, haiguse sümptomitest, hirmust ja ärevusest, mis on seotud haiguse sümptomitega ja nende võimaliku tagasitulekuga; ravimisega seotud probleemidest, psüühika- ja käitumishäire tagajärgedest ja ka häirete ravi tagajärgedest, enesehinnangu hävimisest, häbimärgistamisega seoses kogetud häbist ja süüst ning teiselt poolt diskrimineerimisest ja tõrjumisest teiste inimeste poolt ühiskonnas (21,179). Kuigi taastumine on isiklik ning vajab aega, rahu ja ruumi, on selleks vaja inimese baasturvalisuse tagamist, elukohta, teisi inimesi, toetavat sotsiaalset keskkonda ja inimese vajadustele vastavaid integreeritud teenuseid.

Tegevused:

- Tagada taastumiseks vajaliku võrdsete toe kättesaadavus kogemusnõustamise kujul, inimeste jõustamine, erinevate eneseabivõtete kasutamine, keskkonna toetus ning kontroll oma elu üle.
- Luua tingimused taastumiskursuste ja kogemusnõustajate võrgustiku arendamiseks.
- Viia kõiki inimesi väärtustava, jõustava ja kogukonda kaasava taastumise mõtteviisi valdkondade teenusepakkujateni, -kasutajateni ja kogukondade liikmeteni. Tõsta elanikkonna teadlikkust psüühika- ja käitumishäirete ravi- ning taastumisvõimalustest (sihipärased koolitused).

Tulemused:

- Ravita jäänud inimeste vähenemine, ravijärjekordade lühenemine ning õigeaegne pääsemine õigele teenusele.
- Psüühika- ja käitumishäiretega inimeste diskrimineerimise vähenemine läbi elanikkonna teadlikkuse edendamise.
- Stigmatiseerimise vähenemise tõttu on inimesed valmis otsima abi psüühika- ja käitumishäirete ilmnemisel nii endile kui oma lastele jt lähedastele.

3.1. Psüühika- ja käitumishäirete ravi ja taastumine lastel ja noortel

Epidemioloogilised uuringud on näidanud, et laste ja noorukite psüühika- ja käitumishäireid esineb üsna palju. Lisaks, võttes arvesse Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu ja ESPAD-i mitmete aastate trende, võib arvata, et narkootiliste ainete kasutamisega seotud psüühikahäirete levimus on Eestis kõrgem, kui Euroopas keskmiselt (132). Ebapiisavat psüühiaatilise abi kättesaadavust Eestis peegeldab suitsiidikatse teinud (0,5%) ja suitsiidimõtetega (2%) õpilaste osakaal (41).

Lapse- ja noorukiea psüühikahäire nõuab piisavat ja asjakohast ravi ja seega märkimisväärseid raviressursse. Varakult algavad psüühika- ja käitumishäired on indiviidi kogu tulevast arengut (eelkõige psüühilist, emotsionaalset, intellektuaalset ja sotsiaalset küpsemist) ohustavad tegurid (180). Varakult alanud psüühikahäirel, näiteks depressioonil, on suur retsidiivsus ja kalduvus muutuda krooniliseks.

Laste ja noorukite puhul on psüühika- ja käitumishäirete raviprotsess väga palju seotud terapeutilise kontakti ja keskkonnaga ning selle kujunemine sõltub eelkõige personali hulgast, professionaalse meeskonnatöö rakendamisest, piisavast ajast patsiendiga töötamiseks ja nõuetekohasest infrastruktuurist, mitte niivõrd kõrgtehnoloogilistest seadmetest või ravimitest (132). Laste- ja noorukitepsüühiaatria arengut on aastaid pidurdanud spetsialistide vähesus. Seda nii lastepsüühiaatrite kui ka nende ravimeeskonnas hädavajalike kliiniliste lastepsüüholoogide, loovterapeutide, logopeedide ja psüühiaatriaõdede osas. Spetsialistide puudus ja piiratud võimalused haigekassa teenuste näol on kujundanud olukorra, kus lastepsüühiaatriline abi on kättesaadav piiratud hulgale patsientidele ja kättesaadavust on võimatu tõsta. Abi suudetakse tagada ainult suuremates keskustes, prioriteetset ambulatoorset abi ja võrdset regionaalset kättesaadavust kesk- ja regionaalhaiglate tasemel on praktikas võimatu edasi arendada. Piiratud spetsialistide arv ei võimalda tagada konsultatiivset abi esmatasandi meditsiini jaoks Eestis on täiendav vajadus psüühikahäiretega laste psüühiaatilise abi ja rehabilitatsiooni järele (87).

Alaeesmärgid laste ja noorte vaimse tervise ravis ja taastumisel:

- Lapse ja pere vajadustest lähtuva ea- ja probleemispetsiifilise lastepsühhiaatrilise abi kättesaadavuse tagamine, eelistades ambulatoorset ja väljasõidumeeskondadel põhinevat lähenemist.
- Raskete psüühika- ja käitumishäiretega lastele ja noorukitele tugevdatud järelvalvega erihooldusvõimaluste tagamine pikaajaliseks raviks ja rehabilitatsiooniks.

Lapse ja pere vajadustest lähtuva ea ja probleemispetsiifilise lastepsühhiaatrilise abi kättesaadavuse tagamine, eelistades ambulatoorset ja väljasõidumeeskondadel põhinevat lähenemist

Eestis on loodud neli regionaalset laste vaimse tervise keskust, mille ülesandeks on psüühika- ja käitumishäirete diagnostika ja ravi korraldamine kaasaegseid põhimõtteid ja tõenduspõhist praktikat järgides. Regionaalsetel vaimse tervise keskustel on juhtiv roll laste vaimse tervise teenuste ja ravi korraldamises (34). Optimaalne lastepsühhiaatrite arv 100 000 elaniku kohta on 3,5. Laste psüühikahäirete diagnostika ja ravimine on ajamahukad protsessid. Kui lapsed ja noorukid ei saa kohast abi, kalduvad nende psüühikahäired muutuma krooniliseks, seavad ohtu nende sotsiaalse, haridusliku ja tööalase toimetuleku ning soodustavad psüühikahäire avaldumist täiskasvanueas (132).

Tegevused:

- Tagada laste vaimse tervise regionaalsete keskuste jätkusuutlik areng (Põhja-, Lõuna-, Lääne- ja Ida-Eestis), arvestades vajadust süstemaatiliseks koostööks laste psüühikahäirete ravis ja rehabilitatsioonis osalevate teiste erialade töötajatega.
- Kehtestada eraldi haigekassa teenusena lastepsühhiaatri ambulatoorne vastuvõtt.
- Tagada lastepsühhiaatria eriresidentuuri jätkusuutlikkus ja lastepsühhiaatrite arvu ühtlane juurdekasv (minimaalne residentide arv on 4 residentit aastas).
- Tagada perearstide väljaõppes lastepsühhiaatria õpetamine mahus, mis võimaldaks märgata, sekkuda ja otsustada edasisuunamise vajalikkuse üle lastepsühhiaatriliste patsientide korral.
- Tagada sobivad teenused ja toetus psüühika- ja käitumishäirega normintellektiga lastele (lapsed, kellele ei sobi tavakooli keskkond ja kes langevad koolist välja).
- Otsustada regulatsioon juhtudeks, kui lapsevanem ei soovi lapsele psühhiaatrilise abi osutamist ning kuidas on sel juhul võimalik tagada lapse parimate huvide kaitse.
- Tagada regulaarne supervisioon kõikidele lastepsühhiaatrilises abis tegutsevatele spetsialistidele.

Raskete psüühika- ja käitumishäiretega lastele ja noorukitele tugevdatud järelvalvega erihooldusvõimaluste tagamine pikaajaliseks raviks ja rehabilitatsiooniks

Kuigi laste ja noorukite psüühika- ja käitumishäirete ravi püütakse korraldada võimalikult ambulatoorsena, tuleb paljusid lapsi ja noorukeid psühhiaatriliselt uurida ja ravida haiglas (181). Lisaks aktiivravivoodikohtadele on vajalik luua regionaalsed ravikodud ehk miljööteraapia keskused pikaajalist sotsiaalset rehabilitatsiooni vajavatele

psüühikahäiretega (eeskätt emotsionaalsete häiretega) noorukitele ning leida nende käiguhoidmiseks sobilik rahastamismeetod. Miljööteraapia keskuse toimimine eeldab psühhiaatrilise abi head koostööd sotsiaal- ja haridussüsteemiga (130).

Tegevused:

- Tagada kogu vajalik personal ja vajalike sidusvaldkondade integreeritud töö miljööteraapia keskustes vastavalt teenuste kirjeldustes ettenähtule.
- Tagada pere ja lapse taasühendamine neile miljööteraapia ajal pereteraapia tagamise näol.
- Tagada nooruki taasühendamine oma kodukohakooliga või vajadusel asjakohane kutseõpe.

Tulemused:

- Esmatasandi spetsialistil on ülevaade laste ja noorte psüühika- ja käitumishäiretest (sünnitusjärgse depressiooni diagnoosiga emad, alkohoolse fõtopaatiaga imikud, aastase lapse alaareng) alates sünnist kuni lapse täisealiseks saamiseni.
- Raskete psüühika- ja käitumishäiretega lastele ja noortele on koostöös sotsiaal- ja haridussüsteemiga loodud integreeritud ravivõimalused; tagatud on vajalikud tugimeetmed haridustee jätkamiseks.

3.2. Psüühika- ja käitumishäire ravi ja taastumine tööelisel

Psüühikahäired tekivad inimese tunnetuslike, emotsionaalsete või tajufunktsioonide kahjustusest, mis põhjustab olulist tegevuse häiritust ühes või mitmes sotsiaalse või tööelu valdkonnas (182). Tööjõu osakaal, kelle puhul psüühika- või käitumishäired tööelu häirivad, on viimastel kümnenditel kasvanud sarnaselt teistele Euroopa Liidu ja OECD riikidele ka Eestis. Tänapäeva kiiresti muutuv ühiskonnas ei tunnista töötajad meeleldi oma psüühikahäiret, et mitte hädahoitu seada oma töökohta ja karjääri (182). Enamik psüühika- ja käitumishäiretega inimestest töötavad. Siiski on psüühika- ja käitumishäirega inimesed tööturul riskirühmaks, neid iseloomustab madalam tööhõive, suurem mitteaktiivsus ja töötus, hõivatute seas alahõivatus nii haridustaset kui ka normaalkoormust silmas pidades. Tööturul osalemine võib olla mõjutatud ka ravi kättesaadavusest, omandatud haridusest ning terviseseisundile sobiva töö kättesaadavusest. Tööelus osalemist ja ühiskonnas tegutsemist võib aga sageli häirida rohkem häirega seotud väärarusaamad ja vääruskumused kui häire ise (183).

Alaeesmärgid tööelise elanikkonna vaimse tervise ravis ja taastumisel:

- Depressiooni- ja ärevushäirete ravi kättesaadavaks tegemine koos seda toetavate teenustega.
- Püsiva psüühika- ja käitumishäirega inimestele rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavuse tagamine.
- Sõltuvuse (alko-, narko-, arvuti-, hasartmängusõltuvus) multidistsiplinaarse ravi kättesaadavuse tagamine ja sotsiaalne rehabilitatsioon sõltuvusravi järgselt.
- Komorbiidsuse interdistsiplinaarse ravi spetsialistidevaheline integreeritus (kehaline haigus ja psüühikahäire; alkoholisõltuvus ja psüühikahäire; tuberkuloos ja psüühikahäire).
- Õiguspühhiaatria regulatsioon (tahtevastase hospitaliseerimise ja ravi regulatsioon).
- Kinnipeetavate psüühika- ja käitumishäired.

Depressiooni ja ärevushäirete ravi kättesaadavaks tegemine koos seda toetavate teenustega

Tööeliste hulgas on enam levinud psüühika- ja käitumishäireteks depressioon ja ärevus. Eesti täiskasvanud rahvastiku hulgas on depressiooni levimus 5,6% (184). Depressiivsuse ühe kuu levimus on 8,7% ja ärevuse ühe kuu levimus 7,7% (184). Naistel esineb depressiooni sagedamini kui meestel (184). Depressioon arvatakse olevat üheks enam levinud pikaajalise töövõimetuse põhjuseks ning selle kasvu ennustatakse veelgi (139,140), mistõttu on väga oluline lisaks ennetustööle tagada nende psüühikahäirete asjakohane ravi koos toetavate teenustega. Et parima tulemuse annab kombineeritud ravi (185), tuleks Eestis erilist tähelepanu pöörata just psühhoteraapia ja psühholoogilisele nõustamise teenuse kättesaadavuse parendamisele. Lisaks traditsioonilistele tõenduspõhistele sekkumisvõimalustele (ravimid, psühhoteraapia, valgusteraapia, elekterkrampravi, eluviisi soovitused) (98,112) on aktuaalseks muutunud veebipõhiste traditsioonilist ravi toetavate teenuste arendamine, näiteks juhendatud eneseabiprogrammid (186).

Tegevused:

- Parandada esmatasandi tervishoiutöötajate (nt perearstid, pereõed) teadlikkust ja oskusi kombineeritud ravi (eluvii, psühhoteraapia, ravimid) rakendamisel depressiooni ja ärevuse korral.
- Toetada veebipõhiste juhendatud eneseabiprogrammide (nt iFightDepression) kasutuselevõttu esmatasandi tervishoiutöötajate poolt toetamiseks enam levinud psüühikahäirete kergemate vormidega toimetulekut.
- Parandada infovahetust esmatasandi tervishoiutöötajate (perearsti) ja eriarstiabi osutajate (psühhiaatri) vahel, et optimeerida patsientidele pakutavat ravi ja taastumist ning vältida võimalikke kahjusid (nt ravimite dubleeritud ordineerimise tõttu).
- Soodustada depressiooni ja ärevushäirete all kannatavate patsientide tugigruppide käivitamist ja järjepidevat tööd (nii teraapiagrupid kui eneseabigrupid, nii näost-näku kui veebipõhised).

- Koolitada muid esmatasandi spetsialiste (nt sotsiaaltöötajad), et tõsta nende teadmisi ja oskusi psühholoogilise nõustamise valdkonnas ning parandada seeläbi psühhoterapeutilise esmaabi kättesaadavust.

Püsiva psüühika- ja käitumishäirega inimestele rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavuse tagamine

Püsivate psüühika- ja käitumishäiretega inimestel on oht sattuda ühiskonnas sotsiaalsesse isolatsiooni, mille tagajärjel nende toimetulek ja elukvaliteet võib oluliselt langeda. Lisaks kaasneb häiretega suurem suremus (187). Kaasaegne taastumisele suunatud ravi ja psühhosotsiaalne rehabilitatsioon panustab püsivate psüühika- ja käitumishäiretega inimeste puhul nende tugevustele (motivatsioonile, pädevusele, enda rollidele ja tegevustele tähenduse andmisele) ning keskkonnale ja välistele toetavatele teguritele (sh kaaslased, lähedased ja spetsialistid) (188,189). Puudega inimesed peavad tundma ennast eelkõige kodanikena, kellel on õigused ja võimalused nagu igal teisel. Taastumise paradigma keskendub psüühika- ja käitumishäirega inimeste rehabiliteerimisel õppimisele, töötamisele, iseseisvusele, rahuldust pakkuvatele sotsiaalsetele suhetele ja hea elukvaliteedi tagamisele (21,190,191). Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon on protsess, mille käigus püütakse vaimse ja sotsiaalse puude ning muude vaegustega inimestel aidata hoida oma elukvaliteeti ja tegutsemisvõimet võimalikult suurena, et nad suudaksid nii isiklikul kui ühiskondlikul tasandil enda valitud elu-, töö- ja muudes keskkondades rahuldavalt funktsioneerida (20,189,191).

Tegevused:

- Tagada püsiva psüühika- ja käitumishäirega inimestele turvalise ja neile sobiva eluaseme kättesaadavus kogukonnas.
- Toetada sotsiaalset ettevõtlust ning tagada toetatud ja kaitstud töö teenuse kättesaadavus püsiva psüühika- ja käitumishäirega inimestele.
- Luua püsiva psüühika- ja käitumishäirega inimeste toetamiseks ja abistamiseks mobiilsed rehabilitatsioonimeeskonnad, mis on võimelised asendama institutsionaalset teenust ja toetama kogukonnateenust.
- Tagada püsiva psüühika- ja käitumishäirega inimestele hoolekandeteenuste ja rehabilitatsiooni (sh erihoolekandeteenused ning sotsiaalne ja tööalane rehabilitatsioon) kättesaadavus vastavalt haigustest taastumise astmele ja kõrvalabi vajadusele.
- Algatada püsiva psüühika- ja käitumishäirega inimestele ja nende pereliikmetele eneseabi- ja tugigruppe ning hoida neid järjepidevalt töös, sh DUO-grupid (kogemusnõustaja ja spetsialisti koostöös).
- Edendada esmatasandi ja vaimse tervise spetsialistide hulgas taastumisele suunatud mõtteviisi omaksvõtmist, levitades seda nii baashariduse osana kui läbi täiendkoolituste.
- Laiendada kogemusnõustajate võrgustikku ning jõustada ja toetada neid, korraldada taastumiskursuseid.

Sõltuvuse (alko, narko-, hasartmängusõltuvus) multidistsiplinaarse ravi kättesaadavus ja sotsiaalne rehabilitatsioon sõltuvusravi järgselt

Alkoholi, narko ja hasartmängu sõltuvused on negatiivsed sotsiaalsed nähtused, mis toovad kaasa ebaproportsionaalselt suuri ühiskondlikke ja isiklikke tagasilööke. Alkoholi

tarvitamine ja alkoholisõltuvuse esinemissagedus Eestis on võrreldes EL keskmisega kõrge (102). Sõltuvushäirete ravi võimalused jäävad nõudlusele selgelt alla (170). Sõltuvus on krooniline haigus, mida on võimalik ravida ning seega on sõltuvushäirega haigetel, nagu kõigil teistel patsientidel, õigus tervishoiu- ja sotsiaalteenustele. Sõltuvusest tervenemine eeldab statsionaarse võõrutusravi kui erinevat liiki ambulatoorse nõustamise kättesaadavust (102,103).

Tegevused:

- Viia võõrutusdeliiriumi ravi intensiivravi võimekusega osakondadesse.
- Tagada opiaadisõltlastele asendusravi võimalused ja parandada võõrutusravi võimalusi.
- Tõsta esmatasandi spetsialistide (tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonnas) teadlikkust sõltuvuskäitumise tunnustest, sellest tervenemise võimalustest, sõltlase motiveerimisest, ning sõltuvusravi ja taastusabi süsteemi võimalustest.
- Julgustada sõltuvusse sattunud isikuid võtma ühendust tervishoiu- ja sotsiaalteenustega. Reguleerida tervishoiusüsteemi koostöö sotsiaalsüsteemi ja rehabilitatsiooniasutustega.
- Tagada lühiajalise statsionaarse võõrutusravi regionaalne kättesaadavus abi vajavatele inimestele ning kombineerida see sotsiaalsete toimetulekuoskuste programmiga aidates endisel sõltlasel omandada uusi oskusi, naasta tööturule ning korraldada igapäevaelulisi tegevusi.
- Regulaarselt hinnata sõltuvuskäitumise ulatust Eestis ning sellest lähtuvalt kavandada muutused poliitikates.

Komorbiidsuse interdistsiplinaarse ravi spetsialistidevaheline integreeritus (kehaline haigus ja psüühikahäire; alkoholi sõltuvus ja psüühikahäire; tuberkuloos ja psüühikahäire)

Varasem vaimu ja keha haiguste eristamine (dualism, dihhotoomia) on asendunud arusaamaga, et inimese organism on tervik ning et seda tuleb arvestada tervishoiu strateegiate kujundamisel (192). Seejuures tuleb silmas pidada kaht erinevat tüüpi keha-vaimu seost: (a) kehalised vaevused esinevad ilma, et esineks tänapäeva meetoditega diagnoositavat kehalist patoloogiat esineks - somatisatsioon ja (b) esinevad nii keha kui vaimutegevuse kliiniliselt diagnoositavad haiguslikud nähud – komorbiidsus, mis omakorda võib avalduda mitmeti. Praktikas võivad sageli krooniliste kehaliste haigustega stressogeenselt kaasuda depressioon, ärevus, ja/või uimastisõltuvus, teatud haiguste puhul arenev kognitiivne defitsiit jm (163). Lisandunud psühhiaatriline sümptomaatika takistab kehalise haiguse paranemist ja suurendab ravikulusid. Psüühika- või käitumishäire komorbiidsus võib esineda nii nakkuslike (nt AIDS, tuberkuloos, süüfilis) kui mistahes mittenakkuslike haiguste puhul, eriti lootusetu prognoosiga, valusündroomiga ja liikumisvõimet takistavate haiguste puhul, samuti kirurgiliste manipulatsioonidega või vigastustega seotult. Psühhiaatri koostöö vajadus teise eriala arsti või perearstiga sõltub juhtumi psühhiaatrilise sümptomaatika raskusastmest, kusjuures eriti tuleb silmas pidada suitsidaalset arengut (193). Kui raske väljakujunenud kliinilise sümptomaatikaga psüühika- või käitumishäirega inimesel on paralleelselt kehaline haigus, mis mitteravimisel võib ohustada nii haiget kui ümbritsevaid, siis on seaduses ette nähtud tahtevastase ravi rakendamine. Eestis puudutab see eelkõige tuberkuloosi, mille ravi on organiseeritud Viljandi Haigla Psühhiaatrikliiniku tuberkuloosiravi osakonnas (194).

Tegevused:

- Ravida komorbiidselt esinevaid kehalisi ja psüühilisi haigusi keha ja vaimu (*body-mind*) kui tervikut käsitledes.
- Komorbiidsuse juhtudel kooskõlastada sama haiget ravivate erialaspetsialistide raviplaani meditsiiniliste komplikatsioonide vältimiseks.
- Esmatasandi ja eriarsti spetsialistide ettevalmistuses ja täienduskursustel lülitada programmi tehnikad, mis aitavad ära hoida psühhiaatrilise ladestuse kehaliste haiguste puhul nii esmasel diagnoosimisel kui terminaauses seisundis.
- Diagnoosida ja ravida nii intervjuu kui testide abil suitsidaalsuse ilminguid, arvestades võimalusega, et suitsidaalsed, uimastisõltuvuse ja algava dementsusega haiged ei järgi raviplaani.
- Järgida tuberkuloosi komorbiidsuse korral Psühhiaatrilise Abi Seaduse § 11 lg 1.

Tahtevastase hospitaliseerimise ja ravi regulatsioon

Eesti Vabariigi põhiseadus kehtestab igäihe õiguse vabadusele ja isikupuutumatusel. Vabaduse võib võtta ainult seaduses sätestatud juhtudel ja korras, sh nakkushaige, vaimuhaige, alkohooliku või narkomaani kinnipidamiseks, kui ta on endale või teistele ohtlik. Psühhiaatrilist abi antakse eelkõige isiku vaba tahte avalduse alusel, st isiku soovil või teadval nõusolekul. Teatud juhtudel on võimalik kohaldada isiku suhtes tema tahtest olenematut ravi kas tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise abina (tsiviilkohtumenetluse korras) või sundravina (kriminaalmenetluse korras). Tahtest olenematu ravi kohaldamisel võetakse isik tema enda või tema seadusliku esindaja nõusolekuta vältimatu psühhiaatrilise abi korras ravile haigla psühhiaatriaosakonda või jätkatakse ravi, tema tahtest olenemata, ainult järgmiste asjaolude koosesinemise korral: isikul on raske psüühikahäire, mis piirab tema võimet oma käitumisest aru saada või seda juhtida; haiglaravita jätmisel ohustab isik psüühikahäire tõttu iseenda või teiste elu, tervist või julgeolekut; muu psühhiaatriline abi ei ole küllaldane. Psühhiaatrilise sundravi eesmärgiks on psüühikahäire ravi, psüühikahäirest tuleneva ohtlikkuse vähendamine ning isiku toimetuleku taastamine iseseisvaks toimetulekuks ühiskonnas.

Eestis ratifitseeriti 2012. a ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon, mis sätestab puuetega inimeste õiguse olla kõikjal seaduse ees isikutena tunnustatud. Samuti on puuetega inimestel õigus- ja teovõime kõigis elualdkondades teistega võrdsel alusel. Konventsiooni kohaselt tuleb puuetega inimestele tagada, et neilt ei võeta vabadust ebaseaduslikult või meelevaldselt. Vabaduse võtmine peab olema kooskõlas seadusega ning puude olemasolu ei ole ühelgi juhul vabaduse võtmise aluseks.

Tegevused:

- Võtta kasutusele konkreetsed meetmed võimaldamaks isikuvabaduse piiramisel vähemintensiivsete meetmete kohaldamist, arendades selleks sotsiaalteenuseid (alternatiivseid teenuseid) kogukondlikul tasandil.
- Tõhustada ennetusmeetmeid ja tõsta puuetega inimeste ning nende lähedaste teadlikkust terviseprobleemide varajasel märkamisel ja nendega tegelemisel.
- Kehtestada siseriiklikul tasandil regulatsioon, mis võimaldab ka isikul endal algatada menetlus statsionaarse sundravi asendamiseks ambulatoorsega või sundravi lõpetamiseks.
- Tagada tahtest olenematu ja sundravil viibivatele isikutele inimväärne kohtlemine ja terviklik ravi sh nõustavate, teraapiliste teenuste näol. Igal

inimesele on õigus tema kehasse sekkumisel vähemintensiivsete meetmete kohaldamisele tagades tema terviseseisundile vastav abi.

- Koostada praktiline juhis koos heade praktikatega ametnikele (kohtunikud, KOV töötajad, arstid), kes hindavad isiku ohtlikkust tahtest olenematu ravi kohaldamisel. Ka on vaja koolitada juriste, advokaate, KOV ametnikke selleks, et nad ei käsitleks psüühikahäire olemasolu võrdsustatuna ohtlikkusena.

Kinnipeetavate psüühika- ja käitumishäirete ravi ja rehabilitatsioon

Raskete psüühika- ja käitumishäirete (psühhoatilised häired, raske depressioon, antisotsiaalne isiksusehäire) levimus kinnipeetavate hulgas on oluliselt kõrgem kui elanikkonnas üldiselt ning sageli on need häired seotud alkoholi ja uimastite tarvitamisega (195,196). Nimetatud häired on ühtlasi oluliseks suitsiidi riskiteguriks (197). Kinnipidamisasutustes on ressursid psüühika- ja käitumishäirete raviks ja rehabilitatsiooniks sageli piiratud ning vajaliku abi kättesaadavus ebapiisav (196,197).

Tegevused:

- Tagada kinnipeetavate vaimse tervise regulaarne jälgimine psüühika- ja käitumishäirete diagnoosimiseks ning sobiva sekkumisviisi määramiseks (soovitavalt kombineeritud medikamentoosne, psühhoterapeutiline ja sotsiaalne sekkumine)
- Tagada psüühika- ja käitumishäiretega kinnipeetavatele regulaarsete psühhiaatriliste konsultatsioonide võimalus
- Tagada läbi koolituste kinnipidamisasutuste töötajate piisav kvalifikatsioon suitsiidiriski varajaseks märkamiseks ning suitsiidiprotsessi sekkumiseks
- Tagada psüühika- ja käitumishäirega kinnipeetavatele aktiivne edasisuunamine vaimse tervise teenuste juurde pärast nende kinnipidamisasutusest vabanemist.

Tulemused:

- Esmatasandi spetsialistide teadmised ja oskused erinevate ravisekkumiste (psühhoterapeutiliste, medikamentoosete) rakendamiseks paranevad.
- Esmatasandil on kättesaadav vaimse tervise õe teenus.
- Depressiooni ja ärevuse diagnoose/levimust rahvastiku hulgas jälgitakse.
- Raske psüühikahäirega isikute tööle asumine suureneb: toetatud töökohtade loomine jmt.
- Riiklikul tasandil on ülevaade sõltuvuste ulatusest ja selle kahjustest indiviidi, kogukonna ja riiklikul tasandil.
- Iga aastaga väheneb kahe protsendi võrra viimase 12 kuu jooksul alkoholi- ja narkootikumide tarvitanud täiskasvanud elanike (18-74-aastaste) osakaal (102,103).
- Väheneb narkootikumide süstimise kaudu nakkushaigustesse haigestumine ja narkootikumidega seotud mürgistussurmade arv (101).

3.3. Psüühika- ja käitumishäirete ravi ja taastumine eakatel

Eakate vaimsed häired on aladiagnoositud, kuna ilmnevaid sümptomeid püütakse ekslikult siduda vananemisega. Ravimisel tuleb vältida terapeutilist nihilismi, kuid arvesse on siiski vaja võtta eakate organismi iseärasusi, varasemas elus põetud haiguste jääknähte, äsja lisandunud kehalisi haigusi ja suurenenud vigastuste riski. Diagnostilisi raskusi pakub see, et eakate puhul on kehalised ja vaimsed häired omavahel kombineerunud. Multimorbiidsus (komorbiidus) tingib vajaduse arstide omavaheliseks koostööks ravimite määramisel, et vältida ebasoovitavaid koostoimeid. Teisalt on vanemaealistel majanduslikult raskem neile määratud ravimeid välja osta, mistõttu määratud ravi võib jääda kasutamata. Mäluprobleemide puhul võib juhtuda, et ravimeid manustatakse liiaga või unustatakse võtta. Kuigi dementsust ei ole võimalik välja ravida, saab dementsusega isikute ja nende hooldajate heaks palju ära teha. Olemas on mitmeid farmakoloogilisi vahendeid ning ka mittefarmakoloogilisi abinõusid, mida suudavad pakkuda ka vastava spetsialiseerumiseta tervishoiutöötajad: eluviisi korrigeerimine, toitumisteraapia, kehaline tegevus, lõõgastustehnikad, mälutreening. Väga oluline on optimeerida tervisehäirega inimese ravi nõnda, et teda saab võimalikult kaua ravida tema kodus. Hooldusasutuste teenuste kvaliteet on ebaühtlane ja kättesaadavus problemaatiline (92,163,198).

Alaeesmärgid vaimse tervise ravis ja taastumisel eakate valdkonnas:

- Häirete õigeaegne diagnoosimine, dokumenteerimine ja kaasaegse ravi tagamine arvestades eakate organismi iseärasusi ja multimorbiidsust.
- Eakate ravimikasutuse regulaarne hindamine ja optimeerimine.
- Integreeritud hoolduse juurutamine ja koduhoolduse eelistatav rakendamine eaka tegelikke vajadusi ja perekonna võimalusi arvestades.
- Kvaliteetsete üld- ja erihooldekodu teenuste ja kohandatud keskkonna tagamine vastava psüühika- ja käitumishäirega eakatele, spetsialiseeritud teenuste kättesaadavuse kindlustamine.

Häirete õigeaegne diagnoosimine, dokumenteerimine ja kaasaegse ravi tagamine arvestades eakate organismi iseärasusi ja multimorbiidsust

Multimorbiidsus on eakate ravi omapära. Vastastikku võivad maskeeruda nii kehalised kui vaimsed häired. Kehaliste haiguste põdemine võib esile kutsuda depressiooni sümptomaatika ja vastupidi, depressioon vähendab kehalistest haigustest paranemise šansse (199). Eakate anamnees ja läbivaatus adekvaatse diagnoosi ja ravi määramiseks on ajamahukas ja eeldab meditsiinitöötajalt spetsiifilisi geriaatria-alaseid oskusi ja teadmisi. Perearstil tuleks vajadusel võtta kontakti sama haiget ravivate teiste erialade arstidega, küsitleda lähedasi, et võimalik psühhiaatriline sümptomaatika (alalävine deliirium, depressioon, paranoilised mõtted, mäluhäired) välja selgitada.

Tegevused:

- Suurendada kõigi arstide ja esmatasandi spetsialistide kompetentsust eakate psüühika- ja käitumishäirete suhtes (lisada geriaatria meditsiini- ja sotsiaaltöötajate õppekavadele ning täienduskursustele), sh orienteeritust, millal patsient vajab psühhiaatri konsultatsiooni.
- Pikendada perearstidel eakale patsiendile kuluvat vastuvõtuaega.

- Lahendada ülesandeid peamiselt juhtumipõhiselt (mitte vaid juhendipõhiselt).
- Dokumenteerida erilise täpsusega sümptomaatika, sh kognitiivne defitsiit, alalävine deliirium.

Eakate ravimikasutuse regulaarne hindamine ja optimeerimine

Eakate organismis toimuvad muutused, nagu ainevahetuse aeglustumine, ainete valikuline imendumine, rakugruppide tundlikkuse muutused jm, millest johtub, et ettevaatlik tuleb olla ravimite valiku ja annustamisega. Reeglina on eakate efektiivse ravi annused väiksemad. Kindlasti tuleb arvestada asjaolu, et eakatele ordineerivad ravimeid mitme eriala arstid, mis omakorda tingib kooskõlastatuse vajaduse. Ravimite tarvitamise regulaarsust saab parandada ka eakatele kohandatud elektrooniliste abivahenditega. Kohustus on kontrollida ja koordineerida eakate ravimikasutust (200). Eakad inimesed võivad jätta ravimid ka kasutamata, sest neile on jäänud arusaamatuks ravimite manustamise vajalikkus või on nende hind liiga kõrge. Tänapäeval kasutusel olev elektrooniline retsept võimaldab määrata ravimeid ilma patsienti nägemata, siiski tuleb eelistada patsiendi seisundi vahetut jälgimist kogu ravi vältel.

Tegevused:

- Arvestada mediakamentoosse ravi puhul kõrval- ja koostoimeid ning eakate organismi iseärasusi (keskmisest väiksemad annused).
- Jälgida regulaarselt eakate ravimikasutust koostöös pere- ja koduõdedega ennetamaks ebasoovitavaid toimeid ja vigu ravimite tarvitamisel.
- Vähendada eakate ravimikasutust, eemaldades raviskeemist potentsiaalselt mittevajalikke või sobimatuid ravimeid. See eeldab osal juhtudest eaka viibimist statsionaarses (geriaatria) osakonnas.
- Tuua praktikasse 'elektroonilist mälu', so abivahendeid, mis tuletavad meelde vajalikke tegevusi, sh ravimite manustamist.
- Järgida ravis kompleksuse põhimõtet: medikamentoosne, psühholoogiline, eluviisi korrigeeriv, kehalisi haigusi arvestav, teatud taustaga patsientidel spirituaalne lähenemine.

Integreeritud hoolduse juurutamine ja koduhoolduse eelistatav rakendamine eaka tegelikke vajadusi ja perekonna võimalusi arvestades

Integreeritud hooldus on keskseks märksõnaks tänapäeva hooldusteooriates (201) ning EL projekt CARMEN defineerib seda järgmiselt: "Integreeritud hooldus on teenuste ja hooldusprotsesside hästi planeeritud ja hästi organiseeritud komplekt, mis on suunatud multiprobleemsete isikute või sarnaste vajadustega/probleemidega isikute rühma vajaduste ja probleemide lahendamisele (202). Integreeritud hooldus sisaldab nii tervishoiu- kui hoolekandeteenuseid ja eakad on üks neist haavatavatest sihtgruppidest, kellele seda peaks rakendama, kaasates ka perekondi (203) .

Viimase rahva ja eluruumide loenduse andmetel (2011) on Eestis üksi elavaid eakaid (65+) 38% (88). Eakad soovivad jääda elama oma koju harjumuspärastesse tingimustesse võimalikult kauaks ja seda peetakse üldiselt vaimse tervise kaitseteguriks (204). Seega peaks olema enamasti eelistatav koduhoolduse rakendamine, et aidata vähenenud toimetulekuvõimega eakal võimalikult kaua iseseisvalt toime tulla ja ennetada institutsionaalse hoolduse vajadust (205). Samas vajavad eakate kodud kohandamist, et

nende keskkond oleks ohutu, turvaline ja stressivaba ning nende vajadust teenuse järele tuleks varakult märgata (204,205).

Tegevused:

- Toetada üksi elavate eakate iseseisvat toimetulekut, pakkudes neile integreeritud hooldusteenust, sh koduhooldust.
- Töötada välja integreeritud hooldusteenuste kirjeldused, miinimumnõuded ja kvaliteedinõuded.
- Toetada kodus elavate eakate ohutust ja turvalisust, aidates neil kohandada oma kodust keskkonda ja kaasates innovaatilisi tehnoloogilisi abivahendeid.
- Leevendada üksi elavate eakate üksindust ja sotsiaalset eraldatust, pakkudes võimalusi suhtluseks ja kultuurielus osalemiseks.
- Tugevdada kogukonnategevusi ja -toetust ning vabatahtlikkusele põhinevat tööd, kaasates eakaid nii abi saajana kui abi andjana.
- Diferentseerida teenuste eest tasumisel eaka enda ja tema perekonna omaosalust nende võimalusi arvestavalt.

Kvaliteetsete üld- ja erihooldekodu teenuste ja kohandatud keskkonna tagamine vastava psüühika- ja käitumishäirega eakatele, spetsialiseeritud teenuste kättesaadavuse kindlustamine

Tänapäeval on valdav põhimõte, et tuleb pikendada aega, mil tervisehäirega eakat saab ravida kodus, sest uute oludega kohanemine on selles eas eriti raske ja komplitseerib haiguste kulgu. Arvutused näitavad, et koduhooldus annab kokkuvõttes ka rahalist kokkuhoidu. Kui koduhooldus ei osutu enam optimaalseks, on vaja kindlustada kvalifitseeritud tööjõuga ja adekvaatse majandusliku baasiga kohtade olemasolu hooldekodudes. Eakate hooldus nõuab delikaatsust, jälgimis- ja suhtlemisoskust, et aidata eakal inimesel saavutada ja säilitada kõrgeimat võimalikku toimetuleku ja heaolu taset, ning seda säilitada. Samas on vaja eakate eest hoolitsevaid inimesi nende ülesannetes kaitsta ja toetada. Tegevuste kompleksus annab tulemuseks eakate parema vaimse tervise ja toimetulekuvõime.

Tegevused:

- Optimeerida riiklikul tasandil eakate hooldekandeteenused.
- Jälgida maakondlikul ja kohaliku omavalitsuse tasandil, et hoolekandetasutused järgiksid põhikirjalist tegevust.
- Kohalikes omavalitsustes laiendada ja soodustada koduhoolduse võimalusi.
- Toetada diakoonia asutusi ja soodustada nende asutamist.
- Valmistada ette meditsiinasutuste ja hooldekodude personali surmateema valdamiseks.
- Viia praktikasse hooldekodude personali supervisioon.
- Sotsiaalministeeriumil avada geriaatria eriala nõuniku ametikoht sarnaselt teiste arstlike erialadega.

Tulemused:

- Psühhogeriaatria on võrdväärseks sisse viidud arstide ja esmatasandi spetsialistide õppekavadesse ning täienduskursustesse. Sotsiaalministeeriumis on avatud geriaatria nõuniku ametikoht.
- Psühhogeriaatriline kompetents on tõusnud nii diagnostikas kui ravis; vältitavaid ravikahjustusi ei esine (ravi komplekssus, ravimite annustamine, koos- ja kõrvaltoimed).
- Eakate hoolekandeteenus on riiklikul tasandil optimeeritud: kvaliteetne hoolekandeteenus ja kohandatud keskkond on kättesaadavad; koduhooldus, hingehoid ja surmaeelne teenus on soositud ja abistatud.
- Kognitiivsete häiretega ja dementsusega inimestele on kättesaadavad spetsiifilised teenused.
- Psühhogeriaatrias töötavad spetsialistid saavad supervisiooni.

Kasutatud kirjandus

1. Mental health action plan 2013-2020 [Internet]. World Health Organization; 2013. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
2. Barry MM, Jenkins R. Implementing Mental Health Promotion. Elsevier Health Sciences; 2007. 725 p.
3. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2001. Available from: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
4. Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument [Internet]. 2002. Available from: <http://praxis.ee/wp-content/uploads/2014/03/2002-Eesti-vaimse-tervise-poliitika.pdf>
5. Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions [Internet]. World Health Organization; 2005. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf
6. Mental health: facing the challenges, building solutions [Internet]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2005. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
7. Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union [Internet]. European Communities; 2005. Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
8. Vaimse tervise ja heaolu Euroopa pakt [Internet]. Euroopa Komisjon; 2008. Available from: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_et.pdf
9. Council conclusions on 'The European Pact for Mental Health and Well-being: results and future action' [Internet]. Council of the European Union; 2011. Available from: https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/122389.pdf
10. Joint Action on Mental Health and Well-being [Internet]. Available from: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/>
11. WHO | Definition of an older or elderly person [Internet]. WHO. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
12. Kasmel A, Lipand A. Tervisedenduse teooria ja praktika I. Sissejuhatus salutoloogiasse. Tallinn; 2007.
13. Eesti Vabariigi haridusseadus [Internet]. RT 1992, 12, 192; Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/123032015254>
14. Huppert FA, Baylis N, Keverne B. Introduction: why do we need a science of well-being? Philos Trans R Soc B Biol Sci. 2004;359(1449):1331-2.
15. Diener E. Subjective Well-Being. 95. 1984;3:542-75.
16. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 [Internet]. Sotsiaalministeerium; 2008. Available from: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf
17. Trivedi JK. Cognitive deficits in psychiatric disorders: Current status. Indian J Psychiatry. 2006;48(1):10-20.
18. Noortevaldkonna arengukava 2014-2020 [Internet]. Haridus- ja teadusministeerium; 2013. Available from: https://www.hm.ee/sites/default/files/noortevaldkonna_arengukava_2014-2020.pdf
19. Integreeritud teenused laste vaimse tervise toetamiseks: ennetus, varajane märkamine ja õigeaegne abi. Kontseptsioon [Internet]. Sotsiaalministeerium; 2015. Available from: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/Lapse_oigused_ja_heaolu/int_teenuste_kontseptsioon_laste_vaimse_tervise_toetamiseks_valmis_logodega.pdf
20. Wilken J-P, Hanga K, editors. Lood taastumisest ja ühiskonnas osalemisest - kogemused ja väljakutsed [Internet]. Tallinn; 2015. Available from: [http://www.communityparticipation-hu.nl/CmsData/Reports/Stories%20of%20recovery%20and%20participation%20\(EST\).pdf](http://www.communityparticipation-hu.nl/CmsData/Reports/Stories%20of%20recovery%20and%20participation%20(EST).pdf)
21. Anthony WA, Farkas MD. A Primer on the Psychiatric Rehabilitation Process. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation; 2009.
22. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.
23. Mental Health Atlas 2014 [Internet]. World Health Organization; 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua=1
24. Statistika andmebaas [Internet]. 2016. Available from: <http://pub.stat.ee/px-web.2001/dialog/statfile2.asp>
25. Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas [Internet]. Available from: <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile2.asp>
26. SHARE - Survey of Health, Aging and Retirement in Europe [Internet]. Available from: <http://www.share-project.org/data-access-documentation/research-data-center-data-access.html>
27. Keyes CLM. Mental Well-Being: International Contributions to the Study of Positive Mental Health. Springer Science & Business Media; 2012. 387 p.
28. Ustun T, Ayuso-Mateos J, Chatterji S, Mathers C, Murray C. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry. 2004;184:386-92.
29. Ustun T. The Global Burden of Mental Disorders. Am J Public Health. 1999;89(9):1315-8.
30. Kleinberg A. Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health services. [Tartu]: University of Tartu Press; 2014.
31. Aasvee K, Rahno J. Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring. 2013/2014 õppeaasta. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2015.
32. "Rahvastiku tervise arengukava (RTA) 2009-2020" 2013.-2014. aasta tulemusaruanne [Internet]. Sotsiaalministeerium; 2015. Available from: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/rta_2013-2014_aasta_tulemusaruanne.pdf

33. Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos J, Saxena S. Reducing the global burden of depression - Population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *Br J Psychiatry*. 2004;184:393–403.
34. Laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsiooni alusanalüüs [Internet]. 2015. Available from: http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/Lapse_õigused_ja_heoalu/laste_vaimse_tervise_alusanaluus_lopparuanne_pwc_13.03.2015_loplike_parandustega.pdf
35. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004. Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
36. Drew N, Funk M, Pathare S. Mental health and human rights: concepts, emerging evidence, practice. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in Collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and University of Melbourne. Geneva: World Health Organization; 2005 p. 81–8.
37. Bissonette R. The mental health gatekeeper role: a paradigm for conceptual pretest. Proposal for a preliminary test of potential effectiveness. *Int J Soc Psychiatry*. 1977;23(1):31–4.
38. Lipson SK, Speer N, Brunwasser S, Hahn E, Eisenberg D. Gatekeeper Training and Access to Mental Health Care at Universities and Colleges. *J Adolesc Health*. 2014;55(5):612–9.
39. Askell-Williams H, Murray-Harvey R. Did that professional education about mental health promotion make any difference? Early childhood educators' reflections upon changes in their knowledge and practices. *Aust J Guid Couns*. 2013;23(2):201–21.
40. Whitley J, Smith J d., Vaillancourt T. Promoting Mental Health Literacy Among Educators: Critical in School-Based Prevention and Intervention. *Can J Sch Psychol*. 2013;28(1):56–70.
41. Koolinoorte vaimne tervis. Kokkuvõte - raport [Internet]. Tallinn: Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI); 2015. Available from: http://www.suicidology.ee/public/files/koolinoorte_tervis_15.06.2015_veebilehele.pdf
42. Sisask M, Värnik P, Värnik A, Apter A, Balazs J, Balint M, et al. Teacher satisfaction with school and psychological well-being affects their readiness to help children with mental health problems. *Health Educ J*. 2014;73(4):382–93.
43. Durkee T, Kaess M, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Floderus B, et al. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*. 2012;107(12):2210–22.
44. Recupero PR, Harms SE, Noble JM. Googling Suicide: Surfing for Suicide Information on the Internet. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(6):1,478–888.
45. Westerlund M, Wasserman D. The role of the Internet in suicide prevention. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective* [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 525–32. Available from: <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A279669&dsid=-5529>
46. Berger M, Wagner TH, Baker LC. Internet use and stigmatized illness. *Soc Sci Med*. 2005;61(8):1821–7.
47. Callear AL, Christensen H, Mackinnon A, Griffiths KM, O'Kearney R. The YouthMood Project: A cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(6):1021–32.
48. Gilat I, Shahar G. Suicide Prevention by Online Support Groups: An Action Theory-Based Model of Emotional First Aid. *Arch Suicide Res*. 2009;13(1):52–63.
49. Griffiths KM, Farrer L, Christensen H. The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: a review of randomised controlled trials. *MJA*. 2010;192:S4–11.
50. Internet World Stats [Internet]. Available from: <http://www.internetworldstats.com/>
51. Wicks P, Keininger DL, Massagli MP, Loge C de la, Brownstein C, Isojärvi J, et al. Perceived benefits of sharing health data between people with epilepsy on an online platform. *Epilepsy Behav*. 2012;23(1):16–23.
52. Wagner B, Horn AB, Maercker A. Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *J Affect Disord*. 2014;152:113–21.
53. Joint Action on Mental Health and Well-being. Mental health and schools: Situation analysis and recommendations for action [Internet]. 2016. Available from: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP7%20Final.pdf>
54. Lapse õiguste konventsioon [Internet]. RT II 1996, 16, 56; Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/24016>
55. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593–602.
56. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(7):709–17.
57. Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2005. Available from: http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf
58. NICE guidelines [PH20] [Internet]. 2009. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph20>
59. Stephan SH, Weist M, Kataoka S, Adelsheim S, Mills C. Transformation of Children's Mental Health Services: The Role of School Mental Health. *Psychiatric Services*. 2007;58(10):1330–8.
60. Kutsar D. Lapse heoalu vananevas Eestis. In: Ots L, editor. *Uued ajad – uued lapsed*. Tallinn: Tallinna Ülikooli kirjastus; 2008. p. 96–111.
61. Bronfenbrenner U. Contexts of child rearing: Problems and prospects. *Am Psychol*. 1979;34(10):844–50.
62. Kutsar D. Laste heoalu [Internet]. Tallinn: Eesti Statistikaamet; 2013. 175 p. Available from: http://lasteombudsman.ee/sites/default/files/IMCE/laste_heoalu.pdf
63. Rüütel E, Sisask M, Värnik A, Värnik P, Carli V, Wasserman D, et al. Alcohol consumption patterns among adolescents are related to family structure and exposure to drunkenness within the family: Results from the SEYLE project. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(12):12700–15.

64. Lees C, Hopkins J. Effect of Aerobic Exercise on Cognition, Academic Achievement, and Psychosocial Function in Children: A Systematic Review of Randomized Control Trials. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:E174.
65. Ray M, Jat K. Effect of electronic media on children. *Indian Pediatr*. 2010;47(7):561–8.
66. Järv-Mändoja K, Käesel K, Pill E, Riis M. Vaimse tervise probleemide märkamine ja ennetamine koolis [Internet]. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2011. Available from: https://intra.tai.ee/images/prints/documents/131496820076_Vaimse_tervise_probleemide_markamine_ja_ennetamine_koolis_est.pdf
67. Uuring SA Tallinna Koolitervishoid töötavate kooliõdede oskused, vajadused ning võimalused laste ja noorukite vaimse tervise hindamisel. Tallinn: Tallinna Koolitervishoid; 2015.
68. Fox SE, Levitt P, Nelson CA. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Dev*. 2010;81(1):28–40.
69. Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D, Carli V, Sarchiapone M, Al-Halabi S, et al. Suicide prevention for youth - a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*. 2012;12:776.
70. Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J, et al. Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2010;10:192.
71. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*. 2015;385(9977):1536–44.
72. Elias MJ, Friedlander BS. The Social Decision Making and Life Skills Development Program: A Framework for Promoting Students' Social Competence and Life Skills and Preventing Violence, Substance Abuse and Related Problem Behaviors. 1994; Available from: <http://eric.ed.gov/?id=ED383967>
73. Weare K. Promoting Mental, Emotional and Social Health: A Whole School Approach. London ; New York: Routledge; 2000. 176 p.
74. Vaimse tervise edendamine haridusasutustes: käsiraamat [Internet]. MHPHands Consortium; 2013. Available from: <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/school-settings-training/sst-et/index.html>
75. Laido Z, Mark L. Vaimne tervis kui vaimne heaolu: infomaterjal noortele. Värnik A, editor. Tallinn: ERSI; 2011.
76. Ben-Arieh A. The Child Indicators Movement: Past, Present, and Future. *Child Indic Res*. 2007;1(1):3–16.
77. Bradshaw J, Keung A, Rees G, Goswami H. Children's subjective well-being: International comparative perspectives. *Child Youth Serv Rev*. 2011;33(4):548–56.
78. Heaolu arengukava 2016-2023 (tööversioon seisuga 30.09.2015) [Internet]. Sotsiaalministeerium; 2015. Available from: <http://uudised.ngo.ee/wp-content/uploads/2015/10/Heaolu-arengukava.pdf>
79. CentAR. Töötajate ja töökeskkonna mõju ajutise ja püsiva töövõimetus kujunemisel. Tallinn: Rakendusuuringute Keskus CentAR; 2015.
80. Poolamets O. Eesti meeste sotsiaalne, vaimne ja füüsiline tervis. In: Mees sotsiaaluuringu subjektina. Sotsiaalministeerium; 2007.
81. Sotsiaalministeerium. Teel tasakaalustatud ühiskonda. Naised ja mehed Eestis II [Internet]. 2010. Available from: <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/3901>
82. Haddad M. Promoting mental health in men. *Nurs Stand R Coll Nurs G B* 1987. 2013;27(30):48–57; quiz 58, 60.
83. Kasearu K, Trumm A. NEET – „Noored, kellega keegi ei arvesta ja kes kuskil ei käi“? In: Noorteseire Eestis: Poliitikaülevaade [Internet]. Tartu Ülikool, Haridus- ja Teadusministeerium, Praxis; 2013. p. 1–16. Available from: http://www.noorteseire.ee/system/resources/BAbBBlSHOgZmIjkyMDEzLzAxLzI0LzA4XzQ2XzU2XzMwMwMF9Qb2xpaXRPa2F5bGV2YWFKZV81X3ZlZWlucGRm/08_46_56_300_Poliitikauelevaade_5_veeb.pdf
84. Archive: Young people not in employment, education or training - NEET - Statistics Explained [Internet]. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Archive:Young_people_not_in_employment,_education_or_training_-_NEET
85. Benjet C, Hernández-Montoya D, Borges G, Méndez E, Medina-Mora ME, Aguilar-Gaxiola S. Youth who neither study nor work: mental health, education and employment. *Salud Pública México*. 2012;54(4):410–7.
86. Samm A. The relationship between perceived poor family communication and suicidal ideation among adolescents in Estonia [Internet]. [Tartu]: Tartu Ülikool; 2012. Available from: <http://www.ut.ee/et/uritused/algi-samm-relationship-between-perceived-poor-family-communication-and-suicidal-ideation>
87. Laste ja perede arengukava: Targad vanemad, toredad lapsed, tugev ühiskond [Internet]. Sotsiaalministeerium; 2011. Available from: http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/laste_ja_perede_arengukava_2012_-_2020.pdf
88. Statistika andmebaas [Internet]. Available from: <http://pub.stat.ee/px-web.2001/dialog/statfile2.asp>
89. Aktiivsena vananemise arengukava 2013-2020 [Internet]. Sotsiaalministeerium; 2013. Available from: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Sotsiaalhoolekanne/Eakatele/aktiivsena_vananemise_arengukava_2013-2020.pdf
90. WHO | Active ageing: a policy framework [Internet]. WHO. 2002. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
91. Võrdse kohtlemise seadus [Internet]. RT I 2008, 56, 315; 2008. Available from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/106072012022>
92. Jané-Llopis E, Gabilondo A. Mental Health in Older People. Consensus paper [Internet]. Luxembourg: European Communities; 2008. Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf
93. Wu J. European older adults' well-being and suicide in the societal and family context. [Tallinn]: Tallinn University; 2014.

94. Yur'yev A, Leppik L, Tooding L-M, Sisask M, Värnik P, Wu J, et al. Social inclusion affects elderly suicide mortality. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(Special Issue 08):1337–43.
95. Wu J, Kasearu K, Värnik A, Tooding L-M, Trommsdorff G. Associations between quality of relationships and life satisfaction of older mothers in Estonia, Germany, Russia and China. *Ageing Soc*. 2015;FirstView:1–23.
96. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Mehlum L, et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*. 2005;(16):2064.
97. Lupien SJ, Wan N. Successful ageing: from cell to self. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 2004;359(1449):1413–26.
98. Kleinberg A, Jaanson P, Lehtmets A, Aluoja A, Vasar V, Suija K, et al. Depressiooni ravijuhend perearstidele. *Eesti Arst*. 2011;90(9):431–46.
99. Vöhma Ü, Suija K, Kristjan V, Raid U. Valmis uus ravijuhend „Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitlus perearstiabis“. *Eesti Arst*. 2015;94(1):46–8.
100. Kõlves K, Värnik A, Tooding L-M, Wasserman D. Alkoholi ja narkootikumide tarvitamisharjumused prognoosivad suitsiidi. *Eesti Arst*. 2004;83:671–6.
101. Värnik A, Kõlves K, Väli M, Tooding L-M, Wasserman D. Do alcohol restrictions reduce suicide mortality? *Addiction*. 2007;102(2):251–6.
102. Alkoholi poliitika roheline raamat [Internet]. Sotsiaalministeerium; 2014. Available from: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervislik_eluviis/alkoholi_roheline_raamat-19.02.14.docx
103. Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamat [Internet]. Siseministeerium; 2014. Available from: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervislik_eluviis/valge_raamat.pdf
104. Aluoja A Author, Leinsalu M Author, Shlik J Author, Vasar V Author, Luuk K Author, Södertörns högskola I för samhälle och historia Sociologi, Originator. Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *J Affect Disord*. 2004;27.
105. Gilbody SM, Bower P. Depression in primary care. [electronic resource] : evidence and practice. Cambridge ; New York : Cambridge University Press, 2010.; 2010.
106. Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau J-H, Van Der Feltz-Cornelis C, et al. The ‘European Alliance Against Depression (EAAD)’: A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(1):51–8.
107. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry*. 2008;192(5):362–7.
108. Coppens E, Van Audenhove C, Iddi S, Arensman E, Gottebe K, Koburger N, et al. Effectiveness of community facilitator training in improving knowledge, attitudes, and confidence in relation to depression and suicidal behavior: results of the OSPI-Europe intervention in four European countries. *J Affect Disord*. 2014;165:142–50.
109. Ööpik P, Aluoja A, Kalda R, Maaros H-I. Family doctors’ problems and motivating factors in management of depression. *BMC Fam Pract*. 2006;7:64–6.
110. Scheerder G, Audenhove CV, Arensman E, Bernik B, Giupponi G, Horel A-C, et al. Community and Health Professionals’ Attitude Toward Depression: a Pilot Study in Nine Eaad Countries. *Int J Soc Psychiatry*. 2011;57(4):387–401.
111. Aluoja A Author, Shlik J Author, Vasar V Author, Luuk K Author, Leinsalu M Author. Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire: a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nord J Psychiatry*. 1999;443.
112. Depressiooni ravijuhend (Versioon 1.1 / 11.12.2002) [Internet]. Tartu Ülikooli Kliinikum; 2002. Available from: http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/ps-ravi/DEP/depressiooni_ravijuhis.htm
113. World Health Organization info package: Mastering depression in primary care. Frederiksberg: World Health Organization, Regional Office for Europe, Psychiatric Research Unit; 1998.
114. Henkel V, Mergl R, Kohlen R, Maier W, Möller H-J, Hegerl U. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ*. 2003;326(7382):200–1.
115. Ööpik P, Aluoja A, Kalda R, Maaros H-I. Screening for depression in primary care. *Fam Pract*. 2006;23(6):693–8.
116. Möller-Leimkühler A m. Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord*. 2002;71(1-3):1–9.
117. Von Korff M, Katon W, Unützer J, Wells K, Wagner E h. Improving depression care: barriers, solutions, and research needs. *J Fam Pract*. 2001;50(6):E1.
118. Wang P, Berglund P, Olfson M, Pincus H, Wells K, Kessler R. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):603–13.
119. France K. Crisis Intervention: A Handbook of Immediate Person-to-Person Help. Springfield, Illinois, USA: Charles C Thomas Publisher; 2015. 339 p.
120. Rudenstine S, Galea S. Terrorism and Its Impact on Mental Health. In: Lindert J, Levav I, editors. Violence and Mental Health [Internet]. Netherlands: Springer; 2015. p. 267–86. Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-017-8999-8_13
121. Wasserman D, editor. Suicide: An Unnecessary Death. London: CRC Press; 2001. 160 p.
122. Gould MS, Kalafat J. Crisis hotlines. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 459–62.
123. Gould MS, Kalafat J, Harrismunfakh JL, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):338–52.

124. Poijula S, Wahlberg KE, Dyregrov A. Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. *Int J Emerg Ment Health*. 2001;3(3):163–8.
125. Grad O, Clark S, Dyregrov K, Andriessen K. What helps and what hinders the process of surviving the suicide of somebody close? *Crisis*. 2004;25(3):134–9.
126. Devilly GJ, Gist R, Cotton P. Ready! Fire! Aim! The status of psychological debriefing and therapeutic interventions: In the work place and after disasters. *Rev Gen Psychol*. 2006;10(4):318–45.
127. Hines LA, Sundin J, Rona RJ, Wessely S, Fear NT. Posttraumatic Stress Disorder Post Iraq and Afghanistan: Prevalence Among Military Subgroups. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2014;59(9):468–79.
128. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet* [Internet]. 2015; Published online September 16, 2015. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615002342>
129. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*. 2011;378(9801):1515–25.
130. Walker SP, Wachs TD, Meeks Gardner J, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*. 2007;369(9556):145–57.
131. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*. 2011;378(9799):1325–38.
132. Laste- ja noorukitepsühiaatria kõrvaleriaal arengukava 2012-2020 [Internet]. 2012. Available from: http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide_erialade_arengukavad/laste-ja_noorukitepsuhiaatria_korvaleriala_arengukava.pdf
133. Vägivalla ennetamise strateegia aastateks 2015-2020 [Internet]. 2015. Available from: https://valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/vagivalla_ennetamise_strateegia_2015-2020_kodulehele.pdf
134. Akkermann K. Lapse heaolu ja vaimse tervise hindamisvahendite kaardistamine. Rakenduskaava standardiseeritud hindamisvahendite kohandamiseks Eesti praktikale. Tartu: OÜ Kognitiivse ja Käitumisteraapia Keskus; 2014.
135. Jessor R. Problem Behavior Theory: A half century of research on adolescent behavior and development. In: Lerner RM, Petersen AC, Silbereisen RK, Brooks-Gunn J, editors. *The developmental science of adolescence: History through autobiography* [Internet]. New York: Psychology Press; 2014. p. 239–56. Available from: http://www.colorado.edu/ibs/jessor/pubs/Jessor-2014_Problem%20Behavior%20Theory_AHalf-CenturyofResearch.pdf
136. Gratz KL. Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathol Behav Assess*. 2001;23(4):253–63.
137. Tan L, Wang M-J, Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, et al. Preventing the development of depression at work: a systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace. *BMC Med*. 2014;12(1):1–11.
138. Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):357–76.
139. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*. 1997;349(9064):1498–504.
140. Nystuen P, Hagen KB, Herrin J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. *Scand J Public Health*. 2001;29(3):175–82.
141. Research on Work-related Stress [Internet]. European Agency for Safety and Health at Work; 2000. Available from: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/203>
142. Seppo I, Järve J, Kallaste E, Kraut L, Voitka M. Psühhosotsiaalsete riskide levik Eestis [Internet]. CENTAR Eesti Rakendusuringute Keskus; 2010. Available from: http://www.centar.ee/uus/wp-content/uploads/2010/03/CENTAR_l6pparuanne.pdf
143. Mental health at the workplace. Situation analysis and recommendations for action. [Internet]. Joint Action on Mental Health and Well-being; 2015. Available from: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP6%20Final.pdf>
144. Johnson S, Cooper C, Cartwright S, Donald I, Taylor P, Millet C. The experience of work-related stress across occupations. *J Manag Psychol*. 2005;20(2):178–87.
145. Levin B. Managing Stress and Preventing Burnout in the Healthcare Workplace. *Career Plan Adult Dev J*. 2014;30(1):25–7.
146. Rössler W. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;262 Suppl 2:S65–9.
147. Dattilio FM. The Self-Care of Psychologists and Mental Health Professionals: A Review and Practitioner Guide. *Aust Psychol*. 2015;50(6):393–9.
148. Pakenham KI. Comment on ‘The Self-Care of Psychologists and Mental Health Professionals’ (Dattilio, 2015). *Aust Psychol*. 2015;50(6):405–8.
149. Ayres J, Carthy J, Watkeys F. Quality and effectiveness of clinical supervision: Evaluation of an occupational therapy service. *Br J Occup Ther*. 2014;77(9):447–50.
150. Hines-Martin V, Robinson K. Supervision as professional development for psychiatric mental health nurses. *Clin Nurse Spec*. 2006;20(6):293–7.
151. Ird K. Psühhika- ja käitumishäirete sagedus ning ensevigastuste riskitegurid noorte vangistatute seas Viru Vanglas aastatel 2010-2013. [Tartu]: Tartu Ülikool; 2015.
152. Macciò A, Meloni FR, Sisti D, Luigi Rocchi MB, Petretto DR, Masala C, et al. Mental disorders in Italian prisoners: Results of the REDiMe study. *Psychiatry Res*. 2015;225(3):522–30.

153. Ahven A, Klopets U, Kruusmaa K-C, Leps A, Salla J, Surva L, et al. Kuritegevus Eestis 2013 [Internet]. Justiitsministeerium; 2014. Available from: http://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/www.kriminaalpoliitika.ee/files/elfinder/dokumendid/18_kuritegevus_eestis_2013.pdf
154. Violence against women: an EU-wide survey. Main results report [Internet]. European Union Agency for Fundamental Rights; 2014. Available from: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
155. Salla J. Kriminaalpoliitika arvudes: võrdlusi statistikast ja uuringutest [Internet]. Justiitsministeerium; 2013. Available from: <http://www.kriminaalpoliitika.ee/et/kriminaalpoliitika-arvudes-vordlusi-statistikast-ja-uuringutest>
156. TNS Emor. Eesti elanikkonna teadlikkuse uuring soopõhise vägivalda ja inimkaubanduse valdkonnas [Internet]. Sotsiaalministeerium; 2014. Available from: <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/5843>
157. Eesti omastehoolduse arengukava 2013-2020. Eesti Regionaalse ja Kohaliku Arengu SA; 2012.
158. Bowker L, Price J, Smith S. Oxford Handbook of Geriatric Medicine [Internet]. Oxford University Press; 2012. Available from: <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199586097.001.0001/med-9780199586097>
159. Saks K, Kolk H, Allev R, Soots A, Kõiv K, Paju I, et al. Health status of the older population in Estonia. *Croat Med J*. 2001;42(6):663–8.
160. Chesney E, Goodwin G, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014;6(13):153–60.
161. Hansen T, Slagsvold B. The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective. *Nor Epidemiol*. 2012;22(2):187–95.
162. InterRAI tarkvara kasutuselevõtmise võimaluste analüüs. Lõppraport [Internet]. Tartu: Tartu Ülikool, Sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus (RAKE); 2011. Available from: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Sotsiaalvaldkond/interrai_tarkvara_kasutuselevotmise_voimaluste_analysys.pdf
163. Gelder M, Andreasen N, Lopez-Ibor J, Geddes J. New Oxford Textbook of Psychiatry [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2009. Available from: <https://global.oup.com/academic/product/new-oxford-textbook-of-psychiatry-9780199696758>
164. RHK-10 / V - Psüühika- ja käitumishäired [Internet]. Available from: <http://www.kliinikum.ee/psyhhaatrikliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>
165. Dementsuse ravijuhend Eestis [Internet]. Available from: <http://www.ravijuhend.ee/juhendid/ravijuhendid/88/Dementsuse-ravijuhend-Eestis>
166. Saks K, Võrk E, Tammaru M, Tiit E-M. Dementsusega inimeste hooldamise probleemid ja hooldusteenuste arendamise vajadus Eestis. Tartu; 2007.
167. O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people—redefining an age old problem in old age. *BMJ*. 2003;327(7416):664–7.
168. Kleinberg A, Aluoja A, Vasar V. Help-seeking for emotional problems in major depression : findings of the 2006 Estonian health survey. *Community Ment Health J*. 2013;49(4):427–32.
169. Haldre S, Sander V, Talvik T, Beilmann A, Nurmiste A, Sööt A, et al. Epilepsia käsitlusjuhend. *Eesti Arst*. 2003;82(2):140–9.
170. Psühhiaatria eriala arengukava kaasajastamine ja täiendamine 2012. aastal. Eesti Psühhiaatrie Selts; 2012.
171. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med*. 2013;43(4):849–63.
172. Common mental health problems: identification and pathways to care | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2011. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>
173. Garzonis K, Mann E, Wyrzykowska A, Kanellakis P. Improving Patient Outcomes: Effectively Training Healthcare Staff in Psychological Practice Skills: A Mixed Systematic Literature Review. *Eur J Psychol*. 2015;11(3):535–56.
174. Street RL, De Haes HCJM. Designing a curriculum for communication skills training from a theory and evidence-based perspective. *Patient Educ Couns*. 2013;93(1):27–33.
175. Hansson L, R Vinding H, Mackeprang T, Sourander A, Werdelin G, Bengtsson-Tops A, et al. Comparison of key worker and patient assessment of needs in schizophrenic patients living in the community:a Nordic multicentre study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103(1):45–51.
176. Lasalvia A, Ruggeri M, Mazzi MA, Dall'Agnola RB. The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 3. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(5):366–75.
177. Chorpita BF, Daleiden EL, Ebesutani C, Young J, Becker KD, Nakamura BJ, et al. Evidence-Based Treatments for Children and Adolescents: An Updated Review of Indicators of Efficacy and Effectiveness. *Clin Psychol Sci Pract*. 2011;18(2):154–72.
178. Wilken J-P, Hollander D. Kuidas klientidest saavad kodanikud. Taastumise ja kaasatuse toetamine CARE metoodika abil. DUO Kirjastus; 2015.
179. Wilken J-P. Recovering Care. A contribution to a theory and practice of good care. Amsterdam: SWP Publisher; 2010.
180. Tamminen T, Räsänen E. Haiguste ennetamine. In: Laste- ja noortepsühhiaatria. Tallinn: Medicina; 2006.
181. Piha J. Perekonna tähtsus. In: Laste- ja noortepsühhiaatria. Medicina; 2006.
182. Enesetappude ennetamine: Ennetusmeetmed töökohal [Internet]. Tallinn: Eesti-Rootsi Vaimse tervise ja Suitsidoloogia Instituut (ERSI); 2006. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/resource_work_estonian.pdf
183. Vaimse tervise häirega inimesed tööturul [Internet]. Tallinn: Poliitikauringute Keskus Praxis; 2015. Available from: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Toovaldkond/tp_f-too_loppraport_praxis_v_1505.pdf

184. Kleinberg A, Aluoja A, Vasar V. Depressiooni ja ärevuse esinemine Eesti inimestel: depressiivse häire hetkelevimus, depressiivsuse ja ärevuse levimuse muutus kümne aasta jooksul. *Eesti Arst*. 2008;88(Lisa 2):80–6.
185. Cuijpers P, De Wit L, Weitz E, Andersson G, Huibers MJH. The Combination of Psychotherapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Adult Depression: A Comprehensive Meta-Analysis. *J Evid-Based Psychother*. 2015;15(2):147–68.
186. Arensman E, Koberger N, Larkin C, Karwig G, Coffey C, Maxwell M, et al. Depression Awareness and Self-Management Through the Internet: Protocol for an Internationally Standardized Approach. *JMIR Res Protoc*. 2015;4(3):e99–e99.
187. Reinap M, Lai T, Janno S, Tamme T, Tamm T. Vaimse tervise interventsioonide majanduslik kulutõhususe hindamine [Internet]. 2005. Available from: <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/60>
188. Mäe K. DUO-tugigruppide edulood: Hea praktika kogumik. Tartu: Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing; 2011.
189. Wilken J-P, Hollander D den. *Rehabilitation and Recovery: A comprehensive approach*. Amsterdam: SWP Publishers; 2013. 264 p.
190. Farkas M, Anthony WA. Psychiatric rehabilitation interventions: A review. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(2):114.
191. Hollander D den, Wilken J-P. *Supporting Recovery and Inclusion*. Amsterdam: SWP Publishers; 2015. 190 p.
192. Wade DT, Halligan PW. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ*. 2004;329(7479):1398–401.
193. Katon WJ, Lin EHB, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, et al. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. *N Engl J Med*. 2010;363(27):2611–20.
194. Kontrollkäigu kokkuvõte SA Viljandi Haigla [Internet]. Õiguskantsler; 2012. Available from: http://oiguskantsler.ee/sites/default/files/field_document2/kontrollkaigu_kokkuvote_viljandi_haigla_pshhiaatrikliinik_ni ng_oiendus-hoolduskeskus.pdf
195. Brugha T, Singleton N, Meltzer H, Bebbington P, Farrell M, Jenkins R, et al. Psychosis in the Community and in Prisons: A Report From the British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Am J Psychiatry*. 2005;162(4):774–80.
196. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002;359(9306):545–50.
197. Kerkhof A, Blaauw E. Suicide in prisons and remand centres: Screening and prevention. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 267–72.
198. WHO | Mental health and older adults [Internet]. WHO. 2015. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>
199. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011;10(4):430–9.
200. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntutu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:51.
201. Kodner L D, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care* [Internet]. 2002;2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/>
202. Banks P. Policy Framework for Integrated Care for Older People. Developed by the CARMEN Network [Internet]. London: Kings's Fund/EHMA; 2004 p. 1–37. Available from: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/policy-framework-integrated-care-older-people-developed-carmen-network-penny-banks-1-august-2004.pdf
203. Pikaajalise hoolduse korraldus Eestis: Hoolekande ja õendusabi teenuste osutamine [Internet]. EGGA juhatus; 2006. Available from: http://www.egga.ee/Integreeritud_hoolduse_korraldus_Eestis.pdf
204. *Mental Health Promotion: Older People's Residential Setting Handbook*. MHP Hands Consortium; 2013.
205. Tulva T, Medar M, Leppik L, Bugarszki Z, Wu J, Kriisk K, et al. Kogukonnapõhine toetus üksi elavate eakate toimetuleku tagamiseks ja institutsionaalse hoolduse ennetamiseks [Internet]. Tallinn: Tallinna Ülikool; 2015 p. 1–74. Available from: <https://www.etis.ee/Portal/Publications/Display/886ad5bc-7174-4d37-a88f-a8ec5fbf5974>

Lisa 1. Vaimse tervise strateegia 2016-2025 koostamise ja kaasamise protsess.

