

Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine

Vaimse tervise valdkonna aruanne



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks

2017

Uuringu tellis Riigikantselei koostöös Sotsiaalministeeriumiga. Uuringu teostamine on rahastatud ühtekuuluvusfondide 2014-2020 rakenduskava prioriteetse suuna 12 „Haldusvõimekus“ meetmest 12.2 „Poliitikakujundamise kvaliteedi arendamine“.



RIIGIKANTSELEI



SOTSIAALMINISTEERIUM

Autorid

Vootele Veldre

Laura Aaben

Ülla-Karin Nurm

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



Poliitikauuringute Keskus Praxis

Tornimäe 5, III korrus

10145 Tallinn

tel 640 8000

www.praxis.ee

praxis@praxis.ee

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Veldre, V., Aaben, L., Nurm Ü-K. (2017). Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Vaimse tervise valdkonna aruanne. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis

Sisukord

Uuringu tulemuste lühikokkuvõte	4
Uuringu metoodika.....	5
1. Vaimse tervise poliitika kontekst ja käsitlus Rahvastiku tervise arengukavas	7
1.1. Olukord RTA koostamise eel ja ajal.....	7
1.2. Vaimse tervise käsitlus RTA tegevussuunal 'Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused'	11
1.3. Vaimse tervise käsitlus RTA tegevussuunal 'Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng'	11
1.4. Vaimse tervise käsitlus RTA tegevussuunal 'Tervislik eluviis'	12
1.5. RTA vaimse tervise käsitluse asjakohasuse analüüs	13
2. Vaimse tervise valdkonnas planeeritud ja ellu viidud tegevused.....	18
2.1. Tegevussuund 'Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused'	18
2.2. Tegevussuund 'Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng'	25
2.3. Tegevussuund 'Tervislik eluviis'	34
2.4. Tegevuste eesmärgipärasuse analüüs	43
3. Saavutatud muutused.....	50
3.1. Muutused elanikkonna vaimses tervises.....	50
3.2. Vaimse tervise indikaatorid RTA-s	53
4. Kokkuvõte.....	56
4.1. Koondjärelused ja soovitused.....	58
Lisa 1. Norra kogemus vaimse tervise valdkonna strateegilisel juhtimisel	60
Lisa 2. Vaimse tervise indikaatorite süsteem Kanadas	64
Lisa 3. Ekspertide süvaintervjuude kavad.....	67
Lisa 4. Analüüsi hõlmatud dokumendid	68

Uuringu tulemuste lühikokkuvõte

Analüüsid RTA raames planeeritud ja teostatud vaimse tervise valdkonda hõlmavaid tegevusi ning valdkonnas toimunud arenguid, jõudis uurimismeeskond järgmiste peamiste **järeldusteni**:

1. Kuigi ühelt poolt on RTA toel astunud viimastel aastatel vaimse tervise vallas kvalitatiivse nihke saavutamiseks märgilisi samme, on vaimset tervist toetavate teenuste süsteem Eestis jätkuvalt killustunud, selle rahastamine on tugevalt kaldu eriarstiabi poole (ning ka see abi pole kaugeltki piisav).
2. Eestis puudub tänaseni selge kontseptsioon ja sektoriteülene regulatsioon vaimse tervise teenuste osutamiseks, mis sätestaks lisaks ravi-, rehabilitatsiooni- ja tugiteenustele ka tegevused vaimse tervise edendamiseks ning vaimse tervise häirete ennetamiseks.
3. RTA-s on adresseerimata enamus valdkonna võtmeprobleemidest – vajadus korrastada vaimset tervist toetavate teenuste süsteemi; vajadus ette valmistada suuremas mahus spetsialiste ja rakendada neid süsteemis võimalikult optimaalselt; vajadus uuendada vaimse tervise teenuste rahastamis-süsteemi.
4. Eestis vaimse tervise poliitika 2002. aastal valminud alusdokumendis toodud soovitus ei ole tänaseni süsteemse rakendamiseni jõudnud.
5. Senine poliitikakujundamine vaimse tervise valdkonnas tuleb hinnata mitterahuldavaks, kuna muutuste juhtimisel valdkonnas ei ole Sotsiaalministeerium võtnud aktiivset ja kaasavat liidrirolli. Rahastatud on küll mitmeid olulisi projekte, kuid tegevuste initsiatiiv ja teostus on tulnud enamasti väljastpoolt valitsussektorit. Sageli on olulised arengud valdkonnas seostatavad konkreetsete üksikisikute panuse ja eestvedamisega.

Peamised **soovitused** vaimse tervise valdkonna RTA-s käsitlemiseks edaspidi:

1. Vaimse tervise valdkond vajab süsteemset poliitikakujundamist, kuna valdkonna ees seisvad probleemid on keerukad ja nende lahendamine eeldab nii tervishoius kui mitmetes teistes süsteemides oluliste muutuste teostamist. Seetõttu soovitame tegevuste planeerimiseks ja elluviimiseks luua RTA vaimse tervise tegevusprogramm ja/või töötada välja vaimse tervise poliitika roheline raamat.
2. RTA vaimse tervise programmi väljatöötamisel soovitame lähtuda 2016. aastal valminud Vaimse tervise ja heaolu strateegias esile tõstetud põhimõtetest, sh
 - a. keskenduda vaimse tervise probleemide varase märkamise süsteemi kujundamisele kogu elukaare ulatuses;
 - b. seostada märkamissüsteem tervishoiu- ja sotsiaalteenustega;
 - c. jõuliselt parandada psühholoogilise-psühhiaatrilise abi kättesaadavust.
3. Töötada välja terviklik vaimse tervise valdkonna seiresüsteem, mis tagab regulaarsete vaimse tervise uuringute läbiviimise. Täna RTA-s kasutusel olevad vaimse tervise indikaatorid (ja teised sarnased täna Eestis kättesaadavad statistilised andmed) ei võimalda vaimse tervise valdkonna vajadusi ja toimuvaid muutusi terviklikult seirata.

Uuringu meetodika

Uuringu eesmärgiks oli vastata järgmistele küsimustele:

1. Kuivõrd põhjendatud ja realistlikud olid arengukavas planeeritud eesmärgid ja millisel määral eesmärgid saavutati?
2. Kuivõrd objektiivsed ja mõõdetavad olid arengukavas planeeritud indikaatorid ja kui realistlikud sihttasemed? Millisel määral indikaatorid täideti?
3. Kuivõrd aitasid planeeritud meetmed ja elluviidud tegevused saavutada arengukavas püstitatud eesmäärke? Juhul, kui arengukavas seatud eesmäärke ei saavutatud, siis millised on selle võimalikud põhjused?
4. Millised muudatused arengukava eesmärkides, indikaatorites ja tegevustes on vajalikud, et tulevikus saavutada arengukava eesmärgid?

Uurimisküsimustele vastuste leidmiseks kasutati järgmisi uurimismeetodeid: (a) dokumendianalüüs; (b) statistiline andmeanalüüs; (c) süvaintervjuud ekspertidega; (d) grupiarutelu ekspertidega; (e) ekspertide ja tellija uuringuraporti kvaliteedikontroll.

Dokumendianalüüs

Dokumendianalüüsi peamise osa moodustasid Rahvastiku tervise arengukava dokumendid (sh algne 2008. aastal koostatud ja 2012. aastal täiendatud versioon), rakendusplaanid ja iga-aastased tegevuskavad ja aruanded, kokku 34 dokumenti. Dokumentidele tuginedes koostati ülevaade vaimse tervise valdkonnas planeeritud ja ellu viidud tegevustest ning analüüsiti nende vastavust RTA-s seatud eesmärkidele ja prioriteetidele. Kõik analüüsi kaasatud dokumendid on loetletud lisa 4.

Statistiline andmeanalüüs

Statistilise andmeanalüüsi teostamiseks kasutati Tervise Arengu Instituudi, Statistikaameti ja OECD andmeid. Analüüsi kaasati andmeid, mis võimaldasid hinnata eelkõige indikaatorite saavutustasemeid ja tegevuste tulemuslikkust.

Süvaintervjuud ekspertidega

Koostöös uuringu tellijaga lepiti kokku intervjueeritavate nimekiri, kuhu kuulus kaks Eesti eksperti ja üks välisekspert Norrast, kellega viidi läbi individuaalne süvaintervjuu 2016. aasta kevad-suvel. Intervjuud helisalvestati ja transkribeeriti. Ühe intervjuu kestvuseks oli ligikaudu 1 tund ja intervjuu viidi läbi laiendatud poolstruktureeritud intervjuukava alusel (vt lisa 3). Intervjueeritavatega sõlmiti kokkulepe, et nende nimesid vastavas uuringuraportis ei avalikustata. RTA vahehindamise koondraporti lisa loetletakse tähestikulises järjekorras kõik ekspertide nimed, kes olid uuringusse kaasatud.

Grupiarutelud ekspertidega

Koostöös uuringu tellijaga lepiti kokku grupiarutellusse kaasatud ekspertide nimekiri, kuhu kuulus 10 eksperti, kes kõik esindasid erinevaid vaimse tervise ennetuse ja ravi valdkonnas tegutsevaid asutusi. Ekspertide gruppi moodustades peeti silmas, et osalejatel oleks seos arutletava teemaga ja samuti püüti arvestada, et osalejad oleksid piisavalt homogeensed oma tausta, kuid mitte arvamuste poolest. Samuti

valiti osalejateks eksperdid, kes suudavad esitada üldistusel põhinevaid seisukohti ning mitte jääda üksikute näidete tasandile.

Grupiarutelule eelnevalt saadeti kõigile kutsututele tutvumiseks käesoleva raporti mustandversioon. Arutelu toimus augustis 2016, kestis kaks tundi ja osalesid 7 asutuse eksperdid. Osalejatega arutleti raportis esitatut üle ning osalejad said teha ettepanekuid raporti muutmiseks ja täiendamiseks. Grupiarutelu viidi läbi poolstruktureeritult – arutelule oli ette nähtud kindel struktuur arutelu teemade osas, kuid kavas jäeti ruumi ka osalejatele teemapüstitusteks. Kuigi ühelt poolt oli grupiarutelu vestlus asetatud kindlatesse raamidesse, andis ta samas vabaduse osalejatele arvamuste ja kontseptsioonide vabaks sõnastamiseks lähtuvalt grupiliikmete endi prioriteetidest.

Ekspertide ja tellija uuringuraporti kvaliteedikontroll

Uuringuraporti mustandversioon saadeti kirjaliku tagasiside kogumiseks uuringu tellijatele, intervjuueeritud Eesti ekspertidele ja grupiarutelus osalejatele. Erilist tähelepanu paluti tagaside andmisel pöörata faktivigadele ja muudele puudustele, mida tuleks raportis parandada. Vastava tagasiside andsid raportile Sotsiaalministeeriumi, Tervise Arengu Instituudi, Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituudi ja Tallinna Lastehaigla esindajad. Saadud tagasisidele tuginedes tehti raportis muudatused ja esitati tellijale lõplik uuringu raport.

1. Vaimse tervise poliitika kontekst ja käsitus

Rahvastiku tervise arengukavas

1.1. Olukord RTA koostamise eel ja ajal

Vaimse tervise temaatika pälvis RTA koostamise eel ja ajal jõulist tähelepanu nii Euroopas kui ka mujal maailmas. 2005. aastal võttis Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) vastu vaimse tervise deklaratsiooni ja tegevuskava, samal aastal valmis esimese vastusena sellele Euroopa Komisjoni eestvedamisel roheline raamat „Elanikkonna vaimse tervise edendamine: Euroopa Liidu (edaspidi EL) vaimse tervise strateegia suunas”. (7, 8) Pärast rohelse raamatu avaldamist võeti 2008. aastal toimunud vaimset tervist käsitleval ELi konverentsil vastu vaimset tervist käsitlev Euroopa pakt. (23) Euroopa Komisjoni algatusel käivitati 2013. aastal vaimse tervise ja heaolu ühismeede eesmärgiga luua vaimse tervise poliitika tegevusraamistik. (6, 21) WHO poolt võeti aastal 2013 vastu „Vaimse tervise tegevuskava 2013–2020”. (24)

RTA koostamise eelsel perioodil olid vaimse tervise süsteemi käsitlused Eestis pigem kitsad ehk teenuse- või kutseala-kesksed. Olulisima tervikliku käsitlusega koostöös sidusrühmadega koostatud **Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument valmis juba 2002.** (3) Selles toodi välja järgmised probleemkohad:

1. Vanemate ja lastega tegelevate spetsialistide (nt õpetajad, lasteaiakasvatavad) oskused ja ajaressurss on lastega toimuva (nt erinevat liiki vägivald, kõnehäired) märkamiseks vähene, mille tõttu jääb abistamine hiljaks. Samuti on probleemiks ebapiisav varane ennetav tegevus probleemsete peredega ning puudub mudel töötamiseks väärkoheldud lastega;
2. Alaealiste narkomaaniaprobleemid on seotud nii õigeaegselt ravimata jäänud psüühika- ja käitumishäirete kasvu, kohase õpiabi puudumise (nt hüperaktiivsed lapsed) kui ka perede kehva majandusliku olukorraga;
3. Laste vaimse tervise probleemid on suures osas tingitud lastega tegelemise vähesest väärtustamisest. Probleemiks on lastega töötavate psühholoogide, lastepsühhiaatriliste ravi- ja diagnostikameeskondade, sotsiaaltöötajate, koolipsühholoogide ja logopeedide vähesus;
4. Erivajadustega laste õppimis- ja ravivõimalused on praktikas terviklikult lahendamata (nt käitumishäirete või spetsiifiliste õpiraskustega lapsed);
5. Võrreldes teiste Euroopa riikidega iseloomustab Eesti eakaid dementsuse ja depressiivsuse väga suur esinemissagedus, kuid mainitud probleemidega eakate ravi- ja hooldusvõimalused on välja arendamata;
6. Koduses keskkonnas eakate toimetulekut toetavad teenused on välja kujundamata ja olemasolevate hulk piiratud. Vähesed võimalused aktiivseks tegevuseks ja ühiskonnas osaluseks põhjustavad läbi tõrjutuse, abituse, väärtusetuse ja üksinduse eluga rahulolematuse tunde;
7. Rahaliste ressursside piiratusest tulenevalt on võimalik abi ja toetust pakkuda ainult ligikaudu 45%-le abi vajavatest raske ja pikaajalise psüühilise erivajadusega täiskasvanutest. Eelkõige on puudus toetatud elamise, töötamise, igapäeva elu toetamise ja ka õppimise võimalustest;
8. Välja töötamata on efektiivne toetusvõrgustik neile inimestele, kes kannatavad ebastabiilse kuluga psüühikahäire tõttu või kellel on psüühhoos avaldunud esmakordselt. Kohaliku tasandi kriisiabi võrgustik raske ja sügava psüühilise erivajadusega inimestele on läbi mõtlemata ning kirjeldamata;

9. Eesti tööealise elanikkonna probleemiks on üldine psüühiline stress ning sagenevad meeleoluhäired nagu depressioon ja ärevushäired. Depressioon (eriti koos alkoholi kuritarvitamisega) on üheks peamiseks suitsiidi põhjuseks. Stressis olevate inimeste hulk Eestis on 87%, 70% inimestest puutub kokku tugeva pingelise stressiga kord aastas, 14% on pidevas pingelises stressis, 38% elanikkonnast on stress tingitud töökeskkonnast;
10. Vähe on teadvustatud kinnipidamisasutustes viibijate, pagulaste, piinamis- ja vägivaldaohvrite, sõjaväeteenistujate jt sarnaste sihtrühmade vaimse tervise teenuste vajadus ja abi osutamise põhimõtted (nt kriisiabi, nõustamine, hingehoid). Tegemist on väga heterogeense grupiga, kus teenuste kujundamise teeb keerukaks vajadus arvestada nii keele, kultuuritausta kui väga erineval tasemel toimetulekuoskuste tasemega;
11. Puudub suitsiidkatse teinute ravi- ja nõustamissüsteem (psühhiaatriline abi, psühholoogiline nõustamine, psühhoteraapia, eneseabi ja suitsiidi sooritanute lähedaste tugigrupid);
12. Puudub nii täiskasvanute kui ka laste ja noorukite jaoks terviklik ravi- ja rehabilitatsioonivõrgustik. Võimalused on erinevad regiooniti, laste ja noorukite jaoks puudulikud võrreldes täiskasvanutega.
13. Suhteliselt hästi on arenenud eneseabigrupid alkoholsõltuvusega inimeste jaoks, kuid sarnased võimalused muude ainete kasutajate jaoks sisuliselt puuduvad. Kinnipidamisasutustes puuduvad võimalused saada abi sõltuvushäirete puhul;
14. Eesti vaimse tervise teenuse üldine probleem on selle alatähtsustamine, vähene kättesaadavus, alternatiivide vähesus ja puudulik informeeritus teenuste võimalusest. Teenus erineb piirkonniti ja kvaliteedilt. Professionaalne kvaliteet on valdkonniti ebahühtlane, selle regulaarset hindamist sarnastel alustel ei toimu;
15. Vaimse tervise teenuse kvaliteeti ei saa tagada, kuna abipakkujaid ei ole piisavalt. Käesoleval ajal puuduvad võimalused vajaliku arvu psühhiaatrite ja psühhiaatriaõdede koolitamiseks ja neile töökohtade loomiseks. Sotsiaalhoolekande vallas on vähe spetsialiste erivajadustega inimeste ühiskonda integreerimiseks. Abiandjate vähesus on seotud madalate palkadega kõikides valdkondades (sotsiaalabi, tervishoid, haridussüsteem), mis ei motiveeri töötama. Ebaefektiivne ja madalakvaliteediline teenus on sageli seotud valede tööpõhimõtete või läbipõlenud personaliga.

Dokumendis sedastatakse, et heatasemeline vaimse tervise teenus vajab erinevatest spetsialistidest meeskonda, mis moodustab abi vajavat inimest ümbritseva võrgustiku. Diagnoosimine, ravi ja rehabilitatsioon on tulemusrikas siis, kui on piisavalt palju psühholooge, sotsiaaltöötajaid, psühhiaatreid ja neid toetavaid spetsialiste (nt pedagoogid, psühhiaatriaõded, logopeedid, hingehoidjad, kaplanid, tegevusterapeudid, kutsenõustajad jne).

Alusdokumendis visioneeriti viis peamist lahendussuunda probleemide süsteemseks lahendamiseks:

1. Elanikkonna teavitamine, vaimse tervise alane edendus- ja ennetustöö;
2. Abiandjate erialase taseme tõstmine: koolitus, tööalane nõustamine ja motiveerimine;
3. Ühtlase teenustevõrgustiku loomine;
4. Paindlik selge vastutusega koostöö, seadusandluse kohandamine ja kvaliteedi tagamine;
5. Rahastamise suurendamine ja ümberkorraldamine.

Eelpool kirjeldatud probleemkohti on markeeritud nii 2008. aastal koostatud RTA-s (vt ka järgnevaid alapeatükke) kui ka mitmetes hiljem valminud analüüsides. Näiteks on RTA-s nimetatud lastepsühholoogide, lastepsühhiaatriliste ravi- ja diagnostika-meeskondade, sotsiaaltöötajate, koolipsühholoogide ja

logopeedide pakutava abi ebapiisavat kättesaadavust. Samuti nenditakse, et vaimse tervise teenuste süsteem on killustatud, teenused ei ole piisavalt kättesaadavad ega pruugi vastata inimeste vajadustele ning et elanike vähene teadlikkus ja eelarvamused pärsivad õigeaegse abi jõudmist abivajajani.

2012. aastal valminud *Vaimse tervise teenuste kaardistamise ja vajaduste analüüsis* (1) toodi välja, et **Eestis puudub selge kontseptsioon ja sektoriteülene regulatsioon vaimse tervise teenuste osutamiseks, mis sätestaks lisaks ravi-, rehabilitatsiooni- ja tugiteenustele ka tegevused vaimse tervise edendamiseks ning vaimse tervise häirete ennetamiseks.** Depressiooni ja teiste vaimse tervise häirete hindamist esmatasandil rutiinselt ei toimu. Eriti vähe tähelepanu leiab laste vaimse tervise süstemaatiline hindamine ning laste vaimse tervise teenuste vähene kättesaadavus.

Laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsiooni hankedokumendis nenditi, et saab väita, et **laste vaimse tervise edendamise ja probleemide märkamisega seotud spetsialistide omavaheline koostöö tugineb heal tahtel, kuid puudub kohustus ja ka formaalsed ning õiguslikud mehhanismid info vahetamiseks ja efektiivseks koostööks.** Üheks oluliseks takistuseks on peetud ka tervisega seotud informatsiooni konfidentsiaalsuse nõudest tulenevaid piiranguid, mis takistab teiste valdkondade spetsialistide kaasatust. (26)

2014. aastal avaldatud vigastuste ennetamise rakkerühma aruandes on sedastatud, et enese vastu suunatud vägivallale vastamiseks puudub hetkel selge riiklik koordineerimine ja tegevuskava probleemiga tegelemiseks.(28) Vaimse tervise edendamisega seoses on käimas üksikud projektid, toimub pigem n-õ tule kustutamine; tervikvaade puudub. **Enesetappude puhul on olulise riskigrupina tähelepanuta jäänud eakad.** Rakkerühm ei pidanud võimalikuks välja pakkuda selgeid juhiseid olukorra parandamiseks, kuna pole täpsemalt teada enesetapja profiil. Küll aga **tegi rakkerühm ettepaneku täiendada Rakkerühma RTA rakendusplaani lisaks üldistele vaimse edendamisele suunatud meetmetele ka enesetappude ennetamisele suunatud meetmetega,** kuna vaimse tervise teema, sh enesetappude ennetamine on SoMi haldusalas. Samuti leiti, et vaja on koolitada esmatasandi tervishoiutöötajaid (ka hooldajaid, õdesid ja sotsiaaltöötajaid), et nad märkaks psüühiliste probleemidega inimesi ja oskaks inimesi vastava valdkonna eriarstile edasi suunata. Tõhusa ennetustegevuse planeerimiseks peeti vajalikuks määratleda enesetapja profiil, sh olulised riskitegurid, mis enesetapuni viivad. Rakkerühma aruandes rõhutatakse, et tähelepanuta ei tohi jätta ka mitte surmaga lõppevaid enesevigastamisi, mille puhul riskigrupp on enesetapu sooritanutest erinev. Enese tahtlik vigastamine viitab ilmselgelt psüühilistele probleemidele ning sellised inimesed vajavad abi enne, kui korduvad enesevigastamised enesetapuga kulmineeruvad.

PwC 2015. aastal valminud *Laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsiooni alusanalüüsi* kohaselt **keskendub Eesti teenustesüsteem eelkõige tagajärgede likvideerimisele** (ravi ja rehabilitatsioon) probleemide ennetuse (universaalne ennetus, varajane märkamine ning sekkumine) asemel. (13) Tegevuste rahastus on valdavalt suunatud kolmandase sekkumise tasandile, mis tegeleb juba tõsiste probleemide kahjude vähendamiselega. Lisaks on sekkumiste finantseerimine valdavalt projektipõhine, mis aga ei taga järjepidevust ning teenust osutavate spetsialistide seas vajalikku kindlust tuleviku osas. **Laste vaimse tervise valdkonda ei ole seni keskselt juhitud ega arendatud ning riigil puudub ühtne vaimse tervise poliitika.** Sellest tulenevalt pole erinevates valdkondades teostatavad tegevused ning sekkumised strateegiliselt planeeritud ega omavahel koordineeritud ning samuti on erinevate sekkumiste tulemuslikkuse hindamine puudulik. Riigil ei ole valdkonnas tegutsevatest suurest hulgast erinevatest teenusepakkujate ja spetsialistide tegevusest, selle kvaliteedist ning tulemuslikkusest selget ülevaadet. Teenuseosutajate üle ei teostata süsteemset järelevalvet ning tihti ei eksisteeri ka teenusstandardeid, mis võimaldaks kvaliteeti tagada. Samuti puudub ka mehhanism tagamaks, et vaimse tervise probleemi lahendamiseks koostatud tegevuskava lapse igapäevases keskkonnas järgitakse (juhtumikorraldus, järelevalve). Riik tugineb liigselt mitteformaalsele märkamisele

ning esmatasandil ei ole rakendatud universaalset skriiningut tuvastamaks võimalikke probleeme õigeaegselt. **Probleemi süvendab asjaolu, et enamiku ennetustegevuste puhul ei ole paika pandud selgeid sihtrühmi koos tulemusmõõdikutega, mistõttu ei ole ennetustegevuse tulemused jälgitavad ning selle mõju hinnatav.** Kuna ajalooliselt on pigem keskendunud kolmandasele sekkumisele, on esmatasandi panus tagasihoidlik – seetõttu alustavadki abivajajad tihti psühhiaatri juurest, kes selekteerib välja abivajaja tegeliku probleemi ning suunab võimaliku lahendajani. Selline süsteem põhjustab intensiivse ravi kättesaadavuse olulise vähenemise selle tegelikele abivajajatele ning on väga ebaefektiivse ressursikasutusega.

Eelnenust peegeldub, et **Eestis vaimse tervise poliitika 2002. aastal valminud alusdokumendis toodud soovitused ei ole tänaseni süsteemse rakendamiseni jõudnud.** Psühhiaatria arengukavas (2012) sedastatuna sumbus vaimse tervise poliitika alusdokument ametnike ja poliitikute ükskõiksusesse. (2)

RTA-s leiab vaimse tervise teemavaldkond küll käsitlemist ja eesmärgistamist, ent selgepiirilisel see eristatud ei ole. Kuigi laiemas käsitluses on kõik RTA valdkonnad ühel või teisel viisil vaimse tervisega seotud, on uurimismeeskonna hinnangul seos kõige vahetum kolmes RTA valdkonnas: *'Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused'*, *'Laste ja noorte turvaline ja tervislik areng'* ning *'Tervislik eluviis'*.

Arengukava üldkäsitluses on fookus suitsiididel ja psüühika- ja käitumishäiretel – ühelt poolt on nenditud, et enesetappudest tingitud surmajuhtumite arv on vähenenud, kuid teisalt markeeritakse, et „seni tagaplaanil olnud haigusrühmadest tõusevad üha enam esiplaanile vaimse tervise häired, psühhiaatrilised haigused“ (RTA 2008, lk 9).

Kasutades käesolevas raportis terminit „vaimne tervis“, mõistavad selle töö autorid seda võrdlemisi laias tähenduses. Võttes aluseks Vaimse tervise ja heaolu strateegias (lk 13) toodud definitsiooni, hõlmab termin kogu spektrit vaimse tervise häiretest vaimse heaoluni ja positiivse vaimse terviseni, mida iseloomustab indiviidi ja elanikkonna psühholoogiline heaolu, kompetentsus ja säilenõtkus ning mis võimaldab inimestel maksimaalselt realiseerida enda võimeid, tulla toime pingetega elus, tegutseda tulemuslikult ja anda oma panus ühiskondlikku ellu. Avarast käsitlusest johtub ka raporti autorite arusaam, et vaimse tervise häirete ennetuse ja ravi kõrval on võrdväärset olulised vaimse tervise edendamise tegevused suunatuna positiivse vaimse tervise edendamisele ja selle kaitsmisele.

1.2. Vaimse tervise käsitus RTA tegevussuunal 'Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused'

RTA-s on tegevussuuna 'Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused' kirjelduse all markeeritud järgmist: „Vaimne tervis on tihedalt seotud üldise heaolu ja ühiskonna sidususega, muutused ja probleemid ühiskonnas kajastuvad ka halvenenud vaimse tervise näitajates. Eelarvamused ja teenuste vähene kättesaadavus põhjustavad olukorra, kus vaimse tervise probleemid saavad sageli ka sotsiaalse tõrjutuse ja toimetulekuraskuste põhjustajaks. Ühiskonna hoiakute muutmise ning teenuste arendamise läbi on võimalik ära hoida vaimse tervise probleemide akumuleerumist ja leevendada nende mõju inimeste toimetulekule.“

Tegevussuuna peamiste probleemide kirjelduses käsitletakse vaimse tervise valdkonna probleeme lühidalt ja pealiskaudselt: „Vaimse tervise teenuste süsteem on killustatud, teenused ei ole piisavalt kättesaadavad ega pruugi vastata inimeste vajadustele. Vähene teadlikkus ja eelarvamused pärsivad õigeaegse abi jõudmist abivajajani.“

Tegevussuunale on seatud kaks prioriteeti (sotsiaalse ebavõrdsuse vähendamine tervises ning gruppide ja kogukondade võimestumine), millest kumbki ei ole otseselt suunatud eelnevalt kirjeldatud vaimse tervise valdkonna probleemide leevendamisele.

Kuigi kaudsemaid seoseid vaimse tervise teemavaldkonnaga võib leida mitmete sotsiaalse sidususe ja võrdsed võimalused valdkonna alaeasmärkide saavutamise indikaatoritega, on neist vaimse tervise kõige vahetumalt seotud suitsiidikordaja (vaimse tervise indikaatoreid on detailsemalt käsitletud peatükis 3.2).

Valdkonna alaeasmärkide saavutamiseks on vaimse tervise edendamise ja raviga kõige otsesemalt seotud RTA rakendusperioodi 2009–2012 meede 8 (M8): „Edendada inimeste vaimse tervise alast teadlikkust, sh suunates tähelepanu depressiooninähtude varajasele äratundmisele ja kvaliteetsete teenuste kättesaadavuse tagamisele“. Perioodil 2013–2016 on tegevused kaetud meetmega 3 (M3): „Inimeste vaimse tervise toetamine“. Konkreetseid tegevusi on käsitletud peatükis 2.1.

1.3. Vaimse tervise käsitus RTA tegevussuunal 'Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng'

Selle valdkonna kirjelduses on vaimset tervist otseselt markeeritud vaid üksikutest kohtades, kuid kogu laste ja noorte tervise käsitus, sh lapse- ja noorukiea mõju inimese tervisele kogu edasise elukaare vältel on üheselt asjakohane ka vaimse tervise seotult. Valdkonna probleemide all on vaimse tervise seotult esile tõstetavad järgmised kitsaskohad:

- pingelised peresuhted, ebapiisavad suhtlemisoskused, puuduv lapsevanemate koolitamissüsteem, ebapiisav võrgustikutöö probleemsete perede laste terviseriskide vähendamiseks;
- lastepsühholoogide, lastepsühhiaatriliste ravi- ja diagnostikameeskondade, sotsiaaltöötajate, koolipsühholoogide ja logopeedide pakutava abi ebapiisav kättesaadavus.

Vahetult seondub teemavaldkonnaga laste ja noorte suur suremus vigastuste ja mürgistuste tõttu – osa noorte suremusest on põhjustatud otseselt suitsiididest ning osa on seostatav halvenenud vaimse tervise tõttu suurenenud riskeeriva käitumise ja psühhooaktiivsete ainete tarbimisega seotud surmadega.

Laste ja noorte tervise tegevussuunale on seatud järgmised prioriteedid:

- laste ja noorte kehalise ja vaimse tervise ning sotsiaalse arengu edendamine;
- vigastuste ja vägivalda ennetamine laste ja noorte seas;
- krooniliste haiguste ja nende riskitegurite ennetamine laste ja noorte seas.

Tegevussuuna alaeasmärgiks on seatud: „Laste ja noorte suremus ja psüühika- ning käitumishäirete esmashaigestumus on vähenenud ning noored annavad oma tervisele järjest positiivsema hinnangu“.

Tegevussuuna indikaatoritest on vaimse tervisega seotud järgmised kaks:

- 1–19-aastaste laste ja noorte psüühika- ja käitumishäirete esmashaigestumuse kordaja 100 000 elaniku kohta;
- oma tervist väga heaks hindavate 11-, 13- ja 15-aastaste laste osakaal.

Vaimse tervisega otseselt haakuvaiks meetmeteks on meede 2 (M2) „Eelkoolialiste laste tervise edendamine“ ja meede 3 (M3) „Koolialiste laste ning noorte tervise edendamine“. Konkreetseid tegevusi on käsitletud peatükis 2.2.

1.4. Vaimse tervise käsitus RTA tegevussuunal 'Tervislik eluviis'

Tegevussuuna all käsitletud käitumuslikest tervisemõjudest on vaimse tervisega otseselt seotud **alkoholi ja narkootikumide tarvitamine**. Kuigi vaimse tervisega on seostatavad ka mitmed teised eluviisiga seotud aspektid nagu näiteks istuv eluviis, liikumisharjumused jmt, pole RTA-s neid seoseid käsitletud, mistõttu ei leia need aspektid selleski alapeatükis käsitlemist (seda probleemkohta on mõneti puudutatud käesoleva peatüki kokkuvõttes osas).

Alkoholi ja narkootikumide tarvitamisega seotult tõstetakse valdkonna peamiste probleemidena esile järgmised vaimse tervisega otsesemalt seotud probleemid:

- Alkoholi tarvitatakse sageli ja suurtes kogustes, eriti alaealiste hulgas.
- Märkimisväärne on jooke põhjuslik roll vigastussurmades.
- Välja arendamata on alkoholismi varase avastamise ja alkoholismist loobumise nõustamise süsteem ning alkoholisõltuvuse ravivõimalused.
- Illegaalsete narkootikumide esmatarbijate vanus langeb pidevalt.
- Sõltuvusest vabaneda aitavate nõustamisteenuste kättesaadavus ei ole tagatud kõigile abivajajatele.
- Tugiteenused sõltlaste lähedastele ei ole piisavalt kättesaadavad.
- Lastepsühhiaatrite, lastekaitsespetsialistide ja sotsiaaltöötajate arv on ebapiisav ning nende töökoormus on suur.
- Suurenenud on sõltuvusega kaasnevad probleemid, nagu terviseprobleemid, sõltuvusainete kuritarvitamine, majanduslik laostumine, sotsiaalne isoleeritus ning vägivald ja kuriteod.

Vaimse tervisega seondub otseselt ka vigastuste ja vigastussurmade temaatika – halvenenud vaimne tervis võib põhjustada enese vastu suunatud vägivalda, mille tulemuseks on vigastused ja suitsiidid. RTA-s valdkonna käsitluses seda seost otsesõnu ei puudutata, kuid on markeeritud, et vigastuste ennetamist pidurdab puudulik andmete kogumine, eri ametkonnad kasutavad erinevaid meetodeid, puudub erinevaid infovooge koguv ja kõrvutatav institutsioon ning et tervishoiuasutustes registreeritakse vigastustega seotud infot ebaühtlaselt ning mittetäielikult. Käesolevasse uuringusse kaasatud ekspertide arvamuste kohaselt on asjaõeldu asjakohane ka halvenenud vaimsest tervisest tulenevate vigastustuste ja vigastussurmade kontekstis.

Tervisliku eluviisi tegevussuuna prioriteetideks on valitud a) tervist toetavate ühiskondlike normide ja väärtushinnangute kujundamine Eesti ühiskonnas ning b) erasektori (sh meedia) ja valitsusväliste organisatsioonide aktiivsem kaasamine tervislike valikuid soodustava keskkonna loomisesse. Prioriteetide valikust nähtub, et sõltuvuste ja vaimse tervise (tugi)teenuste arendamist prioriteetideks ei valitud.

Vaimse tervisega haakuvaks RTA alaeesmärgiks on seatud riskikäitumise vähenemine, vaimse tervisega haakuvaid indikaatoreid on tegevussuuna all kaks:

- illegaalseid narkootikume proovinud 15–16-aastaste osakaal;
- absoluutalkoholi tarvitamine liitrites elaniku kohta aastas.

Vaimse tervise teemavaldkonnaga on kaudselt seotud ka indikaator 'Surmaga lõppenud õnnetusjuhtumid, mürgistused ja traumad 100 000 elaniku kohta', kuna neis sisaldavad ka suitsiididega ja enese vigastamisega seotud surmad. Olukorras, kus tegevussuuna 'Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused' all on aga juba fookuses oluliselt asjakohasem suitsiidikordaja, jätavad autorid ülalmainitud indikaatori järgnevast käsitlusest kõrvale.

Alaeesmärgi saavutamiseks seatud meetmetest seonduvad teemavaldkonnaga eelkõige meede 3 (M3) „Alkoholist tingitud kahjude vähendamine tervisele ja ühiskonnale“ ja meede 5 (M5) „Narkootiliste ainete tarbimise ennetamine, vähendamine ning kahjude vähendamine tervisele ja ühiskonnale“.

1.5. RTA vaimse tervise käsitluse asjakohasuse analüüs

RTA tegevussuundade peamiste probleemvaldkondade kirjeldustest peegeldub tõdemus sellest, et vaimset tervist toetav teenustesüsteem tuleb Eestis muuta terviklikumaks ja suurendada on vaja teenusemahtusid, sh eriti lastele-noortele ning alkoholi- ja narkosõltlastele. Paraku aga ei leia need vajadused adresseerimist RTA prioriteetide, eesmärkide ja meetmete sõnastustes. Kuivõrd leiavad need käsitlust reaalselt elluviidud tegevustes, seda on käsitletud käesoleva raporti 2. peatükis.

RTA vaimse tervise käsitluses on tuvastatav, et Eestis pikalt säilinud vaimse tervise poliitika killustatud käsitlus on kandunud edasi ka RTA-sse. Tervikpildi puudumine peegeldub järgmises:

- Eesmärgistamata on elanikkonna vaimset tervist toetava teenusesüsteemi korrastamise vajadus ehk a) teenuste kvaliteedi tõstmise ja ühtlustamise vajadus; b) teenuste komplekti kõikehõlmavuse vajadus, sh teenusejadade optimaalse ülesehituse küsimus;
- Eesmärgistamata on tööjõu suuremas mahus ettevalmistamise ja optimaalse rakendamise vajadus ja teenuste rahastamissüsteemi uuendamise vajadus, ilma milleta ei ole võimalik suurendada teenuste pakkumist ja kasutamist (sh ei ole asjakohane suurendada elanikkonnas ja spetsialistide seas valmisolekut teenuse tarbimiseks, kui ei suudeta pakkuda teenust vastavalt aina suurenevale nõudlusele);
- Laste ja noorte kõrval on sisustamata jäänud tööealise elanikkonna ja eakate vaimse tervisega komplekselt tegelemise vajadus.

Teenuste süsteemi korrastamise vajadus

Teenustesüsteemi probleeme on käsitletud juba 2002. aastal koostatud Eesti vaimse tervise poliitika alusdokumendis, kus eristati vaimse tervise valdkonnas viit peamist probleemide gruppi (3):

1. psüühikahäirete sagenemine, noorenemine ning suur prognoositav kasv;
2. kõrge suitsidaalsus;
3. sõltuvushäiretega inimeste suur hulk, sõltuvushäirete sagenemine ja noorenemine;
4. teenuste madal ja ebaühtlane kvaliteet koos vähese kättesaadavuse ja puuduliku õiguskaitse-süsteemiga;
5. teenuste süsteemikeskus (vähene patsiendikeskus), puudulik koordineeritus, alafinantseerimine ja ebaefektiivne vahendite kasutamine.

RTA eesmärgid ja meetmed adresseerivad eelkõige ülalnimetatud kolme esimesest probleemide rühma. Kaks viimast – need olid asjakohased ka 2008. aastal RTA koostamise hetkel ning RTA revideerimisel 2012. aastal – on jäänud selgelt eesmärgistamata ja seega ka tegevustega suuresti katmata. **Ilma neid probleemkohti lahendamata ei pruugi esimesele kolmele probleemkohale suunatud tegevused olla tulemuslikud.**

Teenuste süsteemiga seotud probleemistikku on puudutatud küll teises strateegilises dokumendis ehk *Laste ja perede arengukavas 2012–2020*, kus nenditakse järgmist: „*Eestis kehtivates õigusaktides ei defineerita psühholoogi ja psühhoterapeudi mõistet. /---/ Siiani puudub Eestis siduv kokkulepe selle osas, kas nõustamis- ja teraapiateenuste puhul on tegemist tervishoiu-, hoolekande- või integreeritud teenustega. Sellest tulenevalt ei ole Eestis üheski seaduses kirjeldatud psühholoogilise abi ja psühhoteraapia sisu ning puudub standardiseeritud süsteem nimetatud teenuste osutamiseks.*“ (27) Siiski ei leia kirjeldatud probleemkoht käsitlemist ka laste ja perede arengukava prioriteetide ja planeeritud meetmete hulgas.

Laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsiooni alusanalüüsis domineerib käsitlus, et vaimne tervis on kitsalt tervishoiu valdkonna teema ja sellest tulenevalt on ka erinevate teenuste osutamine ebaproportsionaalselt kaldu tervishoiuteenuste suunas. Teenuste süsteem keskendub eelkõige tagajärgede likvideerimisele (ravi ja rehabilitatsioon) selle asemel, et panustada probleemide ennetusele (universaalne ennetus, varajane märkamine ning sekkumine). Esmase ja teise ennetuse osas pakutakse vaid üksikuid vaimset tervist toetavaid teenuseid.(13)

Teenuste süsteemi problemaatikat illustreerib näiteks alkoholisõltuvuse käsitlus süsteemis – 2016. aasta IV kvartali seisuga ei rahastata ravikindlustusest alkoholisõltuvuse ravi eriarstiabi süsteemis ning see on täielikult patsiendi kanda. Statsionaarne ravi piirdub vaid lühiaegse detoksikatsiooniga alkoholivõõrutus-seisundi korral, seejuures ei kavandata edasisi tegevusi alkoholitarvitamise vähendamiseks või lõpetamiseks. Kaasaegsed tõenduspõhised alkoholisõltuvuse ravimid ravikindlustusest kompenseeritavate ravimite nimekirja ei kuulu ja sõltuvusseisundite psühholoogilise ravi võimalused praktiliselt puuduvad. (9)

Toetudes eelnenule saab üheselt järeldada, et vaimset tervist toetavate teenuste süsteem vajab korrastamist ja terviklikumaks muutmist. Arvestades süsteemi mitmekihilisust ja muutuste olulisust tuleb süsteemi terviklikumaks muutmisel läbida poliitika kujundamise tavapärane tsükkel, sh:

- 1) Visioneerida Eesti ja välisriikide ekspertide toel elanikkonna kõiki rühmasid ja kõiki vaimse tervise häireid kõnetava teenustesüsteemi kontseptuaalsed alused arvestades seejuures ennetus- ja edendustegevustega;
- 2) Formuleerida poliitika, kõrvutades loodud visiooni olemasolevaga, seejuures hinnates, missugused senise teenusesüsteemi komponendid ja teenuseahelad on mõistlik säilitada ning missugused tuleb asendada või nõ nullist disainida, sh:

- a. sätestades kõikide teenuste puhul ootuspärased kutsealade pädevuspiirid teenuste osutamisel;
 - b. sätestades kutsealad, mille esindajatele on teenustesüsteemis nähtud tulevikus roll ja vastutus ning kommuniqueerides valikuid haridussüsteemi osapooltele vajaliku tööjõu ettevalmistamiseks.
- 3) Koostada tegevuskava poliitika kujundamiseks, fikseerides tegevuste järjekorra ja ootuspärase ajaplaani, arvestades seejuures realistlikest ressurssidest (nt täiendava tööjõu ettevalmistamisega seotud ajalisi nõudmisi, ravikindlustussüsteemi jätkusuutmatu rahastamismudeli seatavaid piiranguid jmt);
 - 4) Asuda poliitikat tegevuskava jälgides ellu viima ja tagades regulaarsete poliitika hindamiste toel vajalikud korrektuurid tegevustes.

Autorite hinnangul on soovitud tulevikuseisundi visioneerimisel heaks raamiks Vaimse tervise strateegia 2016–2025. Teisalt on teenusesüsteemi korrastamiseks vajalik mõneti konkreetsem vaade, mis suudab pakkuda piisavas detailsuses vastuseid küsimusele, kuidas toimub süsteemis konkreetse sihtgrupi esindaja abistamine (nt kuidas pakutakse abi ravikindlustuseta depressioonis NEET-noorele¹, kes siseneb enesevigastamise tõttu erakorralise arstiabi süsteemi kaudu; kuidas abistatakse esmaste dementsuse ilmingutega üksi elavat vanurit, kelle abivajaduse on esmaselt tuvastanud KOV sotsiaaltöötaja, kuidas soodustatakse vanemlike oskuste omandamist esimese lapse ootel noortele jne).

Tööjõu vajadus ja teenuste rahastamise küsimus

Kuigi RTA-s on ühelt poolt esile toodud, et tagaplaanil olnud haigusrühmadest tõusevad üha enam esiplaanile vaimse tervise häired, psühhiaatrilised haigused ning teisalt on nimetatud lastepsühholoogide, lastepsühhiaatriliste ravi- ja diagnostika-meeskondade, sotsiaaltöötajate, koolipsühholoogide ja logopeedide pakutava abi ebapiisavat kättesaadavust, on ebapiisav tööjõud ja teenuste täiendava rahastuse vajadus jäänud RTA meetmete tasandil ja seega ka tegevuskavades kõnetamata. Kuigi valdkonnas 'Tervishoiusüsteemi areng' on prioriteetide seas nimetatud kvalifitseeritud ja motiveeritud tervishoiutöötajaid, viitab edasine teemakäsitus üheselt, et fookuses on arstid ja õed. Kutsealad, mis ei liigitu tervishoiutöötajate hulka tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (edaspidi TTKS) § 3 tähenduses, on jäänud vaatluse alt välja. Vaimse tervise teenusesüsteemis on psühhiaatrite ja vaimse tervise õdede pideva nappuse kontekstis oluline püüda teenuste osutamisel rakendada just TTKS-is mitte nimetatud kutsealasid nagu psühholoogid, psühhoterapeudid, tegevusjuhendajad, hooldustöötajad. Ometi püsib jätkuvalt olukord, kus erinevalt arstidest, kel on riiklikult rahastatava ja Tartu Ülikooli korraldatava residentuuri näol loodud mehhanism eriarstiks spetsialiseerumiseks, või õdedest, kes saavad tervishoiu kõrgkoolide vahendusel spetsialiseeruda eriõeks (vaimse tervise õenduse, terviseõenduse, kliinilise õenduse või intensiivõenduse vallas), puudub selge mehhanism, mis pakuks neile, kes soovivad saada kliiniliseks psühholoogiks, võimaluse läbida psühholoogia magistriõppe järel aasta vältel spetsialiseerumiskursused ja juhendatud praktika.² Käesolevalt toimub selline spetsialiseerumine nn kutseasta näol enamasti kliiniliseks psühholoogiks saada soovija või tema töödaja initsiatiivil, ilma, et kumbki saaks mingitki riiklikku tuge. Ometi seab valitsuse tasandil kinnitatav Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste

¹ 15–29-aastased noored, kes ei tööta, õpi ega osale ka mõnel koolitusel (ingl not in education, employment nor training)

² vt <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10489529/pdf/kliiniline-psuhholoog-tase-7.5.et.pdf>

loetelu mitmete teenuste puhul tingimuseks, et Haigekassa saab teatud teenuseid osta üksnes juhul kui tegu on just kliinilise psühholoogiga.³ Uurimismeeskond on seisukohal, et tervishoiusüsteem ei tohiks seada teenuste ostmisel eeltingimuseks selliste kvalifikatsioonide olemasolu, mille ettevalmistust riik koguulatuses ei võimalda. Seega on põhjendatud kas haridusliku ettevalmistuse kitsaskoha kõrvaldamine või teenuseostu reeglite leevendamine. Olukorras, kus viimane võib kaas tuua teenusekvaliteedi languse, on ootuspärane neist esimese rakendamine. Olles otseselt seotud vaimset tervist toetavate teenuste kättesaadavuse ja spetsialistide piisavuse teemaga, oleks seegi probleem pidanud käsitlemist leidma RTAs.

Kättesaadavuse parandamine on alati seotud ka rahastamise küsimusega. Rahastamise määramatus ja ebakindlus ei soosi valdkonnas tegutsevatel tööandjatel uute töökohtade planeerimist ja loomist, mis on teenuste kättesaadavuse suurendamiseks vältimatult vajalik. Seega, kui teenuste kättesaadavuse parandamine on seotud strateegiliseks eesmärgiks, oleks loomulik pakkuda valdkonnas tegutsevatele tööandjatele ka piisavaid toetuspunkte, et nad oleks motiveeritud teenusepakkumist laiendama. On kindlasti küsimusekoht, kuivõrd võimalikud on rahastuse tagamise või laiendamise garantiid tööjõumaksudest sõltuva ravikindlustuse tingimustes, kus sama maksuraha nimel konkureerivad teisedki valdkonnad. Teisalt toimub juba täna vaimset tervist toetavate teenuste osutamine tervishoiusüsteemi (teenused ravikindlustusest) ja eraisikute panuse (teenused 100% omaosalusega) kõrval ka sotsiaalhoolekandesüsteemis (rehabilitatsiooniteenused) ja tööturuteenustena (nt psühholoogiline nõustamine töökaotuse korral). Seega on ravikindlustuse väliste vaimse tervise teenuste rahastamiskanalitega jätkates võimalik anda tööandjaile signaale nende jätkuva rakendamise osas.

Tööealiste ja eakate vaimse tervise vajadused

Eesmärkide püstitamisel torkab silma keskendumine laste ja noorte grupile, tagaplaanile on jäänud tööealiste ja eakate elanike vaimne tervis. Kuigi poliitikakujundajail on kohustus langetada valikuid, sh teistest prioriteetsemate teemade osa, ei luba nende teemade kõrvale jätmine saavutada teisi eesmärke.

Näiteks on RTA valdkonnas '*Tervislik elu-, töö- ja õpikeskkond*' püstitatud strateegiline eesmärk, et elu-, õpi- ja töökeskkonnast tulenevad terviseriskid on vähenenud. Nagu õpikeskkonnagi puhul, ei saa kaasajal rääkida heast töökeskkonnast, ilma et psühhosotsiaalsed riskid oleksid maandatud. Nimetatud valdkonna käsitluses on aga töökeskkonnast lähtuvate psühhosotsiaalsete riskidega tegelemine eksplitsiitselt välistatud. Markantseks muudab olukorra see, et riikliku Töötervishoiu ja tööohutuse strateegia RTA-sse integreerimise järel ei eksisteeri Eestis ühtegi strateegilist dokumenti, mis psühhosotsiaalse töökeskkonnaga strateegilisel tasandil tegeleks. Mõned psühhosotsiaalse töökeskkonnaga seostuvad alamtegevused (tervist edendavate töökohtade võrgustiku võtmes) leiavad seetõttu hoopiski käsitlemist valdkonna '*Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused*' all.

Veelgi põhimõttelisem probleem avaldub aga seotuna vanemaeliste vaimse tervisega. Nagu on avatud indikaatoreid käsitlevas hilisemas peatükis, on suitsiidikordaja kõrgeim eakate hulgas. Olukorras, kus RTA-s on üheks sihiks suitsiidisurmade vähendamine, on loomulik, et tegeletakse nende gruppidega, kelle seas on suitsidaalsus elanikkonna keskmisest oluliselt kõrgem. Edukas suitsiidienetus ei saa toimida mõne üksiku valitud meetme toel, vaid see eeldab kompleksset mitmetasandilist lähenemist, teisisõnu, vaimse tervise poliitika sõnastamist, mille käsitlus hõlmab muuhulgas neid riskigruppe.

³ <https://www.riiqiteataja.ee/akt/122122015054>

Soovitused vaimse tervisega seotud eesmärkide püstitamiseks

Lähtudes eelnenud alapeatükkides kirjeldatud süsteemsetest kitsaskohtadest ja arvestades vaimse tervise poliitika kompleksust soovib uurimismeeskond WHO soovitustele (23) tuginedes **luua vaimse tervise poliitika tervikliku käsitluse võimaldamiseks juhtimisstruktuur**. Eeldades Rahvastiku tervise arengukava laadse lähenemisega jätkamist, võib sobivaks lahenduseks olla RTA nn üldjuhtimise alla hõlmatud vaimse tervise poliitika programmi väljatöötamine, mille elluviimiseks tagatakse programmi juhtimine.

Toetudes ühelt poolt Vaimse tervise strateegiale 2016–2025 ning teisalt WHO Vaimse tervise tegevusplaanile ning alapeatükkides viidatud probleemkohtadele on programmi ülesehitamisel asjakohane arvestada järgmist:

- (1) rakendada elukaarepõhist lähenemist;
- (2) tuua võrdväärseks teenuste pakkumise kõrvale vaimse tervise edendamise ja vaimse tervise probleeme ennetav meetmestik;
- (3) seada üheks keskseks eesmärgiks teenustesüsteemi korrastamine;
- (4) kavandada eelnevast lähtuv ressursipoliitika, mis arvestab tegevuste elluviimisel täieneva tööjõuvajaduse ning erinevate rahastusvõimalustega.

2. Vaimse tervise valdkonnas planeeritud ja ellu viidud tegevused

Planeeritud ja ellu viidud tegevuste hindamisel on käesolevas raporti osas võetud raamiks RTA täiendatud rakendusplaan aastateks 2013–2016. Kuigi analüüsitud on ka varasema perioodi kalendriaastapõhiseid tegevusplaanide, võimaldab 2013–2016 rakendusplaan struktuuri kasutamine kavandatud-tehtud süsteemsemalt hinnata. Varasema perioodi (2009–2012) rakendusplaanid osutusid vaimse tervise teemavaldkonna seisukohalt liialt kõrge üldistustasemega dokumentideks.

2.1. Tegevussuund 'Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused'

RTA täiendatud rakendusplaanis 2013–2016 oli vaimse tervise teemavaldkonnaga otseselt seotud meede **(M3) „Inimeste vaimse tervise toetamine“** ja selle all oli kavandatud viis tegevust.

Tegevus 1.3.1. Vaimse tervise kontseptsioonidokumendi loomine.

Tegevuse tulemuslikkuse indikaator: kontseptsioonidokumendi koostamine.

Tegevus on läbivalt sisaldunud kõikides tegevuskavades 2013–2016. Käesoleval aastal valmis Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsiooni (VATEK) eestvedamisel „Vaimse tervise strateegia 2016–2025“, seega saab tegevuse lugeda teostatuks.

Valminud strateegia näol on üheselt tegu suurepärase näitega positiivsest ja eeskujulikust poliitika-kujundamisest – see on koostatud piisavalt pika ajaperioodi jooksul, valdkonnas tegutsejaid koondava katusorganisatsiooni juhtimisel, avatult, valdkonnas aktsepteeritud eksperte kaasates ning seotud ja huvitatud osapooltele selle koostamisel võimalust andes.

Uurimismeeskonna hinnangul oli antud tegevus vaimse tervise valdkonna arengute paremaks planeerimiseks kindlasti vajalik ja asjakohane. Teisalt on küsitav, kui võrd asjakohane on see tegevus just antud RTA valdkonnas ja nimetatud katusmeetme kontekstis. Sisuliselt on tegu alamstrateegia väljatöötamisega, mis on vastuolus RTA kui koondstrateegia keske põhimõttega. Tegevus on eelkõige suunatud süsteemiga seotud sidusgruppide ja mõneti ka laiemalt ühiskonna tasandil olukorrast ja vajalikest sammudest arusaamise parandamisele, kuigi sotsiaalse sidususe ja võrdsed võimaluste parandamise seisukohast oleks ootuspärane tegevuste vahetu suunatus indiviidi ja spetsialistide võimestamisele.

RTA eesmärkidega kooskõlalisesena saab pigem näha strateegia loomise aluseks olnud valdkonna sidusrühmade kokkutoomist läbi VATEKi loomise toetamise, mis haakub vahetumalt valdkonna prioriteediga võimestada gruppe ja kogukondi. Nimetatud tegevus oli toodud nt RTA 2012 ja 2013 tegevuskavas. Väärtust kannavad üheselt ka VATEKi korraldatavad seminarid.

Seega on antud tegevus rakenduskavas uurimismeeskonna hinnangul mõneti problemaatiliselt eesmärgistatud-sõnastatud. Tegevust üksnes n-ö grammatiliselt käsitledes, tuleks see lugeda mitte-asjakohaseks, ent sisusse laiemalt süvenedes on võimalik jõuda ka vastupidisele seisukohale ja lugeda tegevuse (tinglikult) teemavaldkonnaga seotult asjakohaseks ja teostatuks.

Tegevus 1.3.2. Vaimse tervise teenuseid reguleeriva seadusandluse kaasajastamine.

Tegevuse tulemuslikkuse indikaator: vaimse tervise teenuseid reguleeriv seadusandlus on kaasajastatud.

Kalendriaastapõhistest tegevuskavadest ilmneb, et fookuses on olnud mitmete õigusaktidega seotud muudatused. 2014. aastal on tegevuseks olnud karistusseadustiku, kriminaalmenetluse seadustiku psühhiaatrilise sundravi sätete ja tsiviilmenetluse seadustiku kohtumäärusega erihoolekande teenusele suunamise sätete ning kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi korralduse üle vaatamine ning tegevuste tulemusena on märgitud, et '*sundraviga seotud õigusaktid on täpsustatud ja kaasajastatud*'. Kuigi grammatilises tõlgenduses saab tegevuse lugeda tehtuks – õigusaktid, mis käsitlevad sundravi (nt karistusregistri seadus, kriminaalmenetluse seadustik, karistusseadustiku rakendamise seadus jmt) on tõepoolest 2014. aastal teostatud tegevuste toel muutunud – ei ole poliitikamuutused sel perioodil olnud seotud sundraviga.

2015. aastal on tegevuseks tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande valdkondade ülese kontseptsiooni koostamine, mis käsitleb isiku vabaduse piiramist erinevate teenuste osutamisel. Tegevuse oodatavaks tulemuseks on märgitud, et kontseptsioon ja väljatöötamiskavatsus on 2015. aasta lõpuks valminud. Uuringumeeskonnal ei õnnestunud leida kontseptsioonidokumenti, mis kinnitaks selle valmimist.

2016. aasta tegevusplaanis on kavas uue psühhiaatrilise abi seaduse eelnõu koostamine, mis peab valmis olema sama aasta lõpuks.

Uurimismeeskonna hinnangul on nii tegevuses kui selle täitmise indikaatoris kaks semantilist probleemi. Esiteks tähendab *seadusandlus* seadusloomet ehk seaduste andmisega ja sellega seotud protseduuri⁴, mida ilmselt ei ole tegevuse all mõeldud. Eesmärk on olnud vaid konkreetsete õigusaktide muutmise või asendamine teistega. Teiseks leiab uurimismeeskond, et kuigi arengukavade rakendusplaanid on ametnike töövahendid, peaksid nad alati – kõnetamaks laiemat avalikkust – käsitlema poliitika muutmise sisu ja määra. Kas muutus toob kaasa regulatsioonide muutmise, asendamise või kaasajastamise, on teisejärguline.

Just poliitika muutumise määr ja ulatus tingivad selle, kas konkreetne tegevus on riikliku arengustrateegia alamtegevusena ja valdkonna muude väljakutsete kontekstis asjakohane. Uurimismeeskond leiab, et strateegilised arengukavad peaksid käsitlema eelkõige põhimõttelisi õiguslikke muutuseid, mis põhjustavad olulist mõju teenuste tasandil või mis puudutab vahetult mõnda sidusgruppi. Sel juhul on kohane kavandada-sõnastada tegevus muutuvate teenuste või teenusekorralduse sisu avades. Kui õiguslikud muutused on pigem tagasihoidlike killast (nt vormitehnilised muutused), ei peaks nad uurimismeeskonna hinnangul RTA-s kajastuma (seda ka juhul, kui ametniku vaatevinklist on tegu mahuka tööülesandega). Ümber öeldes – õigusakt on üksnes vahend, mis peab reguleerima reaalseid ühiskondlikke suhteid. Seega ei teki õigusaktidele nende suhete näol sisu vaid suhted, mis vajavad reguleerimist, reguleeritakse õigusaktidega. Õigusaktid on alati pidevas muutuses ning nende muudatuste ettevalmistamine on tavapärase riigiametnike tegevus, mis ei pruugi olla tavaelanikkonna seisukohalt tähendusrikas ega aidata kaasa elanikkonna eluea ja tervena elatud aastate tõusule – viimasesse peaksid aga kõik RTA all sisalduvad tegevused panustama.

⁴ vt <http://www.keelevaara.ee/login/?d=qs2006&q=seadusandlus&sne.x=0&sne.y=0>

Uurimismeeskonna hinnangul on 2014. ja 2015. aasta tegevused **ilmekaks näiteks tegevustest, mis on asjadena iseenesest vajalikud, kuid mis ei peaks RTA laadses dokumendis ja selle rakenduskavas kajastuma, kuna need ei ole kuidagi seonduvad RTA üldesmärgiga**. Samuti peegeldab tegevuste valik mõneti PwC analüüsiraportis (2015) esile tõstetud vaimse tervise valdkonna rõhutatud seostamist ravi-teenustega. Valdkonna 'sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused' all oleksid RTA raames **oluliselt tähendusrikkamad uue sotsiaalhoolekandeseaduse vastuvõtmine ja tööturuteenuste ja -toetuste seaduse ja seonduvate regulatsioonide muutmise**. Esimesega kaasnesid alates 2016. aastast sisulised muutused diagnoositud vaimse tervise häirega inimestele rehabilitatsiooniteenuse ja erihoolekandeteenuste pakkumisel. Teine muutis töölase rehabilitatsiooni pakkumise korda, mis läbi on vaimse tervise häirega või isikuslike eripäradega inimestel võimalik saada tüüplähemisest erinevat kohtlemist.

Seega saab väita, et põhimõttelised ja RTA seisukohalt olulised muutused on vaimse tervise valdkonda mõjutavates õigusaktides Eestis aset leidnud, kuid seda ilma RTA rakenduskavas selliselt kajastumata. RTA rakenduskavas valdkonna 'Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused all' käsitletud tegevused ise pole aga selle Eesti elanike sotsiaalse sidususe suurendamise ja võrdsete võimaluste paranemise seisukohalt olulisi muutusi loonud.

Tegevus 1.3.3. Vaimse tervise alase teadlikkuse suurendamine nii üldelanikkonna kui haavatavate ja sidusgruppide hulgas, sh haridustöötajate hulgas.

Tegevuse tulemuslikkuse indikaatorid:

1. Veebipõhine vaimse tervise alane infokanal on loodud,
2. Ellu on viidud vaimse tervise alast teadlikkust toetavaid teavitustegevusi,
3. Olulised sidusgrupid laste vaimse tervise toetamisel (haridus-, sotsiaal-, lastekaitse-, politsei- jt töötajad) on kaasatud vaimse tervise keskuste võrgustikesse.

Analüüsides esmalt tegevusele seatud indikaatorite kohasust, ilmneb, et kui olemuslikult on neis sisalduvad tegevused vaimse tervise teemavaldkonna seisukohalt asjakohased, on neist vaid esimene sõnastatud ootuspärase, mõõdetava tulemuse toel. Kuigi ainuüksi infokanali olemasolu ei suurenda teadlikkust elanikkonnas, on selle loomine konkreetne eesmärk, mis pakub aluse järgmistele sammudele. Teise ja kolmanda indikaatori fookus on tegevuspõhisusel, neis ei sisaldu muutusetaotlus, mistõttu tuleb lugeda nad RTA kontekstis sobimatuks. Teavitustegevuste teostamine ei garanteeri, et elanikkonna teadlikkus ka praktikas suureneb. Sidusgruppide kaasamine võrgustikesse ilma kaasatuse taset ja viisi avamata ei paku tegevusena piisavalt pidepunkte, mis lubaks hinnata, mil moel suureneb sidusgruppide vaimse tervise alane teadlikkus.⁵

Teadlikkuse mõõtmiseks on enamasti kasutusel elanikkonna küsitlusuuringute andmed, mille kohta andmete kogumine on võimalik näiteks igal teisel aastal läbiviidavate Täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuringute raames või saab vastavad uuringuküsimused lisada omnibussi uuringusse. Sotsiaalministeeriumi info kohaselt viiaksegi vastav küsitlus üldelanikkonna hulgas läbi 2016. aasta II pooles.

⁵ Raporti esimesele versioonile saadetud tagasiside kohaselt peeti kaasamise all silmas sidusgruppide spetsialistide koolitamist, mida vaimse tervise keskused piirkonnad on spetsialiste kaasates ka üle Eesti teinud.

Kalendriaastapõhistes tegevuskavades sisaldavad järgmised seotud tegevused:

- ESF programmi "Tervislikke valikuid toetavad meetmed" raames kaardistatakse vaimse tervise teenused ja analüüsitakse vajadust täiendavate teenuste järele (2011);
- Perearste koolitatakse depressiooni varaste nähtude osas alkoholi liigtarvitamise ennetamise koolituste raames (2011);
- ESF programmi "Kvalifitseeritud tööjõu pakkumise suurendamine" raames pakutakse töötutele psühholoogilist nõustamist (2011);
- Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut (ERSI) töötab välja depressiooni 4-tasandilise sekkumismudeli hindamisinstrumendi, koostab käsiraamatud ja koolitusmaterjalid vaimse tervise edendamiseks koolis, töökohal ja eakatele suunatud asutustes ning viib läbi temaatilisi koolitusi (2011);
- Vaimse tervise edendamise projektide, sh projektide MPHHands ja SUPREME toetamine (2012) ja ERSI osaluse toetamine rahvusvahelistes ennetusvaldkonna koostööprojektides (2013–2015);
- Laste vaimse tervise teenuste võrgustiku väljaarendamiseks programmi väljatöötamine ja tegevuste elluviimine Norra finantsmehhanismi vahenditest (2012);
- Norra Finantsmehhanismi rahvatervise programmi raames veebipõhiste infokanalite loomine, mis on mõeldud lastele, noortele, lapsevanematele ja lastega töötavatele spetsialistidele vaimse tervise alase teadlikkuse tõstmiseks ja vaimse tervise toetamiseks, sh veebipõhiseks nõustamiseks. Välja töötatakse ka mobiilsed rakendused ja kognitiivsed veebipõhised eneseabivahendid (2013–2015)⁶;
- Norra Finantsmehhanismi rahvatervise programmi raames sotsiaalkampaania projektide toetamine, mis on suunatud sõltuvusainete tarvitamise ennetamisele noorte hulgas („Joome poole vähem“ kampaania) ja koolitusprojektide toetamine, mis on suunatud tervise (sh vaimse tervise) alase teadlikkuse tõstmisele mitte-tervise sektori spetsialistide hulgas (eelkõige KOV ja maakonna tasandil) (2014–2015);
- Lisaks keskenduvad vaimse tervise keskused sidusvaldkondade võrgustikutöö edendamisele (sh sotsiaal- ja haridussektori spetsialistid) (2014);
- Projektide SEYLE, WE-STAY ja SUPREME tulemuste ja andmete linkimine ning täiendav analüüsimine, tulemuste tutvustamiseks konverentsi läbiviimine (2014);
- Tervist edendavate töökohtade (TET) võrgustiku tegevused, mis muuhulgas keskenduvad ka vaimsele tervisele (teemakoolitused, sh läbipõlemise ennetamine ja vaimse tervise toetamine pedagoogidele, vaimse tervise toetamine töökohal, sotsiaaltöötajate koolitamine erinevate psüühikahäirete teemal) (2012–2016).

Kõrvutades ülaltoodud loetelus toodud alamtegevusi tegevuse 1.3.3 fookusega suurendada vaimse tervise alast teadlikkust ning kolme indikaatoritegevusega, nähtub, et mitmete alamtegevuste näol ei ole tegu teavitustööga, vaid teenuste planeerimisega ja osutamisega. Näiteks ei saa pidada vaimse tervise alase teadlikkuse suurendamiseks Eesti vaimse tervise teenuste kaardistamist ja täiendavate teenuste vajaduste analüüsi teostamist, laste vaimse tervise teenuste võrgustiku arendamise programmi

⁶ Siin ja teiste Norra finantsmehhanismist rahastatavate projektide puhul on detailsed tegevuste indikaatorid sätestatud programmi „Rahvatervis“ lepingus, sisaldades näiteks koolituste ja koolitavate arvu.

väljatöötamist ja elluviimist ning töötutele psühholoogilise nõustamise teenuse pakkumist. Nimetatud tegevused peaksid pigem sisalduma järgmistes tegevuste grupis (1.3.4. all).

Teravalt torkab sellelgi tasandil silma tegevuspõhisus, mis tuleneb ilmselt tegevuste projektipõhisusest. Projektid on algatatud enamasti valitsusväliste organisatsioonide poolt (nt ERSI) ja rahastatavad välisriikide (nt Norra finantsmehhanism) või Euroopa Liidu (ESF) meetmetest. Uurimismeeskonna hinnangul peegeldab selline projektipõhine lähenemine ilmekalt vaimse tervise edendustegevuste sekundaarsust riigi tasandil. Valitsussektor on tegevuste planeerimisel olnud pigem passiivne ja pakkunud tuge juhtudel, kui konkreetselt piiritletud teemal on olnud valitsussektoriväline eestvedaja. Kuigi – nagu ülalt nähtub – ka selline roll on võimaldanud olulisi arenguid elanikkonna teadlikkuse suurendamisel, peaks uurimismeeskonna hinnangul see protsess toimuma süsteemselt ja olema juhitud valdkonna eest vastutava ministeeriumi või tema määratud allasutuse poolt. Vastasel juhul satub ajaliselt piiritletud projektide lõppemisel ja/või eestvedavate eraõiguslike asutuste prioriteetide muutumisel elanikkonna teadlikkuse suurendamise protsess soiku. Et välisvahendite kasutamisel tuleb tagada teenuste/tegevuste jätkusuutlikkus, saabub mitmete tegevuste puhul lähiaastatel tõehetk, kas rahastatud tegevused on loonud jätkusuutlikku muutuse.

Tegevus 1.3.4. Vaimset tervist toetavate teenuste arendamine ja osutamine, vaimset tervist toetavate tegevuste elluviimine

Tegevuse tulemuslikkuse indikaatorid:

1. Loodud on neli regionaalset vaimse tervise keskust,
2. Välja on arendatud rehabilitatsiooniteenus raske või püsiva psüühikahäirega lastele,
3. Välja on töötatud kaasaegsetel kommunikatsioonivahenditel põhinevad teenused üldelanikkonnale.

Indikaatorid on kõik mõõdetavad ja võimaldavad hinnata tegevuste tulemuslikkust.

Kalendriaastapõhistes tegevuskavades sisalduvad järgmised tegevused:

- Norra finantsmehhanismi rahvatervise programmi raames nelja laste vaimse tervise regionaalse keskuse loomine ja käivitamine Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Ida-Virumaal (2013–2016), mis muuhulgas keskenduvad ka sidusvaldkondade võrgustikutöö edendamisele (2015–2016). Keskuste kontseptsiooni eestvedamiseks on moodustatud juhtgrupp keskuste esindajatest, mis tegeleb keskuse personali koolitamisega, siduserialade spetsialistidega võrgustikutöö arendamisega ja keskuste jätkusuutliku toimemudeli väljatöötamisega koostöös Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassaga (2016).
- Norra finantsmehhanismi rahvatervise programmi raames raske ja püsiva psüühikahäirega lastele rehabilitatsiooniteenuse väljatöötamine, piloteerimine ja hindamine, sh lastepsühhiaatria meeskondade loomine iga regionaalse vaimse tervise keskuse juurde (v.a Ida-Viru VTK), kes osutavad ambulatoorseid ja/või statsionaarseid lastepsühhiaatria teenuseid (2013–2015).
- Tallinna laste vaimse tervise keskuse loomise projekti jooksul piloteeritud mobiilse kriisiabi teenus on 2016. a Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus (2016).
- Vaimse- ja reproduktiivtervise veebiteenuste arendamine, mis on suunatud vaimse- ja reproduktiivtervise teenustele (2014–2015).

- Norra finantsmehhanismi rahvatervise programmi teenuste ja tegevuste jätkusuutlikkuse tagamiseks teevad Sotsiaalministeerium ning projektide elluviijad koostööd Eesti Haigekassa, Tervise Arengu Instituudi, tervishoiukõrgkoolide jm koostööpartneritega (2014–2016).

Tegevusi analüüsid torkab silma, et kuigi tegevuse tähistuseks on *'vaimset tervist toetavate teenuste arendamine ja osutamine, vaimset tervist toetavate tegevuste elluviimine'*, on esimesed kolm alamtegevust suunatud laste ja noorte vaimse tervise teenuste arendamisele⁷. Olukorras, kus RTA-s on eristatud sihtgrupipõhine valdkond *'Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng'*, oleks uurimismeeskonna hinnangul ootuspärane, et kõik spetsiifiliselt selle sihtgrupiga seonduvad tegevused on hõlmatud selle valdkonna alla. Seeläbi avaldub aga, et muule elanikkonnale suunatud teenuste arendamine on toimunud üksnes reproduktiivtervisega seotult, pakkudes veebikeskkonna arendust. Kontekstis, kus tööealistele elanikele suunatud vaimset tervist toetavate teenuste kättesaadavus on selgelt ebapiisav ning enesetappude suhtarv on keskmisest kordades kõrgem just vanemaelises elanikkonnas, ei saa lugeda aktsepteeritavaks nende sihtgruppide sisulist kõrvalejätmist vaimse tervise teenuste arendamisest. Teisalt on ka võimalik tõlgendus, et hoolimata sellest, et Norra finantsmehhanismi fokuseeris lastele ja noortele, on pikemas perspektiivis kavas laiendada finantsmehhanismi toel väljaarendatud vaimset tervist toetavad veebiteenused kogu elanikkonnale. Näiteks ei viita toetatud keskkondadest üks – peaasi.ee – mingilgi moel, et abipakkumine on piiratud üksnes laste-noorte sihtgrupiga. Kuna finantsprogramm on hetkel veel käimas (programmi abikõlblikkuse perioodi pikendati 2017. aastasse)⁸, ei ole ametlikku kinnitust hüpoteesile võimalik saada.

Tegevustele seatud indikaatorite alusel saab tegevuste eesmärgid lugeda saavutatuks. Norra finantsmehhanismi toel on välja arendatud neli laste ja noorte vaimse tervise keskust (Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Kohtla-Järvel), ning laste vaimse tervise kabinetid Põlvas, Valgas, Võru vallas ja Narvas.⁹ Teenus „Pikaajaline rehabilitatsiooniteenus raske ja püsiva psüühikahäirega lastele“ on kontseptuaalselt välja töötatud¹⁰ ja hõlmatud Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu teenuse nimetusega „Psühhiaatrilise ravimeeskonna koduviit (3103). Tegevuse *'kaasaegsetel kommunikatsioonivahenditel põhinevate teenuste loomine üldelanikkonnale'* alla saab lugeda Norra finantsmehhanismi toel välja arendatud infokanalid enesetunne.ee ja peaasi.ee¹¹ (reproduktiivtervis vallas ka amor.ee), mis vahendavad ka psühholoogilist nõustamist (viimane on veebivärvaks nõustamiskeskondadele Lahendus.net ja saeioleyksi.ee ning vaimset tervist toetavate mobiiliäppide¹² juurde). Lisaks on peaasi.ee ja enesetunne.ee projektide raames panustatud eelmisse tegevusse ehk panustatud on vaimse tervise alase teadlikkuse suurendamisele spetsialistide (õpetajad, noorsootöötajad jt) ja ka kooliõpilaste-noorte hulgas – korraldatud on erinevaid koolitusi ja viidud läbi loenguid koolides.

Norra finantsmehhanismi rahvatervise programmiga seotud tegevused on ühelt poolt heaks näiteks arendustegevustest, mis sobivad RTA-sse kui strateegilise planeerimise raamdokumenti ning selles

⁷ vt ka <http://www.sm.ee/et/programm-rahvatervis>

⁸ vt http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmarqid_ja_tegevused/Norra_toetused/Rahvatervise_programm/ee08-final_programme_agreement_2016_04_19_10_02_34.pdf

⁹ vt <http://www.kliinikum.ee/vaimsetervisekeskus/>

¹⁰ vt http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/public/Projektid/Norra_Teenus1_loqodega.pdf

¹¹ vt <http://peaasi.ee/peaasi-ee-projekt-2014-2015-ja-norra-toetused/>

¹² vt <http://enesetunne.ee/app/>

kontekstis on ka projektipõhisus aktsepteeritav lähenemine. Teisalt saab aga väita, et valdkonna juhtimatus ja üksnes välisvahenditele toetumine tingis olukorra, kus lühikesele ajaperioodile koondati tegevused, mis oleksid võinud toimuda järgnevas – nii toimus laste vaimse tervise regionaalsete keskuste kontseptsiooni loomine paralleelselt keskuste endi rajamisega. Ekspertide sõnutsi ei ole vaimse tervise keskuseid arendatud ühesuguste printsiipide alusel, mistõttu võib näiteks ravikindlustusest keskuste kulude võimalikuks katmiseks või võrgustikutöö efektiivistamiseks olla tulevikus vajalik praktika ühtlustamine. Probleematikat avab ilmselt põhjalikumalt lähitulevikus läbiviidav Rahvatervise programmi hindamine.¹³ See kas välisinvesteeringute abil välja töötatud teenused osutuvad jätkusuutlikuks ja need suudetakse sujuvalt tavapraktikaga siduda, selgub lähitulevikus. Käesoleval hetkel pole mitme tegevuse puhul selge, kuidas jätkub tegevuste rahastamine tulevikus.¹⁴

Tegevus 1.3.5. Vaimse tervise uuringute läbiviimine

Tegevuse tulemuslikkuse indikaator: Uuringud on viidud läbi ja tulemused avalikustatud.

Nii tegevuse kui ka tema tulemuslikkuse indikaator on sõnastatud tegevuspõhiselt, s.o uuringute teostamise keskselt. Avatud ei ole, mille kohta täpselt on soovitud uut teadmist koguda. Kalendriaasta-põhistest tegevuskavadest peegeldub, et tegevuse sisuks on perioodil 2011–2015 olnud Euroopa Komisjoni rahastatud rahvusvaheliste uuringute (MPHands, SUPREME, SEYLE ja WE-STAY) läbiviimise toetamine, mida Eesti poolt on vedanud ERSI. Kuna need uuringud toimusid sõltumata Sotsiaalministeeriumist – viimane toetas ERSI omaosaluse katmisel – on nende tegevuste esiletoomine RTA rakendusplaanis asjakohane üksnes riigi ressursside juhtimise vaates, sest ilma ERSI eestvedamiseta ei oleks need ilmselt aset leidnud. Siit võib järeldada, et antud tegevuse näol on eelkõige tegu finantsilise meetmega, mis võimaldab vahendada rahastust uuringute tarbeks, mida on jooksvalt otsustatud teha. Sarnaselt eelmisele tegevusele keskenduvad need uuringud noorte sihtgrupile, mistõttu peaksid nad pigem liigituma järgmise valdkonna ja tegevuse 2.3.4. alla.

Kuigi RTA rakenduskavad sellele ei viita, on uurimismeeskonnale teada kaks Sotsiaalministeeriumi panustamisel valminud ja RTA eesmärkidega haakuvat täiskasvanute vaimse tervise valdkonda analüüsivat uuringut:

- „Vaimse tervise häirega inimesed tööturul“ (Praxis, 2015);
- TLÜ Eesti Demograafia Keskuse koordineerimisel läbiviidav longituuduuring SHARE-Eesti, mis keskendub küll individuaalse vananemisprotsessi kulgu ja seda mõjutavate põhjuslike seoste uurimisele laiemalt, kuid milles olulisel kohal on ka vanemaealiste vaimne tervis.

On võimalik, et nende nimetatud uuringute läbiviimine ja rahastamine kajastus muude arengukavade rakendusplaanides. Üksnes formaalselt tegevusele lähenedes saab hoolimata eelpool markeeritud vormilistest ebakõladest lugeda tegevuse tehtuks. Samas vihjab ülal käsitletu süsteemse vaate puudumisele vaimse tervise valdkonnas uue teadmise kogumisel.

¹³ vt <https://riiqihanked.riik.ee/register/hange/179188>

¹⁴ Algselt 30.04.2016 lõppema pidanud programmiperiood on aasta võrra pikendatud, mis annab mitmete tegevuste puhul olulist lisaaega tegelemaks jätkusuutlikkuse küsimusega. Laste vaimse tervise kabinettide teenuste jätkusuutlikkuse tagamiseks esitas Eesti Psühhiaatrite Selts Haigekassale taotluse „Vaimse tervise meeskonna vastuvõtt (alla 19-aastasele isikule),“ mis on hetkel EHK-s menetlemisel.

2.2. Tegevussuund 'Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng'

Teemavaldkonnaga otseselt haakuvaiks meetmeiks on RTA põhiteksti järgi M2 (Eelkooliealiste laste tervise edendamine) ja M3 (Kooliealiste laste ning noorte tervise edendamine). Kõrvutades 2012. aastal täiendatud RTA põhitekstis toodud tegevusi eraldi dokumendina koostatud täiendatud rakendusplaaniga, ilmneb, et viimases on tegevusi oluliselt vähem. Põhitekstis olid M2 teemavaldkonna kontekstis asjakohaste tegevustena esile tõstetavad järgmised:

- Suurendada lapsevanemate teadlikkust ja oskusi väikelapse ja eelkooliealise lapse tervise edendamisel ja arengu toetamisel;
- Tõhustada eelkooliealiste laste arengu- ja tervisehäirete varaseks avastamiseks ja vanemate nõustamiseks regulaarset ennetavat tervisekontrolli;
- Suurendada koolieelsete lasteasutuste võimekust laste tervise edendamisel, laste koolivalmiduse kujunemise toetamisel, tagades muuhulgas koolieelsete laste eakohase kvaliteetse tervisekasvatuse ja sotsiaalsete oskuste õpetuse riikliku õppekava alusel;
- Seirata ja hinnata regulaarselt väikelaste arengu- ja tervisenäitajaid ning nende mõjureid, arendades tervise infosüsteemi, tehes uuringuid, täpsustades kogutavate andmete koosseise ja indikaatoreid.

Seevastu eraldiseisvas rakendusplaanis on meetme M2 all üksnes järgmised kolm tegevust:

- Tegevus 2.2.1 Ennetustöö tõhustamine laste hammaste tervise tagamisel, mis ei ole vaimse tervise valdkonna tegevuste analüüsimise kontekstis asjakohane;
- Tegevus 2.2.2. Koolieelsete lasteasutuste võimekuse suurendamine laste tervise ja heaolu edendamisel, mis on vaimse tervise valdkonna tegevuste analüüsimise kontekstis asjakohane;
- Tegevus 2.2.3. Väikelaste arengu- ja tervisenäitajate ning nende mõjurite regulaarne seire ja hindamine, mis on vaimse tervise valdkonna tegevuste analüüsimise kontekstis kaudselt asjakohane.

Ülalt tulenevatest kaalutlustest lähtuvalt analüüsis uurimismeeskond meetme M2 puhul vaid viimase kahe tegevuse asjakohasust vaimse tervise teemavaldkonna kontekstis.

Tegevus 2.2.2. Koolieelsete lasteasutuste võimekuse suurendamine laste tervise ja heaolu edendamisel

Tegevuse tulemuslikkuse indikaator: Koolieelsete lasteasutuste võimekus laste tervise ja heaolu edendamisel on suurenenud. Indikaatorile on lisatud märkus, et „[Tervist edendavate lasteasutuste] võrgustikuga liitunud asutusi ei saa siin kasutada indikaatorina, kuivõrd võrgustikud on [käsitletud] I valdkonna all“.

Tegevus peidab enda all mitmeid alamtegevusi, millel on otsene või kaudne seos vaimse tervise edendamise ja häirete ennetusega. Analüüsist on kõrvale jäetud tegevused, kus tegevuse side vaimse tervisega on üheselt välistatud, nt viitega diabeedi diagnoosile või suunitlusega vigastuste ennetamisele.

- Koolieelsetele lasteasutustele internetipõhise psühhosotsiaalse keskkonna hindamise metoodika ja küsimustiku väljatöötamine, vastava e-keskkonna väljaarendamine, asutustele hindamisvõimaluste tutvustamine ja kasutamiskoolituste läbiviimine (2011-2016);
- Koolieelsete lasteasutuste tervisedenduse töö koordineerimine, sh asutuste nõustamine ja suvekooli korraldamine (2011- 2016)¹⁵;
- Laste vaimse tervisega seotud probleemide ennetamise soodustamine läbi lasteaialaste kaasamise vaimset tervist edendavate tegevuste elluviimisesse, sh vähemalt 300 haridustöötaja vastavateemaline täiendkoolitamine (2011- 2012);
- Koolituste ja teabepäevade läbiviimine teemadel "Terviseõpetus- ja kasvatus lasteaia" (2012–2016), „Psühhosotsiaalse keskkonna olemus“ (2012), „Laste vaimne tervis“ (2016);
- Tervist edendavate lasteaegade hea praktika näidete kogumine ja toimetamine (2013);
- Lasteaegade tervist toetava keskkonna arendamine ning suutlikkuse tõstmine laste tervislikule arengule suunatud tegevuste elluviimisel (2014 ja 2015), oodatav tulemusega 2014. aastal, et vähemalt 120 haridusasutust osaleb projekti raames korraldavatel koolitustel, Tervist Edendavate Koolide ja Tervist Edendavate Lasteaegade võrgustikuga liitub vähemalt 18 uut asutust ning vähemalt 10 haridusasutust läbib kroonilise haigusega lapse tugisüsteemi koolituse. 2015. aasta tegevuskavas on jäetud tegevuste maht, täpne sisu ja eelarve eelnevalt sätestamata viitega, et need „selguvad siis, kui Haigekassaga leping sõlmitud“.

Loetletud tegevuste loogika paistab lähtuvat sellest, et pakkudes lasteaegade töötajatele koolitusi, juhendmaterjale ja hindamisabivahendeid, toimubki lasteaegade võimestumine laste tervise ja heaolu edendamisel. Kuigi eeldus on ilmselt korrektne – laste tervise ja heaolu edendamisel koolieelsetes lasteasutustes on pädeval personalil kahtlemata võtmeroll – on vastamata jäänud küsimus mõju ulatusest ja määra. Olukorras, kus tegevuste tulemuslikkuse indikaatorina on sätestatud „*Koolieelsete lasteasutuste võimekus laste tervise ja heaolu edendamisel on suurenenud*“, oleks ootuspärane, et seda püütakse komplekselt ka mõõta. On teada, et praktikas kogutakse koolituste kohta tagasisideküsitluste toel infot, samuti koostatakse kalendriaastapõhised tegevusaruanded, mis avavad näiteks terviseõpetuse- ja kasvatuskoolituse läbinud koolieelsete lasteasutuste õpetajate arvu. Seevastu teave koolituse läbinud personali osakaalu kohta lasteaegade tööjõust, pädeva väljaõppega personaliga lasteaegade või lasteaiaühemate arvu vmt kohta ei ole aga käesolevalt kättesaadav. Teadmata on ka, kuivõrd on praktikas mõõdetud koolituste komplekti sisulist tõhusust ehk kas laste heaolu, probleemide varajane märkamine on paranenud ja ennetustegevused lasteaia seega tulemuslikud.

Kalendriaastakesksetes tegevusplaanides sisalduvate alamtegevuste ja nende oodatavate tulemuste kirjeldustes avaldub ilmekalt, kuidas **tegevuste tulemuspõhisus on asendunud aastate jooksul tegevuspõhisusega**. Uurimismeeskonna hinnangul peegeldub siingi alateema strateegiline juhtimatus – ühel hetkel on otsustatud teatud liiki tegevusi rahastada, misjärel on saanud tegevusest asi iseenesest, mida tuleb teostada, selmet soovitud sihi saavutamise poole süsteemselt liikuda ja edasiliikumist usaldusväärset mõõta.

Kitsamalt vaimse tervisega seotud tegevustest on internetipõhise psühhosotsiaalse keskkonna hindamisvahendiga seotud tegevuste komplekt mahtunud kogu perioodile 2011–2016, mis viitab kas ebapiisavale

¹⁵ TAI info kohaselt on erinevatel aastatel olnud fookuses erinevad teemad: 2013 vaimne tervis, 2014 liikumine, 2015 toitumine.

teostusele esimestel aastatel või keskkonna administreerimisega seotud pisitoimingute tõstmist RTA rakendusplaani pärast keskkonna edukat ellurakendamist. 2016. aastaks kavandatud vaimse tervise alased koolitused on raporti koostamise hetkel aset leidmas või leidnud.

Kokkuvõtteks loeb uurimismeeskond tegevuse all sisaldunud alamtegevused asjakohaseks. Nagu öeldud, oleks ootuspärane süsteemsem lähenemine vaimse tervise edendamisele, näiteks vaimse tervise koolituse läbinud lasteaia töötajate osakaalu eesmärgistamine ja selle sihikindel tõstmise, koolitatud personaliga lasteaedade arvu sihipärase tõstmise vmt strateegiliste eesmärkide poole pürgimise toel, mis läbi on potentsiaal saavutada kvalitatiivne muutus vaimse tervise käsitlemisel koolieelsetes lasteasutustes mõneti suurem.

Tegevus 2.2.3. Väikelaste arengu- ja tervisenäitajate ning nende mõjurite regulaarne seire ja hindamine

Tegevuste tulemuslikkuse indikaator: väikelaste tervisenäitajate ja mõjurite regulaarne seire on teostatud ja tulemused hinnatud.

Käsitledes RTA-d arengudokumendina on uurimismeeskond seisukohal, et regulaarse seire tagamine ei ole RTA ja selle rakenduskava vääriline tegevus ja peaks pigem kajastuma ministeeriumi või tema rakendusasutus(t)e tööplaanides. Asjakohane on seiresüsteemi arendamine – aspekt, mis on tuletatav üksnes 2012. aasta rakendusplaani seoses tervise infosüsteemiga (selle sisu detailsemalt avamata) ning 2016. aasta rakendusplaani viitega laste terviseandmete aruande arendusele tervise infosüsteemi statistikamoodulis.

+++

Võttes kokku M2 (Eelkooliealiste laste tervise edendamine) tegevused perioodil 2011–2016, tuleb märkida, et meetme tasandil on jäänud sisustamata tegevused, mille sihiks on suurendada lapsevanemate teadlikkust ja oskusi väikelapse ja eelkooliealise lapse vaimse tervise edendamisel ja arengu toetamisel. Siiski on praktikast teada, et lapsevanemate koolitamisele on panustanud laste ja noorte vaimse tervise keskused, pakkudes näiteks üksikloenguid ja grupikoolitusi lapsevanematele. Ka ei kajastu tegevuskavades meetme M2 all tegevusi sihiga tõhustada regulaarset ennetavat tervisekontrolli eelkooliealiste laste arengu- ja tervisehäirete varaseks avastamiseks ja vanemate nõustamiseks. Teisalt on teada, et 2016. aasta alguses alustati laste tervisekontrolli juhendi uuendamisega (just fookusega vaimsel tervisel ja suunatuna perearstidele, õdedele ja kooliõdedele), millega loodetakse valmis saada 2016. aasta lõpus¹⁶. Tegevust finantseeritakse RTA valdkonna *Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused* meetme (M3) *Inimeste vaimse tervise toetamine* tegevuse 1.3.1. ehk vaimse tervise kontseptsioonidokumendi loomine alt.

Uurimismeeskonna hinnangul peegeldub neistki ebakõladest süsteemitus vaimse tervise poliitika juhtimisel RTA vahendusel – ühelt poolt on asjakohased tegevused unustatud RTA-ga seostamata, teisalt on RTA-st lahus algatatud tegevused seostatud RTA-ga tagantjärele, paigutades tegevusi kohati juhuslikult katusmeetmete alla. Meetme tegevuste analüüsimisel on aga oluline arvestada, et mitmed vaimse tervise seisukohalt olulised tegevused leiavad aset ka Laste ja perede 2012–2020 arengukava raames. Näiteks toimub TAI eestvedamisel alates 2014. aastast vanemlusprogrammi *Imelised aastad* piloteerimine ja arendamine. Samuti on vanemate teadlikkuse ja oskuste suurendamisega seotud tarkvanem.ee veebi-

¹⁶ Vt <http://sm.ee/et/uudised/sotsiaalministeerium-kaasajastab-laste-tervisekontrolli-korraldust>

värava arendamine ning positiivse vanemuse kampaaniad, mida on algselt rahastanud Siseministerium (SiM) (alates 2016. aastast SiM ja SoM ühisrahastus) aga korraldanud TAI. Kuigi valikud, millised tegevused peaksid toimuma ühe või teise arengukava alt ja eraldatud finantsidest, on täielikult poliitikakujundajate pärusmaa, on uurimismeeskond seisukohal, et ka juhul kui rahastus toimub teise arengukava alt, tuleks kõigi vahetu tervisemõjuga tegevustega luua tervikliku käsitluse tagamiseks alati ka seos RTA-s. **RTA tasandil peaks strateegiline eesmärk olema see, et tervisedendus ei toimuks projektipõhiselt, vaid et sellest saab lasteasutuste igapäevatöö sidus osa.** Projektipõhiselt saab ellu viia arendustegevusi, mille toel võimestatakse ja motiveeritakse tegevuskohtasid (lasteaed, paikkond, töökoht) oma tööprotsesse üles ehitama viisil, et ennetus ja edendus saaksid edaspidi järjepidevalt ja süsteemselt toimuda.

+++

Ka meetme **M3 (Kooliealiste laste ning noorte tervise edendamine)** tegevused on põhitekstis oluliselt rikkalikumad kui eraldiseisva dokumendina toodud rakendusplaanis. Põhitekstis on nimetatud tegevustena muuhulgas järgmist:

- Ennetada õpilaste koolist väljalangemist;
- Suurendada koolide ja pedagoogilise personali võimekust laste tervise edendamisel, arendades õpilaste eakohast kvaliteetset tervisekasvatust, sotsiaalsete oskuste õpetust riikliku õppekava alusel ja õppekavaväliste kvaliteetsete koolitusvõimaluste kaudu;
- Tõhustada kooliealiste laste vigastuste ja mürgistuste ennetusele ja vaimse tervise edendamisele suunatud tegevusi;
- Suurendada psühholoogilise abi kättesaadavust kooliõpilastele; tõhustada psüühika- ja käitumishäiretega, perevägivalda või kriisisituatsiooni kogenud laste abistamist;
- Tagada tõsiste psüühika- ja käitumishäiretega lastele ja noortele nüüdisaegne ning kvalifitseeritud spetsialistide poolt osutatavate teenustega pikaajaline õppe-, ravi- ja rehabilitatsioonivõimalus vähemalt ühes koolikoduga õppeasutuses;
- Suurendada koolitervishoiuteenuse tõhusust, kvaliteeti ning usaldusväarsust eesmärgiga ennetada tervisehäireid ja riskikäitumise kujunemist ning vähendada tervisest tingitud piiranguid haridusvõimaluste kasutamisel; tõhustada kooliealiste laste hambahaiguste ennetust;
- Tagada õpetajate läbipõlemise ennetamiseks ja kooli psühhosotsiaalse keskkonna edendamiseks regulaarsed grupi- ja individuaalse supervisiooni ning mentorluse võimalused õpetajatele;
- Edendada nõustamiskomisjonide ning koolide tegevust erivajadustega õpilaste arengu toetamisel ja tervisehäiretega toimetulekul;
- Seirata ja hinnata regulaarselt kooliealiste laste tervisenäitajaid ja nende mõjureid, arendades tervise infosüsteemi, tehes uuringuid ning täpsustades kogutavate andmete koosseise ja indikaatoreid.

Rakenduskavasse on neist valitud-kohandatud viis tegevust, mis kõik võetakse järgnevalt ka vaimse tervise teemavaldkonnaga seostatuna vaatluse alla.

Tegevus 2.3.1. Õpilaste koolist väljalangemise ennetamine nõustamiskeskuste toetamise, huvikoolide arendamise, noorte tervisekasvatustlike koolituste kaudu.

Tegevuse tulemuslikkuse indikaator: õpilastele on tagatud toetav süsteem nõustamiskeskuste, huvikoolide teenuste ja noorte tervisekasvatustliku koolituste kaudu.

Tegevus hõlmab järgmisi kalendriaastapõhiseid tegevusi:

- Tõhustatakse hariduslike erivajadustega õpilaste üle peetavat seiret, sh viiakse läbi põhikooli efektiivsuse uuring ja tulemused võetakse aluseks üldhariduse poliitika edasisele kujundamisele (2011).
- Tõhustatakse hariduslike erivajadustega õpilaste tugi- ja toetussüsteemide rakendamist, sh viiakse läbi tugisüsteemide mõjuanalüüs ja tagatakse õpilastele paindlikumad õpivõimalused (PGS eelnõus ja haridusministri määrustes täpsustatakse hariduslike erivajadustega laste õppekorraldust; meetme "Kooli poolelijätmise vähendamine, haridusele juurdepääsu suurendamine ning õppe kvaliteedi parandamine" koolikohustuse täitmist tagavad tegevused on ellu viidud) (2011).
- Noorte õigusrikkumiste, sh korduvrikkumiste ennetamisele suunatud programmide ja projektide arendamine ja rakendamine, sh alaealiste komisjoni tegevuse toetamine ja arendamine (2011–2012).
- Koostöös nõustamise korraldajate ja riiklike suunajatega koondatakse erinevad nõustamisteenused ühtseks võrgustikuks, sh rakendatakse lõimitud nõustamismudelit nõustamisteenuste kättesaadavuse suurendamiseks (M16); igas maakonnas tegutseb vähemalt üks teavitamis- ja nõustamiskeskus, kus pakutakse psühholoogilist, eripedagoogilist, logopeedilist ja sotsiaalpedagoogilist nõustamisteenust (2011–2012). Alates 2015. aastast pakuvad teenust maakondlikud Rajaleidja keskused (2015–2016).
- WE-STAY (Working in Europe to Stop Truancy Among Youth) küsitlusuuringu läbiviimine Eesti koolides, et testida koolist puudumist vähendavate ja ennetavate sekkumisprogrammide tulemuslikkust (2011–2012).
- Nõustamiskeskuste ja huvikoolide toetamine koolist väljalangemise ennetamiseks (2013–2014).

Uurimismeeskonna hinnangul on **tegevus üheskoos alamtegevuste komplektiga vaimse tervise teemavaldkonna kontekstis asjakohane, kompleksne ning tunnustust vääriv**. Koolis püsimine/väljalangemine ja vaimne tervis on vastastikku seotud – noored, kes on kimpus vaimse tervisega, on altimad koolist puuduma, mistõttu kasvab tõenäosus õpingute püsivaks katkemiseks. Pooliku haridusega noorte eneseteostuse võimalused on ahtamad, sotsiaalvõrgustiku nõrgenemine on omakorda arvestav faktor heaolu kahanemisel, antisotsiaalse käitumise kujunemisel ja vaimse tervise halvenemisel. Seega on koolist väljalangemusega süsteemne tegelemine käsitletav üheselt vaimse tervise teemavaldkonnaga seotuna.

Samas oleks ootuspärane, et **tegevuse tulemuslikkuse seiramisel oleks kasutusel koolist väljalangemise statistilised näitajad, et hinnata, kas väljalangemist on tegevuste tagajärjel suudetud ka vähendada**. Praegune indikaator ei võimalda objektiivselt hinnata, kas 'toetav süsteem' on 'tagatud', kas tugi- ja toetussüsteemide rakendamine on 'tõhustunud'. Alamtegevuste sõnastus ei võimalda seega anda kuigi usaldusväärset hinnanguid tegevuste piisavuse ja tulemuslikkuse osas.

Tegevus 2.3.2. Koolide võimekuse suurendamine laste ja noorte tervise edendamisel.

Tegevuse tulemuslikkuse indikaator: koolide võimekus laste ja noorte tervise ning heaolu edendamisel on suurenenud.

Kuigi tegevuskavades oli loetletud tegevusi rohkem, kui alljärgnevalt käsitletud, pööras analüüsimeeskond tähelepanu üksnes nendele kalendriaastapõhiste alamtegevustele, mille puhul oli tuvastatav tegevuse vahetu seos õpilaste vaimse tervise edendamise või toetamisega:

- Internetipõhise psühhosotsiaalse keskkonna hindamise meetodika ja küsimustiku väljatöötamine õppeasutustele (2011);
- Koolitused psühhosotsiaalse keskkonna ja tervise edendamise eesmärgil (2011), koolitused "Lapse ja noore vaimse tervise probleemide varane märkamine" (2012), koolilaste vaimse tervise hindamise koolitus kooliõdedele (2013);
- Haridustöötajatele teabepäevade läbiviimine erinevatel teemadel, sh uimastiennetus koolis; seksuaalkasvatuse õpetajaraamat, õpilase vaimse tervise hindamine (2014);
- Koolide tervisedenduse töö koordineerimine maakondlikul ja kohalikul tasandil (2011–2012);
- Sõltuvus- ja teiste riskikäitumist soodustavate ainete tarbimise ennetamiseks kohaliku tasandi konsultatsioonide ja ennetusürituste korraldamine (2011);
- Sotsiaalsete toimetulekuoskuste õpetajaraamatu väljaandmine ja koolituste läbiviimine (2014–2015), sh venekeelsena välja andmine (2016);
- Juhendmaterjali "Soovitused uimastiennetuseks ja uimastitega seotud juhtumite lahendamiseks koolis" väljaandmine ja teabepäevad koolidele (2015–2016);
- Tervisedenduse baaskoolituste läbiviimine koolidele (2016);
- Vanemluskampaania projekti "Tark Vanem" elluviimine (2016).

Ülaltoodud tegevused lähtuvad ilmselt tõesest eeldusest, et koolitades ja võimestades õpetajaid suureneb koolide võimekus laste ja noorte tervise edendamisel. Sarnaselt koolieelsete lasteasutuste samasisulise tegevusega tekib küsimus tegevuse toel saavutatava mõju ulatusest ja määrast. Siingi oleks ootuspärane, et olukorras, kus keske tegevuse indikaatoriks on, et „*Koolide võimekus laste ja noorte tervise ning heaolu edendamisel on suurenenud*“, püütakse seda komplekselt ka mõõta. Kuigi teadaolevalt toimub iga üksiktegevuse kontekstis enamasti mõjuhindamine, peaks mõju hindama ka kõigi tegevuste üleselt.

Kalendriaastakesksetes alamtegevustes ja nende oodatavate tegevuste kirjeldustes domineerib tegevuspõhisus (*koolitatakse, koostatakse materjalid, tutvustatakse, viiakse läbi teabepäevad*). **Uurimis-meeskonna hinnangul on loetletud alamtegevused küll asjakohased, kuid mitte piisavad soovitud muutuste poole liikumisel.** Muutuste saavutamine eeldab siin oluliselt kompleksemat lähenemist, mis tugineb visioonil noorte vaimset tervist edendavast-hoidvast koolisüsteemist ja sellest lähtuvalt saab sisustada konkreetset eesmärgid ja omakorda neist lähtuvad tegevused. Alles seejärel on võimalik välja töötada konkreetset (koolipersonali ja/või õppurite põhised) indikaatorid, mis võimaldaks peegeldada koolide *'võimekust laste ja noorte tervise ning heaolu edendamisel'*. Poliitikakujundajad saavad olulisteks pidepunktideks sel teel võtta 2015. aastal Sotsiaalministeeriumis valminud kontseptsioonidokumendi

„Integreeritud teenused laste vaimse tervise toetamiseks: ennetus, varajane märkamine ja õigeaegne abi“ ning 2016. aastal valminud „Vaimse tervise ja heaolu strateegia“.

Tegevus 2.3.3. Koolitervishoiuteenus osutamine

Tegevuse tulemuslikkuse indikaator: teenus on kättesaadav kõigile õpilastele, sh erivajadustega õpilaste koolis.

Vaimse tervise teemavaldkonnaga oli kalendriaastapõhistes rakendusplaanides seostatavad järgmised alamtegevused:

- Koolilaste vaimse tervise hindamise juhendi koostamine (kooliõele) ja avaldamine (2011);
- Juhendi "Õpilase vaimse tervise hindamine" koostamine ja koolitused kooli- ja pereõdedele (2012);
- Koolitervishoiuteenus osutamine kõigile õpilastele sh erivajadustega õpilaste koolis (2013, 2016). 2014 aastal sõnastuses teenuse osutamise jätkamine oodatava tulemusega, et teenus on tagatud kõigile õpilastele, kuid kaotatud oli liides 'sh erivajadustega õpilastele';
- Koolitervishoiuteenus läbiviimine uutel alustel – juhendajaks arsti asemel õendustöötaja ning juhendamine 10 kuul aastas (2015);
- Hariduslike erivajadusega õpilastele tehtud tegevuste analüüsi ning aruandluse arendamine kasutades e-tervise võimalusi (2015–2016).

Vastavalt põhikooli- ja gümnaasiumiseadusele (§ 43 lg 1) osutatakse statsionaarses õppes põhi- ja üldkeskharidust omandavale õpilasele koolitervishoiuteenust, teenust osutab õde. Koolitervishoiuteenus sisaldab muuhulgas vaimse tervise hindamist ennetava tervisekontrolli teostamise käigus (29, 30). **Ülal- kirjeldatud üksiktegevustest on RTA kui arendusdokumendi seisukohalt olulise arendustegevusena vaadeldavad kooliõdedele juhendmaterjalide koostamine, mis on vajalikud nii viimatimainitud kui ka teiste õigusaktides sätestatud tegevuste täitmiseks.** Ülejäänud tegevused on seotud üksnes seadusest tuleneva kohustuse täitmise, mistõttu ei saa neid käsitleda RTA kui arendusdokumendi seisukohalt asjakohaste tegevustena.

Vaimse tervise teemavaldkonna kontekstis on koolitervishoiuteenus kõrval olulised teisedki tugi-teenused. Nimelt peab koolipidaja tagama õpilasele tasuta kättesaadavana vähemalt eripedagoogi (sh logopeedi), psühholoogi ja sotsiaalpedagoogi teenused (PGS § 37 lg 2). Teadaolevalt on nende tugi-teenuste osas kättesaadavus äärmiselt varieeruv, nii spetsialistide nappuse, töökorralduse ebaselguse kui puuduliku abivajaduse hindamise tõttu; osutatavad tugiteenused ei kaasa alati vanemaid ega ole suunatud koolipersonali juhendamisele rutiinselt (31). Need **tugiteenused ei ole RTA-s paraku süsteemset käsitlust saanud.** Uurimismeeskonna hinnangul on vaimse tervise kontekstis mõistlik käsitleda koolitervishoiuteenusid ja mainitud tugiteenusid käsikäes – õpilaste vaimse tervise toetamise seisukohalt ei ole vahet, kas rahastus tuleb KOV või Haigekassa eelarvest, pigem võib nende teenuste finantsiline eristamine abistamist pärssida ning teenuste kooskõpsus strateegilisel tasandil võib aidata nimetatud riske maandada.

Tegevus 2.3.4. Laste ja noorte terviseuuringute läbiviimine

Tegevuse tulemuslikkuse indikaator: koolilaste tervisekäitumise uuring ja uuring laste varajase arengu hindamiseks on perioodiliselt läbi viidud.

Kalendriaastapõhistes tegevuskavadest ilmnas, et fookuses on olnud üksnes kooliõpilaste tervisekäitumise 2014. aasta uuring (HBSC, *Health Behaviour of School-aged Children*), mis viiakse 11–15-aastaste koolinoorte seas läbi iga nelja aasta tagant enamikus Euroopa riikides. Tegevusteks on olnud uuringu ettevalmistus, tulemuste analüüs ja tulemuste avaldamine. **Olles veendunud küll uuringu vajaduses ja asjakohasuses noorte tervise ja heaolu kohta info kogumisel, sh vaimse tervise aspektide avamisel, ei pea uurimismeeskond üksikute uuringute tarbeks eraldi tegevuse eristamist RTA tasandil kuigi kohaseks.** Kui regulaarsete uuringute teostamine info kogumiseks elanikkonna tervise mõne aspekti kohta on otsustatud, võiks nende elluviimine-rahastamine jääda SoM-i või tema rakendusasutuste tööplaanide tasandile.

Tegevus 2.3.5. Laste ja noorte tervisenäitajate mõjurite regulaarne seire ja tulemuste hindamine.

Tegevuse tulemuslikkuse indikaator: laste ja noorte tervisenäitajate ja mõjurite regulaarne seire on teostatud ja tulemused hinnatud.

Kalendriaastapõhiste tegevuskavade analüüsimisel ilmnas, et tegevus ei ole vaimse tervise teemavaldkonna seisukohalt sisukas. Siiski peab uurimismeeskond vajalikuks ka siin märkida, et **kuigi olukorra seiramine on poliitika kujundamisel ja juhtimisel vajalik ja asjakohane tegevus, on küsimuse koht, kas selle kajastamine tegevusena on arengukava tasandil kohane.** Pigem võiks selline regulaarne tegevus kajastuda SoM-i või tema rakendusasutuste tööplaanide tasandil ning RTA tasandile oleks toodud üksnes tegevused nagu andmekvaliteedi hüppeline tõstmine, andmekogumise printsiipialne ümberkorraldamine või efektiivsemaks muutmine vmt.

+++

Võttes kokku M3 (Kooliealiste laste ning noorte tervise edendamine) tegevused perioodil 2011–2016, torkab siingi sarnaselt eelmise meetmega (M2 – Eelkooliealiste laste tervise edendamine) silma, et tegevused, mis seonduvad lapsevanemate võimestamisega, on olnud tagaplaanil ning vähe on tähelepanu pööranud teenuste kättesaadavusele väljaspool kooli. Teisalt tuleb hinnangu andmisel arvestada, et suur hulk sihtgrupi vaimse tervise edendamisega seotud tegevustest on hõlmatud valdkonna *Sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused* meetme M3 – *Inimeste vaimse tervise toetamine* tegevuste 1.3.3 ja 1.3.4 alla. Arvestades kooliealiste laste ning noorte tervise edendamiseks ettenähtud tegevuste piisavuse hindamisel ka äsjanimetatud tegevusi, avaldub, et tegevuste hulk ühes alamtegevustega on olnud muljetavaldav – vaimse tervise teemavaldkonnas jätavad lastele ja noortele suunatud tegevused kõik teised demograafilised rühmad varju.

Nagu meetme M2 analüüsis juba öeldud, peaks tervise edendamise kontekstis olema strateegiline eesmärk see, et edendus saaks seotud asutuse igapäevatöö loomulik osa. Projektipõhiselt saab ellu viia arendustegevusi, mille toel võimestatakse ja motiveeritakse tegevuskohtasid (kool, paikkond, töökoht) looma koostöösuhteid ja ehitama oma tööprotsesse üles viisil, et ennetus ja edendus saaksid edaspidi järjepidevalt ja süsteemselt toimuda. Näitlikustades koolituste toel – piiratud hulga töötajate koolitamine piiratud perioodil ei pruugi tuua praktiliselt muutust, sisulise muutusena saaks vaadata seda, kui luuakse täiendkoolitussüsteem, mille eesmärk on hoida ja tõsta teatud oskused omandanud töötajate

määra (nt püüdes suurendada vajalike oskustega õpetajate osakaalu kõikide koolide õpetajatest üle seatud protsendi või tagades vähemalt ühe koolitatud töötaja olemasolu kõikides koolides vmt).

Nagu varemgi nenditud – tegevuste komplekti tervikuna vaadates peegeldub, et meetme alla on koondatud mitmeid tegevusi, mis on alguse saanud RTA-st eraldiseisvalt ning mis on seotud RTA-ga täiendava rahastuse vajamisel (välisprojektide puhul nn omaosaluse katmisel). Mitmed vaimset tervist edendavad projektid on ellu viidud vaid üksikutel aastatel ega ole olnud järjepidevad, ehkki see on mõistetav kuna erinevate lähenemiste testimine – nt hindamaks sekkumise sobivust riiki – on poliitikakujundamises tavapärane. Seega on ka loomulik, kui mõni sekkumine ei leiagi praktikas laiemat rakendamist, kuna on osutunud ebaefektiivseks. Erinevate efektiivseks osutunud edendustegevuste lühiajaline pakkumine seevastu vähendab nende potentsiaalset mõju ning võib tsementerida väärarusaama ennetustegevusest kui loomupärasest projektipõhisest tegevusest.

2.3. Tegevussuund 'Tervislik eluviis'

Nagu käsitletud peatükis 1.4, seonduvad valdkonnas *Tervislik eluviis* vaimse tervisega otseselt või kaudselt kõik meetmed. Uurimismeeskond on siiski käsitletud vaimse tervise teemavaldkonnaga otseselt haakuvaiks meetmeiks kaks meetet: **M3 ehk alkoholist tingitud kahjude vähendamine tervisele ja ühiskonnale** ja **M5 ehk narkootiliste ainete tarbimise ennetamine, vähendamine ning kahjude vähendamine tervisele ja ühiskonnale**.

Kuigi vaimse tervisega on seostatavad ka mitmed teised eluviisiga seotud aspektid nagu näiteks istuv eluviis, liikumisharjumused jmt, pole RTA-s neid seoseid käsitletud, mistõttu ei leia need aspektid selleski alapeatükis käsitlemist. Osaliselt on vaimse tervise valdkonnaga seotud ka M6 Vigastuste ennetamine ja vähendamine, kuid kuna uurimismeeskond ei tuvastanud esmase analüüsi käigus ühtegi vaimse tervisega eksplitsiitselt seotud tegevust, on sellegi meetme süvaanalüüs sellest tööst välja jäänud. Alljärgnevalt käsitletakse meetmete M3 ja M5 puhul üksnes neid tegevusi, mis on vahetult seotud elanikkonna vaimse tervise edendamise-parandamisega.

Tegevus 4.3.5. Elanikkonna teadlikkuse tõstmise alkoholikahjust, tarvitamise riskidest ja vähendamise võimalustest.

Tegevuse tulemuslikkuse indikaator: läbi on viidud alkoholi liigtarvitamist ennetavaid turunduskampaaniaid ja teavitustegevusi, toimib veebipõhine nõustamine ning info jagamine.

Kalendriaastapõhistest tegevuskavadest on tuvastatavad järgmised seotud alamtegevused:

- Veebilehe www.alkoinfo.ee arendamine, sh noortele suunatud osa valmimine (2011–2012);
- Alkoholialase teavituskampaania korraldamine (2011–2016);
- Riikliku alkoholikonverentsi läbiviimine (2013–2015);
- Lapsevanematele suunatud noorte alkoholitarvitamise ennetusprogrammi „Efekt“ elluviimine (2013–2016);
- Koolinoortele suunatud võistlusmäng I.S.E. 6. ja 7. kl õpilastele (2011–2012).

Tegevuskavades domineerib liigne tegevuspõhisus, mida illustreerib indikaator, mille kohaselt on tegevused tulemuslikud siis, kui nad on ellu viidud. Sobilikum oleks indikaator, mis kirjeldab elanikkonna teadlikkuse taset ja võimaldab objektiivselt hinnata, kas saavutatud teavitustegevustega on saavutatud soovitud muutus või mitte. Selline indikaator annaks omakorda indikatsiooni selle kohta, kas aasta-aastalt elluviidavaid tegevusi (veebilehe arendamine, massimeedia teavituskampaaniate ja konverentsi korraldamine) on mõistlik (samal viisil) jätkata.

Antud tegevusega kaasneb ka semantiline küsimus ehk mida strateegias 'teadlikkuse' all silmas peetakse – teadlikkust oma alkoholi tarvitamise vähendamise vajadusest, liigtarvitamisega kaasnevatest tervisekahjustest või alkoholi liigtarvitamise ühiskondlikest kahjustest vms. Seda teadmata on keeruline hinnata, kas elluviidud tegevused on kandnud sama teadlikkuse suurendamise sõnumit või erinevat.

Võttes arvesse asjaolu, et lisaks teadlikkusele mõjutavad inimeste alkoholi tarvitamist olulisel määral ka ühiskondlikud normid, siis oleks ehk mõistlikum seada RTA-s eesmärgiks mõne konkreetse ühiskondliku normi muutmine ja suunata avalikkusele suunatud teavitustegevused sellele. Sel viisil oleks võimalik luua alamtegevustest terviklik kompleks, mis on suunatud konkreetse eesmärgi saavutamisele. Positiivse näitena saab siin esile tõsta alkoholi tarvitamisega seotud normide/hoiakute muutmisse panustanud

Norra finantsmehhanismi toel käivitatud initsiatiiv „Joome Poole Vähem“.¹⁷ Seegi tegevus on näide vabakonna eestvedamisel toimunud algatusest, mille eesvedajaks võiks olla RTA eesmärkide eest vastutav ministeerium, selmet initsiatiivi alam-projektipõhiselt toetada. Teiseks positiivseks näiteks on 2016 TAI eestvedamisel valminud juhendmaterjal „Võimalused alkoholipoliitika rakendamiseks kohalikul tasandil“ (37).

Kõik ülal kajastuvad alamtegevused on ellu viidud. Sarnaselt mitmele teisele raportis käsitletud tegevusele kerkib sellegi tegevuse alamtegevuste puhul üles küsimus, kuivõrd põhjendatud on ametkondade tavapärase tööülesannete käsitlemine riiklikus strateegiadokumendis. Näiteks ei ole uurimismeeskonna hinnangul konverentsi korraldamine ja veebilehe haldamine strateegiliselt piisavalt olulise väärtusega tegevused, et neid RTA tegevuste tasandil eraldi välja tuua.

Tegevus 4.3.7. Alkoholi liigtarvitamise ennetamise, varajase avastamise, nõustamise, sõltuvusravi ja sõltuvusvastase taastusabi teenuste arendamine ja osutamine üldelanikkonnale, alkoholi sõltuvusvastase taastusabi ja nõustamisteenuste arendamine ja osutamine.

Tegevuse tulemuslikkuse indikaatorid:

1. Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise teenus on välja töötatud ja esmatasandi tervishoidu integreeritud.
2. Alkoholisõltuvuse ravi ja rehabilitatsioonisüsteemi alused on välja töötatud ja piloteeritud.
3. Tagatud on taastusabi teenus kinnipeetutele.

Kalendriaastapõhistes tegevuskavades sisalduvad järgmised alamtegevused:

- ESF programmi raames alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise teenuse osutamise käivitamine ja juurutamine perearsti praksistes, sh koolituste läbiviimine (2011–2016);
- ESF programmi raames ravi ja rehabilitatsioonisüsteemi väljatöötamine ja käivitamine (2013);
- Alkoholi liigtarvitamise nõustamise, sõltuvus- ja taastusabi teenuste osutamine kinnipeetavatele (2013–2016);
- Alkoholi liigtarvitamise ennetamise ja nõustamise juhendmaterjali väljatöötamine ja liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise maakondlike kompetentsikeskuste (PAK) võrgustiku loomine (2014);
- ESF programmi raames alkoholisõltuvuse ravijuhise valmimine (2015);
- ESF programmi raames alkoholisõltuvuse [ravijuhisele vastava] raviteenuse arendamine ja teenuse osutamine (2016).

ESF programmist rahastatud alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise teenuse käivitamine, alkoholisõltuvuse ravijuhendi koostamine ja alkoholisõltuvuse raviteenuse väljaarendamine¹⁸ on **heaks näiteks välisprojektidest rahastatud riiklikest arendustegevustest, mis sobivad RTA-sse kui strateegilise planeerimise raamdokumendi**. Seda enam, et tegu on RTA eesmärkide saavutamise seisukohalt vajalike,

¹⁷ <https://www.facebook.com/JoomePooleVahem>, <http://www.poolevahem.ee/>

¹⁸ vt <http://www.tai.ee/et/kainem-ja-tervem-eesi>

ent kulukate arendusprojektidega, mille teostamine võib takerduda riigieelarveliste vahendite puudumisse. Teisalt on välja arendatud teenused kulukad ja kaasneb oht, et välisinvesteeringute lõppemisel ei suudeta teenuste finantseerimist riiklikult üle võtta. Tegevuskavas ei ole välja toodud tegevusi, mis kirjeldaks ettevalmistusi finantseerimisperioodi lõppemiseks, mistõttu on keeruline hinnata, kuivõrd on nende riskidega tegevuste planeerimisel arvestatud.

Uurimismeeskonna hinnangul on tegevuste komplekt vaimse tervise teemavaldkonna kontekstis asjakohane, terviklik ning tunnustust vääriv ning panustab oluliselt RTA eesmärkide saavutamisse. Seda põhjusel, et alkoholisõltuvus on Eestis kõige levinum sõltuvushäire, mille jaoks senised raviteenuste võimalused ei vastanud riiklikele vajadustele ega kaasaegsele sõltuvusravikäsitlusele. Valitud indikaatorid on antud tegevuste kontekstis adekvaatsed, kuna tegevused on fokusseeritud uue süsteemi väljatöötamisele ja juurutamisele.

Tegevus 4.3.10. Alkoholi tarvitamisega, kahjude ja ennetustegevusega seotud uuringute läbiviimine.

Tegevuse tulemuslikkuse indikaator: alkoholi tarvitamise, kahjude ja ennetustegevuse kohta on perioodil 2013–2016 kvaliteetsed, võrreldavad andmed.

Kalendriaastapõhistes tegevuskavades on eristatud järgmised alamtegevused:

- Uuringu "Alkoholi tarbimine, turg ja elanike hinnang alkoholipoliitikale" läbiviimine ja alkoholi aastaraamatu välja andmine (2013–2016);
- Alkoholi rohelises raamatus kavandatud meetmete mõjude hindamine (2013);
- Ennetusprogrammi „Efekt“ tulemuste analüüsi valmimine (2013–2015);
- Alkoholi testostlemiste läbiviimine, sh vanust tõendava dokumendi küsimise seire raames (2013–2015) ja joobetunnustega isikutele alkoholi müügi seire raames (2016);
- Alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamisteenuse hindamisuuringu läbiviimine (2014);
- Alkoholisõltuvuse ravijuhendi koostamine (2015–2016);
- ESF programmi alkoholi valdkonna elluviimise tegevuste seire ja hindamisega seotud kulud (2015–2016).

Loetletud alamtegevused on uurimismeeskonna hinnangul ilmekaks näiteks, kuidas sisukast ja komplekssest tegevuste rühmast on **RTA rakendusplaani jõudnud formalistlikud katked, kandes eelkõige eelarvevahendite juhtimise funktsiooni** (vt viimase alamtegevuse sõnastust), **selmet juhtida teadmuse loomist, et kavandada tõhusaid samme alkoholi tarvitamise ja seotud kahjude vähendamiseks.** Seatud indikaator on pigem uuringu "Alkoholi tarbimine, turg ja elanike hinnang alkoholipoliitikale" keskne, alamtegevuste sõnastuses domineerib tegevuspõhisus. Uurimismeeskonnale näib, et tegu on olnud strateegia alapeatükiga, kuhu alla on koondatud kõik alkoholi valdkonnaga seotud uuringud, mille teemad ja eesmärgid on väljaspool äsjamainitud uuringut otsustatud arengukava tegevuste planeerimisest eraldiseisvalt. Selline problemaatiline käsitlusnurk on seda kahetsusväärsem, et tegevused ise on sisukad. Autorite hinnangul võiks tegevustekomplekti keskseks sihiks olla poliitikakujundajatele alkoholiturust ja alkoholi kahjudest ning trendidest nii haigestumuse kui suremuse vallas usaldusväärset teadmise pakkumine. On mõttekoht, kas ESF meetmete toel toimuv hoiakute

muutmise ja raviteenuste tulemuslikkuse hindamine peaks kajastuma siin üheskoos muude uurimistegevustega või olema pigem hõlmatud hindamise fookuses olevate tegevuste alla.

Tegevus 4.5.2. Erinevate haldusalade vahelise toimiva sõltuvusravi ja sõltuvusvastase taastusabi süsteemi loomine, vastava õigusloome arendamine.

Tegevuse tulemuslikkuse indikaator: süsteemi kontseptsioon on kirjeldatud (2014), välja töötatud on vastavad õigusaktid (2015) ning süsteem rakendub 2016 (2016).

Sõltuvusalast nõustamist, sõltuvusravi ja rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavust on käsitletud ka juba 2011 ja 2012 tegevuskavades aga fookusega üksnes abi pakkumisel. Järgnevatel aastatel sisaldasid tegevuskavades järgmised alamtegevused:

- Alaealiste sõltuvusvastase taastusabi reguleeriva "Psühhiaatrilise abi seaduse, tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja tsiviilkohtumenetluse seadustiku muutmise seaduse" eelnõu menetlemine ja vastu võtmine (2013);
- Sotsiaalse rehabilitatsiooni kontseptsiooni väljatöötamine ja vastavate seadusmuudatuste menetlemine (2014);
- Narkomaania valdkonna teenusteosutajate võrgustiku loomine ja võrgustiku kohtumiste läbiviimine (2014);
- Sõltuvusravi- ja rehabilitatsiooni reguleerimine psühhiaatrilise abi seaduse eelnõu välja töötamine (2015);
- Kahjude vähendamise teenuste korraldusele ja sisule õigusliku aluse loomine rahvatervise seaduse raames (2016).

Uurimismeeskonnale kättesaadava info alusel saab järeldada, et algselt kavandatud süsteemi ei ole õnnestunud 2016. aastaks luua ega rakendada. „Psühhiaatrilise abi seaduse, tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja tsiviilkohtumenetluse seadustiku muutmise seaduse (170 SE) eelnõu esitati küll Riigikogule, kuid see langes Riigikogu koosseisu lõppemisega menetlusest välja.¹⁹ Sõltlastest alaealisi käsitletakse uuendatud kontseptsiooni järgi abivajavate lastena ning nendega tegeleb lastekaitsesüsteem. 2014–2015 toimusid erinevad töörühmad uue psühhiaatrilise abi seaduse eelnõu välja töötamiseks, töörühmade järeldusteks oli muuhulgas, et psühhiaatriline/psühholoogiline abi on samasugune tervishoiuteenus nagu teised teenused (nt kirurgiline või ortopeediline abi) ning eraldi regulatsioone sõltuvusravile ja rehabilitatsioonile ei ole vaja. Töörühmade tegevuse tulemusena koostati ja saadeti ametlikule kooskõlastusringile psühhiaatrilise abi seaduse ning sellega seonduvate õigusaktide muutmise seaduse välja töötamise kavatsus.²⁰

Arvestades, et RTA 2017–2020 rakendusplaani eelnõus on alameesmärgi 4 prioriteetse tegevuse sõnastus jätkuvalt kujul *erinevate haldusalade vahelise toimiva sõltuvusravi ja sõltuvusvastase taastusabi süsteemi loomine* saab eeldada, et töö selles vallas jätkub uuel perioodil eelmises lõigus kirjeldatud arenguid arvestades.

¹⁹ vt <http://www.riigikogu.ee/tegevus/eelnoud/eelnou/91b5901e-150a-4574-a8e4-2199208b13ba/>

²⁰ : <http://eelnoud.valitsus.ee/main#qkRe7VEq>

Tegevus 4.5.3. Seadusandluse täiendamine ning selle rakendamine narkomaania ravi-, taastusabi- ja järelteenuste ning nõustamis- (sh kahjude vähendamise) teenuste väljaarendamisel ja pakkumisel.

Tegevuse tulemuslikkuse indikaatorid:

1. Alaealiste sõltuvusvastase taastusabi regulatsioon rakendub 01.01.2014.
2. Täiskasvanute sõltuvusvastase taastusabi regulatsiooni väljatöötamine. Ennetus-, ravi ja sõltuvusvastase taastusabi miinimumnõuded on välja töötatud, kehtestatud ja rakendatud.

Kalendriaastapõhised tegevuskavad hõlmasid järgmisi alamtegevusi:

- Narkosõltuvuses olevatele inimestele (alaealised ja täiskasvanud) pakutav sõltuvusvastane taastusabi teenus on ümberarvutatud ühikupõhisteks ja teenuste kirjeldused on ühtlustatud (2013);
- Alaealiste sõltuvusvastase taastusabi menetlemine riigikogus ja teenuste kontseptsiooni väljatöötamine Rahvatervise seaduse raames (2014);
- Sõltuvusravi- ja rehabilitatsiooni reguleerimine Psühhiaatrilise abi seaduse eelnõu on välja töötatud (2015);
- Abi vajavale lapsele (sh sõltuvusprobleemide korral), kes seab enda või teiste elu või tervise ohtu või kelle üle on vaja kasvatusliku järelevalvet sisse seada, tahtevastase rehabilitatsiooni teenuse reguleerimise eelnõu on ettevalmistatud (2016);
- Tervishoiu- ning rehabilitatsioonisüsteemi vaheliste üleminekute, teenuste kattuvuse ning teenustevaheliste lünkade analüüs ja teenuste vahel liikumiseks välja töötatud lahenduste testimine (2016).

Uurimismeeskonna hinnangul on tegevuses 4.5.3 nii vormiline kui ka sisuline probleem. Nagu eelpool juba käsitletud, tähendab seadusandlus seadusloomet ehk seaduste andmisega ja sellega seotud protseduuri. Antud juhul on mõeldud siiski õigusaktide muutmist. Teiseks ei kajastu enamikus kirjeldatud tegevustest sisulisi arenguid. Võimalik on seadusemuudatuste teostamine selliselt, et sisulist muutust, mis võiks kaasa aidata RTA üldeesmärgile või valdkonna eesmärgi saavutamisele, ei toimugi; sisuline RTA eesmärgist lähtuv muutuse saavutamine kajastub üksnes kahes (2014 ja 2016) alamtegevuses.

Nagu eelmise tegevuse kontekstis juba avatud, on suhteliselt lühikese aja jooksul toimunud teemakäsitluses olulisi kontseptuaalseid arenguid, mistõttu on algsed tegevused kaotanud oma tähenduse. Nii käsitletakse uue kontseptsiooni järgi sõltlastest alaealisi abivajavate lastena ja nende puhul rakendub lastekaitseüsteem²¹ ja välistab alaealiste formaalse (ja/või vägivaldse) kinnihoidmise. Siit johtub laiem küsimusekoht – kas RTA rakenduskavasse on asja tegevustel, mis sügavamal käsitlusel kaotavad oma mõttekuse. Kui näiteks uute meetodite testimine ja pilootimine on RTA tasandil asjakohane ja ka näiteks info, et konkreetne programm ei sobi Eesti meetmestikku, on tänuväärne tulemus, siis küsitav on, kuivõrd lubatavad on rakenduskavas tegevused, mille puhul saab selguda, et need ei ole huvirühmadele vastuvõetavad. Ilmselt tuleb aktsepteeritavaks lugeda, kui seaduseelnõu kukub riigikogus poliitilise kempluse või jõuvahekordade muutumise tõttu välja. Kuid oluliste huvirühmade vastasseis või

²¹ <http://eelvoud.valitsus.ee/main/mount/docList/036e6043-5b8e-42d7-b395-845eefec63b6#65C5zTMB>

kavandatud poliitikat olulisel määral muutvad eksperthinnangud viitavad, et poliitikamuudatuse ettevalmistamisel ei ole järgitud poliitikakujundamise head tava.

Tegevus 4.5.7. Narkomaania ja narkootikumide alase teadlikkuse tõstmine ühiskonnas tervikuna ja riskirühmades.

Tegevuse tulemuslikkuse indikaatorid:

1. Narkomaania ja narkootikumide alane teadlikkus on tõusnud nii riskirühmades kui ühiskonnas tervikuna.
2. Valminud on tõenduspõhistest programmidest koosnev kuluefektiivne ja terviklik ennetus-süsteem, mis katab nii tavaelanikkonda kui riskirühmi.

Tegevus sisaldas järgmisi kalendriaastapõhiseid alamtegevusi:

- Noortele suunatud veebikanalite pidev uuendamine (www.narko.ee) (2013–2016);
- Uimastialase teadlikkuse ja sotsiaalsele survele vastu seismise koolituste läbi viimine 6. klassides (2013);
- Eesti- ja venekeelsete veebikonstaablite osalemine sotsiaalmeedia kaudu uimastitealases teavituses (lisaks muudele teemadele) (2013);
- Lastevanematele suunatud meediakampaania läbiviimine illegaalsete uimastite ja alkoholi tarvitamise vähendamiseks (2013);
- Regulaarne avalikkuse ja partnerite teavitamine uimastiennetuse valitsuskomisjoni tegevusest (2013);
- Potentsiaalse ohugrupi teavitamine narkootikumide ohtlikkusest (Narva noorte meremeeste klubiga koostöötegevus ja „Drug free movement“ Ida Prefektuur; „Turvaline jüripäev“, „Enne mõtle kui otsustad“ kutsekoolides, „Aitame koos!“, „Alati teiega“, „Alati teie“, „Kuula ja märka“ Põhja Prefektuur; „Valikuvabadus“, „Märka ja sekku“ ja ajateenijate loengusari „Tean ja oskan teha valikuid“ Lõuna Prefektuur; „Ära tarbi!“ ja „Üksinda kodus“ Lääne Prefektuur; projekt "Kaitse end ja aita teist" (KEAT)) (2013–2016);
- Kinnipeetute seas narkomaania ja narkootikumide alase teadlikkuse tõstmine ning pakutavatest teenustest sõltuvuses vabanemiseks (2013);
- MTA narkokoerte tööd ja narkootiliste ainete kahjulikkuse tutvustamine koolides ja avalikel üritustel (2013–2014);
- Autoriteetse vanemluspraktika edendamise teavitusprogrammi „Tark vanem“ elluviimine (2014–2016);
- Lapsevanematele suunatud universaalse ennetuskampaania korraldamine (2014);
- Vene keeles trükise "Lastevanematele uimastitest" väljaandmine (2015);
- Avalikkuse teavitamine avastustest narko vallas, esinemine raadios, kirjutavas pressis narko-teemadel (uute narkoainetega kaasnevad ohud), õigusaktide tutvustus, tollikontrolli meetmed (2014);

- Alaealiste narkootikumi tarvitamisega vahele jäänud noorte suunamine abi- ja sotsiaal-programmidesse (2015);
- Meediateavitus ja koostöö elanikkonnale, valmivad erinevad teabekandjad (2015).

Ülaltoodud loetelust peegeldub uurimismeeskonnale üheselt, et **RTA raames ei toimu narkoteavituse tegevuste strateegilist planeerimist. Teadlikkuse suurendamisega seotud tegevusi iseloomustab rohkearvulisus ja kaootilisus – suurest hulgast erinevatest tegevustest ei moodustu terviklikku teavitustöö süsteemi, mille loomine ja juurutamine oleks olnud RTA-s oluliselt sobivam siht.** Sihtgruppides teadlikkuse tõstmine on tulemuslik eelkõige siis, kui tegevusi teostada süsteemselt ja järjepidevalt. Eelnevast loetelust nähtub, et tegevusi teostab suur hulk erinevaid osapooli, kes kõik panustavad suure tõenäosusega viisil, mis koondmõju seisukohalt ei pruugi olla kõige tõhusam.

Narkootikumide tarvitamise tõhusate (sh kulutõhusate) ennetustöö lähenemiste kohta leidub suurel hulgal erialast kirjandust ja rahvusvahelisi soovitusi, millest lähtudes on võimalik riigil koostada sobivaimate ennetusmeetmete komplekt ja seda järjepidevalt aastas-aastasse kvaliteetselt ellu viia. Sellise ennetussüsteemi loomine oli seatud ka üheks indikaatoriks. Kuigi strateegia dokumentides ei ole sellele viidatud, võib ennetussüsteemi kontseptsioonina käsitleda **Eesti uimastitarvitamise vähendamise poliitika valget raamatut**, mis valmis Siseministeeriumi juhtimisel 2014. aastal. **Seal kirjapandud lähtekohtadest ja planeeritud tegevustest võiks ka RTA edaspidi lähtuda ning loobuda kaootiliste, üksikeisega mitte seotud üksiktegevuste üle aruandluse pidamisest ja nende finantseerimisest.**

Olulise puudujäägina võib käsitleda nii käesoleva tegevuste loetelu kui ka teiste RTA teavitustegevuste kontekstis asjaolu, et **käsitatud ei ole teavitustöö elluviimise kvaliteeti ja tõhusust, sh kulutõhusust.** Erialakirjanduses on välja toodud korduvalt, et 'valesti' teostatud ennetustöö võib kasu asemel kahju tuua ja halvimal juhul hoopis suurendada riskikäitumist. Küsimus sellest, kuivõrd kompetentsed on need inimesed, kes lastele narkootikumidest räägivad ja millised on nende loengute ja koolituste mõju, ei leia RTA-s tähelepanu. Samas on tegu strateegiliselt olulise küsimusega, mis mõjutab otseselt seda, mis ulatuses RTA eesmärgid saavutatakse.

Tegevus 4.5.8. Kaardistada koolitusvajadus ja koolitada narkomaania ennetamise, kahjude vähendamise, ravi ja sõltuvusvastase taastusabiga seotud spetsialiste sh vanglate ja arestimajade personal.

Tegevuse tulemuslikkuse indikaatorid:

1. Valdkonna spetsialistide koolitusvajadus on kaardistatud.
2. Valdkonna spetsialistide koolitussüsteem on välja töötatud ja rakendatud. Iga-aastaselt on lähtuvalt koolituskavast planeeritud ja läbiviidud koolitused.

Kalendriaastapõhised tegevuskavad hõlmasid järgmisi alamtegevusi:

- Kaardistatakse narkomaania ennetamise, kahjude vähendamise, ravi ja sõltuvusvastase taastusabi seotud spetsialistide koolitusvajadused, töötatakse välja baaskoolituskava ja tegevuse spetsiifikast lähtuvad täiendõppe lisamoodulid (2012, 2014);
- Narkomaania valdkonna spetsialistidele suunatud koolitused ja supervisioonid (2011–2016);
- Koolitatakse omasuguseid, keda kaasatakse teenuste pakkumisse (2012);
- Vanglate personali koolitusvajaduste kaardistamine ning vajaduste planeerimine, koolituste läbiviimine teemadel (2013, 2015): töö sõltlastega, psüühikaprobleemidega kinnipeetavate käsitlemine, motiveeriv intervjuerimine, seksuaalkurjategijate kohtlemine, sõltlastele mõeldud sotsiaalprogrammide läbiviijate koolitused, narkokoerte koolitus jms;
- Noorsoopolitsei ja korrakaitsepolitsei ametnike koolitamine osalemaks erinevates uimastienetusprojektides, ning osalema võrgustikutöös KOVide sotsiaaltöötajatega (2013);
- Narkootikumide pakkumise vähendamisega seotud personali (EMTA, PPA, RA ja prokuratuur) ühiskoolitamine narkoturu arengute teemal ning SKA narkootikumide pakkumise vähendamisega õppekavade uuendamine (2014);
- Sõltuvusvaldkonna täiend- ja tasemekoolitusvajadused on kaardistatud ning kõrgkoolidele on koostatud koolitusettepanekud (2015);
- Siseministerium (koostöös PPA ning SKA-ga) töötab välja narkopolitseinike kaasaegse koolitusüsteemi (2016).

Planeeritud ja ellu viidud tegevuste hulk on muljetavaldav – teostatud on mitmed olulised koolitusvajaduste kaardistused ja viidud nende põhjal ellu hulganisti koolitusi spetsialistidele, kelle panus on narkomaania valdkonnas väga oluline. Koolitustel on kõrge potentsiaal parandada ametnikkonna teadmisi, mis omakorda aitab kaasa tegevuste elluviimise kvaliteedi tõusule. Samas on keeruline hinnata, kuid võrd on koolitustel olnud mõju teenuste elluviimise kvaliteedile, kuna uuringumeeskonnale teadaolevalt ei ole vastavaid hindamisi komplekselt teostatud. Samuti on keeruline hinnata, kuid võrd edukalt on välja töötatud koolitussüsteemid realsuses rakendunud. Uurimismeeskonna hinnangul on üheks kõige suurema potentsiaaliga tegevuseks sõltuvusvaldkonna täiend- ja tasemekoolituse vajaduste hindamine ja koostöö kõrgkoolidega neile vajadustele vastuse leidmisel. Seda põhjusel, et Eestis on viimase kümnendi jooksul oluliselt edasi arendatud erinevaid sõltuvusabi teenuseid ja laiendatud ka nende pakkumist, kuid teenust osutava personali väljaõppega on tegeletud eelkõige pisteliste täiendkoolituste raames, sest vastav kõrgkooli täiendõppe võimalus Eestis puudub. Selle võimaluse loomine aitaks suure tõenäosusega saavutada sõltuvusteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse tõstmisel olulist edasiminekut.

Tegevus 4.5.9. Narkomaania ravi-, taastusabi- ja järelteenuste (sh kahjude vähendamise) ning nõustamisteenuste väljaarendamine ja pakkumine.

Tegevuse tulemuslikkus indikaator: abivajajatele pakutakse süsteemselt miinimumnõuetele vastavaid teenuseid.

Kalendriaastapõhistes tegevuskavades kajastuvad järgmised alamtegevused:

- Narkosõltuvuses isikutele teenuste tagamine, s.o (2013–2016)
 - statsionaarne lühiajaline võõrutusravi täiskasvanutele (5 kohta) ja alaealistele (4 kohta),
 - sõltuvusvastane taastusabi alaealistele (4 kohta),

- statsionaarne rehabilitatsioon täiskasvanutele (~45 kohta),
 - statsionaarne rehabilitatsioon alaealistele (~20 kohta),
 - nõustamisteenused alaealistele ja lastevanematele (~120 patsienti),
 - kaksikdiagnoosiga patsientide päevakeskus (~30 patsienti).
- Sõltuvusprobleemiga inimeste vaimset tervist ja tööhõivet toetavate nõustamisteenuste osutamine, sh lähedaste nõustamine (2013–2016);
 - Tugiisiku teenuse võimaluse loomine arestimaja kinnipeetavatele, kes on sinna sattunud narkosüüte eest või süüteo eest, mis on toimunud narkojoobes (2014–2016);
 - Sõltuvusainete tarvitamisega tabatud noorte edasisuunamise tegevuste ja võrgustikutöö arendamine, sh tulemuslikkuse hindamine (2013–2014);
 - Tugiisikuteenuse pakkumise suurendamine narkootikumide korduvtarbimisega isikutele kinnipidamisasutustest vabanenutele (2013);
 - Metadoonravi korraldamine arestimajades (2014).

Tegevuste tulemuslikkuse hindamise indikaator sätestab, et eesmärgi saavutamiseks peavad pakutavad teenused vastama miinimumnõuetele. Samas ei ole RTA dokumentides käsitletud, kui paljud teenused miinimumnõuetele ei vasta ja kuivõrd on aastaga liigutud lähemale sellele, et teenused vastaks miinimumnõuetele. Tegevustest ei ole planeeritud ka vastavat hindamist. Sellest tulenevalt on uurimismeeskonnal keeruline hinnata, kuivõrd tegevustega saavutati seatud eesmärk.

Küll aga saab tunnustada asjaolu, et **viimase viie aasta jooksul on laienenud narkomaania ravi-, taastusabi- ja nõustamisteenuste loetelu**, mis juba lisandunud teenuste olemasolu võrra on aidanud parandada sõltuvusprobleemide korral abi saamise võimalusi Eestis. **Samas on teenuste osutamise mahud tagasihoidlikud (eriti alaealiste osas) ja regionaalselt koondunud üksikutesse linnadesse (Tallinnas, Ida-Virumaal ja Viljandis), mis teeb teenuse paljudele abivajajatele jätkuvalt raskesti kättesaadavaks.** Seetõttu tuleks edaspidi seada siht kindlasti teenuste mahtude suurendamisele ja regionaalse kättesaadavuse parandamisele, millele võiks eelneada põhjalik teenuse vajajate sihtrühma analüüs.

Tulevikus võiks kaaluda ka sõltuvusabi tulemuslikkuse indikaatorite lisamist, mis võimaldaks hinnata, kuivõrd saavutatakse abi pakkumisega soovitud eesmärk ehk vähendatakse sõltuvusega kaasnevat kahjusid nii sõltlasele endale, tema lähedasele kui ka ühiskonnale laiemalt.

Tegevus 4.5.10. Ravi ja sõltuvusvastase taastusabi (rehabilitatsiooni) korraldamine süüdimõistetud uimastiprobleemidega isikutele, kelle vangistus on asendatud ravi või rehabilitatsiooniga.

Tegevuse tulemuslikkuse indikaator: uimastisõltlaste ravisüsteem toimib väljaspool vanglaid.

Kalendriaastapõhistes tegevuskavades sisalduvad järgmised alamtegevused:

- Eesti-Šveitsi koostööprogrammi projekti „Uimastisõltlastest süüdimõistetute ravi ja rehabilitatsioon“ raames ravi ja sõltuvusvastase taastusabi korraldamine süüdimõistetud uimasti-probleemidega isikutele, kelle vangistus on asendatud ravi või (sõltuvusvastase taastusabiga) rehabilitatsiooniga (2013–2016).
- Ambulatoorse teenuse mahuks 15 (2014) ja 2 (2016) isikut, statsionaarse teenuse mahuks 15 (2014) ja 3 (2016) isikut.

Nii tegevus kui ka indikaator on RTA kontekstis asjakohased eeldusel, et senine olukord ei ole olnud rahuldav. Tegevuskavast peegeldub aga alamtegevuste projektipõhisus ja tingimuslik sõltuvus eelarvevahendeist. Näiteks on Šveitsi koostööprogrammi projekti lõppedes kahanenud kordades teenusemahud.

Tegevus 4.5.16. Narkomaania valdkonnas hindamise, seire ja teadusuuringute läbiviimine.

Tegevuse tulemuslikkuse indikaator: vastavalt seireplaanile on saadaval andmed narkomaania olukorrast ja narkomaania valdkonna sekkumistest ning nende mõjust.

Kalendriaastapõhistes arengukavades sisalduvad järgmised alamtegevused:

- Koolinoorte uurimuse (ESPAD – *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) läbiviimine (2011–2016);
- Justiitsministeeriumi poolt informatsiooni kogumine vanglatelt uimastite leviku ja tarbimisega seotud juhtumite, sõltlaste, nende ravi ja rehabilitatsiooni ning narkotestimise kohta (2013–2014, 2016);
- Siseturvalisuse tagamise tegevusi informeeriva seiresüsteemi uuendamine (2013);
- PPA riskikäitumise teadlikkuse uuringu läbiviimine (2013–2015);
- Kvalitatiivne protsessi hindamisuuringu läbiviimine noortele uimastitarvitajatele suunatud projektile "Puhas Tulevik" (2013);
- Riigieelarvest rahastatud olemasolevate ja planeeritavate narkomaania valdkonna tegevuste kulutõhususe analüüsi teostamine (2014);
- "Youth in Europe" programmi raames läbiviidud küsitluste tulemuste rakendamine (2015).

Sarnaselt tegevuse 4.3.10 hinnangule on ka siinkohal loetletud alamtegevused näiteks sellest, kuidas RTA rakendusplaanis on tulemuspõhisus asendunud tegevuspõhisusega ning olulise osa tegevustest moodustavad tavapärased ametkondade hindamis- ja seiretegevused, millel ei ole olulist strateegilist rolli RTA eesmärkide saavutamisel. Pigem näib uurimismeeskonnale, et tegu on strateegia alapeatükiga, kuhu alla saab paigutada kõik valdkonna uuringud, mille teemad ja eesmärgid on otsustatud strateegia tegevuste planeerimisest eraldiseisvalt.

2.4. Tegevuste eesmärgipärasuse analüüs

Eelnevates alapeatükkides kirjeldatud tegevuste hulk, mis on seostatavad elanikkonna vaimse tervise edendamise, toetamise ja parandamisega, on muljetavaldav. Tegevuste eesmärk on enamasti olnud seostatav konkreetse probleemkohaga. Teisalt on mitmeid põhimõttelisi kitsaskohti, millele polnud suunatud ühtegi tegevust.

Sotsiaalse sidususe ja võrdsete võimaluste valdkonnas oli probleemina välja toodud vaimse tervise teenuste süsteemi killustatus ja teenuste ebapiisav kättesaadavus abivajajatele. Oluliste arengutena selles valdkonnas saab esile tuua laste vaimse tervise keskuste loomist ja seotult teenuste süsteemi korrastamist. Samuti annavad siia olulise panuse 'Tervislike eluviiside' peatüki all kajastunud sõltuvusravi süsteemi arendamise tegevused. Nimetatud positiivsete arengute juures torkab aga teravalt silma, et vaimse tervise häirega täiskasvanute sihtgrupile (kes ei vaja sõltuvusravi) suunatud teenuste tasandil pole RTA rakendusplaanides mitme aasta jooksul ühtegi arendusmeedet. On võimalik, et käimasoleva töövõimereformiga seotult puudutatakse teemat teistes töö- ja sotsiaalvaldkonna arengukavades, kuid üldelanikkonnas psühholoogilise ja psühhiaatrilise abi kättesaadavuse tagamine peaks kuni kvaliteedinihke saavutamiseni olema üheselt RTA prioriteet. Eriti kahetsusväärne on eakate sihtgrupile keskenduvate vaimset tervist toetavate tegevuste puudumine RTA-s – selle vanuserühma suitsidaalsus on oluliselt kõrgem muust elanikkonnast ning eakate rühma vaimsesse tervisesse panustamata ei ole ilmselt võimalik suitsiidikordajat soovitud tasemele tuua. Probleemkoht ei ole uus ja seda on teadvustatud näiteks RTA 2014. aasta aruandes.²²

Teenustesüsteemi puudulik käsitus ongi uurimismeeskonna hinnangul RTA vaimse tervise teema-valdkonna kontekstis üks kesksetest probleemkohtadest. **Uues RTA rakendamisperioodis peab kogu elanikkonda arvestava vaimset tervist toetava teenustesüsteemi korrastamine ja teenuste kättesaadavuse parandamine olema üheks RTA prioriteediks.** Kättesaadavuse parandamisel tuleks tähelepanu pöörata nii teenuste regionaalsele kättesaadavusele, nn mittemeditsiinilise abi kättesaadavusele, teenusele saamise ootejärjekordadele kui ka inimese rahalisele koormusele teenuste kasutamisel. Võrdsete võimaluste seisukohast on oluline abi kättesaadavaks tegemine vene emakeelega elanikele.

Sama valdkonna all oli probleemina käsitletud ka elanike vähest teadlikkust ja eelarvamusi vaimse tervise osas, mis pärsvad õigeaegse abi jõudmist abivajajani. Olulise arenguna saab siin käsitleda veebilehtede peaasi.ee ja enesetunne.ee valmimist ja veebipõhise nõustamise toetamist nende kanalite kaudu. Veebipõhiste nõustamisteenuste potentsiaal on siiski hetkel veel lõpuni välja arendamata-rakendamata. Autorite hinnangul on veebivärvate loomise kõrval olnud muud teavitustegevused olemuselt liialt killustatud ja väikesemahuliste sihtrühmadele suunatud, et avaldada olulist mõju üldelanikkonna teadlikkusele vaimsest tervisest ja sellega seotud eelarvamustele. Hüpoteesi aitaks objektiivselt testida vastavad küsitlusuuringud, mida aga pole Eestis seni läbi viidud. Andmete ebapiisavus ei võimalda tegelikult anda ka adekvaatset hinnangut selle kohta, kuivõrd madal on Eesti elanike teadlikkus ja kui levinud on eelarvamused. Seetõttu on enne vastava info olemasolu raske seada fookuseid, milliste eelarvamuste muutmisele või milliste teadmiste parandamisele tuleks teavitustegevused suunata ning millistes sihtrühmades (nt soo ja vanuse lõikes) on vajadus teavitustegevusteks kõige suurem.

Valdkonnas 'Laste ja noorte turvaline ja tervislik areng' oli probleemidena välja toodud pingeliste peresuhete ja muude koduga seotud probleemidega kaasnevad laste terviseriskid ning vajadus pakkuda lapsevanematele rohkem tuge ja parandada riskis lastega töötavate spetsialistide võrgustikutööd. Valdkonnas ellu viidud tegevuste seas on nimetatud probleemide lahendamisele fokuseeritud tegevusi vähe. Regionaalsete laste vaimse tervise keskuste ja nendega seotud vaimse tervise kabinettide käivitamine loob neis piirkondades head eeldused kvaliteetseks diagnostikaks ja teenuste kompleksseks pakkumiseks. Teisalt on esile kerkinud juba esimesed ohusignaalid loodu jätkusuutlikkuse osas. Näiteks lõpetas Pärnumaa laste ja noorte vaimse tervise keskus oktoobrist 2016 uute klientide vastuvõtmise, kuna ka veel

²² https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/rta_2014._aasta_aruanne.pdf lk 1

kolm kuud enne projektiperioodi ja rahastuse lõppemist (31. detsembril 2016) puuduvad konkreetset kokkulepped võimaliku rahastusmudeli ja jätkusuutlikkuse osas.

Kuigi neil keskustel saab olla oluline funktsioon erialalise täiendõppe pakkujatena ja praktikabaasidena, on nad teenuste vaatevinklist vaadates eelkõige ravikeskused, mille põhiroll seisneb juba kujunenud vaimse tervise häirega lapse või noore terviseseisundi parandamisel-toetamisel. Intervjueritud ekspertide hinnangul on RTA kehtimisperioodil regionaalses lõikes vaimset tervist toetavate teenuste kättesaadavus pigem halvenenud, mõnede hinnangute kohaselt on see osalt tingitud maakonnakesksete Rajaleidja keskuste rakendamisest-esitlemisest vaimse tervise nn esmatasandi teenusena. See on teinud karuteene paikkondlikul (ehk kogukonna) tasandil teenuste pakkumise võimalusele. Seega on kõikide tasandite teenused nihkunud geograafiliselt kaugemale. Vastukaaluna kohaseid süsteemseid perede, kogukondade ja võrgustike võimestamisele suunatud tegevusi ei ole RTA toel aga sisuliselt arendatud. Lapsevanemate vanemlike oskuste arendamise ja lapse vaimse tervist toetava keskkonna tagamise kontekstis saab ainukese sekkumisena ära märkida RTA alt käivitatud „Targa vanema“ kampaania, mille eesmärk on aidata vanematel omandada uusi oskusi laste riskikäitumise edukaks ennetamiseks. Teisalt peab siin arvestama, et vanemlike oskuste edendamine on Laste ja perede arengukava fookuses. Näiteks on viimase raames rakendamisel vanemlike oskuste arendamise programm „Imelised aastad“. Uurimismeeskond on seisukohal, et isegi juhul, kui rahastamine toimub teise arengukava alt, on põhjendatud seostada tervisedendusliku sisuga programmid alati ka RTA-ga, tagamaks, et tegevused moodustavad võimalikult tervikliku ja üksteisega kooskõlas olevate tegevuste komplekti.

‘Laste ja noorte turvalise ja tervisliku arengu’ valdkonnas nimetati ühe probleemina lastepsühholoogide, lastepsühhiaatrite ja teiste tugispetsialistide pakutava abi ebapiisavat kättesaadavust. Lastepsühholoogide ja -psühhiaatrite nappuse kõnetamiseks ei ole RTA-s kogu tema kehtivusperioodi vältel astunud ühtegi sihitud sammu. Erinevalt arstide-õdede ootuspärastest suhtarvudest ei ole Eestis strateegilistes dokumentides samaväärselt määratletud ootuspäraseid vaimse tervise spetsialistide (sh vaimse tervise õed, kliinilised psühholoogid, psühhoterapeudid) suhtarve. Teadaolevalt käsitleb nimetatud probleemkohta Kutsekoja veetava OSKA programmi raames teostatav tervishoiuvaldkonna tööjõu ja oskuste vajaduse prognoos, mille tulemused avaldatakse 2017. aasta märtsis ning millest lähtudes saab seada jõukohased sihid vaimset tervist toetavaid teenuseid pakkuva tööjõu ettevalmistamiseks.

‘Tervisliku eluviisi’ valdkonnas olid probleemidena nimetatud sõltuvusainete (sh alkoholi) kerge kättesaadavus alaealistele ja murettekitavad levimusmäärad alaealiste sõltuvusainete tarbimises, sõltuvusest vabaneda aitavate teenuste ebapiisav kättesaadavus ja lastega tegelevate spetsialistide (terapeudid, psühhiaatrid, sotsiaaltöötajad) nappus, mis takistab vähendada riskis laste seas (laste endi ja nende pereliikmete) sõltuvustega kaasnevaid kahjusid. Nimetatud probleemidest on enim tegevusi suunatud sõltuvusest vabaneda aitavate teenuste arendamisele, seda nii alkoholi- kui narkosõltuvuse puhul. Narkosõltuvuse teenuste puhul on jätkatud varasematel aastatel alustatud teenuste arendamist, sh spetsialistide täiendkoolitamist ja uute teenuste loomist (narkosõltlase vangistuse asendamine ravi või rehabilitatsiooniga). Ka alkoholisõltuvuse puhul on astunud esimesed sammud terviklikuma ravisüsteemi ülesehitamiseks. Seevastu lastega tegelevate spetsialistide puuduse leevendamisele suunatud tegevusi ei kajasta seegi RTA valdkond.

Alaealiste uimastitarbimise vähendamisele suunatud tegevused on killustatud ja seetõttu ka küsitava tõhususega, mistõttu ei saa RTA raames teostatud noortele suunatud alko- ja narkoennetuse tegevusi pidada RTA eesmärkide saavutamisel adekvaatseks ja piisavaks. Sõltuvusainete alaealistele kättesaadavuse vähendamiseks on Eestis viimastel aastatel tehtud jõulisi pingutusi, kuid neid tegevusi ei ole RTA aruannetes kajastatud. Nimelt kinnitas valitsus 2014. aastal Alkoholipoliitika roheline raamatu ehk riikliku alkoholipoliitika lähtekohad ning Uimastitarvitamise vähendamise poliitika valge raamatu ehk

riikliku narkopoliitika lähtekohad – mõlemad dokumendid sisaldasid prioriteetseid tegevussuundi, millele riigis vastava valdkonna poliitika kujundamisel keskenduda. RTA tegevuskavade kontekstis jääb selgusetuks, kuidas seostuvad RTA raames kavandatud tegevused nimetatud dokumentides kavandatuga. Vähemalt ühe uuringu raames intervjueritud eksperdi sõnul on mõlemad 'raamatud' olnud märkimisväärselt mõjusamad ja tulemuslikumad uimastipoliitika kujundamise vahendid kui RTA ning alko- ja narkopoliitika valdkonnas viimastel aastatel saavutatud olulisi muutusi võib pigem pidada 'raamatute' abil saavutatuks. Väide toetab teistegi teemavaldkondade raames kerkinud hüpoteesi, et kitsamaid valdkondi hõlmavad programmid võivad Eesti kontekstis olla mõjusamad tervisepoliitika kujundamise vahendid kui laiapõhine ja kõikehõlmav tervisestrateegia.

Uurimismeeskonnale antud lähteülesandes eeldati ka, et analüüsi käigus hinnatakse tegevuste piisavust ka suitsiidienetuse võtmes. ÜRO suuniste kohaselt (38) on efektiivseks suitsiidienetuseks vajalikud järgmised elemendid: valitsussektori toetus, kontseptuaalne raamistik, sisukad sihid ja mõõdetavad eesmärgid, organisatsioonide tuvastamine, kes suudavad neid eesmärgi saavutada ning pidev olukorra seire ja hindamine. Nagu eesmärkide ja tegevuste analüüs peegeldas, pole suitsiidienetus RTA fookuses olnud – kuigi suitsiidikordaja on valitud üheks keskseks indikaatoriks ning seda jälgitakse ja sellele on seatud oodatavad sihttasemed, puuduvad nii kontseptuaalne käsitlus kui ka tegevuskava, kuidas soovituni jõuda. Suitsiidisurmadele on strateegilisel tasandil hakatud tähelepanu pöörama hoopiski vigastussurmade võtmes, vigastuste ennetamise rakkerühma soovitusel on lähitulevikku planeeritud enesetapja profiili analüüs, mille tulemuste toel oleks võimalik kavandada konkreetseid samme.

Hinnates mõneti konkreetsemate suuniste toel Eestis astunud sammude piisavust (vt tabel 1), järeldub, et RTA toel on küll astunud samme, millel on potentsiaal kahandada elanikkonna suitsidaalsust, kuid olukorras, kus tegevuste hulk on kohati ebapiisav ja teatud aspektidest puudulik, ei saa see potentsiaal täiel määral avalduda.

Vaimse tervise teemavaldkonna tegevuste komplekti n-ö tehniliselt analüüsid avaldub, et tegevuste sisukus on olnud ebaühtlane ja eritasemeline, erinevate asutuste planeeritud tegevused ei moodusta pahatihti fookuseeritud tervikut. Rakenduskavad oleks justkui sisustatud selliselt, et erinevad asutused planeerivad iseseisvalt oma tegevusi ja edastavad info kavandatud tegevuste kohta Sotsiaalministeeriumisse, kus tegevused kriitilise hinnanguta tegevusplaani lisatakse. Sarnaselt näib toimuvat ka tegevuste aruandlus. Kõik see viitab, et protsessis pole toimunud teemavaldkonna vajadusi arvestades strateegilist planeerimist, sh planeeritavate tegevuste asjakohasuse ja teostatud tegevuste sisulise tulemuslikkuse hindamist. Nii teostatakse aga mitmeid tegevusi aastast-aastasse, kuigi nende reaalne panus RTA eesmärkide saavutamisse võib olla küsitav. Ebasüsteemne planeerimine ja tegevuste fragmenteeritus aeglustab tõenäoliselt RTA eesmärkide saavutamist ja/või soovitud perioodil teostumise tõenäosust.

TABEL 1. RTA-S KAVANDATUD TEGEVUSTE HAAKUMINE ÜRO SOOVITUSTEGA. ALLIKAS: AUTORITE KOOSTATUD

ÜRO soovitatud tegevused	Uurimismeeskonna hinnang Eestis rakendamisele
Edendada suitsiidiriskis olevate inimeste varast märkamist, seisundi esmast hindamist ja ravi ning toetada nende pöördumist professionaalse abipakkujate poole	<u>Osaliselt.</u> Laste vaimse tervise keskuste ja kabinetide toel on loodud head eeldused lastele ja noortele abi osutamiseks, kui vaimse tervise halvenemist ja suitsiidiriski on märgatud; veebipõhiste teenuste arendamise kaudu on loodud kanal internetti kasutavatele inimestele abi osutamiseks; väljaspool laste ja noorte sihtgruppi ja virtuaalsete teenuste arendamist ei ole olulisi samme astunud

Tabeli jätkub järgmisel lehel

ÜRO soovitatud tegevused	Uurimismeeskonna hinnang Eestis rakendamisele
Parandada nii üldelanikkonna kui ka abi andjate juurdepääsu igakülgsel teabele, mis toetab enesetapakäitumise ennetamist	<u>Osaliselt.</u> Norra finantsmehhanismi toel arendatud veebivärvad enesetunne.ee ja peaasi.ee pakuvad ligipääsu materjalidele, mis üldjoontes vastavad sellele kriteeriumile; abi osutajate teadmiste järjekindlat toetamist samas ei toimu, juhiste loomine on pigem alt üles initsiatiiv
Toetada integreeritud andmekogumise süsteemide loomist, mis võimaldab kindlaks teha riskis olevaid grupe, üksikisikud ja riski suurendavaid olukordi.	<u>Kavandamisel.</u> Kavas on teostada enesetapja profiili uuring, mis võiks aidata tuvastada riskis olevaid grupe, üksikisikud ja riski suurendavaid olukordi ning välja töötada meetmed, et kohaselt reageerida
Edendada avalikkuse teadlikkust vaimse heaolu, suitsidaalse käitumise, stressi tagajärgedega ja tõhusa kriisiohjamise osas	<u>Puudulik.</u> Samme on astunud tööstressiga seotud teadlikkuse parandamiseks ja seoses enesetunne.ee ja peaasi.ee teavitustega, kuid need sammud on olnud killustatud ja episoodilised mistõttu ei ole põhjust eeldada elanikkonna teadlikkuse olulist tõusu neist teemadest
Juurutada põhjalik koolitusprogramm „väravavahtide“ (politsei, õpetajad, vaimse tervise spetsialistid) oskuste- teadmiste toetamiseks	<u>Puudulik.</u> Vaimse tervise koolitused on projektipõhised ning süsteemsest koolitamisest rääkida ei saa
Juurutada kultuuriliselt sobiv käitumisjuhise suitsiidide avalikuks käsitlemiseks	<u>Puudub.</u>
Pakkuda mitmekülgsed teenuseid inimestele, kes on suitsiidiriskis või kes on teinud suitsiidikatse	<u>Puudulik.</u> Väljaspool laste vaimse tervise keskuseid toimub abi osutamine tavapärase tervishoiuteenusena, abi kvaliteet sõltub abi osutaja (perearst, psühhiaater, pereõde, vaimse tervise õde) professionaalsetest oskustest; valdkonna eksperdid peavad esmatasandi suutlikkust nende teemadega tegelemisel madalaks
Vähendada suitsiidi sooritamise vahendite kättesaadavust, ligipääsetavust ja atraktiivsust	<u>Puudub.</u>
Lua institutsioonid või asutused, mille eesmärk on edendada ja koordineerida suitsiidikäitumisega seotud uuringute läbiviimist, koolitust ja teenuste pakkumist	<u>Osaliselt.</u> Kriteeriumitele vastavad osaliselt Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut (ERSI) ja Tervise Arengu Instituut (TAI); ERSI on valitsussektorist sõltumatu asutus, mis teeb küll ministeeriumiga koostööd, kuid üksnes projektipõhiselt; TAI on valitsuse asutatud Sotsiaalministeeriumi haldusalas tegutsev teadus- ja arendusasutus, mille tegevused on seotud ka vaimse tervise edendusega, kuid siingi on tegevused pigem projektipõhised ja rahastusest sõltuvad

Tegevuste mõju hindamine teeb keerukaks asjaolu, et rakendusplaanides on seatud palju selliseid tulemusindikaatoreid ja -eesmärke, mille saavutamist ei ole võimalik objektiivselt hinnata. Paljudel indikaatoritel on baastasemed määratlemata või indikaatorid on sõnastatud viisil, mis ei võimalda üheselt mõista eeldusi, mille alusel tegevuste eesmärgid saab lugeda saavutatuks. Kuigi teatud tegevuste puhul on ka käesolevas RTA hindamisuuringus käsitletud tegevuse teostatust – seda küll üksnes käepärase ja piisava taustinfo olemasolu korral –, ei võimalda uuringu piiratud maht teostada sellist mõjuanalüüsi kõikide tegevuste puhul; hõlmatud tegevuste hulk ja maht on selleks liiga suur.

Tegevuskavades domineerib tegevuspõhisus ehk paljud tegevused on tegevuskava seisukohalt tulemuslikud siis, kui nad on ellu viidud. Autorite käsitusel oleksid oluliselt asjakohasem sõnastada sihid sarnaselt RTA üldeesmärgile kas läbi kvantitatiivsete näitajate (nt vaimse tervise alase baasõppe/täiendkoolituse läbinud (lasteaia)õpetajate osakaal õpetajaskonnast vmt) või kvalitatiivsete nn nihete kaudu (nt loodud ja juurutatud on konkreetne, pilootimise edukalt läbinud teenusemudel jne). Elanikkonna teadlikkuse tõstmisel oleks asjakohane objektiivselt hinnata, kas saavutatud teavitustegevustega on saavutatud soovitud muutus – seeläbi oleks võimalik saada indikatsiooni näiteks selle kohta, kas aasta-aastalt elluviidavate tegevustega (veebilehe arendamine, massimeedia teavituskampaaniate ja konverentsi korraldamine) on mõistlik (samal viisil) jätkata.

Ülalkirjeldatud süsteemsed probleemkohad demonstreerivad uurimismeeskonna hinnangul ilmekalt, et samal viisil, st horisontaalsele laiapõhjalisele strateegiale toetudes ei ole võimalik vaimse tervise teemavaldkonnas oodatud vajalikke muutusi saavutada ning valdkond vajab vertikaalset terviklikku strateegiat. Sellest tulenevalt ja eeldades, et RTA-ga jätkatakse lähitulevikus samal moel, soovib uurimismeeskond – sarnaselt mitmele teisele teemavaldkonnale – **rakendada vaimse tervise teemavaldkonnas programmipõhist valdkonna juhtimist**. Kuigi värskest on valminud vaimse tervise strateegia, on selle üldistustasand ametkondlikus töös rakendamiseks liialt kõrge – strateegia põhimõtted annavad hea raami, mille toel tuleb sisustada konkreetne tegevusplaan, milles on sätestatud ajalised sihid, seatud vaheetapid ning otsustatud tegevuste teostamise prioriteetsuse-järjekorra üle.

Kokkuvõtlikult ongi uurimismeeskonna hinnangul lähitulevikus kõige kriitilisem püüelda teemavaldkonnas tegevuskomplektide terviklikkuse ja piisavuse poole, et olulisemaid probleemkohti süsteemselt adresseerida. Seetõttu ei pea autorid kohaseks anda siin täiendavaid soovitusi vaimse tervise teemavaldkonna sisustamiseks konkreetsete üksiktegevustega vaid sedastavad soovitud teemavaldkonna strateegilise juhtimisinstrumendi aluste kujundamiseks. Arvestades käesolevas peatükis esile tõstetud kitsaskohti ning 2016. aastal valminud Vaimse tervise strateegias kajastunud sidusgruppidega kokkulepitud põhimõtteid, tuleks vaimse tervise programmi väljatöötamisel arvestada järgmist:

- Keskenduda varase märkamise süsteemi järjepidevale kujundamisele kogu elukaare ulatuses, hõlmates juba sünnijärgselt väikelapsed, lasteaialapsed, õppurid, töötajad aga ka töövõimekao või pensioneerumise tõttu tööelust kõrvale jäävad inimesed. Kriitiline on seostada märkamissüsteem tervishoiu- ja sotsiaalteenustega, efektiivne märkamissüsteem suurendab tõenäoliselt (vähemalt esialgu) koormust äsjanimetatud teenuste süsteemile.
- Parandada jõuliselt psühholoogilise-psühhiaatrilise abi kättesaadavust, astudes järgmised sammud:
 - o korrastada vaimse tervise teenuste maastikku, defineerides sidusrühmadega koostöös nõustamisteenuste, teraapia jmt teenusetingimused ning erinevate kutsealade pädevuspiirid, sh otsides optimaalset tasakaalu nt kliiniliste psühholoogide ja teiste psühholoogilise ettevalmistusega spetsialistide pädevuse rakendamise vahel;
 - o luua eeldused asjakohase tööjõu (psühhiaatrid, psühholoogid, vaimse tervise õed) arvukamaks ettevalmistamiseks, sh kõrvaldades näiteks kliiniliste psühholoogide kutse aasta kulu kandmisega seotud probleemkohta;
 - o suurendada jõuliselt psühholoogilise abi pakkumist elanikkonnale, otsides optimaalset tasakaalu ja integreeritust tervishoiu-, tööturuteenuste- ja sotsiaalhoolekande süsteemis ning arvestades arendusvõimalustega nn kogukonna kesksete sekkumiste, töötervishoiu jt meetmetikes;

- suurendada psühhiaatrilise abi kättesaadavuse parandamiseks nimetatud tervishoiu-teenuse rahastamist.

Nii RTA senise struktuuriga jätkates kui ka vaimse tervise programmi juurutamise korral on põhjendatud tegevuste killustatuse kahandamiseks koondada kõik alko- ja narkosõltuvusega seotud tegevused üheks terviklikuks sõltuvussekkumiste meetmeks. Sarnaselt võiks läheneda ka seire- ja hindamistegevustele ning koondada kõik RTA-s käsitletavat uuringud ja muud seire- ja hindamistegevused ühtse katusmeetme alla, et tagada seire- ja hindamissüsteemi pidev ja valdkondade seisukohalt ühtlane arendamine.

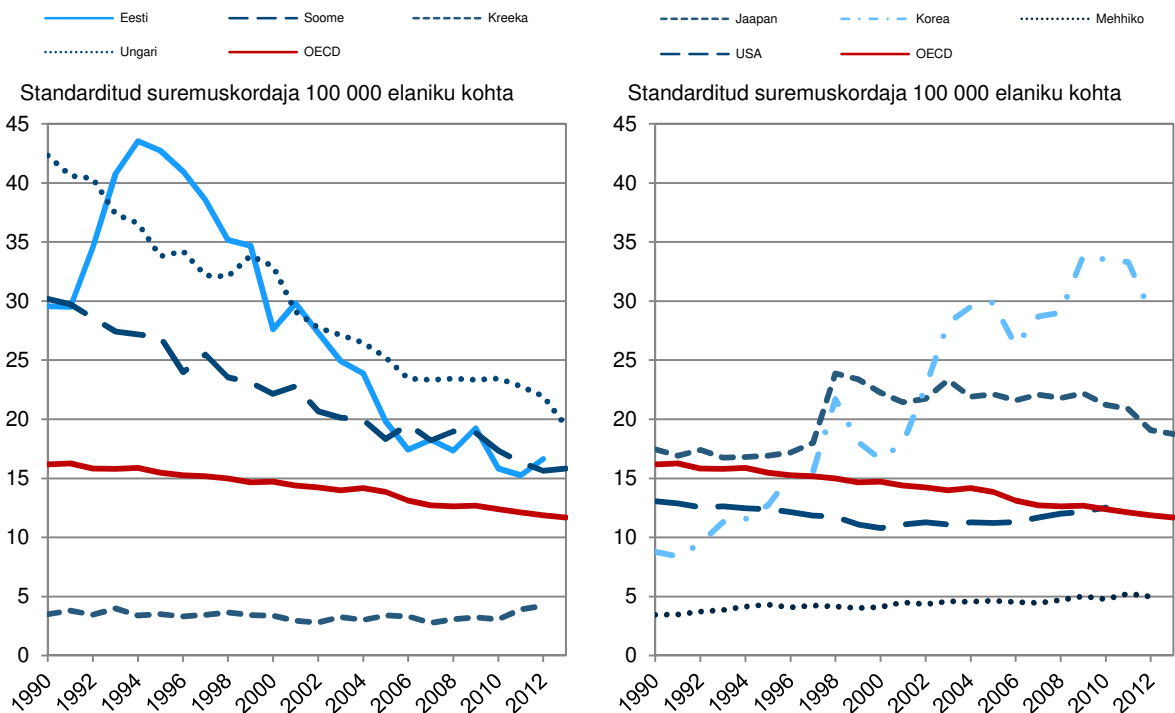
Uurimismeeskond soovib luua RTA-le oma eraldiseisva seire- ja hindamisplaani, milles on loetletud kõik RTA eesmärkide saavutamiseks vajalikud regulaarsed seireuuringud (mis viiakse ellu kindlaks määratud intervalliga) ning eraldiseisvalt ühekordsed ja tegevuste spetsiifilised hindamised, mis on vajalikud tegevuste planeerimiseks (nt teenuste vajaduse hindamised jms).

3. Saavutatud muutused

3.1. Muutused elanikkonna vaimses tervises

Teadmine elanikkonna vaimse tervise olukorrast Eestis on üldiselt lünklik. Meil on usaldusväärne ajalisel võrreldav teadmine suitsiididest – võrreldes hiliste kaheksakümnendate ja taasiseseisvumisjärgse ajaga on suitsiidide hulk oluliselt kahanenud, ületades veel siiski oluliselt OECD ja EL riikide keskmist määra (vt joonist 1). RTA rakendamisperioodil on suitsiidikordaja langustrendis toimunud aeglustumine.

Kuigi sageli kasutatakse elanikkonna vaimse tervise olukorra kirjeldamisel ka administratiivandmeid Haigekassa tasutud psühhiaatria tervishoiuteenuste kasutuse kohta (vt nt joonis 2), on intervjueeritud ekspertide hinnangul psühhiaatrilise eriarstiabi osutamine praktikas alarahastuse tõttu piiratud kättesaadav ning peegeldab teenusekasutust üksnes ulatuses, mille pakkumist on võimalik rahastada. Ravi vajavaid inimesi on oluliselt enam, kui teenust kasutanuid, mistõttu ei saa teenusekasutusega seotud trende aluseks võttes teha sisukaid järeldusi elanikkonna vaimse tervise muutuste kohta.

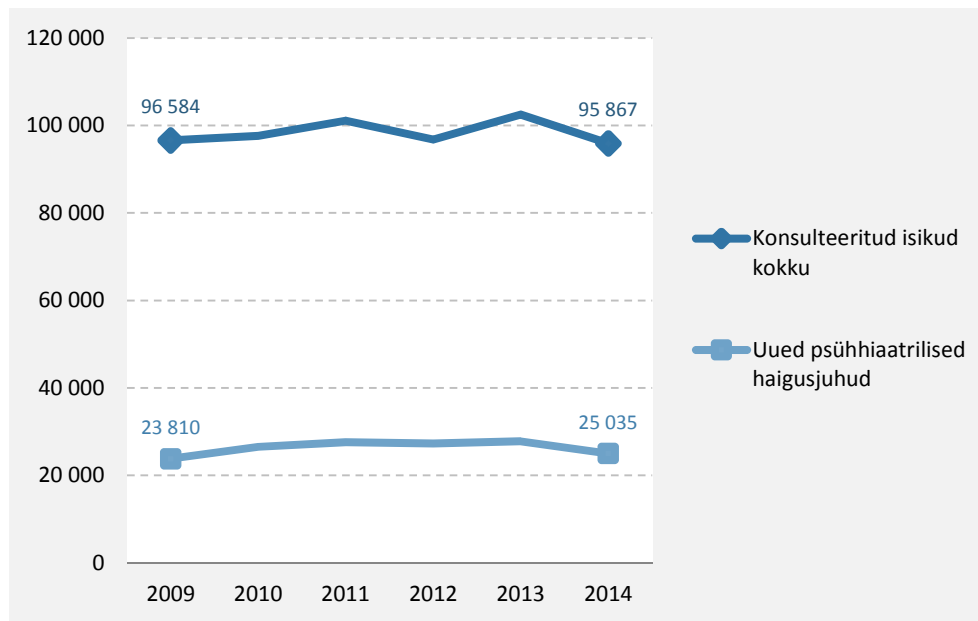


JOONIS 1. SUITSIIDITRENDID OECD RIIKIDES, 2009-2014.

ALLIKAS: OECD HEALTH STATISTICS 2015, [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1787/HEALTH-DATA-EN](http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en)

Administratiivandmed saavad siiski anda teatud ulatuses indikatsiooni hetkeolukorra kohta. Näiteks pöördus Praxise 2015. aastal teostatud Haigekassa andmete analüüsi kohaselt 2013. aastal ravi-kindlustuse süsteemi poole 87 288 tööealist inimest, kelle raviarvel oli märge mõne psüühika- ja käitumishäire kohta (36). Ravisüsteemi poole pöördunute seas on enim esindatud depressioon, ärevushäired ja muud neurootilised, stressiga seotud ja somatiformsed häired, neile järgnevad isiksus- ja käitumishäired ja -sündroomid ning psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired. 3/5 teenusekasutajaist olid naised, 2/5 mehed, sarnane suhe on ka ravimite kasutamisel – psüühika- ja

käitumishäire raviks näidustatud ja arsti kirjutatud retsepti alusel välja ostetuid ravimeid kasutas 2013. aastal kokku 51 538 tööelist inimest. Seega otsib solidaarsest ravisüsteemist abi oluline hulk inimesi, kuid nende näitajate demonstreerimisse aegridades tuleb suhtuda ettevaatlikkusega, kuna sellised aegread võivad pigem peegeldada süsteemi ennast. Näiteks võib suurenev teenusekasutus peegeldada üksnes ravikindlustuse suurenenud ostujõudu, mis aitab reageerida tegelikule vajadusele. Suurenev ravimite väljakirjutamine ja kasutus võib peegeldada psühhoteraapia piiratud kättesaadavust.

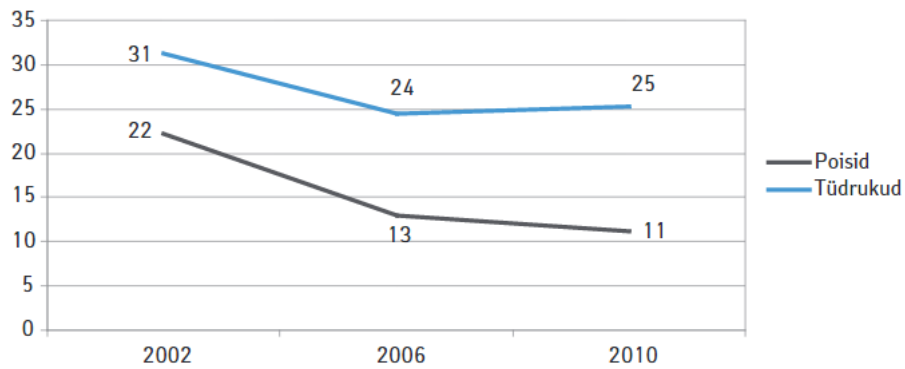


JOONIS 2. UUED PSÜHHIAATRILISED HAIGUSJUHUD SOO JA VANUSERÜHMA JÄRGI, 2009-2014.

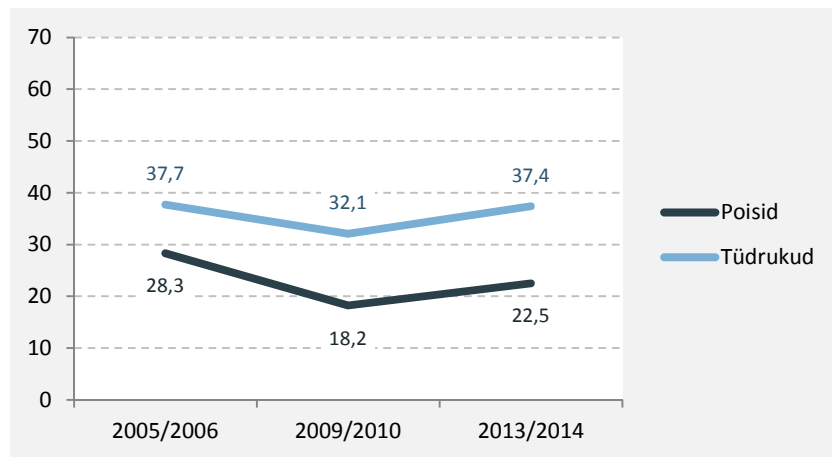
ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT

Kaasaegsed usaldusväärased epidemioloogilised andmed psüühika- ja käitumishäirete levimuse kohta on olemas üksnes depressiooni kohta – see on Eesti elanikkonnas 5,6% (39). Muutusi elanikkonna vaimses tervises peegeldada aitavaid laiapõhjalisi küsitlusuuringuid ei ole Eesti koguelanikkonnas läbi viidud. Enim vaimset tervist puudutavat infot on kogutud koolilaste kohta. Näiteks on joonistel 3–5 toodud Eesti Kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu nende küsimuste tulemuste andmed, mis peegeldavad noorte vaimset tervist.

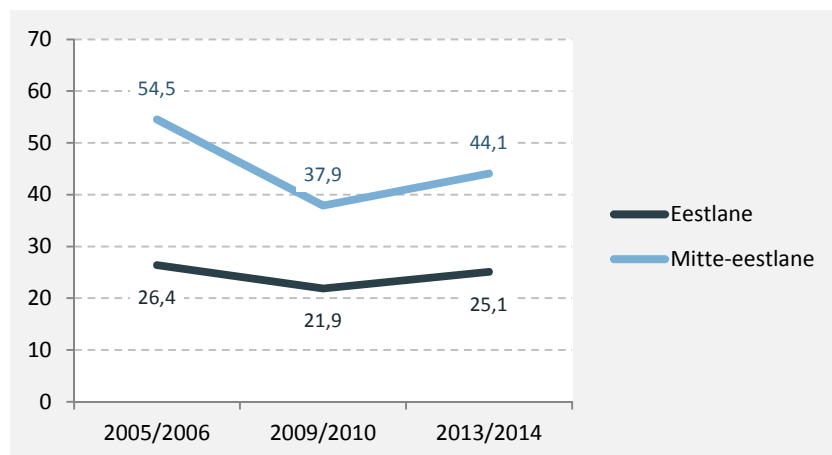
Toetudes piiratud kvantitatiivsetele andmetele ja intervjueritud ekspertide hinnangutele on alust väita, et viimasel kümnendil on ühiskonnas vaimse tervisega seotult toimumas ühelt poolt positiivsed arengud – ilmselt on paranenud elanikkonna teadlikkus, samuti kahanenud vaimse tervisega seostatud stigmaatilised hoiakud. Kuigi ootuspärane oleks, et parem teadlikkus võimaldab elanikel varem abi otsida, mis võiks kaasa tuua ka vaimse tervise olukorra paranemise, ei ole teenuste piiratud kättesaadavuse tingimustes õigeaegset, kompleksset, järjepidevat ja kvaliteetset abi alati võimalik saada, mistõttu ei ole teadlikkuse paranemine tõenäoliselt mõju häirete ennetamisele kaasa toonud. Teisalt on ekspertide hinnangul eelpool mainitud positiivsete muutuste ja RTA tegevuste vaheline seos pigem tagasihoidlik. Ilmselt on kõige olulisem potentsiaalne mõju Norra finantsmehhanismi toel rahastatud Rahvatervise programmi tegevustel, kuid selle mõju hindamiseks on vajalik suurem ajaline distants. Seda, kuidas elanikkonna vaimse tervise olukorda järjepidevalt mõõta, käsitletakse järgnevas alapeatükis.



JOONIS 3. ROHKEM KUI ÜHE KORRA NÄDALAS KURBUST/MASENDUST TUNDUD 11-15-AASTASED, SOO LÕIKES (2002-2010).
ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT (KOOLIÕPILASTE TERVISEKÄITUMISE UURING)



JOONIS 4. DEPRESSIIVSETE EPISOODIDE KOGEMINE 11-15-AASTASTE SEAS, SOO LÕIKES (2005-2013).
ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT (KOOLIÕPILASTE TERVISEKÄITUMISE UURING)



JOONIS 5. DEPRESSIIVSETE EPISOODIDE KOGEMINE 11-15-AASTASTE SEAS, RAHVUSE LÕIKES (2005-2013).
ALLIKAS: TERVISE ARENGU INSTITUUT (KOOLIÕPILASTE TERVISEKÄITUMISE UURING)

3.2. Vaimse tervise indikaatorid RTA-s

Vaimse tervise teemavaldkonnaga seonduvad vahetult kaks RTA tulemusindikaatorit:

- 1–19-aastaste laste ja noorte psüühika- ja käitumishäirete esmashaigestumuskordaja 100 000 elaniku kohta, eesmärgiga viia see 2251-lt (aastal 2006) 1801-le (aastaks 2020) ehk saavutada 20%-line langus.
- Suitsiidide suremuskordaja 100 000 elaniku kohta, eesmärgiga viia see 18,4-lt (aastal 2006) 10-le (aastaks 2020) ehk saavutada 46%-line langus.

Diskussioonides sidusrühmade esindajatega on teemavaldkonnaga seotult esile tõstetud veel kahte indikaatorit – valdkonna *Laste ja noorte turvaline ning tervislik areng* all oma tervist väga heaks hindavate 11-, 13- ja 15-aastaste laste osakaal ning valdkonna *Tervislik eluviis* all surmaga lõppenud õnnetusjuhtumid, mürgistused ja traumad 100 000 elaniku kohta. Uurimismeeskond ei pea neid siiski teemavaldkonna seisukohalt kohasteks indikaatoreiks. Kuigi mõlemas neist sisaldub küll vaimse tervise komponent, on see vaid üks teiste seas ning kindlasti mitte domineeriv; nende indikaatorite väärtuste muutuste seostamine arengutega vaimse tervise vallas on detailsema analüüsita võimatu. Uurimismeeskond on seisukohal, et nn mürarikaste indikaatorite alt vaimse tervisega seotud aspektide otsimise asemel oleks mõistlikum rakendada olukorra seiramiseks spetsiifilisemaid vaimse tervise valdkonna indikaatoreid. Näiteks olukorras, kus suitsiidide suremuskordaja on juba eraldi indikaatorina vaatluse all, on kaheldav olukorra seiramise põhjendatus oluliselt mürarikkama indikaatoriga, milleks surmaga lõppenud õnnetusjuhtumid, mürgistused ja traumad 100 000 elaniku kohta on. Kui küsitlusuuringute toel on võimalik koguda sisukaid hinnanguid vaimse tervise aspektide kohta, ei ole põhjust leppida respondentide tervisliku olukorra üldhinnanguga, mille alt püüda leida seoseid vaimses tervises toimunud muutustes.

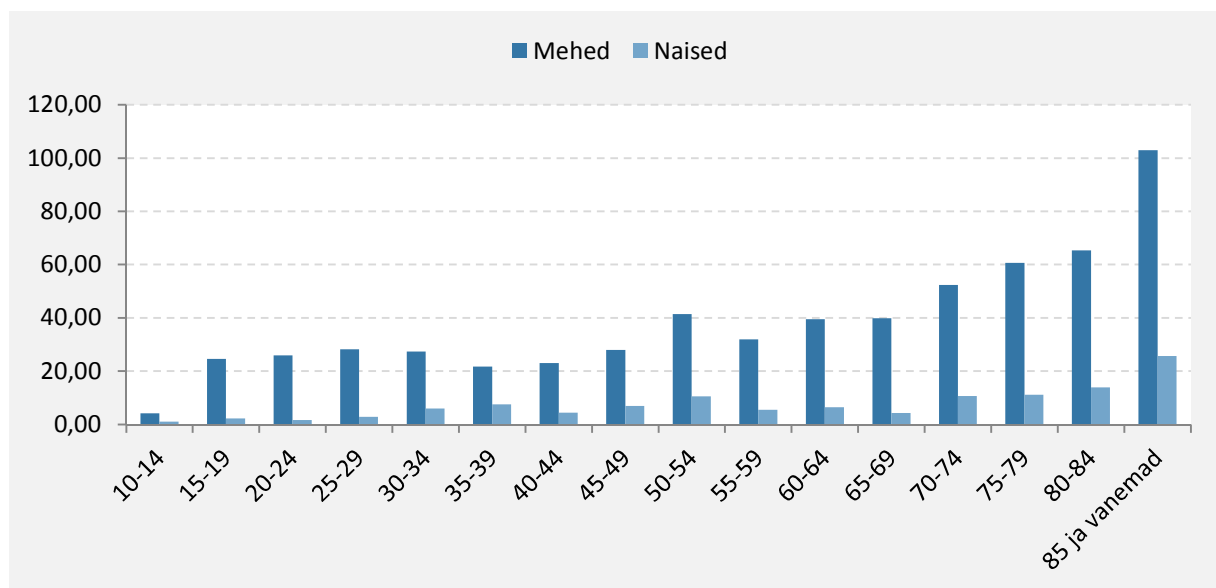
Nagu eelpool juba öeldud, on ekspertide hinnangul **laste ja noorte psüühika- ja käitumishäirete esmashaigestumuskordaja** kasutamine RTA tulemusindikaatorina ebaõnnestunud. Arvestades asjaolu, et Eestis on laste ja noorte vaimse tervise teenuste kättesaadavus olnud piiratud, peegeldab indikaator pigem muutusi teenuste kättesaadavuses kui laste vaimse tervise seisundis. Seejuures tuleb arvestada, et tervishoiusüsteemi efektiivsuse vaatevinklist on ootuspärane, et kõik vaimse tervise häired diagnoositakse võimalikult varakult, mistõttu võib esmashaigestumuse kasv noorte grupis olla RTA pikaajaliste eesmärkide seisukohalt pigem positiivne ja langus viidata hoopiski teenuste kättesaadavuse halvenemisele. Sellest tulenevalt soovitavad autorid kasutada esmashaigestumuse kordajat pigem teisejärgulise taustaindikaatorina, mille muutuseid küll jälgitakse, kuid mille väärtuse muutumisest ei tehta ilma täiendava analüüsita kaugeleulatuvaid järeldusi ning ootuspäraseid tulemusi ei seata.

Suitsiidide suremuskordaja on maailmas laialt kasutatav mõõdik vaimse tervise valdkonnas toimunud muutuste hindamiseks. Kuigi uurimismeeskond on seisukohal, et suitsiidide suremuskordaja on kindlasti vajalik seisundiindikaator, mis avab epidemioloogilist olukorda ja seotud muutusi, ei ole kohane kasutada seda näitajat eraldiseisva tulemusindikaatorina. Esiteks on suitsiidide trend oluliselt mõjutatud ühiskonnas toimuvatest üldtrendidest nagu ebavõrdsus ja diskrimineerimine, töötuse määr ja majanduslik olukord. On väga keeruline hinnata, kuivõrd on spetsiifiliselt suitsiidide ennetamisele suunatud tegevused toimunud muutusi mõjutanud. Nii on võimalik, et riigi majandusolukorra jõudsal paranemisel langeb suitsiidikordaja ilma ühegi sisulise tegevuseta, ning vastupidi – hoolimata olulistest efektiivsetest sammudest vaimse tervise vallas võib järsu majanduslanguse või ühiskondlike pingete kasvu tingimustes (nt mõne elanikkonna grupi kasvaval diskrimineerimisel) halveneda ka suitsiidikordaja. Uurimismeeskonna hinnangul on seega ebapädev lähenemine, mis käsitleb suitsiidikordajat kui

konkreetsete meetmetega vahetult lühikeses ajaperspektiivis mõjutatavat näitajat, nagu peegeldab näiteks RTA 2009–2010 tulemusaruanne:

„Sotsiaalse sidususe parandamiseks ja majandussurutise mõjude vähendamiseks rakendatud meetmete tõhususele viitab ka enesetappude arvu tõus aastate 2006–2009 võrdluses vaid 22 juhu võrra, kuigi väliskeskonna muutusi arvestades oleks see võinud tunduvat suurem olla. Samas langes 2010. aastal märkimisväärselt enesetappude arv peale 2009. aasta hetkelist tõusu, mis veelgi kinnitab viimastel aastatel rakendatud meetmete õigsust ning lubab eeldada RTA vaheeesmärgi saavutamist 2012. aastal.“

Kahtlemata on riigi vaatepunktist loomulik lähtuda aksioomist, et suitsiidisurmad on ärahoitavad surmad. Ent siinjuures on asjakohane arvestada kahe aspektiga. Nagu peegeldas ptk 2.4, pole nn makrotasandil vaadates **ilmselt paremat meetmestikku suitsiidide ärahoidmiseks kui kompleksne ja läbimõeldud vaimse tervise poliitika, mis leiab rakendamist tervisesüsteemi kõikidel tasandil.** Sellise poliitika loomine on aga alati kontekstispetsiifiline ja sisuliselt eksperimentaalne – kuigi teiste riikide süsteemidest saab õppust võtta ning võimalik on toetuda üldprintsiipidele, on iga riigi süsteem unikaalne ning ainuõigeid lahendusi ei ole, tulemuslikud võivad olla erinevalt korraldatud meetmete kooslused. Lõpuni teadmuspõhised saavad aga olla üksnes väga piiratud demograafilistele rühmadele suunatud üksiktegevused, programmid ja meetmed.



JOONIS 6. ENESETAPU TÕTTU SURNUD 100 000 ELANIKU KOHTA SOO JA VANUSE LÖIKES PERIOODI 2013-2015 KESKMISENA. ALLIKAS: STATISTIKAAMET

Kuigi suitsiidikordaja võimaldab jälgida üldtendri ja riike omavahel võrrelda, tuleb arvestada, et suitsidaalsus on tugevalt sõltuv soost ja vanusest. Nagu nähtub jooniselt 6, on suitsiidimäär oluliselt kõrgem meeste seas ja vanuserühmas 50+. Lähtudes teiste riikide kogemustest seostatakse 50+ grupi kõrgemat suitsidaalsust tööelust kõrvalejäämise ja seonduvate toimetulekuraskustega (eriti vanaduspensionieelikute seas), halvenenud füüsilise tervise mõju vaimsele tervisele, üksindust pensionäride hulgas, kelle abikaasa ja sõbrad on surnud jmt. RTA tasandil on astunud olulisi samme noorema earühma vaimse tervise toetamiseks, kuid 50+ vanuserühma vaimse tervise toetamiseks ei ole RTA-s kavandatud sisuliselt ühtegi meetet. Olukord, kus suitsiidikordaja on üks keskestest tulemusindikaatoreist ja indikaatorit mõjutavaid tegureid ei ole kuue aasta jooksul püütud välja selgitada ega mõjutada, viitab

uurimismeeskonna hinnangul üheselt vaimse tervise poliitika strateegilise planeerimise ja juhtimise puudumisele. Suitsiidisurmadele on strateegilisel tasandil hakatud tähelepanu pöörama hoopiski vigastussurmade võtmes, vigastuste ennetamise rakkerühma soovitusel tuleb RTA rakendusplaani täiendada lisaks üldistele vaimse edendamisele suunatud meetmete ka enesetappude ennetamisele suunatud meetmetega (40).

Uurimismeeskonna hinnangul on vaimse tervise poliitika kujundamiseks ja juhtimisotsuste tegemiseks vajalik tagada võrratult komplekssem ülevaade elanikkonna vaimsest tervisest. Sellest tulenevalt **soovitavad autorid vaimse tervise programmi juurutamisel töötada teiste riikide eeskujul välja mitmekülgne vaimse tervise indikaatorite süsteem.**

Nii WHO kui mitmed teised allikad (nt Tannenbaum et al, 2009) märgivad, et vaimse tervise seisundi hindamine populatsioonis on keeruline ülesanne ning olukorrast adekvaatse pildi saamiseks tuleb kombineerida küsitlusuuringutega kogutud enesehinnangulisi andmeid (enesetunde, diagnooside, ravimite ja teenuste kasutamise jms kohta) registrite andmetega (haigestumus- ja suremuskordajad, teenuste kasutamise, ravimite ostmise jms kohta). Ingliskeelsetest välisriikidest saab võimalike eeskujudena esile tõsta näiteks Šotimaad, kus on välja töötatud indikaatorite süsteem, mille toel jälgitakse eraldi nii laste ja noorte kui ka täiskasvanud elanikkonna vaimset tervist²³. Kompleksne lähenemine on kasutusel ka Kanadas²⁴ – vt loetelu indikaatoreist Lisas 2.

Vaimse tervise indikaatorite süsteemi kujundamine eeldab põhjalikku analüüsi, mille raames tuleb hinnata administratiivsete allikate, sh riiklikult kogutava statistika usaldusväärsust, ning riigi suutlikkust korraldada regulaarseid küsitlusuuringuid. Seetõttu ei anna autorid soovitusi ühe või teise konkreetse indikaatori valimiseks sellesse süsteemi. On võimalik, et vaimse tervisega seotud enesehinnangute kogumiseks ja seireks saab edukalt kasutada juba käimasolevaid uuringuid nagu Eesti Terviseuuring, SHARE uuring, Kooliõpilaste ning Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu raames.

²³ Vt <http://www.healthscotland.com/scotlands-health/population/mental-health-indicators.aspx>

²⁴ Vt <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/focus-areas/mental-health-indicators-canada>

4. Kokkuvõte

Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 (edaspidi RTA) on esimene laiapõhine tervise valdkonna arengukava Eestis, milles püstitatud strateegilised eesmärgid on erinevate tervisepoliitiliste otsuste lähtekohaks. Kui varasemalt koostati Eestis erinevatele tervise valdkondadele oma strateegiad, siis pärast RTA valmimist on erinevad tervise valdkonna strateegiad integreeritud ühte arengukavasse.

Selle teemaraporti fookuses on RTA-s ja tema rakendus- ja tegevuskavades sisalduvate vaimse tervise teemavaldkonnaga seonduvate meetmete-tegevuste asjakohasus, sihipärasus ja tulemuslikkus – eesmärk on anda poliitikakujundajatele soovitusi **valdkonna strateegiliseks käsitlemiseks ning tegevussuundade seadmiseks tulevikus**. Tellija ootuseks oli saada selle teemaraporti vahendusel ka hinnang RTA-s vaimse tervise valdkonda peegeldavate indikaatorite ja neile seatud sihttasemete sobivuse kohta, elluviidud tegevuste tulemuslikkuse ja kaetuse osas ning poliitikasoovitusi edasiste tegevuste planeerimiseks, keskendudes sealjuures eriti suitsiidiennetuse alastele tegevustele. Analüüsi teostamisel on kombineeritud järgmisi uurimismeetodeid: dokumendianalüüs, Eesti ja rahvusvahelise teaduskirjanduse analüüs, statistiline andmeanalüüs, süvaintervjuud Eesti ja välismaa ekspertidega, grüpiintervjuu valdkonna esindajatega.

Käesolevas teemaraportis hõlmab termin „vaimne tervis“ kogu spektrit vaimse tervise häiretest vaimse heaoluni ja positiivse vaimse terviseni, mida iseloomustab indiviidi ja elanikkonna psühholoogiline heaolu, kompetentsus ja säilienõtkus ning mis võimaldab inimestel maksimaalselt realiseerida enda võimeid, tulla toime pingetega elus, tegutseda tulemuslikult ja anda oma panus ühiskondlikku ellu²⁵. Seega on vaimse tervise häirete ennetuse ja ravi kõrval fookuses ka vaimse tervise edendamise tegevuste tõhustamine suunatuna positiivse vaimse tervise edendamisele ja selle kaitsmisele.

Nagu nähtub järgnevatelt lehekülgedelt, on ühelt poolt astunud Eestis viimastel aastatel vaimse tervise vallas kvalitatiivse nihke saavutamiseks märgilisi samme. Erinevate ekspertide hinnangul ei ole vaimne tervis enam selline tabuteema, nagu see oli veel kümnekond aastat tagasi – vaimset tervist ei mõisteta enam defineerituna läbi vaimse tervise häirete, sellest räägitakse peavoolukäsitlusis ka positiivses võtmes. Loodud on Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon (edaspidi VATEK), mis koondab valdkonnas aktiivselt tegutsevaid organisatsioone ja inimesi ning on valitsussektoris aktsepteeritud katusorganisatsiooniks, mida kaasatakse valdkondliku poliitika kujundamises. Olulised arengud on aset leidnud laste ja noorte vaimse tervise toetamisel, seda nii tervishoiusüsteemis kui ka haridus- ja sotsiaalsüsteemis.

Siiski on vaimset tervist toetavate teenuste-meetmete süsteemil käia veel pikk tee, et jõuda tasemele, kus on täna eesrindliku meetmetesüsteemiga riigid nagu Norra, Kanada jmt. Eesti praegune süsteem on killustunud, selle rahastamine on tugevalt kaldu eriarstiabi poole, ent ka see abi pole kaugeltki piisav. Esmase ja teisese ennetuse alla liigituvad tegevused on peaaesjalikult projektipõhised, projekti lõppedes ei pruugi jätkutegevusi järgneda. Kui ootuspärane oleks, et vaimse tervise poliitikat juhitaakse Sotsiaalministeeriumist, on viimane olnud selgelt passiivsel positsioonil – rahastatud on küll mitmeid olulisi projekte, kuid initsiatiiv ja teostus on tulnud enamasti väljastpoolt valitsussektorit. Muutuste peamiste eestvedajatena saab esile tõsta Tallinna Lastehaigla Laste Vaimse Tervise Keskuse meeskonda, Eesti-

²⁵ Uurimismeeskond on kasutanud töös Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsiooni koostatud *Vaimse tervise ja heaolu strateegias* (2016, lk 13) kasutatud definitsiooni.

Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidologia Instituuti (ERSI), VATEKit, Eesti Psühhiaatrite Seltsi, aga ka valitsuse asutatud teadus- ja arendusasutusest Tervise Arengu Instituuti (TAI). Ootamatult sageli on olulised arengud valdkonnas seostatavad konkreetsete üksikisikute panuse ja eestvedamisega.

Kuigi ka RTA-s on rahvastiku vaimne tervis leidnud käsitlemist ja eesmärgistamist, on lähenemine soovitud olnud fragmenteeritud. Taunimisväärselt suur hulk tegevusi ei ole lähtunud RTA-st, vaid on selle dokumendiga seostatud tagantjärele, vahel on pealiskaudne lähenemine toonud kaasa ka eksimist meetmega.

Teemaraporti autorid on seisukohal, et selline poliitikakujundamine vaimse tervise valdkonnas on selgelt mitterahuldav, Sotsiaalministeerium peab tagama valdkonnas muutuste loomiseks tõhusa ja kaasava juhtimisstruktuuri. Kuigi ihaldusväärne oleks tervisesüsteem, kus vaimset ja kehalist tervist ei vastandata, tuleb vaimne tervis tõsta esmalt kehalise tervisega võrdväärseks, misjärel on võimalik liikuda nende kahe harmoonilise integreerituse poole.

Analüüsile toetudes annab uurimismeeskond Sotsiaalministeeriumile järgmised soovitused:

1. Luua juhtimisstruktuur süsteemseks poliitikakujundamiseks vaimse tervise valdkonnas. Autorite hinnangul on RTA-laadse strateegiaga jätkates põhjendatud vaimse tervise programmi väljatöötamine, mille juhtimiseks eraldatakse minimaalselt üks ametikoht ning määratakse vastutav struktuuriüksus.
2. Vaimse tervise programmi väljatöötamisel tuleks lähtuda 2016. a valminud Vaimse tervise ja heaolu strateegias esile tõstetud põhimõttest, arvestades muuhulgas järgmist:
 - keskenduda varase märkamise süsteemi järjepidevale kujundamisele kogu elukaare ulatuses, hõlmates juba sünnijärgselt väikelapsed, lasteaialapsed, õppurid, töötajad aga ka töövõimekao või pensioneerumise tõttu tööelust kõrvale jäävad inimesed. Kriitiline on seostada märkamissüsteem tervishoiu- ja sotsiaalteenustega, efektiivne märkamissüsteem suurendab tõenäoliselt (vähemalt esialgu) koormust äsjanimetatud teenuste süsteemile.
 - parandada jõuliselt psühholoogilise-psühhiaatrilise abi kättesaadavust, astudes järgmised sammud:
 - o korrastada vaimse tervise teenuste maastikku, defineerides sidusrühmadega koostöös nõustamisteenuste, teraapia jmt teenusetingimused ning erinevate kutsealade pädevuspiirid, sh otsides optimaalset tasakaalu nt kliiniliste psühholoogide ja teiste psühholoogilise ettevalmistusega spetsialistide pädevuse rakendamise vahel;
 - o luua eeldused asjakohase tööjõu (psühhiaatrid, psühholoogid, vaimse tervise õed) arvukamaks ettevalmistamiseks, sh kõrvaldades näiteks kliiniliste psühholoogide kutseasta kulu kandmisega seotud probleemi;
 - o suurendada jõuliselt psühholoogilise abi pakkumist elanikkonnale, otsides optimaalset tasakaalu ja integreeritust tervishoiu-, tööturuteenuste- ja sotsiaalhoolekande süsteemis ning arvestades arendusvõimalustega nn kogukonnakesksete sekkumiste, töötervishoiu jt meetmetikes;
 - o suurendada psühhiaatrilise abi kättesaadavuse parandamiseks nimetatud tervishoiuteenuse rahastamist;

3. Välja töötada kompleksne vaimse tervise valdkonna seiresüsteem. Täna kasutusel olevad tulemusindikaatorid – suitsiidikordaja ja noorte esmashaigestumuse määr ei ole piisavad, mille toel olukorda usaldusväärselt seirata.

Kuna uurimismeeskond on seisukohal, et vaimse tervise teemavaldkond vajab rahvastiku tervise arendamise kontekstis Eestis eelkõige läbimõeldud strateegilist juhtimist, on soovitude koostamisel seatud fookus valdkonna strateegilisele juhtimisele, mitte vaimse tervise valdkonna tegevuste peenhäälestamisele. Lähitulevikus on vältimatult vajalik tegeleda ka üksikteenuste arendamise, spetsiifiliste sekkumiste pilootimise ja juurutamisega, erinevate spetsialistide rühmade koolitamisega ja palju muuga. Kuid seni, kuni vaimse tervise valdkonnas puudub strateegiline tegevusplaan ja juhtimine, ei ole selliste üksiktegevustega tegelemine rahvastiku tervise parandamise kontekstis kuigi tulemusrikas.

4.1. Koondjärelused ja soovitused

Vaimse tervise poliitikal ei ole Eestis olnud selget juhti, kes oleks vastutanud strateegiliselt oluliste tegevuste elluviimise eest, mis aitavad jõuda soovitud eesmärkideni. Kuigi valdkonnas on toimunud mitmeid positiivseid ja põhimõttelisi muutuseid – näiteks laste vaimse tervise keskuste ja seotud teenusmudelite arendamine, internetipõhiste teavitus- ja nõustamisteenuste loomine, sõltuvusabi osutamise põhimõtete väljatöötamine – on tegevused olnud keskse koordinaatori puudumise tõttu killustunud, koordineerimata ja ei moodusta tervikut, domineerib projektipõhisus. Lähtudes teiste riikide kogemusest, saab väita, et vaimse tervise vallas on edukad üksnes riigid, kus on riiklikul tasandil heaks kiidetud vaimse tervise poliitika, mille rakendamist strateegiliselt planeeritakse ja juhitakse.

RTA keskendub laste ja noorte vaimsele tervisele, kuid ei käsitle samaväärselt tööealiste ja eakate vaimse tervisega seotud probleeme ja nende lahendamist. Arvestades, kuivõrd olulise tähtsusega on Eesti jaoks väheneva tööealise elanikkonna töövõime säilitamine ja aina suureneva eakate osakaaluga toimetulek, ei ole vaid lastele ja noortele fookuseerimine aktsepteeritav.

Eelnenust lähtuvalt **soovitavad autorid vaimse tervise valdkonnas sisukate muutuste loomiseks töötada RTA uuendamise käigus välja eraldiseisev vaimsele tervisele keskenduva programm**. Poliitika-kujundajatel on värskest valminud vaimse tervise strateegia toel oluline otsustustugi, mille abil lähitulevikus positiivseid arenguid ellu kutsuda, programm peab samas andma konkreetseid vastused, millises järjekorras, millise prioriteetsusega ja millise ajakavaga tuleb tegevusi ellu viia. Uurimismeeskonna hinnangul peab programm lähtuma järgmistest põhimõtetest:

- Keskenduda varase märkamise süsteemi järjepidevale kujundamisele kogu elukaare ulatuses, hõlmates juba sünnijärgselt väikelapsed, lasteaialapsed, õppurid, töötajad aga ka töövõimekao või pensioneerumise tõttu tööelust kõrvale jäävad inimesed.
- Kriitiline on seostada märkamissüsteem tervishoiu- ja sotsiaalteenustega, efektiivne märkamissüsteem suurendab tõenäoliselt (vähemalt esialgu) koormust äsjanimetatud teenuste süsteemile.
- Parandada jõuliselt psühholoogilise-psühhiaatrilise abi kättesaadavust, astudes järgmised sammud:
 - o korrastada vaimse tervise teenuste maastikku, defineerides sidusrühmadega koostöös nõustamisteenuste, teraapia jmt teenusetingimused ning erinevate kutsealade pädevuspiirid, sh otsides optimaalset tasakaalu nt kliiniliste psühholoogide ja teiste psühholoogilise ettevalmistusega spetsialistide pädevuse rakendamise vahel;

- luua eeldused asjakohase tööjõu (psühhiaatrid, psühholoogid, vaimse tervise õed) arvukamaks ettevalmistamiseks, sh kõrvaldades näiteks kliiniliste psühholoogide kutseasta kulu kandmisega seotud probleemi;
- suurendada jõuliselt psühholoogilise abi pakkumist elanikkonnale, otsides optimaalset tasakaalu ja integreeritust tervishoiu-, tööturuteenuste- ja sotsiaalhoolekande süsteemis ning arvestades arendusvõimalustega nn kogukonna kesksete sekkumiste, töötervishoiu jt meetmetikes;
- suurendada psühhiaatrilise abi kättesaadavuse parandamiseks nimetatud tervishoiuteenuse rahastamist.

Selleks, et tagada vaimse tervise valdkonna järjepidev juhtimine ja kahandada võimalusi, et teema jääb muude küsimuste prioriteetsuse tõusmisel varju, **soovitavad autorid Sotsiaalministeeriumil tagada vaimse tervise programmi elluviimise koordineerimiseks juhtimisstruktuur, alustades vähemalt ühest ametikohast või meeskonnast, mille vastutuseks on programmi elluviimise juhtimine**, sh vaimse tervise teemavaldkonna hoidmine nn peavooluteemana, sidusgruppide kaasamine kõigis valdkonnaga seotud poliitikamuudatustesse, valdkonna seiramise ja analüüsi arendamine.

Selleks, et kavandada paremini sihitud tegevusi ja hinnata rakendatavate tegevuste tulemuslikkust, **soovitavad autorid välja töötada elanikkonna vaimset tervist senisest oluliselt terviklikumalt peegeldav indikaatorite süsteem**. Selle loomisel on õppust võimalik võtta erinevatelt riikidelt, vältimatult vajalik on küsitlusuuringute rakendamine elanikkonna vaimse tervise muutuste kohta info saamiseks

Kuigi tellija ootuseks oli saada soovitusi ka konkreetsete tegevuste osas, mis aitaksid mõjutada suitsiidikordajat või muul viisil parandada elanikkonna vaimset tervist, ei pea analüüsimeeskond võimalikuks ega kohaseks pakkuda välja konkreetseid meetmeid olukorras, kus puudub elanikkonna vaimset tervist strateegiliselt kõnetav tegevusplaan. Lähitulevikus on vältimatult vajalik tegeleda ka üksikteenuste arendamise, spetsiifiliste, sh suitsiidiennetuse sekkumiste pilootimise ja juurutamisega, erinevate spetsialistide rühmade koolitamisega ja palju muuga. Kuid seni kuni vaimse tervise valdkonnas puudub strateegilise tegevusplaan ja juhtimine, ei ole selliste üksiktegevustega tegelemine rahvastiku tervise parandamise kontekstis kuigi tulemusrikas. Autorid leiavad, et nii elanikkonna vaimse tervise parandamiseks kui ka suitsiidisuremusega tegelemiseks pole paremat meetet kui kaasaegne vaimse tervise poliitika, mida on rakendatud tervisesüsteemi kõikidel tasandil, st süsteem tegeleb samaaegselt

- esmase ennetusega ehk edendab elanikkonna vaimset tervist, et suurendada elanikkonna heaolu ja vältida vaimse tervise probleemide teket;
- sekundaarse ennetusega ehk tagab varase märkamise ja reageerimise juhul, kui inimese heaolu on kahjustumas, vaimne tervis on häirumas või psüühikahäire siiski välja kujunenud;
- tertsiaarse ennetusega ehk pakub ühelt poolt piisavat ja kaasaegset ravi (sh teraapiat) toetades teisalt aktiivselt inimese toimetulekut ja ühiskonnaelus osalemist kui sekkumiste toel ei ole võimalik inimest haigustest vabaks muuta või haiguse süvenemist peatada.

Lisa 1. Norra kogemus vaimse tervise valdkonna strateegilisel juhtimisel

Tulenevalt lähteülesandest on järgnevalt antud lühike ülevaade vaimse tervise teemavaldkonna käsitlusest Norras. Tuginetud on Norra ekspertiisile vaimse tervise valdkonnas kuna Eestil on olnud Norraga aastate lõikes tihedad koostöösidemed erinevate vaimse tervise teemade raames ning Norra eksperdi on Eesti olukorraga hästi kursis. Norras on vaimse tervise valdkonnas saavutatud häid tulemusi valdkonda ümber struktureerides ja lühiajalisi saavutatavaid strateegilisi eesmärke seades. Kui pole viidatud teisiti, toetutakse ülevaates Norra valdkonna eksperdiga teostatud intervjuule.

Vaimse tervise olukorra seiramine

Norras ei viida käesolevalt läbi regulaarseid rahvastikupõhiseid vaimse tervise uuringuid, kuid Norra Rahvatervise Instituut on teinud valitusele ettepaneku regulaarse diagnoosipõhiste vaimse tervise uuringute läbi viimiseks. Norras on palju registreid, mis kõik sisaldavad rohkesti andmeid, mille abil elanikkonna vaimset tervist kirjeldada.²⁶ Vaimse tervise osas on peamine andmeallikas patsiendiregister, mis sisaldab andmeid diagnooside kohta. Registriandmed võimaldavad jälgida olukorda raskemate vaimse tervise häirete osas (skisofreenia, bipolaarne häire, anoreksia jne) – need häired on teenustega hästi kaetud. Seevastu sagedamate häirete puhul nagu depressioon või ärevushäired satub vaid väike hulk patsientidest eriarsti vaatevälja ja seega patsiendiregistrisse. Kuna nimetatud haigused põhjustavad suure osa tervisekaost ja töövõime alanemisest, kuid ei kajastu registris, siis ei piisa vaid patsiendiregistri andmetest, et seirata vaimse tervise olukorda Norras. Töös on seadusemuudatus, mille eesmärk on lihtsustada hetkel komplitseeritud protseduure, mis takistavad uuringute läbiviimisel registreid andmete omavahelist linkimist ja ühendamist küsitlusuuringute andmetega.

Peamised tegevussuunad vaimse tervise vallas

Perioodil 1998–2008 reorganiseeriti Norras Vaimse tervise tegevuskava (ingl *Mental Health Action Plan 1998–2009*) raames kogu vaimse tervise riiklik korraldus. (43) Reorganiseerimise eesmärgiks oli tuua teenused inimeste elukoha lähedale, tugevdada vaimse tervise edendamist kohalikul tasandil ning suunata rohkem tähelepanu ja investeeringuid ennetustegevusele. Kohalikele omavalitustele määrati vaimse tervise edendamise ning ennetusega seotud kohustused, millega kaasneb ka vastav riiklik rahaline toetus. Reformi käigus loodi Norra omavalitsustesse piirkondlikud psühhiaatrilised keskused, mille eesmärk on pakkuda spetsialiseeritud teenuseid detsentraliseeritult. Tänapäevaks on keskused 76-s omavalitsuses. Lisaks töötavad omavalitsustes psühhiaatrite ja psühholoogide erapraksised, mis teevad koostööd teiste vaimse tervise teenuste pakkujatega.

Hariduse omandanud psühholoogidest suundub ligi kaks kolmandikku spetsialiseeritud vaimse tervise keskustesse ning kogukonna/paikkonna psühholoogi ametikohale (ingl *community psychologists*), mis on osa esmatasandist (hetkeseisuga loodud ametikohti 110). Kogukonna psühholoogi ülesanne on tegeleda kohalikul tasandil ennetustegevustega, toetada teiste terviseteenuste osutajate tööd (koolinõustajad, noortega tegelevad õed jne) ning vaid kolmandik ajast on planeeritud otsesele

²⁶ Vt <https://www.fhi.no/en/hn/health-registries/about-the-health-registries/about-the-national-health-registries/>

klientitööle. Ennetus- ja edendustöö jaoks tulevad rahalised vahendid KOV-le riigieelarvest. Värskest lõpetanud psühholoogid on üha enam huvitatud kohalikul tasandil ennetustöö tegemisest ning see tasand areneb jõudsalt.

Haiglase tasandil osutatakse spetsiifilisi teenuseid raskete vaimse tervise häirete korral, kuigi üldine suund on võetud vaimsete häirete haiglaravi vähendamisele ning seetõttu saavad ka raskemate vaimse tervise häiretega patsiendid enamasti kohaliku omavalitsuse tasandil pakutavat ambulatoorse abi. Selleks suurendati kohalikes omavalitsustes kliiniliste psühholoogide ja psühhiaatrite arvu ning juurutati toetus koduteenust ca 3500 raske vaimse häirega patsientide teenendamiseks kodukeskselt.

Kui raskete vaimse tervise probleemidega tegeletakse eriarstiabi tasandil, siis kergemate sümptomitega ja vaimse tervise häiretega (nt depressioon ja ärevushäired) tegelevad Norras perearstid. Perearsti ülesandeks on vajadusel kaasata teisi spetsialiste ning kui vaja, suunata patsient kliinikutesse ambulatoorsele ravile. Laste ja teismeliste ravis on liigunud pikaajaliselt ravilt lühiajalisematele sekkumistele ja nõustamisele.

Laiemas mõttes on vaimse tervise edendamise viimase kümne aasta tegevussuunad olnud Norras järgmised:

- Vaimse tervise häirete stigma vähendamine ühiskonnas;
- Elanike teadlikkuse tõstmine vaimse tervise toetamiseks pakutavatest teenustest;
- Vaimse tervise probleemide varajane märkamine ja sekkumine, sh lastega tihedas kontaktis olevate spetsialistide (kooli- ja lasteaiaõpetajad, perearstid jt) oskuste arendamine õigeaegse sekkumise tagamiseks;
- Erinevate programmide ning initsiatiivide arendamine, mis panustavad vaimse tervise edendamise valdkonda nagu vanemlusprogrammid, sotsiaalsete oskuste arendamise programmid jmt.

Kogu riiklike vaimse tervise teenuste rahastamine toimub riigieelarvest ja katab nii eriarstiabi kui esmatasandi teenused.

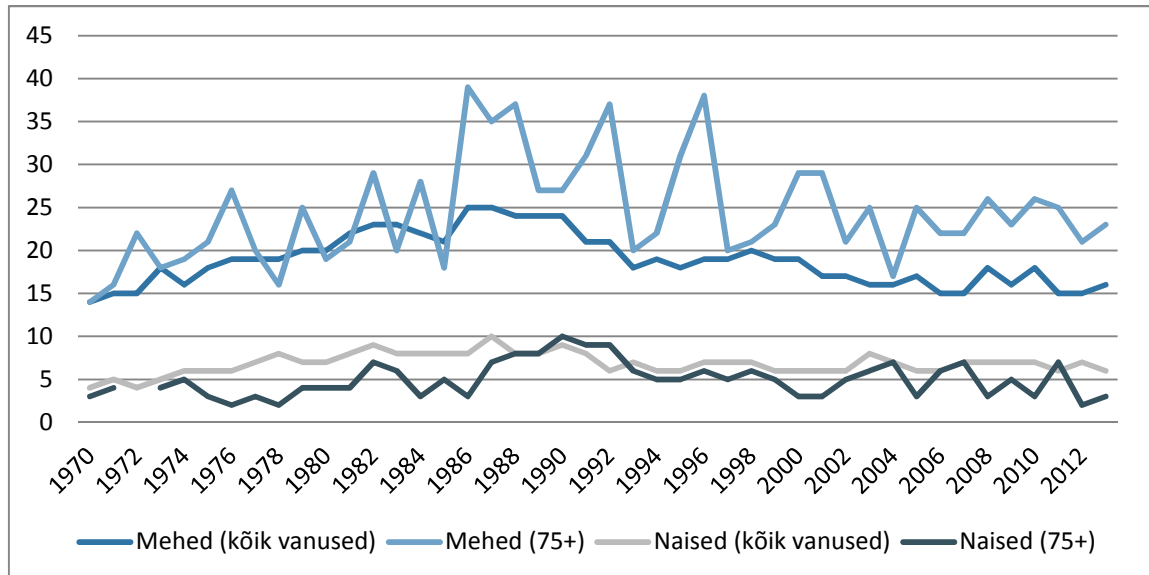
Suitsiidide ennetamine

Norras on suitsidaalsuse määr püsunud viimasel kümnendil enam-vähem samal tasemel ehk 10–12 enesetappu 100 000 elaniku kohta aastas (vt joonis 7), mis on samaväärsel tasemel teiste Põhja-Euroopa riikidega (42). Kuigi Norras rakendatakse suitsiidiennetusprogramme, on nende otsest mõju keeruline hinnata, suitsiidinäitajad ei ole nende rakendamise perioodil õnnestunud madalamale tuua.

Sõltuvushäirete ennetus ja ravi

Norras kehtib range alkoholipoliitika. Positiivse trendina on näha aastate lõikes noorte alkoholi tarvitamise vähenemist, kuid muret teeb samal ajal vanemate inimeste alkoholi tarvitamise tõus. Seda seostatakse alkoholi suhtelisele odavnemisele paljude kasvu kontekstis. Alkoholi tarvitamist vaadeldakse sagedasti vaimsest tervisest eraldi, kuid tegelikkuses on need väga tihedasti omavahel seotud. Varasemalt käsitleti Norras vaimse tervise probleeme ja sõltuvusprobleeme (alkoholism, narkomaania) lahus, kuid mõned aastad tagasi otsustati teemad ühendada. Valdkondate integreerimiseks riiklikul tasandil liideti Norra alkoholi- ja narkomaaniauuringute instituut Norra rahvatervise instituudiga. Nüüd teostatakse vaimse tervise ja sõltuvusprobleemide uuringuid ühes

osakonnas ning nendele tuginedes planeeritakse ka sekkumisi. Teenuste osas on valdkondade integreerimises veel arenguruumi, kuna praktikas võtab kahe varasemalt lahus seisnud valdkonna kokku toomine aega – vaimse tervise spetsialistid ei tunne ennast kindlana narkomaania valdkonnas ning sõltuvushäiretega tegelejad ei ole piisavalt pädevad teiste vaimse tervise probleemide kontekstis.



JOONIS 7. NORRAS ENESETAPU TÕTTU SURNUD 100 000 ELANIKU KOHTA SOO LÖIKES PERIOODI 1970-2014, STANDARDISEERITUD SUREMUSKORDAJA. ALLIKAS: NORHEALTH, 2016

Vaimse tervise spetsialistide väljaõpe

Psühholoogia erialal rakendatakse Norras Euroopa Psühholoogide Ühenduste Föderatsiooni (ingl *European Federation of Psychologists' Association* ehk *Europsy*) poolt kinnitatud kriteeriume, mis eristab psühholoogid teistest psühhoteraapia valdkonnas teenuse pakujatest. 5,1 miljoni elanikuga Norras jätkub tööd ligi 8000-le sertifitseeritud psühholoogile. Norra valitsus on olukorraga rahul, kuna psühholoogide koolitamine on kordades odavam kui psühhiaatrite väljaõpe, kes lisaks arsti põhiõppele peavad läbima viieaastase erialase residentuuri.

Norras on loodud täiendõppesüsteem, mille raames korraldatakse perearstidele ja -õdedele vaimse tervise alast õpet ja täiendkoolitusi ning toetatakse esmatasandi koostööd eriarsttiasandi ja spetsialistide tasandiga. Lisaks tervishoiutöötajatele on ka sotsiaaltöötajatel ja õpetajatel võimalus läbida 1-aastane spetsiaalne vaimse tervise alane väljaõpe, mis lisandub tavapärasele kolmeaastasele erialasele väljaõppele. Laste ja noorte vaimse tervise alast täiendõpet pakutakse regionaalsetes vaimse tervise keskustes neile, kes selles valdkonnas juba töötavad (nt sotsiaaltöötajad jt). Samas ei ole Norras koostatud põhjalikku ülevaadet selle kohta, millised on spetsialistide vaimse tervise alased teadmised ning kui palju spetsialiste on koolituse võimalust kasutanud. Lisaks tegeletakse Norras kogemusnõustajate koolitamisega ehk vaimse tervise probleemi all kannatanud inimeste koolitamist teiste abistajateks.







Tegurid, mis aitasid Norral saavutada edu

Norra Vaimse tervise tegevuskava 1998–2008 elluviimisega saavutati enamus tegevuskavas seatud eesmärkidest. Seda aitasid intervjueritud eksperdi sõnul saavutada järgmised tegurid:

- Tegevuskavale seati objektiivselt mõõdetavad eesmärgid, mille saavutamise sihttasemed seati 2 aasta peale. Sihttasemete suunas liikumist jälgiti regulaarselt ja iga kahe aasta tagant sihttasemeid uuendati.
- Kohalikele omavalitsustele (KOV) eraldati sihtotstarbelised (ingl *earmarked*) vahendid konkreetseteks tegevuseks, mis on Skandinaavia riikides küllaltki ebapopulaarne lähenemine. KOV pidi esitama oma tegevusplaani, mis vaadati riiklikult üle ja sobivusel eraldati raha tegevusplaani elluviimiseks. Kui muidu on KOV-del oma eelarve planeerimisel suur autonoomia, siis vaimsele tervisele suunatud eraldist muudeks tegevusteks kasutada ei saa.
- Kohalikesse omavalitsustesse loodi kogukonna psühholoogi (ingl *community psychologist*) ametikohad.
- Vaimse tervise teenuste arendamisel lähtuti kindlatest kvaliteedikriteeriumitest, mille kohaselt pidid nii kliinikus, ambulatoorsel tasandil kui kohalikes vaimse tervise keskuses olema tööl vaimse tervise alase eriharidusega spetsialistid (psühholoog, kliiniline psühholoog, psühhiaater).
- Teenuste pakkumisel lähtuti printsiibist, et vaimse tervise häiretega inimestele tuleb eelkõige võimaldada töötamist ning neid tuleb hoida tööturul nii kaua kui võimalik, et nad suudaksid ise ennast ülal pidada ja toime tulla. Töö olemasolu on eneseväärikuse säilimise üks alustalasiid.
- Tööpoliitika kõrval on tähtsalt kohal ka hariduspoliitika ja eelkõige vaimse tervise sõbralik õpikeskkond nii lasteaias kui koolis. Eesmärgiks on tagada, et lapsed on kaitstud vaimse tervise häirete tekkimise eest, sh õpetades lastele oskused stressiga toimetulekuks.
- Fookuse suunamine ennetusele – keskendumine eelkõige sellele osale elanikkonnast, kes ei kuulu riskirühmadesse ja kellel ei ole tõsiseid vaimse tervise probleeme. Keskendumine raviteenustele on äärmiselt ressursimahukas, kuid ressursside ümbersuunamine laiapõhisesse ennetustegevusse aitab parandada elanikkonna vaimset tervist, mille mõjul on ka spetsiifilist individuaalset sekkumiste ja ravi vajavate inimeste hulk kokkuvõttes väiksem.

Lisa 2. Vaimse tervise indikaatorite süsteem

Kanadas

	STRATEGIC DIRECTION*	% RATE OR COUNT	STATUS
 ACCESS AND TREATMENT			
INDIVIDUALS HOSPITALIZED FOR MORE THAN 30 DAYS IN A YEAR	ACCESS TO SERVICES	22.6	●
MENTAL ILLNESS HOSPITAL READMISSIONS WITHIN 30 DAYS	ACCESS TO SERVICES	11.5	●
ONE-YEAR RATE OF REPEAT HOSPITALIZATIONS FOR PERSONS WITH A MENTAL ILLNESS	ACCESS TO SERVICES	11.1	●
UNMET NEED FOR MENTAL HEALTH CARE AMONG PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS	ACCESS TO SERVICES	26.3	●
 ADULTS			
ANXIETY AND/OR MOOD DISORDERS - ADULTS	PROMOTION AND PREVENTION	11.6	●
SELF-RATED MENTAL HEALTH - ADULTS	PROMOTION AND PREVENTION	72.1	●
SERIOUS CONSIDERATION OF SUICIDE - ADULTS	PROMOTION AND PREVENTION	3.5	●
SUICIDE RATES - ADULTS	PROMOTION AND PREVENTION	13.8 PER 100,000	●
 CAREGIVING			
CARING FOR A FAMILY MEMBER WITH MENTAL ILLNESS	DISPARITIES AND DIVERSITY	7.6	●
STRESS ASSOCIATED WITH FAMILY CAREGIVING	PROMOTION AND PREVENTION	16.5	●
 CHILDREN AND YOUTH			
ANXIETY AND/OR MOOD DISORDERS - YOUTH	PROMOTION AND PREVENTION	7.0	●
COLLEGE & UNIVERSITY STUDENTS WHO SET A DRINK LIMIT WHEN PARTYING OR SOCIALIZING	PROMOTION AND PREVENTION	35.9	●
INTENTIONAL SELF-HARM AMONG COLLEGE & UNIVERSITY STUDENTS	PROMOTION AND PREVENTION	6.6	●
RECEIPT OF STRESS REDUCTION RESOURCES IN COLLEGES & UNIVERSITIES	PROMOTION AND PREVENTION	59.6	●
RECEIPT OF SUICIDE PREVENTION INFORMATION IN COLLEGES & UNIVERSITIES	PROMOTION AND PREVENTION	25.4	●
SCHOOL-BASED MENTAL HEALTH PROMOTION	PROMOTION AND PREVENTION	7.0	●
SELF-RATED MENTAL HEALTH - YOUTH	PROMOTION AND PREVENTION	77.2	●
SERIOUS CONSIDERATION OF SUICIDE - YOUTH	PROMOTION AND PREVENTION	6.4	●
SUICIDE RATES - YOUTH	PROMOTION AND PREVENTION	9.0 PER 100,000	●
VULNERABLE CHILDREN - GENERAL POPULATION	PROMOTION AND PREVENTION	26.0	●
 ECONOMIC PROSPERITY			
MENTAL ILLNESS-RELATED DISABILITY CLAIMS	PROMOTION AND PREVENTION	30.4	●
STRESS AT WORK	PROMOTION AND PREVENTION	28.4	●
 FIRST NATIONS, INUIT, AND MÉTIS			
INDICATORS COMING SOON			



DIVERSITY

	STRATEGIC DIRECTION*	% , RATE OR COUNT	STATUS
ANXIETY AND/OR MOOD DISORDERS - IMMIGRANTS	DISPARITIES AND DIVERSITY	6.8	●
ANXIETY AND/OR MOOD DISORDERS - LESBIAN, GAY, OR BISEXUAL INDIVIDUALS	DISPARITIES AND DIVERSITY	28.5	●
ANXIETY AND/OR MOOD DISORDERS - RESIDENTS OF NORTHERN COMMUNITIES	DISPARITIES AND DIVERSITY	9.6	●
DISCRIMINATION - GENERAL POPULATION	DISPARITIES AND DIVERSITY	15.4	●
STRESS - IMMIGRANTS	DISPARITIES AND DIVERSITY	22.0	●
STRESS - LESBIAN, GAY, OR BISEXUAL INDIVIDUALS	DISPARITIES AND DIVERSITY	34.3	●
STRESS - RESIDENTS OF NORTHERN COMMUNITIES	DISPARITIES AND DIVERSITY	19.6	●
SELF-RATED MENTAL HEALTH - IMMIGRANTS	DISPARITIES AND DIVERSITY	71.2	●
SELF-RATED MENTAL HEALTH - LESBIAN, GAY, OR BISEXUAL INDIVIDUALS	DISPARITIES AND DIVERSITY	61.2	●
SELF-RATED MENTAL HEALTH - RESIDENTS OF NORTHERN COMMUNITIES	DISPARITIES AND DIVERSITY	63.5	●
SENSE OF BELONGING AMONG IMMIGRANTS	DISPARITIES AND DIVERSITY	66.9	●
SUICIDE RATES - RESIDENTS OF NORTHERN COMMUNITIES	DISPARITIES AND DIVERSITY	30.9 PER 100,000	●



HOUSING AND HOMELESSNESS

EMERGENCY SHELTER CAPACITY	ACCESS TO SERVICES	15,482 SHELTER BEDS	●
NUMBER OF INDIVIDUALS LIVING IN SHELTERS	ACCESS TO SERVICES	20,170 INDIVIDUALS	●



POPULATION WELLBEING

ANXIETY AND/OR MOOD DISORDERS - GENERAL POPULATION	PROMOTION AND PREVENTION	10.6	●
LOW-RISK DRINKING	PROMOTION AND PREVENTION	85.6	●
SELF-RATED MENTAL HEALTH - GENERAL POPULATION	PROMOTION AND PREVENTION	72.2	●
SENSE OF BELONGING - GENERAL POPULATION	PROMOTION AND PREVENTION	65.4	●
STRESS - GENERAL POPULATION	PROMOTION AND PREVENTION	22.6	●



STIGMA AND DISCRIMINATION

DISCRIMINATION AMONG PEOPLE WITH MENTAL HEALTH CONDITIONS	DISPARITIES AND DIVERSITY	37.9	●
MENTAL HEALTH FIRST AID TRAINING	PROMOTION AND PREVENTION	139,815 MANUALS	●
UNMET NEED FOR GENERAL HEALTH CARE AMONG PEOPLE WITH COMMON CONDITIONS	ACCESS TO SERVICES	24.2	●
WILLINGNESS TO SEEK HELP FROM A MENTAL HEALTH PROFESSIONAL - STUDENTS	PROMOTION AND PREVENTION	74.0	●



SUICIDE

SERIOUS CONSIDERATION OF SUICIDE - GENERAL POPULATION	PROMOTION AND PREVENTION	3.3	●
SUICIDE RATES - GENERAL POPULATION	PROMOTION AND PREVENTION	10.8 PER 100,000	●



RECOVERY

	STRATEGIC DIRECTION *	% , RATE OR COUNT	STATUS
EMPLOYMENT AMONG PEOPLE WITH COMMON MENTAL HEALTH CONDITIONS	RECOVERY AND RIGHTS	71.0	●
RECOVERY-FOCUSED PROGRAM ACCREDITATION	RECOVERY AND RIGHTS	250 PROGRAMS	●
SELF-RATED MENTAL HEALTH IN PEOPLE WITH COMMON MENTAL HEALTH CONDITIONS	RECOVERY AND RIGHTS	33.5	●
SENSE OF BELONGING - PEOPLE WITH COMMON MENTAL HEALTH CONDITIONS	RECOVERY AND RIGHTS	53.2	●



SENIORS

ANXIETY AND/OR MOOD DISORDERS - SENIORS	PROMOTION AND PREVENTION	8.5	●
SELF-RATED MENTAL HEALTH - SENIORS	PROMOTION AND PREVENTION	68.9	●
SERIOUS CONSIDERATION OF SUICIDE - SENIORS	PROMOTION AND PREVENTION	1.3	●
SUICIDE RATES - SENIORS	DISPARITIES AND DIVERSITY	10.4 PER 100,000	●

Lisa 3. Ekspertide süvaintervjuude kavad

Eesti ekspertide intervjuukava:

1. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad RTA vaimse tervise indikaatorid seirata vaimse tervise olukorda Eestis?
2. Milliste indikaatoritega võiks/saaks seirata vaimse tervise olukorda Eestis?
3. Kuivõrd on RTA-s seatud vaimse tervise indikaatorite eesmärgid realistlikud/saavutatavad/adekvaatsed?
4. Mis võivad olla põhjusteks, et saavutatud ei ole RTA-s eesmärgiks seatud suitsiidi suremuse vähenemist?
5. Mis võivad olla põhjusteks, et saavutatud ei ole RTA-s eesmärgiks seatud alaealiste psüühika- ja käitumishäirete esinemissageduse vähenemist?
6. Millised on olulisemad edasimineked Eesti vaimse tervise valdkonnas viimase 5 aasta jooksul?
7. Millised on olulisemad tagasimineked Eesti vaimse tervise valdkonnas viimase 5 aasta jooksul?
8. Kuivõrd on valdkonna arengud erinevad Eesti eri piirkondades?
9. Milline on olnud RTA roll Eesti vaimse tervise valdkonna arengutes?
10. Millised vaimse tervise valdkonna eesmärgid võiksid olla järgmise 10 aasta jooksul Eestis saavutatavad?
11. Milliseid vaimse tervise valdkonna tegevusi/tegevussuundi võiks/peaks RTA kindlasti sisaldama?

Väliseksperdi intervjuu kava:

1. Milliste indikaatoritega seiratakse vaimse tervise olukorda Norras?
2. Kuivõrd adekvaatselt võimaldavad need indikaatorid seirata vaimse tervise olukorda Norras?
3. Millised on Norra olulisemad vaimse tervise olukorra trendid viimasel 10 aastal?
4. Millised on Norra vaimse tervise valdkonna peamised tegevussuunad viimasel 10 aastal?
5. Millised vaimsete häirete ennetuse, varajase avastamise ja raviga seotud tegevusi Norras ellu viiakse?
6. Millised tegevused või tegevussuunad on olnud Norras seni kõige edukamad suitsiidide ennetamisel?
7. Millised tegevused või tegevussuunad on olnud Norras seni kõige edukamad alaealiste psüühika- ja käitumishäirete vähendamisel?

Lisa 4. Analüüsi hõlmatud dokumendid

1. Bogdanov, H. & Pertel, T. (2012) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. Tervise Arengu Instituut.
2. Eesti Psühhiaatrite Selts (2012) Psühhiaatria eriala arengukava kaasajastamine ja täiendamine 2012. aastal.
3. Eesti Vaimse Tervise Poliitika Alusdokument (2002)
4. Eesti Õdede Liit, Eesti Haigekassa (2010) Koolitervishoiuteenuse tegevusjuhend
5. Enesetunne.ee, <http://enesetunne.ee/app/>
6. Euroopa Komisjoni tervise- ja tarbijaküsimuste peadirektooraat (2015) Uudiskiri nr 142 „Vaimne tervis: viime plaanid ellu“
7. Euroopa Komisjoni tervise- ja tarbijaküsimuste peadirektooraat (2016) Vaimne tervise poliitika
8. Euroopa Ühenduste Komisjon (2005) Elanikkonna vaimse tervise parandamine. Euroopa Liidu vaimse tervise strateegia väljatöötamine. Roheline raamat.
9. Lehtmet, A. (2013) Ettekanne „Alkoholiga seotud häired ja nende ravi“
10. Norwegian Financial Mechanism 2009-2014 programme agreement between The Norwegian Ministry of Foreign Affairs and The Ministry of Finance.
11. Peaasi.ee projektid 2014-2015 ja Norra toetused, <http://peaasi.ee/peaasi-ee-projekt-2014-2015-ja-norra-toetused/>
12. Sotsiaalkindlustusamet (2015) Pikaajaline rehabilitatsiooniteenus raske ja püsiva psüühikahäirega lastele
13. PricewaterhouseCoopers Advisors (2015) Laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsiooni alusanalüüs.
14. Sotsiaalministeerium (2008) Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020
15. Sotsiaalministeerium (2012) Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 (täiendatud)
16. Riigikantselei, poliitikakujundamise ja õigusloome protsess, <https://riigikantselei.ee/et/poliitikakujundamise-ja-oigusloome-protsess>
17. Sotsiaalministeeriumi (2016) Programm rahvatervis. <http://www.sm.ee/et/programm-rahvatervis>
18. Sotsiaalministeeriumi (2016) Sotsiaalministeerium kaasajastab laste tervisekontrolli korraldust. <http://sm.ee/et/uudised/sotsiaalministeerium-kaasajastab-laste-tervisekontrolli-korraldust>
19. Sotsiaalministeerium (2011) Targad vanemad, toredad lapsed, tugev ühiskond. Laste ja perede arengukava 2012–2020.
20. Tartu Ülikooli Kliinikum (2016) Vaimse tervise keskused. <http://www.kliinikum.ee/vaimsetervisekeskus/>
21. The Joint Action on Mental Health and Well-being. <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/>
22. VATEK (2016) Vaimse Tervise Strateegia
23. WHO (2008) Vaimse Tervise ja Heaolu Euroopa Pakt
24. WHO (2013) Mental health action plan 2013–2020
25. WHO (2013) Comprehensive mental health action plan 2013–2020. http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/
26. Sotsiaalministeerium (2015) Laste vaimse tervise integreeritud teenuste kontseptsiooni alusanalüüs – lihthanke hankedokument.

28. Mental Health Commission of Canada. Mental Health Indicators for Canada
29. Sotsiaalministri 01.09.2010 määrus nr 54 „Koolitervishoiuteenust osutava õe tegevused ning nõuded õe tegevuste ajale, mahule, kättesaadavusele ja asukohale“
30. Haigekassa (2011) Koolitervishoiu tegevusjuhend
31. Sotsiaalministeerium (2015) Kontseptsioon „Integreeritud teenused laste vaimse tervise toetamiseks: ennetus, varajane märkamine ja õigeaegne abi“
36. Praxis (2015) Vaimse tervise häirega inimesed tööturul
37. Tervise Arengu Instituut (2016) Võimalused alkoholipoliitika rakendamiseks kohalikul tasandil. Juhendmaterjal kohalikele omavalitsustele.
38. WHO, UN (1996) Prevention of suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies
39. Kleinberg, A. (2016) Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health services
40. Riigikantselei (2014) Vigastuste ja vigastussurmade ennetamise poliitika koordineerimise rakkerühma aruanne.
41. Tannenbaum C, Lexchin J, Tamblyn R, et al. Indicators for measuring mental health: towards better surveillance. Health Policy 2009;5:e177-86.30
42. National Centre for Suicide Research and Prevention (2014) Ettekanne „Suicide Statistics in Norway“
43. Ramsdal, H., Vold-Hansen, G., Helgesen, M. et al (2008) The social and cognitive mapping of policy Mental Health in Norway. Actors, Organisation and Knowledge

Rahvastiku tervise arengukava tegevuskavade ja aruannete dokumendid:

1. Sotsiaalministeerium (aasta teadmata) „RTA rakendusplaan aastateks 2009-2012“
2. Sotsiaalministeerium (2009) „Rahvastiku tervise arengukava 2009. aasta tegevusaruande analüütiline kokkuvõte“
3. Sotsiaalministeerium (2010) „Rahvastiku tervise arengukava 2009. aasta aruanne“
4. Sotsiaalministeerium (2010) „Rahvastiku tervise arengukava 2009. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
5. Sotsiaalministeerium (2011) „RTA 2011. aasta tegevuskava“
6. Sotsiaalministeerium (2011) „RTA 2011. aasta tegevuskava tabel“
7. Sotsiaalministeerium (2011) „RTA aastate 2009-2010 tulemusaruanne“
8. Sotsiaalministeerium (2011) „Rahvastiku tervise arengukava 2010. aasta aruanne“
9. Sotsiaalministeerium (2011) „Rahvastiku tervise arengukava 2010. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
10. Sotsiaalministeerium (2012) „Rahvastiku tervise arengukava 2011. aasta aruanne“
11. Sotsiaalministeerium (2012) „Rahvastiku tervise arengukava 2011. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
12. Sotsiaalministeerium (2012) „RTA 2012. aasta tegevuskava“
13. Sotsiaalministeerium (2012) „RTA 2012. aasta tegevuskava tabel“
14. Sotsiaalministeerium (2013) „RTA I perioodi 2009-2012 tulemusaruanne“
15. Sotsiaalministeerium (2013) „RTA 2013. aasta tegevuskava“
16. Sotsiaalministeerium (2013) „RTA 2013. aasta tegevuskava tabel“

17. Sotsiaalministeerium (2013) „Rahvastiku tervise arengukava 2012. aasta aruanne“
18. Sotsiaalministeerium (2013) „Rahvastiku tervise arengukava 2012. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
19. Sotsiaalministeerium (2014) „RTA 2014. aasta tegevuskava“
20. Sotsiaalministeerium (2014) „RTA 2014. aasta tegevuskava tabel“
21. Sotsiaalministeerium (2014) „Rahvastiku tervise arengukava 2013. aasta aruanne“
22. Sotsiaalministeerium (2014) „Rahvastiku tervise arengukava 2013. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
23. Sotsiaalministeerium (2015) „Rahvastiku tervise arengukava 2014. aasta aruanne“
24. Sotsiaalministeerium (2015) „Rahvastiku tervise arengukava 2014. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
25. Sotsiaalministeerium (2015) „RTA aastate 2013-2014 tulemusaruanne“
26. Sotsiaalministeerium (2015) „RTA 2015. aasta tegevuskava“
27. Sotsiaalministeerium (2015) „RTA 2015. aasta tegevuskava tabel“
28. Sotsiaalministeerium (2016) „Rahvastiku tervise arengukava 2015. aasta aruanne“
29. Sotsiaalministeerium (2016) „Rahvastiku tervise arengukava 2015. aasta tegevusaruande kokkuvõte“
30. Sotsiaalministeerium (2016) „RTA 2016. aasta tegevuskava“
31. Sotsiaalministeerium (2016) „RTA 2016. aasta tegevuskava tabel“
32. Sotsiaalministeerium (2016) töödokument „Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 indikaatorid“
33. Sotsiaalministeerium (2012) „RTA rakendusplaan aastateks 2013-2016“
34. Sotsiaalministeerium (aasta teadmata) „RTA täiendatud rakendusplaan aastateks 2013-2016“



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti tuleviku heaks

2017

