

VAIMSE TERVISE TEENUSTE KAARDISTAMINE JA VAJADUSTE ANALÜÜS

TALLINN 2012



Koostajad: Helen Bogdanov, Tiia Pertel

Retsensendid: Katri-Evelin Kalaus, Maarja Kraiss, Kadri Suija, Urve Tõnisson, Veiko Vasar, Vello Vengerfeldt

Konsultandid: Mari Järvelaid, Maarja Kraiss, Zrinka Laido, Andres Lehtmets, Maris Leimann, Kadri Järv-Mändoja, Anu Rahu, Eva Rosenthal, Monika Salumaa, Reet Tohvre, Urve Tõnisson, Liina Vahter, Veiko Vasar

Raport on valminud Tervise Arengu Instituudi tellimusel 2011. a

SISUKORD

Sissejuhatus	1
Kaardistamise eesmärgid ja meetodika	2
1. Vaimne tervis Eestis	4
1.1. Olukorra kirjeldus	4
1.2. Vaimse tervise teenused Eestis	5
1.2.1. Teenuste kategooriad (WHO).....	5
1.2.2. Valdkonna reguleerimine ja olulisemad raamdokumendid	9
2. Vaimse tervise teenuste kirjeldus ja arenguvajadused	14
2.1. Psühhiaatriline abi	14
2.1.1. Reguleerivad õigusaktid	14
2.1.2. Nõuded teenuse osutajale ja teenuse kvaliteet.....	14
2.1.3. Teenuse kättesaadavus ja rahastamine	15
2.1.4. Probleemid ja arenguvajadused	16
2.2. Esmatasandi vaimse tervise teenused.....	25
2.2.1. Reguleerivad õigusaktid	25
2.2.2. Nõuded teenuse osutajale ja teenuse kvaliteet.....	25
2.2.3. Teenuse kättesaadavus ja rahastamine	26
2.2.4. Probleemid ja arenguvajadused	27
2.3. Psühholoogiline abi	33
2.3.1. Reguleerivad õigusaktid, nõuded teenuse osutajale ja teenuse kvaliteet.....	33
2.3.2. Teenuse kättesaadavus ja rahastamine	34
2.3.3. Probleemid ja arenguvajadused	36
2.4. Sotsiaalhoolekanne	41
2.4.1. Reguleerivad õigusaktid	41
2.4.2. Nõuded teenuse osutajale ja teenuse kvaliteet.....	42
2.4.3. Teenuste kättesaadavus ja rahastamine	43
2.4.4. Probleemid ja arenguvajadused	45
2.5. Vaimse tervise tugiteenused ja eneseabi	60
2.5.1. Teenuste kättesaadavus.....	60
2.5.2. Probleemid ja arenguvajadused	61
3. Kokkuvõte	64
Kasutatud mõisted	67

SISSEJUHATUS

WHO defineerib tervist kui täielikku füüsilist, vaimset ja sotsiaalset heaolu ning mitte ainuüksi haiguse või nõrga tervise puudumist. Ka vaimne tervis hõlmab enamasti kui psüühikahäire või psüühilise puude puudumist. Vaimne tervis peegeldab inimese ja teda ümbritseva keskkonna vahelist tasakaalu ning seda mõjutavad järgmised omavahel vastastikusel seoses olevad tegurid: individuaalsed eeldused ja kogemused, sotsiaalsed suhted, üldised toetuse ja abisaamise võimalused ning kultuurilised väärtused.

Oluline osa indiviidi ja kogukondade vaimse tervise potentsiaali kujundamisel on vaimse tervise teenuste süsteemil. Vaimse tervise teenuseid on väga palju, eneseabivõimalustest ning erinevate elusituatsioonidega seotud tugi- ja nõustamisteenustest kõrgema etapi raviteenusteni.

Vaimne tervis ei ole Eestis senini olnud prioriteetne valdkond ning puuduvad selged raamdokumendid ja tegevuskavad nii riiklikul kui kohalikul tasandil. Rahvastiku tervise arengukavas 2009-2020 on ühe meetmena toodud välja inimeste vaimse tervise alase teadlikkuse edendamine ja kvaliteetsete teenuste kättesaadavuse tagamine. Ka mitmetes varasemates dokumentides on viidatud olulistele tegevussuundadele rahva vaimse tervise probleemide põhjalikuks käsitlemiseks ja ühtlase teenustevõrgu loomiseks.

Rahvusvahelise kirjanduse ja senise kogemuse baasilt võib välja tuua, et vaimse tervise teenuseid on keeruline piiritleda. Eestis on vaimse tervise teenused kirjeldamata ja toimivad killustatult, sihipäraselt ei ole hinnatud teenuste kättesaadavust ega kvaliteeti. Samuti ei ole põhjalikult analüüsitud inimeste liikumist vaimse tervise teenuste süsteemis ning takistusi teenustele ligipääsul (näiteks piirkondlikku või maksejõulisusest lähtuvat ebavõrdsust, valitsevaid stigmasid, inimeste teadlikkust ja valmisolekut teenuste kasutamiseks jms). Inimeste vaimse tervise, teenuste parendamise ning ennetus- ja edendustegevuste planeerimise oluline eeldus on arenguvajaduste süstemaatiline tõendus põhine analüüsimine, tuginedes nii teenusepakkujatel kui teenusekasutajatel kogutud informatsioonile. Selle võimaldamiseks on esmalt vaja läbi viia laiapõhjaline uuring olemasolevate vaimse tervise teenuste kirjeldamiseks ning peamiste probleemkohtade tuvastamiseks, mida antud dokumentiga tehti.

KAARDISTAMISE EESMÄRGID JA METOODIKA

Kaardistamise eesmärk oli koostada kvalitatiivne ülevaade täiskasvanud elanikkonnale suunatud vaimse tervise teenuste amplituudist ja arenguvajadustest Eestis.

2011. kevadel kutsuti kokku ekspertidest töörühm, kellega arutati läbi kaardistamise seisukohalt olulised mõisted ja vaimse tervise teenuste võimalik liigendus Eestis. Töörühma kuulusid järgmised liikmed: Andres Lehtmets (Eesti Psühhiaatrite Selts), Liina Vahter (Eesti Psühholoogide Liit), Zrinka Laido (Eesti–Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut), Anu Rahu (Tallinna Vaimse Tervise Keskus), Maris Leimann (Sotsiaalministeerium), Tiia Pertel ja Helen Bogdanov (Tervise Arengu Instituut). Järgnevalt kaardistati teenusepakkujad, teenusepakkujate katusorganisatsioonid ning muud olulised sidusrühmad ning loodi teenusegruppi (psühhiaatriline abi, psühholoogiline abi, sotsiaalhoolekanne ja esmatasandi teenused) põhised küsimustikud intervjuude läbiviimiseks konsulteerides järgmiste erialaspetsialistidega: Maarja Kraiss (Sotsiaalministeerium), Andres Lehtmets (Eesti Psühhiaatrite Selts), Kadi Liik (Eesti Psühholoogide Liit), Heidi-Ingrid Maaros (TÜ polikliiniku ja peremeditsiini õppetool). Seejärel viidi ajavahemikul 17.08-26.08 teenusegruppide lõikes läbi intervjuud järgmiste ekspertidega: Veiko Vasar (TÜ psühhiaatria õppetool), Liina Vahter (Eesti Psühholoogide Liit), Urve Tõnisson ja Monika Salumaa (MTÜ Hoolekande Ekspertiisi- ja Nõustamiskeskus), Kadri Suija (TÜ peremeditsiini õppetool), Maarja Kraiss (Sotsiaalministeerium). Täiendava informatsiooniga abistasid järgmised erialaspetsialistid: Reet Tohvre (TÜ Kliinikum Psühhiaatriakliinik), Eva Rosenthal ja Mari Järveld (Terviseamet) ning Kadri Järv-Mändoja (Eesti Koolipsühholoogide Ühing).

Kogutud informatsioon koondati lõppdokumenti, mida retsenseerisid järgmised eksperdid: Veiko Vasar, Katri-Evelin Kalas (SENSUS ETC OÜ), Maarja Kraiss, Vello Vengerfeldt (SA Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus), Urve Tõnisson, Monika Salumaa, Kadri Suija.

Probleemid ja arenguvajadused teenusegruppide lõikes on välja toodud järgmiste valdkondlike ekspertidega läbi viidud intervjuude ja ekspertide retsensioonide põhjal (kui ei ole eraldi viidet): Veiko Vasar ja Andres Lehtmets (psühhiaatriline abi, psühholoogiline abi), Katri-Evelin Kalas ja Liina Vahter (psühholoogiline abi), Vello Vengerfeldt, Urve Tõnisson, Monika Salumaa ja Maarja Kraiss (sotsiaalhoolekanne) ning Kadri Suija (esmatasandi vaimse tervise teenused). Kuigi ekspertide seisukohad võisid mõnede teemade osas mitte täielikult

ühtida, on töös esitatud kõigi kaasatud ekspertide poolt välja toodud probleemid ja ettepanekud.

Vaimse tervise teenuseid Eestis on kirjeldatud WHO mudelile (1) kohandatult järgmiste teenusegruppide lõikes: psühhiaatriline abi, esmatasandi vaimse tervise teenused, psühholoogiline abi, sotsiaalhoolekanne, vaimse tervise tugiteenused ja eneseabi.

1. VAIMNE TERVIS EESTIS

1.1. Olukorra kirjeldus

WHO andmetel kannatab ligikaudu 25% maailma elanikkonnast psüühikahäirete all, kuid vaid 40% neist juhtudest diagnoositakse ja ravitakse. Kogu Euroopa täiskasvanud elanikkonnast vanuses 18-65 kannatab mõne vaimse tervise häire all hinnanguliselt 27%, kuid vaid 26% neist on otsinud professionaalset abi. Sagedamini esinevate psüühikahäirete levimus rahvastikus on vastavalt ärevushäiretel 14%, meeleoluhäiretel 7,8% sh depressioon 6,9%, somatoformsetel häiretel 4,9% ja alkoholisõltuvusel 3,4%. (1, 2)

Vaimse tervise häired moodustavad ligikaudu 27% Euroopa haiguskoormusest. Naistel põhjustab psüühikahäiretest suurimat haiguskoormust depressioon ja meestel alkohoolikasutamisest tingitud psüühikahäired (vastavalt 7,2 ja 3,4% kogu Euroopa haiguskoormusest). (1)

Depressiooni, alkohoolikasutamisest tingitud või muude kergemate psüühikahäirete esinemissageduse kohta ei saa väita midagi lõplikku ainult ametliku statistika põhjal, kuna diagnoosipõhine statistika kajastab pigem konsultatsioonile või ravile pöördunute arvu kui tegelikku abivajajate hulka. Ka psühhiaatrilisest epidemioloogiast on teada, et ainult väike osa depressiivsetest isikutest otsib ja saab ravi. Enamikku maailma riike iseloomustabki suur lõhe selles osas, kui suur hulk elanikkonnast vaimse tervise teenuseid vajab ja kui paljud neid tegelikult kasutavad. Vähem kui 28% riikidest omab vaimse tervise teenuste jaoks eraldi eelarvet ja paljudel riikidel on puudu kvalifitseeritud inimressursid vaimse tervise valdkonnas. (2)

Psühhiaatrite hinnangul on ka Eestis oluliseks haiguskoormuse põhjustajaks psüühika- ja käitumishäireid, mida suures osas on võimalik ennetustegevusega vältida. Psühhiaatriliste teenuste vajadus on alates 1990ndate lõpust pidevalt kasvanud, eriti meeleolu- ja ärevushäirete, alkohoolist tingitud psühhootiliste häirete ja raskete depressioonide sagenemise tõttu. Kuigi suitsiidide arv on viimase kümnendiga langenud (suremuskordaja 100 000 elaniku kohta aastatel 2000 ja 2010 oli vastavalt 27,53 ja 16,49), kuulub Eesti endiselt Euroopa kõrgema suitsiidiriskiga riikide hulka, edestades suitsiidide suhtarvult enamikku maailma riike, kusjuures 80% kõikidest suitsiididest sooritavad mehed. (3)

Psüühikahäirete diagnoosimine on aasta-aastalt suurenenud ja seda võib seostada ambulatoorse psühhiaatrilise abi mahu suurenemisega, hoiakute muutumisega ja perearstide osaluse suurenemisega ärevus- ja meeleoluhäirete diagnoosimisel ja ravimisel. Hinnanguliselt pöördus psühhiaatri vastuvõtule 90ndatel aastatel ainult 20-25% ärevus- ja meeleoluhäiretega patsientidest.

Eesti Terviseuuring 2006 andmetel oli depressiooni 12-kuu levimus Eesti elanikkonna seas 5.6% ja ärevuse 1-kuu levimus 7,7%. Eestis on depressiooni levimus kõrgem madalama sissetulekuga inimeste ja mitte-eestlaste hulgas. Sama uuringu kohaselt oli vaid 34%¹ depressiooniga inimestest viimase aasta jooksul abi otsinud. (4, 5) Sarnast abiotsimise trendi kinnitavad ka Ravimiameti ja Haigekassa 2009. a. andmed, mille kohaselt sai igapäevaselt ravi antidepressantidega 18800 ja anksiolüütikumidega 19500 patsienti².

Eesti Kooliõpilaste Tervisekäitumise Uuringu 2010 (HBSC) andmetel oli depressiivsete episoodide 12-kuu levimus 15-aastaste poiste hulgas 19% ja tüdrukute hulgas 39% (6), mis on 2005/2006. aasta uuringuga võrreldes langenud (eriti poiste hulgas).

1.2. Vaimse tervise teenused Eestis

1.2.1. Teenuste kategooriad (WHO)

WHO klassifitseerib vaimse tervise teenuseid kahel tasandil:

1. mitteametlikud teenused: eneseabi ja mitteametlikud kogukondlikud teenused
2. ametlikud teenused: esmatasandi vaimse tervise teenused, kogukondlikud teenused, vaimse tervise teenused haiglates ja pikaajaline ravi ja hooldus eriasutustes. (2)

Kuna WHO mudel on üldine ja kirjeldab üht võimalikku teenuste struktuuri, ei ühildu see täpselt Eesti vaimse tervise teenuste süsteemiga. Vaatlemaks teenustekategooriaid Eestis, liigendasime antud raporti kontekstis teenused teenuse tüübi (psühhiaatriline abi, psühholoogiline abi, sotsiaalhoolekande teenused, esmatasandi vaimse tervise teenused, vaimse tervise tugiteenused ja eneseabi) järgi. Alljärgnevalt igast teenustekategooriast lähemalt viisil, kus esimeses lõigus kirjeldame kategooriat WHO mudeli põhjal üldiselt ning teises lõigus anname lühikese ülevaate Eesti süsteemist:

¹ Eesti Terviseuuring 2006, avaldamata andmed

² Ravimiamet, 2009, avaldamata andmed

Eneseabi (enese eest hoolitsemine)

Eneseabi (*self-care*) all mõistetakse inimese, tema perekonna ja kogukonna poolt algatatud tegevusi, mille eesmärk on haiguste ennetamine, tervise edendamine ja parendamine ning taastamine. Eneseabil on märkimisväärne tähtsus vaimse tervise teenuste toimimisel ja eneseabi on mõjusam, kui seda toetatakse teiste terviseteenustega. Eneseabivõimaluste spekter on lai, alates sellest, kuidas inimene muudab teadlikult oma tervisekäitumist kuni selleni, millise otsuse ta teeb oma ravi osas. Tervisedendamise ja –kasvatuse kaudu saab inimene teadmised ja oskused, kuidas iseend paremini abistada (näiteks stressiga toimetulekuks, emotsionaalsete konfliktide lahendamiseks, sõltuvusainete tarbimise vältimiseks ja edasise abi otsimiseks). (2)

Eneseabi praktikaid on keeruline kaardistada, kuna nende levitamisele aidatakse suuremal või vähemal määral kaasa kõigi teenuste puhul ja nende ellurakendamine sõltub igast konkreetsest inimesest. Seetõttu ei ole eneseabi eraldi teemana käsitletud. Erinevate osapoolte (näiteks kohalik omavalitsus, tervishoiuteenused, lähedased jne) roll on eneseabipraktikate levitamise tarbeks võimaldavate ja võimestavate keskkondade loomine, rahastamise pakkumine jne. Eestis on Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituut, Tervise Arengu Instituut, ravimifirmad ning mitmed MTÜ-d välja antud info- ja eneseabivoldikuid levinumate psüühika- ja sõltuvushäirete kohta, mida erinevate asutuste ja teenusepakkujate kaudu levitada. Seda, kui regulaarselt perearstid ja sotsiaaltöötajad inimesi eneseabipraktikate (näiteks kehalise aktiivsuse) osas informeerivad, on küll võimalik uuringuga hinnata, kuid keeruliseks teeb uuringute planeerimise see, et pole täpselt teada, milliste eneseabivõtete osas seda teha tasuks.

Mitteametlikud vaimse tervise teenused

Sii kuuluvad teenused, mis ei ole osa ametlikust tervise- ja hoolekandesüsteemist. Need teenused on abiks vaimse tervise edendamisel, probleemidega inimeste spetsialistide juurde jõudmisel ja krooniliste psüühikahäiretega inimeste toetamisel. Mitteametlikke teenuseid pakuvad kogukonna liikmed (näiteks õpetajad, politsei, eneseabigrupid, vabäühendused, religioossed ühendused, tavakodanikud ja pereliikmed), kes ei pruugi olla vaimse tervise spetsialistid. Mitteametlikud teenused soodustavad inimeste igapäevast toimetulekut ja on seejuures kergesti kättesaadavad. Samas ei pruugi ka mitteametlik teenus olla kasutajale tasuta. (2, 7)

Eestis on mitteametlike teenustena käsitletud vaimse tervise tugiteenuseid, milledest enam levinud on eneseabi- ja vastastikuse abi grupid, lähedaste tugigrupid, hingehoiuteenus, kogemusnõustamine, usaldustelefon ja interneti-nõustamine, vähem on vabatahtlike initsiatiivil sõprusprojekte, patsientide ja teenusekasutajate nõuande- ja koostöögrupe, tervise edendamise ja eestkosteteenuseid jms.

Esmatasandi vaimse tervise teenused

Esmatasandil on võimalik läbi viia nii tervishoiualaseid kui psühhosotsiaalseid sekkumisi, toimub vaimse tervise probleemide ennetustöö, varajane avastamine ja diagnoosimine ning saab ravida samaaegselt koosinevaid füüsilise ja vaimse tervise häireid. Seetõttu on esmatasandi tervishoiutöötajate roll vaimse tervise sekkumiste läbiviimisel oluline. Esmatasandi teenus on vajalik patsientide ravitulemuste säilitamiseks, kergemate vaimse tervise probleemide puhul nõustamiseks ja raviks ning patsientide edasisuunamiseks. Selle tasandi teenused on ligipääsetavad ja odavamad kui enamuse vaimse tervise spetsialistide pakutavaid teenuseid. Kuna tegu on üldise tervishoiuteenusega, on ka häbimärgistamist pelgavatel inimestel neid kergem kasutada kui teisi ametlikke vaimse tervise teenuseid. (2, 7)

Eestis ja antud töö raames käsitletakse esmatasandi teenustena üldarstiabi, töötervishoiuteenuseid ja koolitervishoiuteenuseid.

Kogukondlikud vaimse tervise teenused

Kogukondlikeks teenusteks loetakse inimese elukohale võimalikult lähedal pakutavaid teenuseid, mille puhul ta ei pea lahkuma oma tavapärasest elukeskkonnast. Siia alla kuuluvad ametlikud teenused, mis hõlmavad vaimse tervise kriisiabi, rehabilitatsiooniteenuseid, koduhooldust, päevahooldust ja ühiskodude teenuseid, samuti muid toetavaid ning kogukonnal põhinevaid teenuseid teatud sihtrühmadele nagu traumaohvrid, lapsed, noorukid, psüühilise erivajadustega inimesed ja vanurid. Spetsialistidena töötavad psühholoogid, sotsiaaltöötajad, psühhiaatrid, samuti võivad siin teenuseid pakkuda erialase taustata, kuid vajaliku väljaõppe saanud nõustajad. Kogukondlikud teenused ei pruugi tugineda riiklikule psühhiaatrilisele abile, kuid peaks olema sellega seotud. Parima tulemuse annab kogukondlike teenuste seotus esmatasandi ja mitteametlike teenustega. Hea ligipääs kogukondlikele vaimse tervise teenustele soodustab ka vaimse tervise probleemidega inimeste abiotsimise valmidust ja vähendab häbimärgistamist ning väärarusaamu. (2, 7)

Käesolevas töös käsitletakse kogukondlike vaimse tervise teenustena järgmiseid teenuseid: sotsiaalteenused (rehabilitatsiooniteenus, sotsiaalnõustamine, tugiisiku teenus ja hooldusteenused), erihoolekande teenused (igapäeva elu toetamine, elamine kogukonnas, töötamise toetamine, toetatud elamine) ning psühholoogiline ja psühhiaatriline abi, mida ei rahastata riiklikult tervishoiusüsteemi kaudu.

Vaimse tervise teenused haiglates

Osade vaimse tervise probleemide ja haiguste iseloom (näiteks raske psüühikahäire akuutne faas, ööpäevaringne vältimatu abi või jälgimisvajadus) tingib vajaduse haiglaravi järele. Haiglates osutatakse ambulatoorseid ja statsionaarseid psühhiaatrilisi teenuseid psühhiaatrite, psühhiaatriaõdede, kliiniliste psühholoogide, kliiniliste psühholoogide-psühhoterapeutide jm. poolt, piirkondlikes haiglates on tagatud 24-h ligipääs. Kuigi inimesed on valmis antud teenuseid kasutama, võib probleeme ilmned nende kättesaadavusega, sest teenuseid osutatakse üldjuhul suuremates maakonnakeskustes. (2, 7)

Eesti puhul on selle teenustekategooria all käsitletud riiklikult rahastatud psühhiaatrilist abi ja kliinilise psühholoogi poolt pakutavaid teenuseid, mida pakutakse realselt kas aktiivravihaiglate polikliinikutes või psühhiaatrikliinikutes (sh psühhiaatriapolikliinikus). Eestis on kohustus osutada psühhiaatria tervishoiuteenuseid kolmel piirkondlikul haiglal ja neljal keskhaiglal. Üldhaiglatel ei ole kohustust, aga võib pakkuda nii ambulatoorseid kui statsionaarseid psühhiaatriateenuseid. (8) Riiklikult rahastatud psühhiaatrilist abi on kohustatud osutama ka Haigekassa lepingupartneritest erapsühhiaatrid.

Pikaajaline ravi ja hooldus eriasutustes

Väike osa vaimse tervise häiretega inimesi vajavad tavalisest pikemaajalist üle kolme kuu kestvat ravi, näiteks halvasti ravile reageerivad psühhootiliste häiretega patsiendid ja seda tingimustes, mida akuutraviosakonnas ei suuda alati pakkuda. Neid teenuseid kasutatakse enamasti eelmistelt tasanditelt edasisuunatud ja raskesti ravitavate patsientide puhul. Näiteks sundravit viibivaid või raskemakujuliste psüühikahäiretega isikuid suunatakse neisse asutustesse edasiseks raviks ja järelevalveks. Pikaajalisi teenuseid pakutakse spetsialiseeritud psühhiaatria osakondades või erihoolekandeesutustes. Ligipääs neile on piiratud, teenused on kulukad ja nende kasutamist ohustab kaasnev häbimärgistamine. (2, 7)

Eestis osutatakse pikaajalisi teenuseid (ebastabiilse kuluga psüühikahäiretega patsientide raviks) SA Viljandi Haigla psühhiaatrikliinikus Jämejalas, kus on ainus pikaajaline ravi ja psühhiaatrilise

sundravi osakond Eestis ning lisaks pakutakse erihooldusteenuseid. Hooldust ja ööpäevaringseid erihooldusteenuseid (ööpäevaringne erihooldusteenus, ööpäevaringne erihooldusteenus kohtumäärusega hoolekandetasutusse paigutatud isikutele; ööpäevaringne erihooldusteenus sügava liitpuudega ja/või ebastabiilse remissiooniga psüühikahäirega isikutele) osutatakse vastavates hooldekodudes või järel- ja hooldusravihaiqlates. Ööpäevaringset erihooldusteenust osutab 31 asutust. Lisaks on Eestis kaks psühhiaatria erihaiqlat (Wismari haiqla ja SA Ahtme Haiqla).

WHO vaimse tervise teenuste mudelis soovitatakse teenuste regionaalse kättesaadavuse parandamiseks arendada kogukondlikke ja mitteametlikke vaimse tervise teenuseid, mida ülejäänud teenuste süsteemiga lõimida. Vaimse tervise häirete varajaseks avastamiseks ja raviks peetakse eriti oluliseks vaimse tervise teenuste integreerimist esmatasandi tervishoidu. Mõjusat esmatasandi tervishoidu iseloomustab inimesekeskse ja tervikliku terviseteeuse pakkumine, mis peaks lisaks tervishoiuteenusele hõlmama ka inimese vaimse tervise edendamist, hindamist, taastamist, jälgimist ja säilitamist. Esmatasandi terviseteeust peaksid seejuures toetama ja täiendama teised teenustetasandid, kuhu esmatasandi tervishoiutöötajad saavad abivajajaid neile täiendava toe ja järelevalve pakkumiseks suunata. Oluline on esmatasandi koostöö sotsiaalhoolekande süsteemiga. Integreeritud vaimse tervise teenuste süsteem aitab tõhusamalt käsitleda häbimärgistamise, spetsialistide nappuse ja teenustele ligipääsu probleeme.(2)

1.2.2. Valdonna reguleerimine ja olulisemad raamdokumendid

Eesti vaimse tervise teenuste süsteem tugineb hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koostoimimisele, kus mõlema süsteemi poolt pakutavate teenuste ülesanded vaimse tervise osas on kliendi tasandil selgelt määratlemata. Seetõttu on ka otseselt vaimse tervise teenuseid reguleeriv seadusandlus psüühikahäirete ja puuete keskne.

Eestis on vaimse tervise valdkond reguleeritud seadustega, mis otseselt või kaudselt mõjutavad vaimse tervise teenuste süsteemi kujunemist. Inimese õigus tervisekaitsele on tagatud põhiseadusega, mille järgi igapähele on õigus riigi abile vanaduse, töövõimetuse, toitjakaotuse ja puuduse korral. Konkreetsemalt vaimse tervise valdkonda käsitlevast regulatsioonist on võimalik välja tuua psühhiaatrilise abi seadus ja sotsiaalhoolekandeseadus. Kaudselt täiendavad vaimse tervise teenuste regulatsiooni ka töötervishoiu- ja tööhutuseseadus, perekonnaseadus, puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus, ravikindlustuse

seadus, ravimiseadus, riikliku pensionikindlustuse seadus, sotsiaalmaksuseadus, tervishoiuteenuste korraldamise seadus, Eesti Haigekassa seadus, kohtuekspertiisiseadus, kriminaalmenetluse seadustik, kriminaalmenetluse seadustiku rakendamise seadus, tsiviilkohtumenetluse seadustik, tsiviilseadustiku üldosa seadus, tööturu teenuste ja toetuste seadus, töötuskindlustuse seadus, võlaõigusseadus jm.

Rahvatervise seaduses käsitletakse tervist kui inimese füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisundit, mitte ainult puuete ja haiguste puudumist. Seega on seaduse üks eesmärkidest ka vaimse heaolu seisundi ehk vaimse tervise kaitsmine ja edendamine, mis tuleks saavutada riigi, omavalitsuse, avalik- ja eraõigusliku juriidilise isiku või füüsilise isiku kohustustega ning riiklike ja omavalitsuslike abinõude süsteemiga. (9)

Psühhiaatrilise abi seaduse kohaselt korraldab psüühikahäireid ennetavat tegevust Sotsiaalministeerium. Seaduses ei ole aga fikseeritud ennetava tegevuse eesmärki, riigi kohustusi vaimse tervise vallas üldisemalt, ennetustegevuse ulatust. Vaimse tervise edendamise regulatsioon puudub. Välja on toodud vaid säte, mis kohustab kohalikke omavalitsusi tagama psüühikahäiretega isikutele sotsiaalteenuste kättesaadavust. (10)

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. 2006 Euroopa Komisjoni raportis on mainitud, et liigselt projektipõhine vaimse tervise edendamine ja vaimse tervise häirete ennetamine Eestis ei ole jätkusuutlik ja kuluefektiivne ning seetõttu tuleks välja töötada laiem tegevusraamistik. (11)

Enamik EL liikmetest omab selgelt defineeritud riiklikku vaimse tervise poliitikat. 2008. a WHO raportis „*Policies and Practices for Mental Health in Europe*“ (12) toodi 42 WHO Euroopa regiooni liikmesriigist välja vaid neli (Eesti, Gruusia, Moldova, Aserbaidžaan), kus ei ole kehtestatud vaimse tervise poliitikat. Eestis tehti esimene samm vaimse tervise poliitika ettevalmistamiseks 2001. aasta lõpul, mil Sotsiaalministeerium tellis Poliitikauuringute Keskuselt Praxis vaimse tervise poliitika alusdokumendi, mis 2002. aasta lõpus valmis. Dokumendis toodi välja peamised probleemid Eesti elanike vaimses tervises. 2003. aastal arutas sotsiaalministeerium riikliku vaimse tervise poliitika eelnõu, kuid sealt edasi protsess seiskus. Vaimse tervise seotud valdkondade ühe peamise probleemina nimetati keskendumist pigem tagajärgede likvideerimisele kui vaimse tervise edendamisele ja vaimse tervise

probleemide ennetamisele. Samuti toodi välja, et vaimse tervise teenused on süsteemikesksed, puudulikult koordineeritud ja alafinantseeritud. Kuna vaimse tervise teenuste kättesaadavus sõltub peamiselt rahastamisest ja rahastamise põhimõtted on teenusekesksed, mitte niivõrd inimesekesked³, siis kasutatakse ressursse ebaefektiivselt ning tulemuseks on teenuste madal ja ebaühtlane kvaliteet koos vähese kättesaadavuse ja puuduliku õiguskaitsesüsteemiga. Olukorra parandamiseks peeti esimese suunisenähtuseks vajalikuks elanikkonna laiemat teavitamist ja vaimse tervise alase edenduse- ja ennetustöö tõhustamist ning edenduse- ja ennetustöö kohustuste õiguslikku määratlemist. Samuti peeti prioriteediks abiandjate täiendavat ja jätkuvat koolitust, supervisiooni ja rahastamist. Käesolevaga ei ole dokument veel ellu viidud ning edasised arengud riigi tasandil on seiskunud. (13)

Vaimse tervise edendamist ja vaimse tervise probleemide ennetamist Eestis on põhjalikumalt või põgusamalt käsitletud järgmistes dokumentides:

1. „Ülevaade vaimse tervise teenuste süsteemist“ ; Sotsiaalministeerium, 2005 (14).

Dokumendis antakse ülevaade vaimse tervise valdkonnas (nii sotsiaal- kui tervishoiusektoris) toimunud (va. sõltuvushäired). Samuti on kaardistatud nõustamisteenust osutavad organisatsioonid ja asutused nii riiklikus, era- kui ka kolmandas sektoris Eestis. Kirjeldatakse vaimse tervise teenuste süsteemi õiguslikku tausta, antakse põhjalikum ülevaade teenuste süsteemist ja mõnedest headest praktikatest, kirjeldatakse vaimse tervise teenuste tarbijaid, professionaale ja nende ettevalmistamist, tuuakse välja probleemid ja väljakutsed. Vaimse tervise süsteemi peamiseks väljakutseteks peeti tarbijate senisest tunduvalt suuremat kaasamist teenuste planeerimisse ja kvaliteedi hindamisse, piisava hulga vaimse tervise professionaalide ettevalmistamist ning teenuste finantseerimise aluste korrastamist.

Ülevaates on nenditud, et Eesti vaimse tervise teenuste üldine probleem on nende alatahtsustamine, vähene kättesaadavus, alternatiivide vähesus ja puudulik informeeritus erinevatest abi saamise võimalustest. Vaimse tervise teenuse kättesaadavus sõltub enim rahastamisest. Kliendi osalus teenuse kujundamisel, planeerimisel ja kvaliteedi hindamisel sisuliselt puudub. Perede ja eneseabigruppide osalus on vähene, kuid selles valdkonnas on olemas mitmed positiivsed algatused. Lisaks ravikindlustussüsteemi kaudu rahastatud vaimse tervise teenustele ja sotsiaalhoolekande teenustele, mida finantseeritakse riigieelarvest või

³ Inimesekesksuse aspekti on rõhutatud ka vaimse tervise ja heaolu euroopa paktis. (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf)

KOV eelarvest, on mitmed teenused (näiteks erapsühholoogide ja -arstide tasud) ja ravimid kättesaadavad vaid siis, kui isik on piisavalt maksejõuline.

2. Psühhiaatria eriala arengukava aastaks 2015 (15) ja selle kaasajastamine ja täiendamine 2004. aastal (16).

Dokumendis nimetatakse psühhiaatriat kui arstieriala, mis tegeleb psüühikahäirete diagnostika, ravi, rehabilitatsiooni ja ennetamisega. Arengukava kohaselt peetakse muuhulgas esmatähtsaks psühhiaatrilise abi integreerimist muu tervishoiusüsteemiga ning haiglavälise psühhiaatrilise abi eelisarendamist, kuna psühhiaatriliste voodikohtade arv viimase kümnendi jooksul on vähenenud ja ambulatoorse psühhiaatrilise abi kättesaadavus ei ole oluliselt paranenud, jäädes seega paljudes piirkondades ebapiisavaks. Uus psühhiaatria eriala arengukava valmib 2012 märtsis.

3. Esmatasandi tervishoiu arengukava (17) ja Peremeditsiini arengukava (18)

Esmatasandi arengukava eesmärkide kohaselt on aastaks 2015 esmatasandi tervishoid igale inimesele töö- ja elukoha läheduses kättesaadav esmavajalike ambulatoorsete teenuste kogum, mida osutatakse koostöös perearsti ja tema meeskonna ning võrgustikku kuuluvate teiste teenuseosutajatega. Esmatasandi meeskonda võivad lisaks perearstile kuuluda või meeskonnaga võrgustiku kaudu tihedat koostööd teha töötervishoiuarst, hambaarst, apteeker ja tulevikus ka vaimse tervise õde. Peremeditsiini arengukava kohaselt osutab perearst järjepidevat ja laialdast tervishoiualast abi (*arstiabi*) indiviidile ja perele, tehes esmase arstliku otsuse iga terviseprobleemi kohta, millega patsient pöördub, korraldab hooldust ja haigusi ennetavaid menetlusi kõigile oma nimistus olevaile isikutele. Töötervishoiu valdkonna üheks tegevuseks on nimetatud vaimsete terviseriskide väljaselgitamist.

4. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 (19).

Eesti rahvastiku tervise arengukavas (2009-2020) on mainitud ühe enim esilekerkiva haigusrühmana vaimse tervise häired ja psühhiaatrilisi haigusi. Sotsiaalse sidususe ja võrdsete võimaluste valdkonna strateegiliste eesmärkide täitmiseks nähakse ühe meetmena inimeste vaimse tervise alase teadlikkuse edendamist, kvaliteetsete teenuste kättesaadavuse tagamist ja tähelepanu suunamist depressiooninähtude varajasele äratundmisele ja kvaliteetsete teenuste kättesaadavuse tagamisele. Välja on toodud ka eneseabi tähtsus, rõhutades, et iga inimene saab vähendada riske tervisele, tehes teadlikke valikuid oma igapäevaelu korraldamisel.

Hoolida enda ja lähikondsete heaolust ja vaimsest tervisest, vajadusel otsides ise ning julgustades lähikondseid pöörduma professionaalsete abipakkujate poole. Arengukavas on piisavalt käsitletud laste vaimse tervise probleeme ja lahendusi, kuid ei hõlma täiskasvanute ja spetsiifilisi psüühikahäireid ega ka vaimse tervise teenuseid.

Eelpool nimetatud dokumentide põhjal võib väita, et teenuste väljaarendamisel lähtutakse ennekõike positivistlikust, probleemikesksest paradigmast, kus fookus on suunatud kas vaimse tervise häirete ennetamisele, ravile või rehabilitatsioonile. Puudub aga selgelt formuleeritud kontseptsioon ja tegevusraamistik rahva vaimse tervise edendamiseks. Psüühika – ja käitumishäirete esinemine on märkimisväärselt tõusnud, kuid vaimse tervise valdkond ei ole olnud tervisedenduse ja ennetuse prioriteet. Otseselt vaimse tervisega seotud või spetsiifiliste vaimse tervise häirete ennetamiseks mõeldud rahvatervise programmid puuduvad.

2. VAIMSE TERVISE TEENUSTE KIRJELDUS JA ARENGUVAJADUSED

2.1. Psühhiaatriline abi

2.1.1. Reguleerivad õigusaktid

Psühhiaatria tegeleb psüühikahäirete diagnostika, ravi, rehabilitatsiooni ja ennetamisega. Eestis on psühhiaatriline abi korraldatud territoriaalse vastutuse põhimõttel ning organiseerimise aluseks on piirkondliku vastutusega ambulatoorsete psühhiaatriliste üksuste võrk. (15)

Psühhiaatrilise abi seadusega (20) ja sellega seotud õigusaktidega reguleeritakse inimestele psühhiaatrilise abi andmise kord, tingimused ja inimese õigused psühhiaatrilise abi saamisel ning psühhiaatrilise abi andmisel tekkivaid suhteid tervishoiuasutustega. Samuti sätestatakse seaduses riigi ja kohaliku omavalitsuse kohustused psühhiaatrilise abi korraldamisel.

2.1.2. Nõuded teenuse osutajale ja teenuse kvaliteet

Psühhiaatrilist abi osutavad sellekohase tegevusloaga raviasutused, arstid ja muud spetsialistid. Haiglavälist psühhiaatrilist abi võib pakkuda sellekohase tegevusloaga äriühingu ja sihtasutuse kaudu või füüsilisest isikust ettevõtjana. (21)

Psühhiaatrilise sundravi osutajale, psühhiaatrilisele sundravile ja tervishoiuteenuse osutaja töökorraldusele kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi kohaldamisel on sotsiaalministri määrusega kehtestatud eraldi nõuded (22).

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seotult on erinevatele osapooltele kokku lepitud rollid ja kehtestatud nõuded. Patsiendi teenindamise ja arstiabi professionaalse kvaliteedi tagab ja patsientide rahulolu hindab tervishoiuteenuse osutaja oma asutusesisese kvaliteedijuhtimise süsteemi raames. Haigekassa hinnakirjas olevate tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamiseks tellib kliinilisi auditeid Eesti Haigekassa. Tervishoiuteenuse osutamise nõuetekohasust e. formaalset kvaliteeti kontrollib ja hindab Terviseameti järelevalve osakond. Sõltumatu hinnangu patsiendile osutatud tervishoiuteenuse sisulisele kvaliteedile annab vajadusel Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon. (23, 24)

Raviasutuse üle, mis osutavad tahtest olenematut vältimatut psühhiaatrilist abi teostab järelevalvet ka õiguskantsler, viies läbi regulaarseid kontrollkäike⁴. Regulaarseid kontrollkäike asutustesse, kuis piiratakse inimese vabadust (sh. psühhiaatriahaiglad, hooldekodud, vanglad jm), teostab ka CPT⁵ (Piinamise ja Ebainimliku või Alandava Kohtlemise või Karistamise Tõkestamise Euroopa Komitee).

Psühhiaatrilise abi kvaliteedi ühtlustamisele aitavad kaasa erialased ravijuhised. 2011. aasta lõpu seisuga on ilmunud järgmised ravijuhised: deliiriumi praktiline ravijuhis; depressiooni ravijuhtnõör; enesetappude ennetamine; kriteeriumid, mille põhjal konventsionaalsete antipsühhootikumide asemel on näidustatud ravi atüüpiliste antipsühhootikumidega; kroonilise psüühikahäirega eaka hooldusjuhend; narkomaania ravijuhis; opiaatsõltuvuse ravijuhis; praktilised juhised söömishäiretega patsientide raviks; psüühika- ja käitumishäired - kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised; skisofreenia ravijuhis; ärevushäirete diagnostika ja ravi esmatasandi arstiabis (25).

2.1.3. Teenuse kättesaadavus ja rahastamine

Psühhiaatri vastuvõtule pöördumiseks ei ole vajalik perearsti saatekiri. Psühhiaatrilist abi antakse üldjuhul vaba tahte alusel, s.t. isiku soovil või teadval nõusolekul (piiratud teovõimega isiku puhul tema seadusliku esindaja nõusolekul). Inimesel on õigus psühhiaatrilistest uuringutest ja ravist keelduda või neid katkestada. Psüühikahäirega isiku ravi ilma tema enda teadva nõusolekuta on lubatud tahtest olenematu vältimatu abi ja psühhiaatrilise sundravi korral, samuti siis kui piiratud teovõimega isik ise ei ole võimeline tahet avaldama või kui eestkostja abi või raviga ei nõustu. Tahtest olenematut vältimatut abi võib kohaldada üksnes kohtu määruse alusel või vajaduse ilmnemisel ka kohtu loata haigla psühhiaatriaosakonna psühhiaatri otsusel kuni 48 tundi. Psühhiaatriline sundravi määratakse kohtu poolt karistusseadustiku alusel ja kohaldatakse algselt statsionaarse ravina. (20)

Psühhiaatrilise abi eest (sh vältimatu abi eest) tasub haigekassa, kui teenust osutatakse ravikindlustusega hõlmatud isikule ja teenuseosutaja on haigekassa lepingupartner (v.a visiiditasu, mille maksmise kohustust ei võta üle haigekassa). Ravikindlustuseta inimene tasub teenuse eest ise lähtuvalt tervishoiuasutuse hinnakirjast. (21)

⁴ <http://www.oiguskantsler.ee/index.php?menuID=362>

⁵ <http://www.cpt.coe.int/en/>.

Kõigile Eesti Vabariigi territooriumil viibivatele isikutele ja ravikindlustusega hõlmamata inimestele osutatud vältimatu abi eest (sh vältimatu statsionaarne psühhiaatriline abi) tasutakse riigieelarvest selleks ettenähtud vahenditest Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa vahel sõlmitud lepingu alusel vastavalt ravikindlustuse seadusele (22).

Lisaks kaetakse riigieelarvest psüühikahäire tõttu vaeguriks tunnistatud isiku hooldamise ja taastusabi kulud, kohtupsühhiaatriaekspertiisi ja kaitseväeteenistuseks kõlblikkuse psühhiaatriaekspertiisi tegemise ja üheksa kuu pikkuse sõltuvusravi kohaldamise kulud ning kohtu poolt psühhiaatriahaiglasse paigutatud isiku psühhiaatrilise ravi kulud (20).

2.1.4. Probleemid ja arenguvajadused

Psüühikahäirete esinemise epidemioloogilise olukorra kirjeldamiseks on Eestis kogutav statistika ekspertide hinnangul ebapiisav (v.a. esmaste psühhooside ja depressiooni osas). Haigestumuse ja tervishoiuteenuste kasutamise kohta kogutav statistika peegeldab abi kättesaadavust ja inimeste valmisolekut psühhiaatri poole pöördumiseks. Ravijuhtude statistika (psühhiaatrite poolt diagnoositud) on asutusepõhine ja annab ülevaate statsionaarse psühhiaatrilise abi kohta, kuid ei võimalda nii täpselt kirjeldada ambulatoorset psühhiaatrilist abi ega esmahaigestumust. Täpsema hinnangu andmiseks ambulatoorse psühhiaatrilise abi osas oleks vajalik isikupõhise statistika kogumine, et tagada uute haigusjuhtude ühekordne registreerimine. Probleemi aitab lahendada ka arstide poolt E-Tervise infosüsteemi laiem kasutamine.

Ravikulude statistika hõlmab vaid haigekassa poolt kompenseeritud teenuseid ja ei kata tasulistele eravastuvõtudele tehtud kulutusi. Lisaks ei võimalda psühhiaatria ravikulude statistika teha selgeid järeldusi näiteks alkoholiprobleemidega isikute tegeliku ravimahu osas, kuna enamus ravikuludest on tingitud alkoholiprobleemidega seotud muudest haigustest.

Ravimistatistika, mis tugineb Ravimiameti ja Haigekassa andmetele, ei ole samuti ülevaatlik. Ravimiamet väljastab hulгимүүgi andmeid, kuid kõik müüdnud ravimid ei pruugi jõuda tarbijani ning haigekassa andmed on küll täpsemad, kuid kättesaadavad vaid soodusravimite puhul (näiteks antidepressandid ja antipsühhootikumid).

Ekspertide sõnul oleks psühhiaatrilises epidemioloogias võimalik kasutusele võtta psühhiaatrilisi diagnostilisi intervjuusüsteeme (MINI⁶ ja CIDI⁷), mis võimaldavad hinnata häirete esinemist nii RHK-10, kui DSM-IV⁸ süsteemide alusel. DSM-IV alusel saab täpsemalt diagnoosida alkohoolikasutamisest tingitud häireid. Võimalik on kasutada lihtsamaid hindamise meetodeid, mis võimaldavad hinnata psüühilise distressi (ärevuse ja depressiooni sümptomeid) levimust või olla kasutusel sõeltestina näiteks perearsti töös depressiooni või ärevushäiretega isikute esmasel tuvastamisel.

Lisaks haigestumisstatistikale tuleks teenusepakkujatelt ning teenusekasutajatelt koguda andmeid teenusele ligipääsu, hoiakute ja ootuste osas, mis võimaldab tõhusamalt planeerida nii erinevaid teenuseid kui edendus- ja ennetustegevusi. Kindla metoodikaga kogutud andmed võimaldaksid viia läbi kvantitatiivseid uuringuid, samuti saada põhjalikumalt ülevaadet erinevate teenuste eesmärkidest, kättesaadavusest, kvaliteedist, kasutajate profiilist jne.

Psühhiaatrilise abi kättesaadavus Eestis on ebapiisav ja ebaühtlane. Nõudlus psühhiaatrilise abi järgi on pidevalt tõusnud seoses haigestumuse tõusu, statsionaarsete voodikohtade vähenemise, inimeste teadlikkuse tõusu, negatiivse hoiaku vähenemisega teatud psüühikahäirete suhtes nagu depressioon ja ärevushäired (16).

Pikema aja vältel on psühhiaatrilise abi eesmärgiks olnud abi korraldamine territoriaalse vastutuse põhimõttel, kuid see ei ole veel täielikult realiseerunud. Näiteks on ambulatoorse abi kättesaadavus Eestis väga ebaühtlane. Maakonnakeskustest eemal elavatele inimestele ei ole psühhiaatrilise abi teenus (sh 24-tunnine psühhiaatriline abi) piisavalt kättesaadav ning ka maakonnakeskustes pakutakse abi mahus, mis sageli ei kata vajadusi. Maakonnakeskustes on probleemiks pikad järjekorrad psühhiaatri vastuvõtule, väljaarvatud raskete psüühikahäirete korral. Esmahaigestunu puhul võivad järjekorrad olla kahe kuu pikkused, kuigi meeleoluhäirete puhul ei tohiks ooteaeg ületada nelja nädalat ja ebastabiilsete patsientide puhul tuleks tagada psühhiaatri vastuvõtule pääsemine veelgi kiiremini. Kõige probleemsem on lastepsühhiaatrilise abi kättesaadavus, mis puudub enamikus maakonnakeskustes. Esimese sammuna mainitud probleemi lahendamisel käivitati 2011. aastast Eestis taasiseseisvumisest uuesti residentuuriprogramm lastepsühhiaatrite koolitamiseks. Ekspert hinnangu kohaselt tuleks ühtlasema psühhiaatrilise abi tagamiseks lisada üldhaiglatele kohustus ambulatoorse psühhiaatrilise teenuse osutamiseks, mis annaks võimaluse kaasata psühhiaatrit ka

⁶ *Mini International Neuropsychiatric Interview*

⁷ *Composite International Diagnostic Interview*

⁸ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition*

statsionaarsete haigete ravis ning keskhaiglatele kohustus pakkuda ambulatoorset lastepsühhiaatria teenust.

Statsionaarse abi maht Eestis katab ära akuutpsühhiaatria vajaduse.

Päevaravi (päevastatsionaari) teenuse maht Eestis on väike. Suurim psühhiaatrilise päevaravi pakkuja on Pärnu Haigla Psühhiaatrikliinik, kus peamiselt osutatakse teenust kroonilistele psühhoosihaigetele ja sõltuvusprobleemidega isikutele, kes vajavad kas ravijälgimist või on haiguse ägenemise faasis (stabiilsematele patsientidele pakutakse paralleelselt erihoolekande teenuseid ja tugiisiku teenust). SA TÜK psühhiaatrikliinikus töötab Eesti ainus spetsialiseeritud ravimeeskonnaga söömishäirete keskus, kus on koostatud struktureeritud psühhoteraapia raviprogramm päevastatsionaari jaoks ja kus aastatel 2007-2008 pakuti keskuse patsientidele päevaravi. Kuna söömishäirete päevakeskuse teenust ei ole hoolimata taotlustest haigekassa tervishoiuteenuste loetelusse vastu võetud ega kulupõhist hinda sellele määratud, siis piirduakse keskus nappide rahaliste vahendite ja ebapiisava personali tõttu üksnes statsionaarse ja ambulatoorse abi osutamisega. Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatrikliinikus osutatakse päevaravi teenust vaid lastele ja väga väikeses mahus. Päevaravi teenuse arendamine Eestis on vajalik (ennekõike Tallinnas), kuna raskete haigete lahkumisel statsionaarselt ravilt on ambulatoorne ravi teatud juhtudel liiga järsk üleminek ning palju on patsiente, kelle seisundi tõttu on neid võimalik ravida päevakeskuses. Teenust tuleks eeskätt pakkuda kindlates raviprogrammides viibivatele patsientidele (19), näiteks psühhootiliste, sõltuvus- ja söömishäirete puhul, samuti statsionaarse teenuse jätkuna raskemate psüühikahäiretega patsientidele, kelle puhul on oluline rakendada integratiivravi ja kaasata spetsialiseeritud ravimeeskond.

Ambulatoorse abi kättesaadavus on paikkonniti ebahütlane ennekõike teenuseosutajate puuduse tõttu. Abisaamisvõimalustega on rahuldavalt kaetud Tallinn ja selle lähiümbrus ning Lõuna-Eesti piirkond. Kuid ka mainitud piirkondades on vastuvõtule pääsemine piiratud ning ebapiisavalt ressursse ravile võetud patsientide kvaliteetseks raviks (näiteks piisava sagedusega visiitideks akuutravi perioodil). Väikesed maakohad on alateenindatud ja seal võib abiandmist lisaks kättesaadavusele takistada ka häbimärgistamise hirmus inimeste suurem tõrge pöörduda kohaliku psühhiaatri vastuvõtule. Nõudlus haiglavälise psühhiaatrilise abi järele on viimasel viiel aastal tõusnud 20-30% võrra, mistõttu võiks riiklikult rahastatava ambulatoorse abi mahtu kindlasti suurendada 10-20%.

Psühhiaatrite hinnangul on murettekitav probleem psühhiaatrilise abi pakkumisel **kvalifitseeritud personali nappus**. Psühhiaatriteid on oluliselt puudu ning lisaks töötavatele psühhiaatritele lahkuvad tööle välisriikidesse ka psühhiaatria residentuuri lõpetanud, kuna töökoormus ja palgatingimused Eestis ei ole konkurentsivõimelised põhjamaadega (näiteks Soomes pakutavaga). Ambulatoorses ja statsionaarses abis töötavate õdede arv on vähenemistendentsiga, seda eelkõige tööjõu vabast liikumisest tingitud kasvava mobiilsuse tõttu. Siinsed palgamäärad ei võimalda haiglatel hoida optimaalset õdede hulka ja maksta konkurentsivõimelist töötasu ning see omakorda on muutnud siia jäänud õdede töö intensiivsemaks. 1,2-1,5 koormusega töötamine ei ole jätkusuutlik ja õdesid ohustab selge ülekoormus.

Ekspertide väitel on oluline, et psühhiaatrilise abiga oleks integreeritud **psühholoogilise ja psühhoterapeutilise abi pakkumine**, mis praegusel kujul toimib osaliselt eraldiseisva süsteemina. Kuigi osad psühhiaatrid on saanud ettevalmistuse psühhoteraapiaks ja praktikas ka osutavad patsientidele psühhoterapeutilist abi, on hetkel psühhiaatrite nappuse tõttu nende ajaline ressurss selgelt piiratud. Lisaks psühhiaatrite ja õdede nappusele on ka kliiniliste psühholoogide arv liiga väike, mistõttu psühhoteraapiat viiakse läbi väga piiratud ulatuses.

Napib kliinilisi psühholooge, kes oleksid saanud väljaõppe tõendatud efektiivsusega psühhoteraapiameetodites ja tegeleksid muuhulgas raskemakujuliste psüühikahäiretega haigetega. Samuti on nende teenuste rahastamine Haigekassa poolt vähene (vt. lähemalt psühholoogilise abi alapunktist). Psühhoteraapia on paljude raskete psüühikahäirete integratiivravi komponent, kuid pole tagatud ka neile, kes seda enim vajaksid – so esmaste psühhooside, psühhootiliste häirete, raskete depressioonide, söömishäirete ja isiksushäiretega patsientidele, samuti lastele ja noortele. Psühhoterapeutiline abi sõltuvusprobleemidega isikutele praktiliselt puudub.

Suurem psühhoterapeutilise abi kättesaadavus tervishoiusüsteemis on vajalik psühhoteraapia rakendamiseks ärevushäirete (näiteks sotsiaalfobia, paanikahäire) ja meeleoluhäiretega isikute ravis. Kergete ja mõõdukate ärevushäirete, samuti meeleoluhäirete ravis peaks tõenduspõhine psühhoteraapia olema üheks esimeseks ravivalikuks ja võimalikult kättesaadav paljudele patsientidele.

Tartu Ülikooli Kliinikumi Psühhiaatrikliinikus korraldatakse psühholoogilise abi andmist viisil, kus töölevõtmise eelduseks on kliinilise psühholoogi kutsetunnistuse omamine või isik

on alustanud väljaõpet kliinilises psühholoogias. Viimasel juhul määratakse juhendaja, kes abistab vajalike kutseoskuste omandamisel ja vastutab osutatavate tervishoiuteenuste kvaliteedi üle. Sellist korraldust kliiniliste psühholoogide praktilisel väljaõppel tuleb lugeda ajutiseks ja vajalik on riigi osaluse suurendamine kliiniliste psühholoogide praktilise väljaõppe korraldamisel (näiteks analoogiliselt residentuurile arstide väljaõppes).

Õendusala riikliku arengukava 2002-2015 (26) kohaselt kuuluvad psühhiaatriaõe osutatavate teenuste hulka järgmise teenused: konsultatiivne vastuvõtt, õendustoimingute teostamine, perekoolitus, grupiteraapia, koduvisiit, erinevad psühhoteraapiad, kriisiabi, nõustamine, diagnostiliste andmete kogumine (testid). TÜ Kliinikumi Psühhiaatrikliiniku ülemõe sõnul (Reet Tohvre. Elektrooniline kirjavahetus, 12.09. Tallinn; 2011 – avaldamata andmed) võiksid osa arengukavas loetletud teenuseid kindlasti kuuluda eraldi teenustena haigekassa hinnakirja. Hetkel ei ole iseseisvalt osutatavate õendusabi tervishoiuteenuste loetelus vaimse tervise õele/psühhiaatriaõele tegevusi sätestatud ning vaimse tervise õel/psühhiaatriaõel ei ole hetkel määruse kohaselt õigust iseseisvalt õendusabi osutada (27). Samas hõlmab haigekassa tervishoiuteenuste loetelu psühhiaatriaõe vastuvõttu/koduvisiiti, mis sisuliselt tähendab õe individuaalset professionaalset tegevust patsiendiga.

Vaimse tervise õdede vastutusala on seadusandlikult tasandilt ebaselgelt määratletud. Puuduvad täpsed piirid arsti ja õe tegevuste vahel ja seaduste/määrustega reguleeritakse pigem arstide tegevust. Seda ka neis valdkondades, kus reaalset tööd patsiendiga või muud asjaajamist korraldab õde.

Vaimse tervise õdedel (psühhiaatriaõdedel), kelle erialane praktika piirdub ainuüksi psühhiaatria statsionaarosakonnaga, puuduvad praegu tihti oskused iseseisvaks tööks erinevate sihtrühmadega. Pädevate õdede ettevalmistamine on aja ja rahamahukas, sest iseseisvalt teenuste osutamiseks on vaja, et õde, kes on läbinud 3,5 aastase kutseõppe ja omab aasta töökogemust, läbib lisaks vaimse tervise õe spetsialiseerumiskursuse ning psühhoteraapia läbiviimiseks psühhoteraapiaalase koolituse. Samas on pikemas perspektiivis igati põhjendatud iseseisva vaimse tervise õendusabi väljaarendamine ja integreerimine teiste vaimse tervise teenustega. Näiteks võiksid osasid psühhoteraapiaid pakkuda vaimse tervise õed.

Nõupidamistel psühhiaatritega toodi välja, et vaimse tervise teenuste kättesaadavuse tagamiseks on oluline täpsustada erinevate spetsialistide (psühhiaater, psühhiaatriaõde,

kliiniline psühholoog, logopeed, sotsiaaltöötaja) väljaõppe ja täiendõppe korraldus ja arvuline vajadus ning teenuste pakkumisel rollid ja vastutused. Oluliseks peeti seejuures abivajava inimese vajadustest lähtuvat tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi juhtumikorralduslikul põhimõttel koostööd.

Meeleolu- ja ärevushäired on Eestis aladiagnoositud ja alaravitud, mis ühtlasi viitab ka abi üldise kättesaadavuse vähesusele. Aastatel 1995-2006 depressiooni diagnooside arv küll tõusis, kuid hinnanguliselt 60000-70000 depressioonidiagnoosiga inimesest saab medikamentooset ravi vaid ligikaudu 30000⁹. Ravimite (antidepressantide) väljakirjutamine 1000 elaniku kohta on Eestis ligikaudu neli kuni viis korda madalam Skandinaavia riikidest (28). Hinnanguliselt on psühhiaatrilise abi kättesaadavus ärevushäiretega patsientidele veelgi piiratum, samas on ärevushäiretega patsientidel risk haigestuda depressiooni tavalisest oluliselt kõrgem.

Depressiooni ravi peaks olema kõigile mõistliku ooteajaga tagatud, kuna depressioon on psüühikahäiretest üks enim elukvaliteeti mõjutav haigus ja abi kiirus kergendab selle kulgu. Mida püsivam on distress, seda väiksem võime taastuda ja suurem risk korduvateks episoodideks. Püsivast distressist enim ohustatud ja meeleoluhäirete ennetamisel enim tähelepanu vajav sihtgrupp on toimetulekuraskustes (vähekindlustatud) isikud, kel ei ole sääste majanduslike kriisiperioodide üleelamiseks ja sageli puuduvad oskused vaimse tervise hoidmiseks. Lisaks sellele, et depressioonil on Eestis leitud selge seos madalamate sissetulekutega, esineb depressioonisümptomeid enam naistel, mitte-eestlastel, eakatel ja madalama haridustasemega isikutel (4). Ekspertide sõnul on eriti oluline tähelepanu suunata distressis noortele, kes on alles väljakujunemiseas ning haavatavamad kui täiskasvanud. Kerge ja mööduka depressiooniga lastele, noorukitele või täiskasvanutele peaks oluliselt enam võimaldama tõendatud tõhususega psühhoteraapia raviteenust.

Vaimse tervise teenuste kättesaadavus sõltuvushäiretega inimestele on Eestis väga piiratud. Ekspertide kinnitusele on olukord kriitilisim alkoholisõltlaste sihtgrupiga. Ambulatoorsest alkoholisõltuvuse eriravi pakkuvaid üksusi on Eestis selgelt liiga vähe, et katta vajadust - A-polikliinik ja Wismari Haigla. Üldjuhul on pakutavad teenused tasulised. Hetkel on ainus alkoholi- ja uimastiprobleemsetel haigetel esinevate võõrutusseisundite statsionaarsele ravile pühendunud asutus Wismari Haigla (25 voodikohta), kus vaid vältimatu lühiajaline haiglaravi on tasuta. Tasuta vältimatut abi pakutakse siiski ägedate seisundite

⁹ Eesti Haigekassa, 2009, avaldamata andmed

puhul ka piirkondlikes psühhiaatrikliinikutes. Ebapiisava psühhiaatrilise abi mahu juures puuduvad Eestis alkoholisõltuvusega isikute abistamiseks plaanilise ravi teostamiseks mõeldud sõltuvusravikeskused (näitena võib tuua Soomes asuva Järvenpää sotsiaalhaigla). On inimesi, kes vajavad kontrollitud keskkonda ja pikemat võõrutusnähtude ravi statsionaaris või muus kontrollitud keskkonnas, kuid neile teenused hetkel puuduvad. Statsionaarset abi pakutakse hetkel vaid raske seisundiga sõltuvushäiretega ja kaasuvate raskete psühhiaatriliste häiretega patsientidele. Võõrutusdeliiriumiga patsiente teenindavad üldjuhul erakorralise meditsiini osakonnad. Ägeda vältimatut abi nõudva häire puudumisel pakutakse peamiselt haiglavälise ravi võimalust. Narkomaanidele ja alkohoolikutele on sõltuvusprobleemidest vabanemiseks vaja kaitstud (kontrollitud) keskkonda, milleks haiglaraviressursi kasutamine ei ole otstarbekohane. Arvestatav riskitegur alkoholisõltuvusega inimesel on töökaotus, millega kaasneb ravikindlustuse staatuse muutus ja see ei taga jätkusuutlikku ravisüsteemi abivajajale.

Psühhiaater, kes ei ole antud patsientidegrupile (alkoholisõltlased) orienteeritud, üldjuhul täpsustab häire olemust, annab konsultatsiooni motiveeritud isikule, suunab psühholoogile või psühhoterapeutile ning pakub toetavat ravi, kuid ei paku kompleksset alkoholisõltuvuse ravi. Kompleksne ravi eeldab ravimeeskonda mitmest eri valdkonna spetsialistist, kes abistavad inimest nii meditsiiniliste, psüühiliste kui sotsiaalsete probleemide osas (näiteks on analoogiliselt korraldatud psühhiaatrilise abi andmine SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliiniku päevakeskuses). Psühhiaatritel puudub ajaline ressurss ja meeskond alkoholisõltuvusega inimesele kompleksse ravi pakkumiseks. Sõltuvushaigetel on üldjuhul madal motivatsioon ja hirm häbimärgistamise ees, mis takistab ravile pöördumist ja pärsib raviprotsessi. Lisaks on sõltlastel palju muid kehalisi, psüühilisi ja sotsiaalprobleeme, mille puhul psühhiaater saab pakkuda vaid osalist abi. Peamiselt pööratakse alkoholiprobleemide tõttu ravile võõrutusseisundi tõttu, et oma enesetunnet parandada. Neid, kes pöörduvad sooviga vabaneda sõltuvusest, on kordades vähem. Seetõttu enamus alkoholisõltuvusega inimestest ei jõua realselt ravile. Psühhiaatrite väitel aitaks olukorra lahendamisele kaasa ravijuhise väljatöötamine. Ravijuhis võimaldaks koordineerida erinevate osapoolte (spetsialiseeritud ravimeeskond, perearst, sotsiaalosakond) tööd alkoholisõltlase ravis. Samuti tuleks psühhiaatrit toetavate ravimeeskondade tarbeks koolitada alkoholisõltuvuse ja psühhoteraapia alase lisaväljaõppega spetsialiste (kliiniline psühholoog, vaimse tervise õde vm).

Oluline on teadustada, et sõltuvustemaatika on multidistsiplinaarne ja alkoholisõltuvusega seonduvat ei peaks lahendama tervishoiusüsteem üksi. Arvestatav roll alkoholiprobleemidega isikute abistamisel ja paranemisele kaasaaitamisel on sotsiaalhoolekandel ning

kodanikualgatuslikel vabaühendustel (eneseabi- ja tugigruppidel). Kõigi erinevate osapoolte (tervishoid, sotsiaal- ja tugisüsteem) tegevus peaks olema omavahel rohkem lõimunud ja koordineeritud (juhtumikorralduslikul põhimõttel). Seega on vaja tagada, et ka tervishoiuväline tugisüsteem saaks jätkusuutlikult funktsioneerida.

Väga oluline on suurendada sõltuvusraviteenuste kättesaadavust noortele, ennekõike riskipiirkondades (Tallinn, Ida-Virumaa, Lõuna-Eesti). Noorte probleemid on spetsiifilised ning neile ei saa läheneda samade sekkumismeetoditega, mis on mõeldud täiskasvanutele. Võõrutusravi noorukitele võiks toimuda mõne nädala vältel haigla tingimustes, kuid sealt edasi peaks neid suunatama spetsiaalsesse kaitstud keskkonda, milletaolisi Eestis on veel väga vähe. Näiteks Rootsis on loodud sotsiaalasutused, kuhu sotsiaalteenistuste avalduste alusel ja halduskohtu otsusel sundpaigutatakse kuni kuueks kuuks enda või teiste elu ohustavad noored ja täiskasvanud sõltlased. Inimest püütakse seal individuaalselt kujundatud programmi alusel aidata alkoholiprobleemist vabaneda teda tavakeskkonnast eraldades, talle sotsiaalseid oskusi õpetades ja tema motivatsiooni tõstes. Eesti on loobunud sundravist sõltuvushäiretega ja hiljuti rakendunud sõltlaste asenduskaristussüsteem ei toimi sama mehhanismiga. Samas kiitis valitsus 2012. aasta 19. jaanuaril heaks sotsiaalministeeriumi seaduseelnõu, mis peaks jõustuma 1. jaanuar 2013 ning millega sätestatakse psühhiaatrilise abi alaliigina sõltuvusvastane abi ja sõltuvusvastane taastusabi (sh alaealisele sõltuvusvastase taastusabi andmise põhimõtted ja sundkohandamine). Seadusmuudatusega luuakse võimalus anda alaealisele tahtest olenematut sõltuvusvastast taastusabi lisaks haigla psühhiaatriaosakonnale ka vastava tegevusloaga sõltuvusvastase taastusabi pakkuja juures.

Ekspertid peavad probleemiks väiksearvulistele sihtgruppidele (söömishäiretega patsiendid, pedofiilid jms) vajalike spetsialiseeritud raviteenuste nappust. Sellised teenused eeldavad spetsiaalsete ravimeeskondade olemasolu ja tihti ka kallimaid raviprogramme. Spetsialiseerunud ravimeeskondi on ebapiisavalt ja need ei kata erinevate piirkondade vajadusi.

Ettepanekud

- Sagedasemate psüühikahäirete levimusest ja riskiteguritest, samuti olemasolevatest teenustest ja nende arenguvajadusest parema ülevaate saamiseks on vajalik luua terviklik seiresüsteem, mis hõlmaks teenusepakkujate ja teenusekasutajate detailsemate andmete kogumist. Seiresüsteem peab võimaldama saada terviklikumat ülevaadet psüühikahäirete

haigestumusest ja levimusest, erinevate teenuste eesmärkidest, kättesaadavusest, kvaliteedist, kasutajate profiilist, teenusekasutajate hoiakutest ja ootustest, et tõhusamalt planeerida nii erinevaid teenuseid kui edendus- ja ennetustegevusi.

- Psühhiaatrilise abi kättesaadavus on piirkonniti ebaühtlane ning selle parandamiseks on vajalik rakendada komplekselt erinevaid lähenemisi:
 - leida motiveerivaid viise tervishoiutöötajate süsteemis hoidmiseks (konkurentsivõimeline palk, soodsad töötingimused, toetused või stipendiumid töötamiseks maakonnakeskustest eemal jne);
 - lisada sotsiaalministri määrusesse „Haigla liikide nõuded“ üldhaiglatele kohustus osutada meeskonnapõhist (lisaks psühhiaatrilise vaimse tervise õde, kliiniline psühholoog) ambulatoorset psühhiaatrilist teenust ning keskaiglatele kohustus osutada ambulatoorset lastepsühhiaatria teenust. Oluline on riiklikult toetada või soodustada spetsialistide leidmist (töötavate spetsialistide täiendõpe, toetused või stipendiumid jne);
 - täpsustada erinevate spetsialistide (psühhiaater, psühhiaatriaõde, kliiniline psühholoog, psühhoterapeut, eripedagoog, logopeed, sotsiaaltöötaja) väljaõppe ja täiendõppe korraldus, arvuline vajadus ning teenuste pakkumisel rollid ja vastutused;
 - iseseisva vaimse tervise õendusabi väljaarendamine ja iseseisvalt osutatavate õendusabi tegevuste sätestamine vaimse tervise õde/psühhiaatriaõdele.
- Vaimse tervise probleemide ennetamiseks, varajaseks märkamiseks ja komplekseks raviks on vajalik psühhiaatriline abi põhjalikumalt integreerida psühholoogilise ja psühhoterapeutilise abi ning sotsiaalteenustega. Oluline on korraldada tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi juhtumikorralduslikul põhimõttel abivajava inimese vajadustest lähtuv koostöö.
- Psühhoterapeutilise abi kättesaadavus tervishoiusüsteemis ei ole piisav ning selle parandamiseks on vaja enam kvaliteetset ja tõenduspõhist psühhoteraapia teenust pakkuvaid spetsialiste. Selleks on oluline korraldada kliiniliste psühholoogide praktiline väljaõpe ning pakkuda vastavaid täiendõppe võimalusi psühhiaatritele ning vaimse tervise õdedele.
- Sõltuvusraviteenuste kättesaadavus on väga piiratud erinevatel põhjustel ning teenuse kättesaadavuse parandamiseks on vajalik:

- töötada välja kompleksse sõltuvusravi teenuse ravijuhis, mis võimaldaks koordineerida erinevate osapoolte (spetsialiseeritud ravimeeskond, perearst, sotsiaaltöötaja) tööd alkoholisõltlase ravis ja abistamises;
- luua alkoholisõltuvusega isikute abistamiseks ja plaanilise ravi teostamiseks mõeldud kontrollitud keskkonnad (sõltuvusravikeskused);
- riiklikult rahastada vähekindlustatutele kompleksset sõltuvusraviteenust;
- koolitada sõltuvushäirete ja psühhoterapia alase eriväljaõppega spetsialiste (kliiniline psühholoog, vaimse tervise õde vm) psühhiaatrit toetavate spetsialiseeritud ravimeeskondade moodustamiseks.

2.2. Esmatasandi vaimse tervise teenused

2.2.1. Reguleerivad õigusaktid

Üldarstiabi reguleeritakse tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (21) ning selle alamaktidega. Seaduse järgi on üldarstiabi ambulatoorne tervishoiuteenus, mida osutavad perearst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. Koolitervishoiuteenuse pakkumist korraldatakse tervishoiuteenuste korraldamise seaduses ning põhikooli- ja gümnaasiumiseaduses (29) ning nende alamaktides sätestatus tuginevalt. Töötervishoiuteenused on reguleeritud töötervishoiu- ja tööohutusseaduse (30) ja sellest lähtuvate määrustega. Seadusega sätestatakse tööle esitatakse töötervishoiu ja tööohutuse nõuded, tööandja ja töötaja õigused ja kohustused tervisele ohutu töökeskkonna loomisel ja tagamisel ning töötervishoiu ja tööohutuse korraldus ettevõtte ja riigi tasandil.

2.2.2. Nõuded teenuse osutajale ja teenuse kvaliteet

Üldarstiabi osutab perearst koos pereõega ning teenuse osutamiseks on nõutav tegevusluba. Üldarstiabi osutamise kord on kehtestatud perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhendis (31).

Koolitervishoiuteenust võib osutada iseseisvalt õde kas koolitervishoiuteenuse tegevusluba omava füüsilisest isikust ettevõtjana, sihtasutuses või äriühingus. Koolitervishoiuteenuse osutamist reguleerib põhikooli- ja gümnaasiumiseaduse alusel sotsiaalministri määrus "Koolitervishoiuteenust osutava õe tegevused ning nõuded õe tegevuste ajale, mahule, kättesaadavusele ja asukohale" (32).

Meditsiinilist töötervishoiuteenust on lubatud osutada kas töötervishoiuarstil või –õel ning mittemeditsiinilist töötervishoiuteenust ergonoomil, tööhügieenikul või tööpsühholoogil (vt lähemalt 2.3.). Töötervishoiuteenuse pakkuja võib seejuures olla kas juriidiline isik või füüsilisest isikust ettevõtja, kes on Terviseametis registreeritud või omab Terviseameti tegevusluba (30). Töötervishoiuspetsialistide tööülesanded töötervishoiuteenuse osutamisel on reguleeritud sotsiaalministri määrusega ning selle kohaselt teostab töötaja ja tööandja psühholoogilist nõustamist, sealhulgas nõustamist tööstressi vähendamiseks, tööpsühholoog. Lisaks on töökeskkonna psühholoogiliste ohutegurite väljaselgitamine määruse kohaselt üks ergonoomi töökohustustest (33).

Kvaliteedinõuete ja kontrolli osas rakenduvad üldarstiabis samad sätted, mis teiste tervishoiuteenuste puhul (vt. Psühhiaatrilise abi peatüki alapunkt 2.1.2). Ravijuhistest käsitleb vaimset tervist Eesti Perearstide Seltsi ja Eesti Psühhiaatrite Seltsi koostöös välja töötatud depressiooni ravijuhis perearstile (34). Veel on Tartu Ülikooli peremeditsiini õppetooli ja Tervise Arengu Instituudi koostöös valminud metoodiline juhis alkoholi liigtarvitava patsiendi varajaseks avastamiseks ja nõustamiseks perearstipraksises (35).

Koolitervishoiuteenuse kvaliteedi parandamiseks ja ühtlustamiseks on välja töötatud ja avaldatud koolitervishoiuteenuse tegevusjuhend (36), koolitervishoiutöötaja nõustamise tegevusjuhend (37) ja kuni 18-aastaste laste tervisekontrolli juhend (38). Lisaks valmis 2011. aastal Tervise Arengu Instituudi poolt õpilase vaimse tervise hindamise juhend kooliõele. Riiklikku järelevalvet koolitervishoiuteenuse osutamise üle teostab Terviseamet. Alates 2006. aastast, mil Haigekassa tellimusel koostati koolitervishoiu välishindamise metoodika, korraldatakse igaaastaselt koolitervishoiu auditeid.

Riiklikku järelevalvet töötervishoiuteenuse ja selle osutaja üle teeb Terviseamet ning muude töötervishoiu- ja tööohutusseaduses seaduses sätestatud nõuete täitmise osas Tööinspeksioon (30).

2.2.3. Teenuse kättesaadavus ja rahastamine

Üldarstiabi osutatakse kõigile perearsti nimistusse kantud patsientidele ning vajadusel teeninduspiirkonnas elavatele või seal ajutiselt viibivatele inimestele, kes ei kuulu perearsti nimistusse. Perearsti teenus hõlmab ühtlasi ka patsiendi vaimse tervise hindamist, psüühikahäirete esmadiagnoosimist, kergemate psüühikahäirete ravi ja haiguste jälgimist.

Enamik perearsti ravitud haigusjuhtudest kuuluvad diagnoosigruppidesse F3 (meeleoluhäired) või F4 (neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired) (15).

Ravikindlustusega hõlmatutele osutatud üldarstiabi eest tasutakse riigieelarves ravikindlustuseks ettenähtud vahenditest ulatuses, mille eest tasumise kohustuse on üle võtnud Eesti Haigekassa. Ravikindlustusega hõlmamata inimene peab üldarstiabi eest tasuma ise. Seega ei ole üldarstiabi kättesaadavus kindlustamata isikule alati koheselt ja võrdselt tagatud. Mitmetes kohalikes omavalitsustes leiavad perearstid koostöös kohalike omavalitsustega võimaluse makseraskustega kindlustamata inimeste abistamiseks. Pikemaajalise haiguse korral on võimalik, et arsti poolt koostatud tervise seisundi kirjelduse alusel määratakse ravikindlustuseta isikule töövõime kaotuse protsent, mis võimaldab patsiendil saada ravikindlustuse ja vajaliku ravi.

Koolitervishoiuteenust korraldab kooli pidaja, kes katab teenuse osutamiseks vajalike ruumide ja seadmetega seotud kulud (29). Koolitervishoiuteenus hõlmab õpilaste tervisliku seisundi jälgimist, tervisliku eluviisi kujundamist ja haigestumise ning kroonilise haiguse väljakujunemise ennetamist, kuid ei sisalda haiguste ravi (36). Õpilaste ennetavat tervisekontrolli 1., 3., 7. ja 11. klassis teeb kooliõde ja 2., 5. ja 9. klassis peab ennetav tervisekontroll toimuma õppeaasta jooksul oma perearsti juures (32). Kooliõde nõustab õpilasi individuaalselt vastavalt tuvastatud vajadustele muude terviseküsimuste hulgas vaimse tervise, suitsetamise, uimastite ja alkoholi tarbimise ennetamise osas. Koolitervishoiuteenuse eest tasub Eesti Haigekassa pearaha (piirhinna) alusel vastavalt tervishoiuteenuste loetelule ning kuni 19-aastaseks saamiseni on laps ravikindlustatud isikuga võrdsustatud, mis tagab talle tasuta üldarstiabi (21).

Töötervishoiuteenuste osutamist (töötajate tervisekontrolli ja muude töötervishoiuteenuste) on kohustatud korraldama ja sellega seotud kulusid katma tööandja (30). Tervisekontrolli sageduse üle otsustab töötervishoiuarst. Töötervishoiuarstid hindavad tervisekontrolli ühe osana töötajate vaimset tervist. Töötajate tervisekontrolliga hõlmatuse vajadus sõltub töökeskkonna riskianalüüsi tulemustest. Riskianalüüs on töötervishoiu ja tööohutuse seaduse alusel kohustuslik läbi viia või korraldada tööandjal. (39) Abistamiseks tööandjat psühhosotsiaalsete ohutegurite analüüsil pakub Tööinspeksioon tasuta internetipõhist tarkvara tööstressi kaardistaja (<http://www.stressivastu.ee/index.php?id=56>).

2.2.4. Probleemid ja arenguvajadused

Üldarstiabi

Patsiendi vaimse tervise hindamine on osa perearsti tööst ja sõltub muuhulgas arstile pöördumise põhjustest ja vajadusest. Rutiinset depressiooni või teiste vaimse tervise häirete hindamist ei toimu. Veelgi vähem hinnatakse laste vaimse tervist ning olukorda raskendab lastepsühhiaatrilise abi vähene kättesaadavus (vaid üksikutes suuremates maakonnakeskustes).

Arvestades depressiooni levimust Eestis (hetkede depressiooni esineb igal kuuendal ja eelneva kuue kuu jooksul on depressiooniepisood esinenud igal neljandal perearsti vastuvõtule pöördunud patsiendil) (40), on soovitatav perearstil kasutada suurenenud depressiooniriskiga isikute varajaseks avastamiseks sõelteste (EMS¹⁰, EEK-2¹¹) (34). Levinud vaimse tervise probleemid perearsti patsientide hulgas on veel ärevus- ja unehäired ning alkoholi liigtarvitamine. Alkoholi liigtarvitamise varajaseks avastamiseks on samuti võimalik kasutada sõelteste (Eestis peamiselt AUDIT) (41).

Ekspertarvamuse kohaselt võiks esmatasandi meeskonna suutlikkust vaimse tervise probleemide käsitlemisel suurendada **vaimse tervise õdede kaasamine**. Esmatasandi arengukava 2009 – 2015 (17) järgi töötab vaimse tervise õde esmatasandil. Tulevikus võiks kaaluda pereõdede lisakoolitamist näiteks mitme perearsti meeskonna jaoks töötavateks vaimse tervise õdedeks, kelle vastuvõtule saaks perearsti juures aja panna ning kes vajadusel omakorda konsulteerivad psühhiaatriga. Hetkel töötavad vaimse tervise õed ehk psühhiaatriaõded psühhiaatrikliinikutes ja erihoolekandeesutustes. Kui aga võrrelda abi korraldust Soome ja Inglismaaga, siis seal kuuluvad vaimse tervise õed-spetsialistid ka esmatasandi meeskonda ja omavad kompetentsust lihtsamate teraapiate läbiviimiseks. Ekspertid jagavad arvamust, et Eestis võiks muuhulgas vaimse tervise õdedele ja pereõdedele tasemekoolituse raames pakkuda sissejuhatavat kursust tõenduspõhistesse psühhoterapiameetoditesse, mis annaks valdkonnast teadmisi selleks, et kohast ravi soovitada. Nagu mujal maailmas, võiksid ka Eestis üksikuid madalama intensiivsusega (*low intensity cognitive-behavioural therapies* - CBT) psühhoterapiatehnikaid klientidele õpetada näiteks pereõded või vaimse tervise õed. Neid tehnikaid tuleb siiski eristada psühhoterapiast, mis sisaldab sekkumisi alates seisundi hindamisest (häire säilimismehhanismide uurimine), juhtumi kontseptualiseerimisest kuni psühhoterapiatehnikate rakendamise ja vajadusel

¹⁰ Emotsionaalse Meeleolu Skaala

¹¹ Emotsionaalse Enesehinnangu Küsimustik

modifitseerimiseni välja jne. Eesti Kognitiivse- ja Käitumisteraapia Assotsiatsioonil on plaan korraldada eraldi ühe aastane kursus pereõdedele nn madalama intensiivsusega kognitiiv-käitumisteraapia tehnikate õpetamiseks. See ei anna kursuse läbinule küll võimalust taotleda psühhoterapeudi lisaspetsialiseerumist ehk nimetada end psühhoterapeudiks, kuid annab teadmisi meetoditest, nende kasutamise võimalustest ja abivajajate paremaks konsulteerimiseks ning ravi soovitamiseks.

Perearstide tööd patsientide vaimse tervise osas raskendab see, et **patsiendi edasisuunamise võimalused** kliinilisele psühholoogile, kliinilisele psühholoogile-psühhoterapeudile või psühhiaatrile haigekassa poolt kompenseeritava teenuse saamiseks on väga piiratud spetsialistide nappuse tõttu. Nii ei ole Eestis tagatud näiteks kerge depressiooni ravis tõendatult tõhusaks osutunud psühhoterapiate kättesaadavus. Väljaspool ravikindlustussüsteemi osutatav psühhoterapiateenus ja tervishoiusüsteemi välised psühholoogilise nõustamise teenused on abivajajale üldjuhul tasulised ning nende pikemaajaline regulaarne kasutamine oluline rahaline väljaminek, mistõttu sõltub patsiendi abisaamine tema rahalistest vahenditest.

Spetsialistide nappusest on tingitud ravijärjekorrad, mille tagajärjel võib ravi algus viibida ning patsiendi seisund oluliselt halveneda. Taolise olukorra vältimiseks ja raviressursside võimalikult optimaalselt kasutamiseks on näiteks Soomes patsiendi ravile suunamisel jagatud vastutus perearsti ja psühhiaatri vahel, mis võimaldab täpsemalt määratleda, kas üldse, kui kiirelt ja kui pikalt patsient ravi vajab. Eestis on aga perearstile sageli probleemiks see, et andmed patsiendi vaimse tervise häirete ravi kohta psühhiaatri poolt üldse puuduvad, mis teeb keeruliseks ka terviseseisundi kirjelduse nõuete täitmise ja teiste haiguste ravimise, sest puudub ülevaade kõikide patsiendi poolt kasutatavate ravimite kohta.

Perearstid peaksid tundma ja oskama kasutada motiveeriva intervjuerimise meetodeid (kas eraldiseisva sekkumisena või tõendatud efektiivsusega psühhoterapiameetodite või muu ravi kasutamise eel ja/või ajal). Motivatsioon on väga oluline aspekt ravile pöördumisel, raviga nõustumisel ning ravitulemuse saavutamisel ja püsimisel. Uuringud on põhjendanud motiveeriva intervjuerimise kasutamist erinevate sõltuvusspektri häirete, krooniliste seisundite jms probleemide korral (näiteks: alkoholi kuritarvitamine ja sõltuvus, ravimite kuritarvitamine, suitsetamine, patoloogiline hasartmängusõltuvus, hüpertensioon, vähene kehaline aktiivsus, ebatervislikud eluviisid jne) patsiendi sisemise motivatsiooni tõstmiseks ning hoidmiseks.

Alkoholiprobleemide käsitlemist esmatasandil on alustatud paralleelselt teiste motiveeriva intervjuerimise koolituste (liikumine, toitumine, eluviisi muutused) pakkumisega perearstidele ja õdedele. Perearstidele on kättesaadavad metoodilised juhendid alkoholiprobleemidega inimese varajaseks avastamiseks ja nõustamiseks (35). 2011. aastal osales neli perearstipraksist aktiivselt alkoholiprobleemide varajase avastamise ja nõustamise süsteemi töös. Oluline on parandada alkoholi kuritarvitamise ja sõltuvuse hindamise skriiningtestide kasutamist seisundi uurimiseks ja probleemide varajaseks avastamiseks. Enam tuleks hinnata alkoholiprobleeme, mis kaasuvad muude psüühika- ja käitumishäiretega (depressiooni, üldistunud ärevushäire, sotsiaalfoobia jt) ning mis võivad primaarse häirega tegelemisel jääda sageli tähelepanuta ning seetõttu süveneda. Paraku on võimalused alkoholiprobleemidega isikute edasisuunamiseks esmatasandilt ülimalt piiratud. Erinevad sihtgrupid vajaksid erineva sihiga toetavaid teenuseid, mille osas on oluline arvestada inimese sotsiaalmajandusliku olukorraga. Töökogemuseta noored, kelle sõltuvuskäitumine võib süveneda väga kiiresti, vajavad esmanõustamise järgselt tõhusaid toetavaid nõustamisteenuseid.

Eksperthinnangu kohaselt aitaks nii alkoholi- kui muude vaimse tervise probleemide efektiivsemale käsitlemisele kaasa tõhusam koostöö sotsiaaltöötajaga. Sageli on patsiendi terviseprobleemid seotud just halva sotsiaalse toimetulekuga, tööpuudus võib soodustada mitmete vaimse tervise häirete teket või halvendada olemasolevate paranemist.

Vaimse tervise probleemide varast avastamist, diagnoosimist ja ravi esmatasandi tervishoius soodustab nii teenuseosutajate kui patsientide parem informeeritus enamlevinud vaimse tervise häiretest. Seetõttu oleks vajalik perearstidele ja õdedele välja töötada täiendavaid juhiseid psüühikahäirete diagnostikaks ja raviks (ennekõike ärevushäirete ja unehäirete osas) sarnaselt depressiooni ravijuhendi ja alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise juhendiga. Patsientidele tuleks koostada jaotusmaterjale ennekõike distressi, depressiooni, ärevushäirete, söömishäirete ja unehäirete osas, mis aitaksid probleeme ära tunda ja julgustaksid abi otsima.

Töötervishoid

Töötervishoiu ja tööohutuse alane õiguslik regulatsioon Eestis ei hõlma piisava detailsusega psühholoogiliste ohutegurite käsitlemist töökohal. Töötajate tervisekontrolli korraldamise aluseks on töökeskkonna riskianalüüs, millest selgub, kas töökeskkonna ohutegurid (sh.

psühholoogiliste) või töö laad õigustavad tervisekontrolli korraldamist. **Töökohtade riskianalüüside kvaliteet** on väga ebahütlane. Kuna madalama riskiastmega ettevõtetes on lubatud tööandjal riskianalüüs ise teha ja jätta kaasamata spetsialistid (töötervishoiuarst, töötervishoiuõde, tööhügieenik ja ergonoom), siis ei pruugita neid piisavalt põhjalikult koostada (eriti psühholoogiliste ohutegurite käsitlemisel) ja leida vajadust töötajate suunamiseks tervisekontrolli, isegi kui see läheb vastuollu töötajate tegelike vajadustega. Terviseameti andmetel (Järveld M. Elektrooniline kirjavahetus, 10.10. Tallinn; 2011 – avaldamata andmed) ei tuvastata hinnanguliselt 40% Eesti tööandjate puhul riskianalüüsi käigus vajadust töötajate tervisekontrolli järele ja Tööinspektsiooni 2010. aasta töökeskkonna ülevaate kohaselt oli riskianalüüs korraldamata või halvasti korraldatud 30% kontrollitud ettevõtetest (42). Töötervishoiu ja tööohutuse strateegias 2010-2013 (43) üks eesmärkidest on töökeskkonnaalaste ennetustegevuste soodustamiseks mehhanismi loomine ja tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteemi toimimine, mis võiks aidata ühtlustada töökeskkonna riskianalüüside kvaliteeti. Töötajate tervisekontrolli vajaduse määramiseks tuleb töökeskkonna riskianalüüsil senisest enam arvestada töö psühholoogiliste ohuteguritega.

Vajalik on luua töötervishoiu meeskonnad, kuhu kuulub lisaks töötervishoiuarstile, tööhügieenikule, ergonoomile ja tööfüsioterapeudile ka töö(stus)psühholoog ning ühtlasi võimaldada perearsti suunamiskirja alusel töötervishoiuarstile pöördumist. Tööpsühholoogide teenuste vajaduse täpsemaks määramiseks ja soovitamiseks tööandjale on vaja töötajate tervisekontrolli raames hakata tõsisemalt käsitlema töötajate vaimse tervise hindamist, mistõttu oleks vajalik töötervishoiuarstidele välja töötada juhendmaterjal psühhosotsiaalsete ohutegurite käsitlemiseks töötajate tervisekontrolli raames. Töötervishoiuarstid on oluline ja alarakendatud ressurss vaimse tervise ennetus- ja skriiningtegevuste läbiviimisel töörealisele elanikkonnale, kuna võiks jõuda ka nende inimesteni, kes perearstile ei pöördu.

Ettepanekud

- Vaimse tervise probleemide tõendus põhiseks ennetamiseks, varajaseks märkamiseks ja raviks on vajalik esmatasandi tervishoiutöötajatele (perearstid ja -õed, töötervishoiuarstid) välja töötada täiendavad juhiseid sh erinevaid sõelteste psühhodiagnostikaks ja raviks (ennekõike ärevushäirete, unehäirete osas) ning pakkuda vastavasisulisi täiendkoolitusi.
- Ühe võimaliku lahendusena tulevikus esmatasandi meeskonna suutlikkuse tõstmiseks vaimse tervise probleemide käsitlemisel koolitada ja kaasata spetsiaalse väljaõppe läbinud

vaimse tervise õdesid (näiteks konsultatsioonide, nõustamiste ja lihtsamate psühhoteraapiate läbiviimiseks) esmatasandi meeskonna liikmetena.

- Madalama intensiivsusega psühhoteraapiatehnikate iseseisvat rakendamist tuleb võimaldada ka vaimse tervise ja pereõdedele. Oluline on seejuures riiklikult arendada ja toetada tõenduspõhise psühhoteraapia alast väljaõpet tervishoiutöötajatele, samuti viia läbi tõenduspõhiseid psühhoteraapiameetodeid tutvustavaid tasemekoolitusi, mis suurendaksid tervishoiutöötajate teadlikkust antud valdkonnas.
- Üldarstiabis alkoholi- kui muude vaimse tervise probleemide tõhusamaks käsitlemiseks on vajalik:
 - suurendada juhtumite põhist võrgustikutööd sotsiaaltöötajatega, tagada toetavate nõustamisteenuste senisest oluliselt paindlikum kättesaadavus (psühhoteraapia teenus, edasisuunamise võimalused erialaspetsialistidele jne) sh rahaliselt võrdsem kättesaadavus;
 - õpetada perearste ja pereõdesid tundma ja kasutama motiveeriva intervjuerimise meetodeid erinevate sõltuvusspektri häirete, krooniliste seisundite jms probleemide tõhusamaks raviks;
 - hinnata esmatasandil senisest enam alkoholiprobleeme, mis kaasuvad muude psüühika- ja käitumishäiretega (depressiooni, üldistunud ärevushäire, sotsiaalfobia jt) ning parandada seejuures alkoholi kuritarvitamise ja sõltuvuse hindamise skriiningtestide kasutamist seisundi uurimiseks ja probleemide varajaseks avastamiseks.
- Vaimse tervise probleemide ennetamiseks ja varaseks märkamiseks on oluline teavitada patsiente ning pakkuda perearstile võimalust tõenduspõhise info jagamiseks (näiteks koostada selleks jaotusmaterjalid, veebilehed vms) ennekõike distressi, depressiooni, ärevushäirete, söömishäirete ja unehäirete osas.
- Töökohal psühhosotsiaalsete riskide ennetamiseks ja varajaseks avastamiseks tuleb töökoha riskianalüüsil põhjalikumalt käsitleda psühholoogilisi ohutegureid ning selleks on vaja juhiseid ja täiendkoolitusi nii tööandjatele, töökeskkonnavolinikele kui ka töötervishoiuarstidele.
- Vaimse tervise probleemide varaseks märkamiseks ja sekkumiste planeerimiseks töökohtadel on vajaka tööjuhenditest ja spetsiifilise väljaõppega spetsialistidest, mistõttu on oluline töötajate tervisekontrolli raames viia läbi põhjalikumalt vaimse tervise hindamist ja töötada välja vastavasisuline juhised töötervishoiuarstidele.

2.3. Psühholoogiline abi

2.3.1. Reguleerivad õigusaktid, nõuded teenuse osutajale ja teenuse kvaliteet

Psühholoogide tegevus on Eestis õigusaktide ja tegevuslitsentsidega vähe reguleeritud. Kutsestandardi järgi on rakenduspsühholoogi pädevuse tõenduseks erialane väljaõpe ja töötamine psühholoogina. Psühholoogide kutsetunnistusi annab välja Eesti Psühholoogide Liit. Hetkel kehtivad psühholoogide kutsestandardid ja kvalifikatsioonitasemed on järgmised: kliiniline psühholoog IV-V, koolipsühholoog III-V, psühholoog III-V (I tase on madalaim ja V tase kõrgeim). Vastava väljaõppe ja töökogemuse olemasolul võib kliiniline psühholoog täiendava spetsialiseerumise korras omandada psühhoterapeudi, kohtu- ja korrektsioonipsühholoogi, lapsepsühholoogi või neuropsühholoogi kutsetunnistuse. Teenuseosutaja kvalifikatsiooni on võimalik kontrollida kutsetunnistuste registrist (<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsetunnistused>).

Psühhoterapeudi lisapädevuse taotlemiseks peab isikul olema läbitud väljaõpe mõnes tunnustatud psühhoteraapiakoolkonnas. Psühhoterapeutide süstemaatilise väljaõppega tegelevad Eesti Kognitiivse ja Käitumisteraapia Assotsiatsioon, Eesti Pereteraapia Ühing ja Eesti Psühhoanalüütiline Selts. Mainitud organisatsioonid annavad infot nii väljaõppe kriteeriumite kui pädevust omavate inimeste kohta.

Kuna teenusepakkujad ei ole kohustatud end atesteerima, pole Eestis pakutava psühholoogilise abi kvaliteet ühtlaselt tagatud. Kutsetunnistuse ja -kvalifikatsiooni nõutavus teenuse osutamisel sõltub teenuse ostjast (nii juriidilise isiku kui eraisiku puhul). Psühholoogi poolt osutatavate teenuste sisu kvaliteedi tõstmiseks on Eesti Psühholoogide Liidu kliinilise psühholoogia erialasektsioon viimasel aastal teinud mitmeid ettepanekuid nii ministriumitele kui ametitele selleks, et valdkonda korrastada. Näiteks Eesti Haigekassa ostab alates 1. jaanuarist 2013 psühholoogi teenust (kliinilise psühholoogi vastuvõtt, psühhoteraapia, kognitiivse funktsiooni uuring ja isiksuse uuring) vaid kliinilise psühholoogi kutsetunnistust omavatelt psühholoogidelt.

Psühholoogilise nõustamise teenused on suhteliselt reguleerimata ja puudub eraldi nõustamispsühholoogi kutsestandard. Samuti puudub selge seisukoht, millise taseme spetsialist peaks neid teenuseid osutama. Alates möödunud aastast (kliinilise psühholoogia erialasektsiooni lobitöö tõttu) on paljud psühholoogi teenuse ostjad oma lepingupartnerite

valiku eeltingimustesse lisanud kliinilise psühholoogi kutsetunnistuse nõude nende teenuste osutamiseks selleks, et teenuse kvaliteeti tõsta ja valdkonda ühtlustada. Näiteks ohvriabiteenuseid saavad osutada vaid kutsetunnistusega kliinilised psühholoogi, Töötukassa on töötutele suunatud psühholoogilise nõustamise teenuse hangetesse lisanud hindamiskriteeriumide nõude kliinilise psühholoogi kutsetunnistuse olemasolust.

Koolipsühholoogile esitatavad kvalifikatsiooninõuded on sätestatud haridus- ja teadusministri määruses "Pedagoogide kvalifikatsiooninõuded" (46). Koolipsühholoogi kvalifikatsiooni kontrollimine on kohaliku omavalitsuse või kooli juhtkonna ülesanne.

2.3.2. Teenuse kättesaadavus ja rahastamine

Psühholoogilise abi teenused on psühholoogilised uuringud, psühhoteraapia ja psühholoogiline nõustamine. Psühholoogilise abi teenuste kättesaadavus abivajajale sõltub piirkonnast, probleemi olemusest (töötus, toimetulekuraskused, kriisiolukorrad, sõltuvushäired jm) ja abi edastamise meetodist (telefon, internet, vahetu kontakt). Sellest omakorda sõltub, kas abivajajal tuleb teenuse eest tasuda või mitte. Abivajaja jaoks täielikult või osaliselt tasuta psühholoogilist abi pakutakse tervishoiusüsteemis, kohalike omavalitsuste sotsiaalosakondade või Töötukassa suunamisel ja vähemal määral sihtasutuste ja mittetulundusühingute algatatud projektide kaudu.

Tervishoiusüsteemis on eriarstil (sh perearstil) võimalik väljastada patsiendile saatekiri kliinilise psühholoogi vastuvõtule, psühholoogiliste uuringute tegemiseks ja psühhoterapeutiliseks või neuropsühholoogiliseks raviks. Kliiniline psühholoog-psühhoterapeut saab psühhoterapeutilise ravi kavandamiseks ja häire säilimismehhanismide hindamiseks uuringu teostada psühhiaatri või neuroloogi suunamisel. Patsiendi seisundi uurimine, häiret säilitavate tegurite ja ravi efektiivsuse hindamine ning vajadusel psühhoteraapia või neuropsühholoogilise ravi kohaldamine kuulub kliiniliste psühholoogide ülesannete hulka. Kliiniline psühholoog oma teadmiste ja oskustega osaleb ka haiguste ennetamisel (näiteks sekkumised juba häire üksikute sümptomite ilmnemisel haiguste väljakujunemise ennetamiseks), terviseprobleemide süvenemise ärahoidmisel ja rehabilitatsioonis.

Kliinilised psühholoogid töötavad tervishoiuteenuse osutaja, sotsiaal- ja haridusasutuse juures või erapraksises. Kliinilise psühholoogi vastuvõtu eest tasub haigekassa vastavalt

ravikindlustuse seadusele eriarsti (sh. perearsti) suunamisel juhul, kui teenuseosutajal on leping Haigekassaga ja patsiendil on saatekiri ning meditsiiniline näidustus teenuse saamiseks. Sama kehtib psühhoteraapia seansside osas (ühele haigele, ühele haigele grupis, perele), kuid selle teenuse osas ei ole Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus eraldi rakendustingimusi (47). Isiksuse uuringu ning kognitiivse funktsiooni uuringu eest võtab haigekassa tasu maksmise kohustuse üle ainult juhul, kui teenust osutatakse psühhiaatri või neuroloogi suunamisel ning seda vaid kord aastas.

Üldhariduskoolid on kohustatud tagama tugiteenuste sh koolipsühholoogi teenuse kättesaadavuse. Seejuures otsustab koolijuht haridus- ja teadusministri määruse (48) lisas etteantud ametikohtade arvust lähtuvalt, millist tugiteenust ja millises mahus vajatakse. Kõigis maakondades töötavad lisaks ka õppenõustamiskeskused, mille teenuseid (näit. koolipsühholoogi teenust) saavad koolid vajadusel sisse osta ja kuhu õpilastel, lapsevanematel ja õpetajatel on võimalus ka tasuta pöörduda.

Registreeritud töötutel ja koondamisteate saanud töötajatel on võimalik soovi korral Töötukassa konsultandi vahendusel pöörduda tasuta abi saamiseks kliinilise psühholoogi nõustamisele. Projekti korras on pikaajaliste töötute töövalmiduse toetamiseks ja tööharjumuste säilitamiseks piirkonniti käivitatud ka töötute aktiveerimiskeskuste programmid, mille raames pakutakse psühholoogilist nõustamist ja sotsiaalset rehabilitatsiooni.

Eesti Haigekassa rahastamisel projektipõhiselt on üle Eesti tagatud raseduskriisi nõustamise kättesaadavus, lisaks pakub MTÜ Väärtustades Elu ka tasuta telefoninõustamist ja internetinõustamist.

Kuriteoohvritele pakutakse üle Eesti ohvriabiteenust, mille eesmärgiks on aidata inimesi, kes on langenud hooletuse või halva kohtlemise, füüsilise, vaimse või seksuaalse vägivalla ohvriks. Ohvriabiteenusel nõustatakse ohvrit (üksnes kutsega kliinilise psühholoogi poolt) ja abistatakse teda riigi ja kohaliku omavalitsuse asutustega ning juriidiliste isikutega suhtlemisel.

Üle Eesti on kodanikualgatuse korras tagatud vägivalla all kannatavate naiste psühholoogiline nõustamine ja kriisiabi. Osaliselt on teenus olnud tasuta Sotsiaalministeeriumi ja Hasartmängumaksu Nõukogu toetusel ning annetustega kogutud rahal, kuid rahastamine ei ole jätkusuutlik. Näiteks 2011. a. juunist on Tallinna naiste kriisikodus nõustamisteenused tasulised

(23-30 EUR/tund). Nõuandetelefonil pakutava teenuse hind kujuneb vastavalt kõneminuti hinnale erinevates sidevõrkudes.

Kõik puuetega inimeste ühingud (näiteks Diabeediliit, Eesti Sclerosis Multiplexi Ühing, Eesti Reumaliit, Eesti Vähiliit jm) pakuvad puuetega inimeste esmast psühholoogilist nõustamist. Selleks saavad puudega isikud võtta ühendust puudeliigi tugiühingu esindajaga või pöörduda Tallinna Puuetega Inimeste Koja poole.

Projektide korras pakutakse psühholoogilist abi spetsiifiliste probleemide korral (sõltuvushäiretega inimesed, HIV-ga inimesed, inimkaubanduse ohvrid, töötud). Teenuseid rahastatakse Sotsiaalministeeriumi, Tervise Arengu Instituudi, Hasartmängumaksu Nõukogu ja Euroopa Sotsiaalfondi poolt.

Tallinna elanikul on võimalus pöörduda MTÜ Eluliin poole, mis pakub Tallinna Sotsiaal- ja tervishoiuameti rahastamisel lühiajalist psühholoogilist kriisinõustamisteenust ning kohaliku omavalitsuse lastekaitse- või sotsiaaltöötaja suunamiskirja alusel perenõustamise ja –teraapia teenust.

2.3.3. Probleemid ja arenguvajadused

Spetsialiseeritud vaimse tervise teenuste tasanditest kõige vähem arendatud lüli on psühholoogilise abi ja nõustamisteenuste süsteem, mille peamiseks probleemiks on **väljatöötamata abi struktuur ja rahastamis põhimõtted**. Abivajaja jaoks tasulised ja erineva suunitluse ning kvaliteediga psühholoogilise abi teenused on üle Eesti küll kättesaadavad, kuid kvaliteetsete tasuta teenuste hulk on ülimalt piiratud (näiteks tervishoiusüsteemis) või ei ole nende jätkusuutlikkus tagatud (näiteks projektipõhisel abistamisel) või pakutakse neid piirkondlikult ebaühtlaselt (näiteks kohalike omavalitsuste vastutusel töötavad erinevad kriisi- ja nõustamiskeskused).

Ligipääs psühholoogilisele (sh psühhoterapeutilisele) abile ei ole Eestis vajalikul määral tagatud. Tõenduspõhine psühhoteraapia (valdavalt kognitiivsed ja käitumuslikud ning perele ja suhetele suunatud psühhoteraapiameetodid) on rahvusvahelistes ravijuhistes (näiteks NICE juhtnöörid) ja Eestis näiteks depressiooni ravijuhendis perearstidele esimene ravivalik nii kergete kui ka mõõdukate psüühika- ning käitumishäirete korral (meeleolu- ja ärevushäired, söömishäired, sõltuvushäired). Seega on ekspertide sõnul väga oluline, et psühhoteraapia raviteenus oleks patsientidele üha enam kättesaadav ning jätkuvalt rahastatud ka meil Eestis.

Psühholoogilise ja psühhoterapeutilise abi kättesaadavus tervishoiusüsteemis on aga kaduvväike ja see omakorda tingib pikad ravijärjekorrad. Haigekassa teenuste loetellu kuuluvad kliinilise psühholoogi vastuvõtt, psühholoogiline uuring ning psühhoteraapia, millest suurem osa ressursist kulub uuringuteks. Kliinilise psühholoogi vastuvõtule saab inimene otse pöörduda vaid ise selle eest tasudes. Pearingst ei ole võimalik suunata patsienti kliinilise psühholoogi teenusele seisundi hindamiseks või psühhoteraapia läbiviimiseks ilma meditsiinilise diagnoosita. Eestis on lahendamata, kuidas rahastada psühholoogilist abi psühhosotsiaalsete probleemide korral tõsisemate häirete ärahoidmiseks. Kuigi psühhiaatrid on seisukohal, et psühholoogiline abi üldiselt peaks olema senisest palju suuremal määral kättesaadav, rõhutavad nad ühtlasi, et inimeste psühhosotsiaalse stressi puhul sekkumine ja toimetulekuoskuste edendamine ei saa olla üksnes tervishoiusüsteemi ülesanne ega selle arendamine toimuda raviressursside arvelt.

Ühe võimalusena võiks Haigekassa luua spetsiaalse fondi, mille kaudu rahastatakse psüühika- ja käitumishäirete väljakujunemise ennetamist ning mis sisuliselt võimaldaks sihtotstarbelist pöördumist kliinilise psühholoogi konsultatsioonile ilma eelneva meditsiinilise diagnoosita (näiteks konsultatiivteenus 3-4 korda) ja saatekirjata. Kuigi see ei saa toimuda psühhiaatrilise abi ressursi arvelt ega ole lähima viie aasta prioriteet, võimaldaks taoline teenus tasu maksmise ülevõtmist tervise seisundit mõjutavate tegurite hindamiseks ja varajaseks sekkumiseks (näiteks RHK-10-s koodide Z56; Z59; Z60; Z61; Z62; Z63; Z64; Z65; Z70; Z72; Z73; Z81 all klassifitseeritud seisundite korral) ning seeläbi hoida ära terviseprobleemide süvenemist ja pikemas perspektiivis optimeerida ravikulusid. Kuna tegemist on psühhosotsiaalsete probleemide, mitte väljakujunenud psüühika- ja käitumishäiretega, siis käesolevalt haigekassa nende teenuste eest tasumist üle ei võta ning mainitud probleemidega kliinilise psühholoogi poole pöördumine pole rahastatud ka muudest allikatest.

Eestis ei toimu tööpsühholoogide erialast koolitust ja kutsete registris puudub tööpsühholoogi kutse, kuigi Töötervishoiu ja tööohutuse strateegias 2010-2013 oli 2011. aastaks ette nähtud tööpsühholoogi kutsestandardi koostamine ja pädevuse miinimumnõuete määratlemine. Tallinna Tehnikaülikoolil on 2012. aasta sügisel kavas avada rahvusvaheline magistriõppe programm tööstuspsühholoogia õppimiseks neile, kel kõrgharidus psühholoogias. Tööstuspsühholoogi üheks tööülesandeks on tööalaste psühhosotsiaalsete faktorite mõju analüüs konkreetsetes organisatsioonides, ennetusabinõude väljatöötamine ja töötajatele õigeaegse abi osutamine nende töövõime ja töö tõhususe säilitamiseks. Terviseametis on hetkel registreeritud vaid kaks tööpsühholoogi, kes ei tööta töötervishoiuarsti meeskonnas. Kuigi

töötervishoiuarstid ja tööinspektorid võivad tööandjale soovitada tööpsühholoogi teenuse kasutamist, on see tööandja otsustada, kas ja kui suures osas ta tööpsühholoogi teenust vajab. Terviseameti poolt läbiviidud uuringu kohaselt oleks Eestis vaja koolitada ja rakendada minimaalselt 80-90 tööpsühholoogi, et võimaldada süsteemset töötervishoiuteenuse osutamist koos töötervishoiuarstidega. Selleks on aga vaja riikliku tellimust ja ümberkorraldusi töötervishoiuteenuste pakkumises. Võrdluseks võib tuua Soome, kus tööpsühholooge on ligikaudu 400 ja kellest pooled töötavad täisajaga töötervishoiuteenuse pakkujana (44). Oluline osa Eesti inimestest kogeb tööga seotud stressi (45) ja 66% organisatsioonide juhtidest hindavad tööstressi suureks probleemiks ning töötervishoiuarstide poolt läbiviidud kontrollidest on selgunud, et ligikaudu 20% töötajatest on kriitiline vajadus tööpsühholoogi teenuse järgi. (Järvelaid M. Elektrooniline kirjavahetus, 10.10. Tallinn; 2011 – avaldamata andmed).

Eesti Koolipsühholoogide Ühingu esindaja väitel (Kadri Järv-Mändoja. Elektrooniline kirjavahetus, 25.10. Tallinn; 2011 – avaldamata andmed) tuleb tagada üle Eesti ühtlasemalt jaotunud koolipsühholoogi teenus. Kõikides koolides ei ole tagatud vajalikus mahus jätkusuutlik koolipsühholoogi teenistus, kuna spetsialistidest on puudus ning ka olemasolevad lahkuvad madalate töötasude ja puudulike täiendkoolituse võimaluste tõttu. Õppenõustamiskeskused pakuvad küll koolides psühholoogilist nõustamist, kuid tihti on mitme kooli peale vaid üks psühholoog, kes jõuab tegeleda pigem kriisiolukordadega. Taoline töökorraldus ei võimalda õpilastele pidevat nõustamisteenuse pakkumist, rääkimata edendus- ja ennetustööst. Lisaks koolipsühholoogide puudusele ei ole regionaalselt ühtlaselt tagatud ka võimalus edasisuunamiseks lastepsühhiaatri vastuvõtule. Eelpool kirjeldatu loob olukorra, kus suur osa tööst laste vaimse tervise probleemidega jääb sotsiaalosakondade ja lastekaitsetöötajate teha.

Üldiseks probleemiks psühholoogilise abi kättesaadavuse tagamisel on **spetsialistide nappus ja vähesed väljaõppevõimalused**. Kvalifitseeritud kliinilisi psühholooge oli 2011. aasta veebruari seisuga Eestis vaid 78. See on üks põhjustest, miks perearstil on keeruline soovitada psühholoogi teenuseid - need on raskesti kättesaadavad (mõistliku ajaperioodi jooksul ja elukoha läheduses) ning osades maakondades ei ole kliinilise psühholoogi vastuvõtule pöördumine üldse võimalik. Vajadus kliiniliste psühholoogide järele on pidevalt kasvav, kuid spetsialistide ettevalmistuses on viimastel aastatel toimunud valdkonna arengut pärssivaid muutusi. Seoses üleminekuga 4+2 õppekavadelt 3+2 õppele on ära kaotatud süstemaatiline kliiniliste psühholoogide erialane väljaõpe - kliinilise psühholoogia magistriõppe programm

Tartu Ülikooli Psühholoogia Instituudis. Kuigi valikkursuste ja - moodulite korras on kliinilise psühholoogia ainete õpetamist jätkatud, ei taga see tõusvat vajadust nende spetsialistide järele. Õppekavade muutmine on loonud olukorra, kus kutsestandardile vastava psühholoogi kutse ja Euroopa psühholoogi diplomi (*EuroPsy*; Euroopa Liidu erialade kvalifikatsiooni tunnustamise direktiiv nr. 119, 6. juuni 2005) saamine eeldab veel vähemalt aastast erialaspetsiifiliste ainete õpingut ja superviseeritud praktikat, mille rahastamiseks puudub praegu mehhanism. Samuti ei pruugi erialaainete õpetamine 3+2 õppekava mahus alati tagada kõikide erialaseks professionaalseks tegevuseks vajalike kompetentsuste omandamist õpingute käigus ning võib nii mõningatel juhtudel takistada magistriõpingute lõpetanute pääsemist tööjõuturule. Seega on ülikoolide 3+2 süsteemi järgi psühholoogia magistriõppe lõpetanute (alates 2007. aastast) *EuroPsy* nõuetele vastavast erialasest ettevalmistusest puudu 1 õppeaasta (60 EAP) mahus koolitust ja praktikat ehk nn kutseaasta. Vajalik oleks uuendada kutseaasta kavasid, mille ülikoolid töötasid välja tuginedes EFPA (*European Federation of Psychologists' Associations*) nõuetele 3+2 õppekavadele üleminekul, kuid mida ei ole käivitatud.

Tõenduspõhise psühhoteraapia alane väljaõpe tervishoiutöötajatele võiks olla enam riiklikult arendatud ja toetatud. Näiteks kuulutas Suurbritannia Tervishoiuministerium NICE juhtnööridele ja Londoni Majandusinstituudi uurimistööle tuginedes 2007. aastal välja riikliku psühhoteraapiaprogrammi, mille käigus investeeritakse aastatel 2008.-2011 ligi 170 miljonit naela 3600 kognitiiv-käitumusliku psühhoterapeudi väljaõppeks (eesmärgiga parandada kuluefektiivse tõenduspõhise psühhoteraapia raviteenuse kättesaadavust ja seda võimalikult varakult ning esmatasandil).

Eesti Kognitiivse- ja Käitumisteraapia Assotsiatsioon teeb küll alg- kui põhikoolitusi nii Tartus kui Tallinnas, kuid psühhoteraapia alane väljaõpe on pikk ja kulukas ning seetõttu paljudele kättesaamatu. Seetõttu selle valdkonna spetsialiste napib. Kliiniline psühholoog ei pruugi omada kompetentsust psühhoteraapia valdkonnas või mõnele konkreetsele sihtgrupile (näiteks sõltuvushaigetele) spetsiifilise sekkumise pakkumiseks. Ühe võimaliku lahendusena vajaliku hulga kvalifitseeritud kliiniliste psühholoogide-psühhoterapeutide tagamiseks tuleks ekspertide hinnangul psühholoogide põhiõppesse sisse viia psühhoteraapia õpe ning enne kliinilise psühholoogi kutsetunnistuse saamist võimaldada teenust osutada (juhendamise all kuni nõutud kompetentsuse saavutamiseni). Supervisiooni all ehk juhendamisel töötamine on võimalus, kuidas psühhoteraapia põhiväljaõppe läbinud või veel õppes osalejad saavad alustada iseseisvat psühhoterapeudina praktiseerimist enne täieliku pädevuse saavutamist.

Samuti on oluline pakkuda kliiniliste psühholoogidele ja psühhoterapeutidele täiendõppevõimalusi sõltuvusprobleemidega inimestele suunatud psühhoteraapia tehnikate omandamiseks.

Psühholoogilise (sh psühhoterapeutilise) abi osutamise regulatsioon ja järelevalve on ebapiisav. Psühholoogide tegevusele ja kutsenimetuste kasutamisele ei ole selgeid kriteeriume (va tervishoiusüsteemis), mille tõttu ei saa tagada, et psühholoogilise abi teenuste ja nende osutajate kvaliteet on ühtlane. Mitmetes teistes riikides on psühholoogi ametinimetuse kasutamine palju rangemalt piiritletud kui Eestis: enamasti on selle eelduseks magistri- või doktorikraad, mis on omandatud riiklikult tunnustatud akadeemilise psühholoogia õppekava läbimisel, ning juhendamise all läbitud praktika. Eestis on kutsestandardiga määratletud küll kliinilise psühholoogi kutse (kirjeldatud on kutsetegevust ning esitatud kutsealade ja -tasemete kompetentsusnõuded), kuid kutseeaduse eesmärk on eelkõige kutsete andmise ja õpitulemuste tunnustamise tervikliku süsteemi loomine ning see seadus ei keela mingil kutsealal tegutsemist ka ilma vastavat kutsekvalifikatsiooni omamata.

Selleks, et inimeseni jõuaks kvaliteetne teenus, on võimalik rakendada erinevaid abinõusid. Riigi tasandil oleks võimalus reguleerida teenuseosutajate tegevust kohustuslike litsentsidega, mis oleksid kutsenimetuse kasutamise ja vastavate teenuste osutamise õiguse aluseks. Indiviidi tasandil on võimalik pakkuda laialdasemat teavet teenuseosutajate kutsestandarditest ja kompetentsusest, et tõsta abivajajate suutlikkust võimaliku teenusepakkuja kvalifikatsiooni kriitilisemaks hindamiseks ja sobivamate ning kvaliteetsemate teenuste leidmiseks.

Näiteks psühhoterapeudi pädevuse hindamisel tuleks rangemalt arvestada, et sellealane koolitus oleks läbitud täies mahus. Õigus end psühhoterapeutiks nimetada ja ka vastavat tervishoiuteenust osutada on kliinilisel psühholoogil või psühhiaatril, kes on läbinud psühhoteraapiaväljaõppe teraapiaassotsiatsiooni juures (tunnustatud psühhoteraapia-koolkonnas) täies mahus ja talle on omistatud lisaspetsialiseerumine psühhoteraapias. Kuna psühhoteraapia on täpsemas tähenduses ravi, mis lähtub psühholoogia ja psühhiaatria teadmistest, siis on ilmne, et komplekssete, kaasaegsete ja tõenduspõhiste teadmiste olemasolu psühholoogia ja psühhopatoloogia kohta on hädavajalik eeltingimus igasuguse psühhoteraapia tegemiseks. Üksikutel teraapiakoolitustel osalemine ei anna sisulist alust end ei psühhoterapeutiks nimetada ega ka sellist teenust osutada. Täies mahus psühhoteraapia väljaõpe kestab aastaid, sisaldab nii teoreetilisi kui praktilisi õpinguid ja seejärel töötamist vilunud psühhoterapeudi juhendamisel. Kui täielik pädevus on saavutatud, siis teraapiaühing

väljastab selle kohta tunnistuse. Eelnimetatu on ka põhjus, miks Eestis eraldiseisvat psühhoterapeudi kutset pole ning seda saab taotleda lisapädevusena psühhiaatri pädevuse või lisaspetsialiseerumisena kliinilise psühholoogi kutse juurde.

Ettepanekud

- Kvaliteetse ja jätkusuutliku psühholoogilise abi korraldamiseks on ennekõike vaja välja töötada terviklik psühholoogilise abi struktuur ja rahastamis põhimõtted ning luua selgemad nõuded psühholoogilise abi osutamisele ka väljaspool tervishoiusüsteemi (näiteks kohustuslikud litsentsid, mis oleksid kutsenimetuse kasutamise, vastavate teenuste osutamise õiguse ning järelevalve teostamise aluseks).
- Vaimse tervise probleemide varajaseks märkamiseks ja sekkumiste (sh tõenduspõhine psühhoterapia teenus) kättesaadavuse parandamiseks on vaja:
 - tervishoiusüsteemis suurendada psühholoogilise ja psühhoterapeutilise abi rahastamise mahtu ning luua võimalused ennetava psühholoogilise abi pakkumiseks psühhosotsiaalsete probleemide korral;
 - tagada piisav hulk erialaseks praktiseerimiseks välja õppinud kliinilisi psühhologe ja kliinilisi psühhologe-psühhoterapeute, viies psühholoogia põhiõppesse sisse psühhoterapia õppe, samuti uuendades ning rakendades psühholoogia magistriõppe ja kutseaasta kavasid.
- Vaimse tervise probleemide ennetamiseks ja sekkumiste läbiviimiseks töökohal on vajalik tööpsühholoogi kaasamine, mistõttu on oluline välja töötada õppekava ja kutsestandard ning planeerida tööpsühholoogide integreerimist töötervishoiuarsti meeskondadesse.

2.4. Sotsiaalhoolekanne

2.4.1. Reguleerivad õigusaktid

Vaimse tervise kontekstis olulised sotsiaalteenused sh sotsiaalnõustamine, rehabilitatsiooniteenus, erihoolekandeteenused (igapäevaelu toetamise teenus, töötamise toetamise teenus, toetatud elamise teenus, kogukonnas elamise teenus ja ööpäevaringne erihooldusteenus) on reguleeritud sotsiaalhoolekande seadusega (49).

Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadusega (50) on reguleeritud puuetega inimeste sotsiaaltoetuste liigid, nende saamise tingimused, suurused ning määramise ja maksmise kord.

Valdkonda reguleerivad lisaks psühhiaatrilise abi seadus, erinevad Vabariigi Valitsuse ja sotsiaalministri määrused ning kohaliku omavalitsuse õigusaktid.

2.4.2. Nõuded teenuse osutajale ja teenuse kvaliteet

Erihoolekandeteenuste osutamiseks on nõutav tegevusluba. Tegevusjuhendajad on kantud majandustegevuse registrisse. Rehabilitatsiooniteenuse osutaja peab olema registreeritud majandustegevuse registris, alates 01.01.2014 on teenuse osutamiseks vajalik tegevusluba. Erinevate määrustega on kehtestatud nõuded teenuseosutaja ruumidele ja seadmetele ning täiskasvanute hoolekandeesutuste tervisekaitsenõuded. (49)

Sotsiaalhoolekandeseaduses on sätestatud nõuded erihoolekandeteenust osutavatele isikutele ja rehabilitatsioonimeeskonna koosseisule. Kuna seaduse kehtima hakkamisel ei vastanud kõik töötavad tegevusjuhendajad sotsiaalhoolekandeseaduses sätestatud uutele kvalifikatsiooninõuetele, siis on ühtlasi kehtestatud neile üleminekuperiood. Sotsiaalnõustajaks on seaduse kohaselt selleks tööks eriettevalmistuse saanud hoolekandetöötaja. (49)

2011. aasta lõpuks valmisid soovituslikud juhendid kohalike omavalitsuste poolt osutatavate hoolekandeteenuste pakkumiseks (nt tugisik, hooldusteenused jm)¹², milles on määratletud teenuste eesmärgid, teenuseid saama õigustatud isikute profiil jne.

Maakonnas osutatavate sotsiaalteenuste (va erihoolekandeteenused ja rehabilitatsiooniteenus) ja muu abi kvaliteedi üle teostab järelevalvet maavanem. Maakonna järelevalve raames kontrollitakse halduspiirkonnas osutatavate sotsiaalteenuste, vältimatu sotsiaalabi ja muu abi kvaliteeti ning võimalik on rakendada ettekirjutusi ja sunniraha (51). Erihoolekandeteenuste ja rehabilitatsiooniteenuse osutajate üle teostavad järelevalvet Sotsiaalkindlustusameti (SKA) järelevalveametnikud (49).

Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel on 2005. aasta jaanuarist projektide PITRA I ja PITRA II raames tegeletud uude rehabilitatsioonimudeli kujundamisega ja selle praktiliste lahenduste väljatöötamisega juhtumikeskseks lähenemiseks rehabilitatsioonis. Rehabilitatsiooniteenuse arendamisega tegeleb lisaks Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus, mille 2011 aastaga lõppev projekt „Rehabilitatsiooniteenuse kvaliteedijuhtimissüsteemi juurutamine“ kutsuti ellu

¹² <http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/kohalike-omavalitsuste-sotsiaalteenuste-soovituslikud-juhised.html>

eesmärgiga saavutada kvaliteetsema rehabilitatsiooniteenuse osutamine ning seeläbi erivajadustega inimeste töövõimekuse tõstmine. TÜ Pärnu Kolledži 2009. a. rehabilitatsioonimeeskonna liikmete täiendkoolitusprogrammi projekti ajal töötati välja koolitusprogramm ja koolitati rehabilitatsioonispetsialiste üle Eesti.

2.4.3. Teenuste kättesaadavus ja rahastamine

Erihoolekandeteenused on suunatud täisealistele isikutele, kellel on raskest, sügavast või püsivast psüühikahäirest tulenevalt välja kujunenud suurem kõrvalabi, juhendamise või järelevalve vajadus ning kes vajavad toimetulekuks professionaalset kõrvalabi. Kriteeriumid riigi poolt rahastatavate erihoolekandeteenuste saamiseks on sätestatud sotsiaalhoolekande seaduses.

Erihoolekandeteenuste suunamist ja osutamist korraldab SKA. SKA-s töötavate juhtumikorraldajate ülesandeks on informeerida inimest teenusele saamise võimalustest (sh protsess, vajaminevad dokumendid) ja toetada inimest kogu teenusele suunamise protsessi ulatuses sh seotud asjaajamises.

Erihoolekandeteenustele (va igapäevaelu toetamise teenus ja kohtumäärusega suunamine) suunatakse rehabilitatsioonimeeskonna otsusega. Erihoolekandeteenusele suunamist soovijale (puudega isikul) peab olema koostatud rehabilitatsiooniplaan (täisealistele kehtivusega 6 kuud kuni 5 aastat; lastele kehtivusega kuni 3 aastat). Rehabilitatsiooniplaan koostatakse esmakordsel rehabilitatsiooniteenuse osutamisel ja tegevuskavasse märgitakse isiku toimetuleku parandamiseks vajalikud teenused ja tegevused. Rehabilitatsiooniteenusel hinnatakse inimese tugevusi ja vajadusi ning tehakse soovitusel edasiseks teenuste osutamiseks. Rehabilitatsiooniteenuse taotlemiseks tuleb inimesel pöörduda elukohajärgsesse SKA pensioniametisse ja täita taotlus. Eranditeks, mil pole rehabilitatsiooniplaani vaja, on igapäevaelu toetamise teenus, millele piisab eriarsti saatekirjast ja ööpäevaringne erihooldusteenus kohtumääruse alusel. Viimane määratakse inimesele tema nõusolekuta kuni üheks aastaks võimalusega pikendada hoolekandetasutuses nõusolekuta hooldamise tähtaega kohtumääruse alusel kuni ühe aasta kaupa elukohajärgse kohaliku omavalitsuse või seadusliku esindaja avalduse alusel.

Järgnevate sotsiaalteenuste osutamisel lähtutakse kohaliku omavalitsuse ja/või teenuse osutaja välja töötatud teenuse osutamise korrast, mis võib omavalitsuseti erineda (52):

Tugisiku teenus (täiskasvanule) on mõeldud isikutele, kes vajavad abi toimetulekut oluliselt raskendava puude, haiguse või raske olukorra tõttu (õnnetused, lein), mis oluliselt raskendab toimetulekut; isikutele, kes vajavad abi kinnipidamiskohast vabanemise järgselt ning lapsevanematele, kes vajavad abi lapse eest hoolitsemisel. Teenus peab olema kättesaadav kõikidele isikutele, kelle puhul on tuvastatud abivajadus ning sobivaks teenuseks on hinnatud tugiisikuteenus. Kättesaadavuse tagamiseks võivad kohalikud omavalitsused teha teenuste osutamisel koostööd. Kuna tugiisikuteenuse sisu ei ole sotsiaalhoolekande seaduses reguleeritud, sätestab selle kohalik omavalitsus teenuse korraldaja ja rahastajana.

Hooldusteenus on mõeldud isikule, kellel on terviseseisundist, tegevusvõimest või elukeskkonnast tulenevalt hooldusvajadus igapäevaeluks vajalike tegevuste elluviimisel või kelle iseseisev toimetulek igapäevastes kodustes tingimustes ei ole enam võimalik. Hooldusteenuste sihtgrupiks on näiteks dementsed eakad, sügava ja liitpuudega täiskasvanud isikud või psüühilise erivajadusega lapsed ja noored. Olenevalt vajaduste ja tegevusvõime hindamistulemustest võib teenust osutada kas lühiajaliselt või pikaajaliselt nii isiku kodus kui teenust pakkuvas asutuses. Lühiajalist hooldusteenust osutatakse asutuses või isiku kodus päevase või ajutise ehk intervallhooldusena (so määratud ajaperioodiks – näiteks võib klient hoolekandetasutusse tulla nädalavahetuseks, nädalaks või mõneks kuuks). Intervallhooldus on mõeldud inimese vajaduste ja funktsionaalse võimekuse taastamiseks pärast haigust või lisaturvalisuse ning kõrvalabi vajaduse tagamiseks, samuti mitteformaalsele hooldajale (näiteks pereliikmele või lähedasele) puhkuse võimaldamiseks. Pikaajalist hooldusteenust pakutakse nii isiku kodus kui asutuses nii päevaselt kui ööpäevaselt. Kohalik omavalitsus on kohustatud tagama hooldusteenuse kättesaadavuse kõikidele isikutele, kelle puhul on tuvastatud abivajadus ning sobivaks teenuseks on hinnatud hooldusteenus. Teenuse osutamise planeerimisel on vajalik pere-, eri- või raviarsti koostatud väljavõtte kliendi haigusloost ja arvamus tervishoiuteenuse vajalikkuse ja mahu kohta. Kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja või teenuse osutaja hindab isiku vajadust taotletava teenuse järele. Kui isik või tema lähedased finantseerivad teenust kogu ulatuses ise, võib pöörduda ka otse teenuse osutaja poole ilma kohalikku omavalitsust kaasamata.

Sotsiaalnõustamise teenus on suunatud isikule või perekonnale, kelle iseseisev toimetulek argielus on psühholoogiliste, sotsiaalsete või majanduslike tegurite tagajärjel häirunud või häirumas. Teenuse sihtrühmaks on üksikisik või grupp, kes vajab kõrvalist abi oma toimetuleku ning heaolu kindlustamiseks argielus. Õigus teenust saada on nii isikul, kellel on tekkinud probleemid, kui ka nendel, kes temaga koos elavad, sest sageli puudutab tekkinud

probleem (nt ühe pereliikme haigestumine, töötuks jäämine jne) kõiki koos elavaid isikuid. Sellest tulenevalt tuleb teenust pakkuda ka neile, kelle toimetulekuvõime on seoses probleemiga häirunud. Sotsiaalnõustamist võidakse pakkuda individuaalselt, paari- ja/või perenõustamisena. Sotsiaalnõustamise tegevuste hulka kuulub muu hulgas inimese/pere motiveerimine, toimetulekuoskuste õpetamine, probleemi lahendamiseks alternatiivide pakkumine ja muu abi kättesaadavuse korraldamine. Isiku suunab teenust saama kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja või isik pöördub ise sotsiaalnõustamisteenust pakkuva asutuse (haigla, MTÜ jms) poole. Teenus peab olema kättesaadav kõikidele isikutele. Teenuse osutamise maht ja teenuse osutamise kestus sõltub teenuse vajaduse hindamise tulemustest.

Sotsiaalhoolekannet rahastatakse kohalike omavalitsuste eelarvetest, riigieelarvest, vabatahtlikult sotsiaalhoolekandega tegelevate juriidiliste ja füüsiliste isikute vahenditest ning muudest vahenditest. (49)

Erihoolekandeteenuseid ja rehabilitatsiooniteenust rahastatakse riigieelarvest SKA eelarve kaudu. Kogukonnas elamise teenusele ja ööpäevaringsele erihoidusteenusele on kehtestatud omaosalus toitlustuse ja majutuse osas, teenuse sisulise osutamisega seotud kulud tasutakse riigieelarvest. Sotsiaalteenust, vältimatut sotsiaalabi või muud abi elukohajärgse kohaliku omavalitsuse eelarvest. (49)

Inimeselt võib võtta temale või tema perekonnale osutatava sotsiaalteenuse eest tasu ning see on oleneb teenuse mahust, maksumusest ja teenust saava isiku ning tema perekonna majanduslikust olukorrast. Isikul on õigus teenuseosutajat valida ja vahetada. (49) Isikult sotsiaalteenuse eest tasu võtmise otsustab teenust osutav või teenuse eest tasuv asutus. Hinnatud teenusevajaduse korral ei või omaosaluse suurus olla teenuse saamisel takistuseks.

Hooldusteenust, tugiisiku teenust ja sotsiaalnõustamist rahastatakse kohaliku omavalitsusüksuse eelarvest ning teenus on inimesele tasuta. Sõltuvalt omavalitsusest võivad hooldusteenused ja tugiisiku teenus kliendile olla tasulised või osaliselt tasulised (st. tasuda tuleb vaid toitlustamise ja hooldusvahendite, harvem transpordi eest).

2.4.4. Probleemid ja arenguvajadused

Ligipääs sotsiaalteenustele on ebaühtlaselt tagatud. Sotsiaalnõustamise teenuste osutamine on Eestis piirkonniti ebaühtlane ning teenuste mitmekesisus on enam tagatud suuremates keskustes. Erinevad võimalused (sh rahalise ja inimressursi olemasolu) kohaliku omavalitsuse

tasandil ei toeta kvaliteetse ja tulemusliku teenuse pakkumist. Erivajadustega inimestel pole piisavalt informatsiooni võimalikest igapäevaelu toetavatest teenustest ja toetustest. Vajaka on kvaliteetsest nõustamisteenuste süsteemist, samuti meetodilistest materjalidest ja spetsiaalse koolitusega nõustajatest. Euroopa Sotsiaalfondi programmi „Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed 2010-2011” raames pakutakse Ida-Virumaal, Põlvamaal, Valgamaal ja Võrumaal kvaliteetseid nõustamisteenuseid kõikidele abivajajatele, näiteks töötutele, puudega ja erinevate probleemidega inimestele ning nende pereliikmetele olenemata elukohast. Sotsiaalnõustamist pakutakse nii palju kui inimesel on vaja ning lisaks 8 tundi vastavalt vajadusele psühholoogilist nõustamist, perenõustamist ja/ või võlanõustamist. (53, 54) Üle Eesti tuleb tagada sotsiaalnõustamisele regionaalselt võrdne ligipääs ja võimalikult ühtne kvaliteet, mis ei tugine projektipõhisele rahastamisele.

Ligipääs erihoolekandeteenustele on piirkonniti ebaühtlane ja sihtgrupiti ei ole teenused kõigile tagatud. Psüühiliste erivajadustega erihoolekandeteenuseid vajavate inimeste hulk on Sotsiaalministeeriumi andmetel hinnanguliselt 7000 ringis, kuid teenuseid saavad neist ligikaudu 5000. Riigi poolt ei rahastata erihoolekandeteenuste (va kohtumääruse alusel ööpäevaringse erihooldusteenuse) osutamist vanaduspensioniiikka jõudnud dementsuse diagnoosiga isikule, kellel ei ole dementsuse diagnoosile lisaks muud raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäiret ja isikule, kellel on sõltuvus alkoholist või narkootilisest aineist juhtiva psüühikahäirena. (49) Eestis puuduvad võimalused noorukite paigutamiseks tugevdatud järelevalvega erihooldusele. Raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäirega alaealistele sobivaid erihoolekande- või rehabilitatsiooniteenuseid ei osutata. Teenuste osutamiseks tuleks esmalt välja töötada vastavad regulatsioonid ning rahastamisskeemid.

Igapäevaelu toetamise teenus on kättesaadav peamiselt suuremates keskustes. Maakonnakeskustest eemalejäävatest piirkondades on teenusele juurdepääs osadele klientidele raskendatud. Näiteks ei suuda mitmed kohalikud omavalitsused täita sotsiaalhoolekande seadusega määratud kohustust korraldada invatransporti puuetega isikutele või kompenseerida neile transpordikulutusi. Igapäevaelu toetamise teenus peaks aitama lahendada kliendi igapäevaseid kohaliku omavalitsuse vastutusvaldkonda kuuluvaid probleeme. Ekspertide väitel aitaks suuresti kaasa laiaulatuslikum juhtumipõhine võrgustikutöö eri ametkondadega kliendi argielu probleemide lahendamisel. Teenuse kasutatavust võiks aidata parandada regulatsioon, mis teatud juhtudel seaks päevakeskuste regulaarse külastamise puudega isikule sotsiaaltoetuse väljamaksmise üheks eelduseks.

Kogukonnas elamise teenusele eelistatakse suunata mõõduka ja raske vaimse alaarenguga isikuid, kes on lõpetanud toimetuleku- või hooldusõppekava järgi põhikooli, läbinud kutseõppe erikutserühmas ja vajavad elukvaliteedi loomuliku jätkuna kogukonnas elamise teenust. Klientidel, kes kogukonnas elamise teenuse puudumisel elavad kodus, on küll võimalus osaleda päevakeskuste tegevustes igapäevaelu toetamise teenuse kaudu, kuid pelgalt päevakeskustes käimine ei pruugi tagada sobivat arengukeskkonda saavutatud arengutaseme säilitamiseks ja võib tingida kliendi oskuste tagasilanguse ja toimetulematuse (ööpäevaringsele teenusele sattumise). Kogukonnas elamise teenuse kättesaadavust lähiaastatel võib eksperthinnangu kohaselt takistada kasvav nõudlus, kuna viimasel ajal on suurenenud teadlike vanemate hulk, kes soovivad et nende vaimupuudega laps jätkaks pärast kooli(de) lõpetamist iseseisvumist, kasutaks võimalust omavanuste ja sarnase probleemidega inimestega koos olemist/elamist ning suudaks võimetekohast tööd teha. Uued kogukonnas elamise teenused on suuresti algatatud entusiastlike vanemate poolt. Kui vaadata koolide hulka ja õpilaste suhtarvu, siis ilmselgelt napib teenuse kohti. Teadlik vanem ei soovi oma peaaegu täiskasvanud last paigutada ööpäevaringsele erihooldusteenusele. Ka elukoha asukoht tingib vajaduse kogukonnas elamise teenuse järele, sest maapiirkondades on muude toetavate teenuste kättesaadavus praktiliselt olematu. Kogukonnateenuste võrgustik on vajalik välja ehitada piirkonniti, et säiliks kliendi järjepidev toetav side omastega.

Toetatud elamise teenust pakutakse füüsiliselt erinevates tingimustes ja juhendamise maht on teenusepakujate lõikes erinev. Osad toetatud elamise üksused sarnanevad oma olemuselt ööpäevaringsele erihooldusteenusele, s.t. kliendid elavad osakonnalaadses keskkonnas hoolekandeasutuse territooriumil ning sisuliselt ei koge iseseisvat elu. Enamus elulistest probleemidest lahendatakse asutuse tugisüsteemide poolt. Teised toetatud elamise üksused on korterid, kus klient näeb juhendajat 2 tundi nädalas ning ülejäänud aja jooksul peab ise otsuseid vastu võtma ja asjakohaselt tegutsema. Eksperdid rõhutavad, et toetatud elamise kohtade arv peab eelkõige suurenema suuremates linnades, sest kliendid, kes ei oma maal elamise kogemust, ei ole nõus teenust tarbima väikeses alevikus või külas. Samuti on hädavajalik toetatud elamise teenuse pakujate spetsialiseerumine tööks vaimupuudega, traumajärgse ajukahjustusega või psüühikahaigete inimestega. Toetatud elamise teenuse osutaja peaks toetust pakkuma nn astmeliselt ehk vastavalt kliendi toetuse vajadusele, mis võimaldaks perspektiivis liikuda suurema toetusega teenuselt väiksema toetusega teenusele. Probleem on aga selles, et toetatud elamise teenusele on erinevatel põhjustel sattunud kliendid, kelle toetusvajadus on suurem kui tänane teenuse hind võimaldab. Teenuse

kirjelduses on kirjas klienditöö maht ja sellest suuremat toetust pole majanduslikult võimalik osutada.

Erivajadustega inimeste tööprotsessi kaasamise teenuste pakkumine ei lähtu inimeste vajadustest ning puudub teenuste koordineeritud süsteem. Näiteks töötamise toetamise teenuse olemuse kohaselt peab kliendil olema töölepinguline suhe tööandjaga koos sellest tulenevate õiguste ja kohustustega, kuid praegune töötamise toetamise teenus hoiab sidet tavatöökohtadega ning toetab seal inimesi vähesel määral ning osades asutustes tähendab töötamise toetamise teenus sisuliselt kaitstud tööd, kus inimestele on loodud spetsiaalne keskkond ja teenuse pakkuja ise on allhanke või konkreetse töö pakkuja ning juhendaja inimesele. Tasuline kaitstud töö (enamasti selleks ettenähtud töökeskustes) või tasuta töösarnane tegevus (päevakeskustes, näiteks kogukonnas elamise teenuse juures) on võimaluseks, kui inimene ei ole võimeline minema avatud tööturule. Sotsiaalteenusena võiks pakkuda tasuta töösarnast tegevust ning kuna on olemas vajadus kaitstud töö teenuse järele, siis tuleks üle vaadata sidusalad (töölase) rehabilitatsiooni, Töötukassa teenuste ja erihoolekande teenuste hulgas. Toetatud töötamise teenus erivajadustega inimeste tööerakendamiseks tuleks koordineerida näiteks Töötukassa vahendusel või Töötukassa vahenditest erihoolekande teenuse raames. Töötamise toetamise teenuse pakkumisest ei ole hoolekandetasutused motiveeritud suhteliselt väikese pearaha tõttu.

Eksperdid soovivad töötamise toetamine siduda tööalase rehabilitatsiooniga ning määratleda meetodid, kuidas seda teha. Üks võimalus selleks on maailmas väga levinud meetod (tugiteenus) - toetatud tööerakendumine (*supported employment*), mis mõeldud isikute jaoks, kes puude või pikaajalise haiguse tõttu on tööturult väljalangenud ning vajavad toetust taas avatud tööturule sisenemisel ja seal püsimisel (inimest hoitakse võrgustikus, kus tema tööalane ja tervisealane käekäik on teada). Toetatud tööerakendamist tuleks alustada rehabilitatsiooniteenusel. Astangu Kutserehabilitatsioonikeskus viib alates 2010. aastast riiklike programmide rahastusel läbi puuetega inimeste töölesaamist toetavate rehabilitatsiooniprogrammide piloteerimist.

Klientide suunamine teenustele ei toimu vajaduste põhiselt. Ööpäevaringsete erihooldusteenuste osutamine ei peaks lähtuma ainult puude raskusastmest, vaid tuleks eelkõige arvestada puude liiki. Erihoolekande klientidest umbes pooled on vaimse alaarenguga (vaimupuudega) ja teised psüühikahäiretega. Vaimse alaarenguga klientide hulgas on erisusi, kus vaimupuue võib olla ainus diagnoos, kuid lisaks vaimupuudele võib

olla mõni kaasuv probleem (näit. pervasiivne arenguhäire). Psüühikahäiretega klientide seas (sh. normaalse intellektiga kliendid) võib samuti eristada neid, kel psüühiline haigus on ainus diagnoos ning neid, kel on lisandunud mõni muu probleem. Klientide asutustes osakondadesse paigutamine toimub põhiliselt puude raskusastme alusel, mille määramine on sageli tõlgenduslik ja see tingib problemaatilise olukorra, kus vaimupuudega ja psüühikahäiretega isikud satuvad ühte osakonda.

Eksperdid peavad vajalikuks eraldi hooldustingimuste loomist järgmistele kliendigruppidele:

- vaimse alaarenguga ja psüühikahäire kaksikdiagnoosiga isikud;
- autistid (kelle seas veel eraldi käsitleda mõõduka/kerge ja raske/sügava vaimupuudega autiste);
- raske kestva psüühikahäirega isikud (kelle puhul täiesti eraldi välja tuua ebastabiilne remissioon);
- sügava liitupuudega isikud, kelle hulgas eraldi välja tuua tserebraalparalüüsi või traumajärgse ajukahjustusega (kel ei ole ei vaimupuuet ega psüühikahäiret) kliendid ning kelle puhul eristada kõrgemat ja madalamat kognitsiooni¹³ ning kerget/mõõdukat ja rasket/sügavat vaimupuuet. Traumajärgse ajukahjustusega kliente liigutatakse erinevate osakondade vahel, alates tavalisest ööpäevaringsest kuni tugevdatud järelevalvega osakonnani. Neile võiks olla eraldiseisev sektsioon ööpäevaringses erihooldusosakonnas;
- eraldi sihtrühmana käsitleda dementseid;
- sõltuvushäiretega isikutele on vajalik eraldiseisva tugisüsteemi tekitamine ning valdkonnaspetsiifilisi nõustamisteenuseid pakkuvate spetsialistide koolitamine, kuna tava- ja erihoolekandeteenused on selle sihtgrupi jaoks välistatud ning hoolekandetöötajatel puuduvad oskused nendega töötamiseks.

Osakondades oleks mõistlik kõrgema intellektiga isikutele luua eraldi tingimused, et mitte liigselt piirata oma tegevustest teadlikumaid ja võimekamaid kliente.

Ööpäevaringne erihooldusteenus, mille kättesaadavus kliendi jaoks on parem kui teistel ööpäevaringsetel erihooldusteenustel, on ülekoormatud spetsiifilisemaid tingimusi vajavate klientidega. Teenusele suunatakse ka need sügava liitupuudega või ebastabiilse remissiooniga psüühikahäiretega kliendid, keda ei ole koheselt võimalik paigutada neile ette nähtud

¹³ Vaimse tegevuse see osa, mida pedagoogikas nimetatakse mõtlemiseks, arutluseks, analüüsiks, tajumiseks, defineerimiseks, ka informatsiooni omandamiseks, organiseerimiseks, säilitamiseks, reprodutseerimiseks, kuid mitte afektiivsed ja psühhomotoorsed protsessid.

osakondadesse. Tagajärjeks on liiga suured ööpäevaringse erihooldusteenuse osakonnad, kus on ebapiisavalt töötajaid (keskmiselt 2 töötajat 30-40 kliendi kohta) ja kus elamistingimused ei taga kliendile kodulaadset keskkonda.

Ekspertide hinnangul on sügava liitpuudega isikute ööpäevaringsed erihooldusteenused klientidega ülekoormatud ning väga erinevad kliendid teenusel ei toeta teenuse kvaliteeti. Sagedasti on liitpuudega isikul jäänud fikseerimata tema erinevad puuded (nt raske, mõõdukas vaimupuue ja kõnepuue) ning teda ei käsitleta kui liitpuudega isikut ning suunatakse teenusele, kus tema toetus jääb väheseks. Samuti ei ole välistatud olukord, kus ühes osakonnas on tserebraalparalüüsiga sügava füüsilise ja vaimupuudega isikud, sügava puudega autistid, kerge vaimupuudega ratastoolis isikud ja sclerosis multiplexiga skisofreeniahaiged. Samuti on neis osakondades eeldatust rohkem so 12-18 isikut (kuigi üle 10 ei ole optimaalne). Sügava liitpuudega teenus on mõeldud kahele erinevale sihtrühmale – sügava liitpuudega ning ebastabiilse remissiooniga isikutele. Need sihtrühmad peaks teineteisest lahutama ka teenust pakkuvad asutused, kes spetsialiseeruvad kas ühele või teisele sihtrühmale.

Ebastabiilse remissiooniga psüühikahäiretega isikud (hinnanguliselt 100 ringis) vajavad pidevat ravi, mistõttu on neile eriti oluline ravi tagamine. Paljud juhud võivad olla ravimresistentsed püsivate psühhootiliste sümptomitega. Optimaalne oleks ebastabiilse remissiooniga isikutele teenuse pakkumine psühhiaatriaiglate juures, kuhu on loodud vastavad kodusarnased üksused klientidele (mitte teenuse pakkumine tavapärasel haigla osakonnas). Diskussiooni koht on siin psühhiaatrilise pikaajalise ja erihoolekanne funktsioonide jagamises. Pikaajaline (paljudel aastatepikkune) viibimine psühhiaatriaiglas ebastabiilse remissiooniga patsientide osakonnas on pigem ebaotstarbekas ning ei aita kuidagi kaasa isiku paremale elukvaliteedile. Hetkel võib ebastabiilse remissiooniga klient veeta mitmeid kuid tahtevastastel haiglas pikaravil ja olla samas hoolekandeasutuses arvel, mistõttu kaasnevad põhjendamatud kulutused, mida oleks võimalik ära hoida.

Kohtu määruse alusel suunatud isikutele mõeldud ööpäevaringset erihooldusteenust kasutatakse eksperthinnangul mittesihotstarbeliselt. Teenus on sisuliselt mõeldud inimestele, kes kujutavad ohtu teistele või iseendile ja teenuse eesmärk peaks olema vabadusi piirav, kuna paljudel klientidel on näiteks kaasuv sõltuvushäire või skisofreenia. Kuna kohus ei ole kursis ülejäänud erihooldusteenustega ja võtab arvesse kohaliku omavalitsuse esindaja avaldust, suunatakse sinna nii ennast kui teisi kahjustava käitumisega skisofreenia

diagnoosiga isikud, dementsed vanurid, kerge vaimupuudega isikud, käitumishäiretega ja raske vaimupuudega autistid kui suitsiidikatse sooritanud. Kõik kliendid vajavad järelevalvet, enamus ka ravi, kuid mitte kõik ei vaja sarnasel määral vabaduse piiramist. Kindlasti ei tohiks kohtumääruse alusel antud osakondadesse suunata dementseid, kellele eraldiseisvaid teenuseid ei ole. Samuti peaks eraldi käsitlema ennastkahjustava käitumisega kliente, kelle juhendamisel esineb erisusi. Peaks vältima olukordi, kus kohtumäärusega teenusele suunatakse probleemse käitumise tagajärjel raske ja sügava vaimupuude ja liitpuudega isikud, analüüsimata probleemse käitumise põhjusi. Eksperdid peavad oluliseks antud teenuse konkreetse eesmärgi määramist: kas teenust osutatakse pelgalt selleks, et inimene ühiskonnast eraldada ja talle ravi pakkuda või selleks, et teda teenusel juhendada ja harjutada elementaarseid reegleid ning norme järgima, mille tulemusel ta teatud aja möödudes on suuteline elama mõne teise ja odavama teenuse toel. Viimane tähendab konkreetse tegevusplaani koostamist ja järgimist ning inimese järk-järgulist suunamist alguses ööpäevaringsele erihoooldusteenusele, siis toetatud elamise teenusele ja võib olla viimaks oma koduvalda. Praegu satuvad pärast teenuse lõppemist koju tagasi suunatud kliendid enamasti teenusele tagasi, sest järsk piiride kadumine põhjustab inimese elus kohese kaose ja probleemse käitumise uuesti võimendumise.

Ekspertide sõnul on võimalikud lahendused eelmainitud probleemidele ööpäevaringsete erihoooldusteenuste sihtrühmade spetsiifilisem määratlemine ja asutuste/osakondade töö spetsialiseerimine, samuti seotud osapoolte (kohtusüsteem) parem informeerimine erineva profiiliga klientidele mõeldud teenustest. Näiteks võiks kohtule abiks olla lisaks psühhiaatri hinnangule sõltumatute käitumiseksperptide hinnang keerulistele kliendijuhtumitele, kus kliendil lisaks vaimupuudele võib kaasneda mõni teine psüühikahaiguse diagnoos (nt autism). SKA või kõrgemalseisev organ peaks teadvustama vajadust spetsialiseerumiseks teenuste lõikes ning koordineerima asutustevahelist koostööd, kus erinevad hoolekandetasutused lepiksid kokku oma erinevate osakondade jaotuses. Algatus osakondade spetsialiseerumiseks oleks ühekordne ja võimaldaks luua meeskonnad, kes kliendid üle vaatavad, vajadusi hindavad ning vajadusel sobivasse asutusse/osakonda ümber suunavad. See looks pretsedendi ja kriteeriumid edasiseks klientide hooldusele suunamiseks. Paralleelselt eelmainituga oleks vajalik ka teenuste sisu ja nende kasutamise nõuete täpsem lahti kirjutamine. Spetsialiseerumisega seonduvalt võiks üle vaadata rahastuse alused, mis tagaks optimaalse klientide juhendamise teenustel.

Erihoolekandeesutuste personali maht ei ole alati nõuetekohaselt tagatud. Erihoolekande tegevusloa taotlemisel peab asutus tagama nõutud personali arvu ja kvalifikatsiooni, töötajate arvu muutumisel tuleb sellest informeerida SKAd. Kui nõudeid ei täideta, saab tegevusloa peatada. Eksperdid osutavad probleemile, et määrustega sätestatud töötajate arv ei taga alati kvaliteetse teenuse osutamist ja realselt osakondades töötavaid inimesi on vähe, kuna osad asutused ei täida vastavates määrustes sätestatud nõudeid ning järelevalve on ebapiisav. Personali puuduse probleem torkab silma osades asutustes ja eelkõige ööpäevaringsetel teenustel. Seda eriti pühade-, puhkusteaegadel ja nädalavahetustel. Samuti ei saa lugeda piisavaks olukorda, kus hoolekandeesutuste päevakeskustes töötab 1-2 inimest ja samas oodatakse, et töösarnaste tegevustega peaksid ideaalis olema hõivatud kõik hoolekandeesutuse kliendid.

Näiteks, täidab personali puudusel tegevusjuhendaja sageli tema kompetentsi mittekuuluvaid jooksvaid kohustusi, mistõttu puudub tal ülevaade klientidega toimuvast. Osades hoolekandeesutustes on lisaks puudus saatjatest (näiteks kohtumäärusega klientide puhul), kes viiksid kliendid päevakeskustesse või teostaksid töösarnaste tegevuste puhul tugevdatud järelevalvet. Napib piisava kvalifikatsiooniga tegevusjuhendajaid, kuna paljud hoolekandeesutuste töötajad ei ole veel kohustuslikku tegevusjuhendajate täiendkoolitust jõudnud läbida ja teised kõrgema kvalifikatsiooniga spetsialistid ei ole sageli motiveeritud hooldekodudes tegevusjuhendajatena töötamisest.

Tegevusjuhendajate kutsestandardi ja kutsekvalifikatsiooni nõuete väljatöötamine suurendaks kvaliteetse teenuse pakkumist. Tulevikus võiks see olla seotud kutseharidussüsteemiga ning jätkuda täiendkoolitusena madalama astme kvalifikatsiooni puhul. Eraldi koolitusi on vaja ka teenuste lõikes (igapäevaelu toetamise, toetatud elamise, kogukonnas elamise teenus jne), mis võiks olla otsene jätk praegusele põhikoolitusele.

Lisaks tegevusjuhendajate koolitamisele on vajalik teiste erivajadustega isikutega töötavate või vahetult kokku puutuvate spetsialistide koolitamine. Vaimse tervise jm õed, psühholoogid ja teised vaimupuudega ja pikaajalise raske kuluga psüühikahäirega klientidega töötavad spetsialistid vajavad erihoolekande ja psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni alast täiendõpet. Suur vajadus on tekkinud klientide probleemse käitumisega juhendamisega toimetuleku valdkonnas. Eestis puudub käitumisterapeutiline suund sotsiaalvaldkonna spetsialistide väljaõppes. Kognitiivkäitumuslik lähenemine on suunatud intellektihäireta isikutele ning sageli jäävad spetsialistid hätta just igapäevatöös madalama intellektiga klientidega.

Praeguseks on algatatud käitumiseksperptide koolitamine, keda Eestis oleks ligikaudu vaja 20 ja kelle töö sisu on probleemsete kliendijuhtumite juhendamine töökohtadel. Probleemse käitumise juhendamine või juhtumi juhendamine võiks olla eraldiseisev teenus, mida võiks rahastada SKA. Rehabilitatsiooniteenuse raames osutatava psühholoogi teenuse kvaliteedi tõstmiseks võiks edaspidi arvestada kliinilise psühholoogi kutsetunnistuse olemasolu teenust osutaval psühholoogil.

Päevakeskused ei taga klientide vajadusi. Hoolekandeesutustest eraldiseisvaid päevakeskuseid kasutatakse igapäevaelu toetamise teenuse osutamisel. Päevakeskused on üks esimesi erihoolekandeteenuste liike, mis loodi üle kümne aasta tagasi. Sagedasti nn esimese põlvkonna päevakeskused sellisel kujul, kus põhirõhk on huvi-ja hobitegevustel, ei taga enam klientidele võimetekohast tegevust. Päevakeskused peaksid samuti olema diferentseeritud vaimupuudega ning teise psüühikaprobleemidega isikutele. Päevakeskused peaksid arenema koos ajaga ja pakkuma seda, mida konkreetsed inimesed vajavad ja lähtuma oma tegevuses ka klientide haigusest taastumise faasidest. Klubimajade liikumine on kogu maailmas end õigustanud ning sarnase struktuuriga tegevused on toetavad pikaajalise psüühikahäirega klientidele. Struktureeritud rehabilitatsiooniprogrammid ja grupitegevused suunatuna psüühikahäirest inimeste taastumisele ning enesealgatuse toetamine on tegevused, mida maailmas järgitakse. Ka *drop-in* keskus (sisseastumiskoht) võib olla toetavam kui ebafunktsionaalset toimiv päevakeskus. Igapäevaelu toetamise teenus ei peaks olema ainult seotud jäigalt päevakeskusega, vaid selle teenuse raames saaks pakkuda klientidele tuge erinevate võimalustega.

Ööpäevaringsete erihooldusteenuste osas on oluliseks probleemiks olukord, kus hoolekandeesutuste juures olevate päevakeskuste tegevused ei ole piisava täpsusega kirjeldatud ja reguleeritud ning klientide päevategevustega hõivamine seetõttu vähene. Päevakeskuste töö finantseerimine ööpäevaringsete teenuste puhul ei ole eraldiseisev teenus nagu igapäevaelu toetamise teenus, vaid ööpäevaringse teenuse pearaha sees. Hooldusasutuste juurde loodud päevakeskused teenindavad vaid väheseid ise aktiivseid ja huvitunud kliente. Ülejäänud, kes oma seisundi või intellekti tõttu vabatahtlikult päevakeskustesse ei lähe, jäävad kogu päevaks tegevusetult osakondadesse, kus nad on personali nappuse ja ebakompetentsuse tõttu alarakendatud. Eksperdid leiavad, et erineva profiiliga klientide puhul tuleks päevakeskuste tegevused kujundada vastavalt nende võimetele (näiteks hobitegevustega hõivata pigem psüühikahäiretega isikuid, vaimupuudega isikutele pakkuda kaitstud töö võimalust jne). Samuti oleks oluline päevakeskuste klientide kaasamine

töölaadsetesse tegevustesse, mille eesmärk on eneseteostuse puudumisest ja rakendamatuses tingitud igapäevase probleemse käitumise vähendamine. Hetkel on päevakeskustes pakutavate tegevuste ring kitsas (peamiselt mängulised tegevused, mida ei loeta töösarnaseks tegevuseks).

Nõuded kliendi tegevusplaanide koostamiseks on ebatäpsed. Sotsiaalhoolekandeseaduses on sätestatud erihoolekandeteenuse osutajale nõue kliendi tegevusplaanide koostamiseks, kuid ekspertide hinnangul ei ole see taganud teenuste ühtlast kvaliteeti. Teenustele on olemas minimaalsed kvaliteedikriteeriumid, kuid kvaliteedistandardid vahetuks tööks kliendiga puuduvad. Taoline olukord raskendab tegevusplaanide üle teostatavat järelevalvet, millega ei ole võimalik tagada sisulist hindamist konkreetsest kliendist lähtuvate tegevuste üle. Seetõttu tuleks juba rehabilitatsiooniteenuse osutamisel (eelkõige rehabilitatsiooniplaani koostamisel) oluliselt rohkem tähelepanu pöörata sellele, kas konkreetse kliendi jaoks rehabilitatsiooniplaaniga püstitatud eesmärgid ja tegevusplaanid end õigustavad. Enamustes asutustes on tegevusplaanid üldised ja ühe töötaja (mitte kogu meeskonna poolt) koostatud. Tulemuslikuks tööks peaksid tegevusplaanid iga kliendi puhul olema konkreetsete, selgelt sõnastatud eesmärkidega ja juhendusetappidega, mida kõigil töötajatel oleks võimalik järgida ja täiendada ning mille põhjal kliendi arengut hinnata. Omaette probleemiks on (ebastabiilse remissiooniga ja sügava liitpuudega isikute) ööpäevaringsete osakondade päevaplaanid, mille tegemisel ei ole kliendi tegelike vajadustega arvestatud. Nii näiteks võivad söögi- ja magamaminekuajad olla planeeritud viisil, mis selgelt halvendab kliendi heaolu ja käitumist. Samuti ei ole kliendile vajalik informatsioon (näiteks orientatsioonitabelid, osakonna reeglid) kõigile arusaadavalt esitatud ja ligipääsetav.

Eelmainitud probleemide leevendamiseks tuleb suurendada SKA järelevalveametnike pädevust, et suudetaks lisaks vormilisele küljele hinnata nii rehabilitatsiooniplaanide kui tegevusplaanide sisulist külge ning vastavust keskkonna ja inimesega või kaasata hindamiseks koosseisuvälised spetsialiste. Tegevusplaanide hindamine ei peaks oma olemuselt olema järelevalve spetsialisti töö, vaid asutuse sisemise töö kvaliteedihindamise kriteerium. Rehabilitatsiooniplaani alusel tegevusplaanide koostamine on muutunud käesolevalt ebamõistlikuks tegevuseks, kus rehabilitatsiooniplaani eesmärk on niivõrd üldine, et sisuliselt on tegu teenuse eesmärgiga, mitte isiku isikliku eesmärgiga (mida „isiklik rehabilitatsiooniplaan“ nõuab).

Teenuste arendamine ja järelevalve on killustunud. Aastal 2007 loodi Sotsiaalministeeriumi haldusalas AS Hoolekandeteenused, mis koondab üle Eesti paiknevate erihooldekodude juhtimist, et tagada teenuse parem ja ühtlasem kvaliteet. Ettevõtte haldab 101st SKA erihooldekandeteenuseid osutavast lepingupartnerist 17 erihooldekodu ja 1 eakatekodu 11 maakonnas üle Eesti, osutades sellega suurema osa teenuste mahust. Euroopa Liidu toetusrahad valdkonna investeeringuteks lähevad AS-le Hoolekandeteenused.

- Erihoolekandeteenuste arendustegevust on juhtinud sotsiaalministeerium ja paljude arendusprojektide läbiviimine on toimunud Astangu Kutserehabilitatsioonikeskuse kaudu. Samuti on arendusprojekte läbiviidud mitmete MTÜ- de poolt. Vaja oleks luua erihooldekande visioon lähiaastateks, millest saaksid teenuste pakkujad oma arendusprojekte luues juhendada, kuid mis Eestis praegusel hetkel puudub. Seni läbiviidud arendusprojektidesse (PITRA, PITRA II, rehabilitatsioonispetsialistide täiendkoolitus, rehabilitatsiooniprogrammid) ei ole vajalikul määral kaasatud SKAd, kes valdab olulist informatsiooni erihooldekande probleemidest, tõrgetest jm. Edaspidi on oluline regulaarselt korraldada infopäevi/ümarlaudu SKA, hoolekandeteenuseid pakkuvate asutuste, erinevate projektide või uute algatuste loojatega, et oleks võimalik ühiselt ressursse ja teadmisi tõhusalt koordineerida. Samuti tuleb erihooldekandeteenuste arendamisse kaasata kliendid nii organisatsiooni kui isiku tasandil (nt luua asutustesse kliendinõukogud).

Erihoolekandeteenuste osas olukorra parandamiseks tuleks sõnastada ettepanekud ja kriteeriumid ning informeerida neist teenuse osutajaid ja rehabilitatsiooniasutusi, mille juhatustel on võimalik kõrvaldada esinevad puudused, koostada tegevuskava teenuste kvaliteedi parandamiseks ning nõuete täitmiseks jne.

Rehabilitatsiooniteenuse kontseptsioon on ebaselge. Rehabilitatsiooniteenus psüühikahäirega isikute sihtgrupile on oma olemuselt kõige ebamäärasem, kuna rehabilitatsiooniteenusel on täita mitu erinevat ülesannet, mis ei ole otseselt rehabiliteerivad tegevused (näiteks puude raskusastme määramisel lisahinnangu andmine ja teenuse vajaduse määramine). Rehabilitatsioon oma terminoloogilises tähenduses käesoleva teenuse kontekstis on samuti segadusttekitav (näiteks rehabilitatsiooni vajavaks sihtgrupiks psüühikahäiretega isikute seas on intellektipuudega isikud), mistõttu rehabilitatsiooniteenuse raames määratud tegevuste eesmärgid ei ole sageli põhjendatud.

Rehabilitatsiooniteenuse eesmärk peaks olema ennekõike pikaajalise haiguse tagajärjel inimese iseseisva toimetulekuvõime taastamine (*recovery*) rehabiliteerivate sekkumiste abil.

Praegu toimib rehabilitatsiooniteenus suuresti lävepakuteenusena teistele teenustele suunamisel ning analoogiliselt sanatooriumiteenustele, kus vormistatakse kliendile üksikteenuste pakett. Rehabilitatsiooni tegelikku eesmärki pole alati võimalik saavutada üksikteenuseid osutades. PITRA projektide tulemusel (55) tuvastati vajadus piiratud mahus erialapõhiste üksikteenuste (sotsiaaltöötaja, psühholoogi jm teenus) rahastamise asemel toetada komplekssete ja eesmärgistatud sekkumiste (rehabilitatsiooniprogrammide¹⁴) arendamist ning juhtumikeskset metoodikat. Seejuures täheldati psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni ja perekoolituste pakkumise olulisust.

Terviklik rehabilitatsioon sisaldab rehabiliteerivate meetmete rakendamist kõigis eluvaldkondades: elamine, sh iseseisev toimetulek, õppimine, töö, vaba aeg ja sotsiaalsed suhted. Rehabilitatsiooniteenuse alaeesmärke saab täpsustada lähtuvalt sihtgruppide vajadustest, näiteks inimeste puhul, kes ei ole võimelised töötama psüühilise erivajaduse tõttu, on teenuse eesmärgiks suurendada iseseisvat toimetulekut ja vähendada teiste pereliikmete hoolduskohustust. Vaja on välja töötada erinevatele sihtgruppidele ja laiapõhjalistele eesmärkidele suunatud kompleksed tegevusmudelid (nt vaimupuudega inimestele suunatud toimetulekuõppe programm jms). (55) Teenuste süsteemis ümberkorralduste tegemisel tuleks lähtuda tulevastest klientidest ning enam fookus seada esmahaigestunutele mõeldud tugisüsteemide arendamisele, mille abil isik saaks võimalikult kaua kogukonnas elada. Rehabilitatsioon võiks vajadusel leida oma koha koheselt raviteenuse jätkuna, et sobiv ja vajalik toetus saaks toimuda nii kiiresti kui võimalik ning sellistel puhkude tuleks rakendada eelisjärjekorra võimalust.

Rehabilitatsiooniteenuse eesmärkide täitmise muudavad probleemseks ka rehabilitatsiooniplaanid. Hoolekandeametuste, tervishoiuasutuste või eraldiseivate asutuste rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistid hindavad väga lühikese aja jooksul isiku toimetulekut, tegevusvõimet ja eri teenuste vajadust, mille alusel koostatakse rehabilitatsiooniplaan. Rehabilitatsiooniplaani nimetus „Isiklik rehabilitatsiooniplaan“ on kaotanud oma spetsiifilise isiksusekeskse olemuse ning toimib kui teenuste määramise dokument. Ka on plaanist kadunud plaani koordineeriva isiku nimi ning funktsioneerib plaani koostamise eest vastutava isiku nimi. Tänapäevase rehabilitatsiooniplaani alusel ei ole võimalik

¹⁴ Aastatel 2010 – 2010 piloteeriti esimesi rehabilitatsiooniprogramme (sh psüühilise erivajadusega inimestele või muude sihtgruppide psühhosotsiaalsele taastumisele suunatud programme).

erihooldekandeaasutuste klientidele koostada tegevusplaan, pöhirõhk on soovitatavatel teenustel (mitte tegevustel) ning soovitatavad tegevused on väga üldised ning sagedasti pole kooskõlas konkreetse isiku oskuste ja võimeteaga.

Rehabilitatsiooniplaan 18 leheküljel on vormilt põhjendamatult mahukas ning sisuliselt on vajalikku informatsiooni minimaalses koguses. Spetsialistide hinnangud kopeerivad üksteist, väljendavad informatsiooni „kliendi sõnade kohaselt“ ning spetsialistide objektiivseid hindamisi (mõõdikute või muude vahenditega) praktiliselt pole. Kui rehabilitatsiooniplaani kasutada jätkuvalt teenuste määramise dokumendina, siis piisaks paarileheküljelisest dokumendist ning selles protsessis ei peaks osalema viieliikmeline meeskond. Siinkohal oleks ehk mõistlik eraldada teenuste plaan (nt isiklik toetusplaan) rehabilitatsiooniplaanist (rehabilitatsiooniprotsessi läbiviimine, mis hõlmaks lähtuvalt isiku taastumisastmest erinevaid toetavaid, harivaid ja õpetavaid tegevusi, k.a. rehabilitatsiooniprogrammis osalemine). Erivajadusega inimesed (üksikisikud või ühing) tuleks seejuures kaasata rehabiliteerivate sekkumiste kavandamise juurde (programmid, tugigrupid jm) ning soodustada nende omaalgatusi.

Rehabilitatsiooni tulemuslikkust rehabilitatsiooniteenuse kontekstis sisuliselt pole võimalik hinnata. Eesmärgid, mida püstitakse, on pigem mittemõõdetavad. Üksikteenuseid pakkuvad spetsialistid ei tööta valdavalt ühise eesmärgi nimel, vaid lähtuvalt erialast ja üksikteenuse spetsiifikast.

Rehabilitatsiooniteenust pakkuvaid asutusi on üle saja, mis on väikese riigi kohta liiga palju. Puudub riiklikul tasandil piirkondlikest ning sihtgrupi vajadustest lähtuv rehabilitatsiooniasutuste planeerimine (55). Ka teenuste pakkumine rehabilitatsiooniasutuses põhitegevuse kõrvalt ja raamlepingute sõlmimine asutustega iga aasta esimeses kvartalis ei toeta hästifunktsioneeriva süsteemi teket ega tõsiseltvõetavust. Hinnata tuleks ümber asutuste pädevus ja kvaliteet ning mõelda spetsialiseerunud rehabilitatsiooniasutustele ja meeskondadele, kes on suutelised koostama nii adekvaatseid plaane kui pakkuma teenuseid ja programme.

Raviasutusi tuleks paremini informeerida rehabilitatsiooniteenusest, et kui inimene ei vaja enam ravi akuutosakonnas, oleksid talle vajadusel nii kiiresti kui võimalik kättesaadavad rehabilitatsioonivõimalused. Praegu on aga olukord, kus pikad järjekorrad teenusele (aasta ja rohkem) on tekitanud pseudonõudluse ning takistavad võimalust saada teenust koheselt peale

haiglast lahkumist. Rehabilitatsioonil viibimise aega peaks muutma paindlikumaks, sest mõningatel juhtudel on haigusest taastumine pikaajalisem.

Rehabilitatsiooniteenuse pakkumise jätkamisel sarnaselt praegusega kasutatakse ressursse ebaotstarbekalt. Rehabilitatsiooniteenuse arendamiseks on vajalik riigipoolne seisukoht, poliitika ning alusdokument, mis määratleks selle olemuse, eesmärgid ja sisulise korraldamise, samuti süsteemne koostöö teadusasutustega.

Eraldi teemana tuleks käsitleda ning kujundada ühtne kontseptsioon intellektipuudega (vaimupuudega) isikute toetamise võimalustest alates intellektipuudega inimese sünnist kuni elukaare läbimiseni. Ei peaks lähtuma haridussüsteemi ega erihoolekande olemasolevatest teenustest vaid intellektipuudega inimesest, kes toetust, haridust, tööd ja erihoolekannet vajavad. Võimalusel tuleks üle vaadata puude käsitlemise erisused haiguspõhistel puuetel ja sünnipärasel puuetel (intellektipuue erinevate raskusastmetega, nägemispuue, kuulmispuue, kõnepuue), mis aitaks süsteemi korrastada.

Ettepanekud

- Vaimse tervise teenuste regionaalselt ebavõrdse pakkumise vähendamiseks on vaja üle-eestiliselt lõplikult välja arendada nõustamisteenuste süsteem ja kogukonnateenuste võrgustik, mis soodustaksid eri ametkondade vahelist koostööd kliendi argielu probleemide lahendamisel.
- Rehabilitatsiooniteenuse tõhustamiseks vajalik luua kontseptsioon, mis määratleks rehabilitatsiooniteenuse tervikolemuse sh mõisted, teenuse eesmärgid ja sisulise korraldamise. Seejuures on oluline:
 - arendada süsteemset koostööd teadusasutustega tõenduspõhiste rehabilitatsiooniprogrammide välja töötamiseks;
 - täpsustada rehabilitatsiooniplaani koostamise põhimõtted sh hinnangute objektiivsus, teenuste tõenduspõhisus ja integreeritus ning plaani tulemuslikkuse hinnatavus ja formaat;
 - eraldada teenuste korraldamise plaan (nt isiklik toetusplaan) rehabilitatsiooniplaanist (rehabilitatsiooniprotsessi läbiviimine, mis hõlmaks lähtuvalt isiku taastumisastmest erinevaid toetavaid, harivaid ja õpetavaid tegevusi, sh rehabilitatsiooniprogrammis osalemine);

- üle vaadata rehabilitatsiooniplaane koostavate meeskondade arv ja asutuste spetsialiseeritus ning kompetentsus tagamaks abivajaja reaalsest vajadusest lähtuv piisava detailsusega rehabilitatsiooniplaani koostamine;
- tõhustada rehabilitatsiooniteenuste osas Sotsiaalkindlustusameti poolt läbi viidavat järelevalvet sh üksikteenuste tõenduspõhisust ja põhjendatust.
- Erihoolekandeteenuste kvaliteedi tõstmiseks ja erihoolekandeesutuste vahelise koostöö tõhusaks koordineerimiseks on vaja:
 - luua visioon erihoolekandesüsteemist, selle rahastamisest ja uute teenuste arendamisest (nt juhtumi juhendamine /probleemse käitumise juhendamine);
 - spetsiifilisemalt määratleda ööpäevaringsete erihooldusteenuste sihtrühmad ja erinevatele sihtrühmadele spetsiifilisi teenuseid osutavad asutused ning osakonnad;
 - välja töötada erihoolekandeteenust vahetult osutavate isikute (tegevusjuhendajate) kutsestandardid ja kutsequalifikatsiooni nõuded ning pakkuda neile täiendõppe võimalusi (näiteks igapäeaelu toetamise, toetatud elamise, kogukonnas elamise teenus jne);
 - tõhustada järelevalvet erihoolekandeteenuste sisu ja eesmärgipärasuse ning erihoolekandeesutuste kujundatud tegevusplaanide ja –keskkondade üle;
 - pakkuda teistele erivajadustega isikutega töötavatele või kokku puutuvatele spetsialistidele (vaimse tervise jm õed, psühholoogid ja teised vaimupuudega ning pikaajalise raske kuluga psüühikahäirega klientidega töötavad spetsialistid) erihoolekande ja psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni alaseid koolitusi.
- Psüühilise erivajadustega isikute toimetuleku ja taastumisvõimaluste parandamiseks on vaja:
 - arendada ja rakendada esmahaigestunutele mõeldud toetavaid teenuseid (psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni programme ja eneseabigruppe, samuti uusi toetavaid teenuseid koheselt pärast aktiivravi lõppu – näiteks esmaste psühhooside puhul);
 - arendada ja ellu viia struktureeritud rehabilitatsiooniprogramme ja grupitegevusi, mis erineva profiiliga klientide puhul oleksid kujundatud vastavalt klientide võimetele;
 - senisest enam teavitada psüühiliste erivajadustega inimesi ja nende lähedasi neile kättesaadavatest igapäeaelu toetavatest teenustest ja tegevustest, rehabiliteerivatest sekkumistest ning õppe- ja toetusprogrammidest;

- tõhustada erivajadustega inimeste võimetele ja vajadustele vastavat tööprotsessi kaasamist ning määratleda selleks meetodid (töölase) rehabilitatsiooni-, tööturu ja erihoolekandesüsteemi omavahelises koostöös.
- Eraldi lähenemist ja käitumisjuhiseid olemasolevas sotsiaalteenuste süsteemis (sh rehabilitatsiooniteenuse raames) vajavad spetsialistid tööks intellektipuudega klientidega.

2.5. Vaimse tervise tugiteenused ja eneseabi

2.5.1. Teenuste kättesaadavus

Mitteametlike vaimse tervise teenuste ja eneseabivahendite kättesaadavust ja vajadusi tuleks eraldi analüüsida, kuna antud kaardistamise metoodika ei võimalda teenustest põhjalikku ülevaadet saada.

Mitteametlikke teenuseid pakutakse üldjuhul kodanikualgatuslikus korras ja nende tegevusulatus ning tegevuse kestus on keeruline määratleda. Üldiselt ei suudeta paljude mittetulundusühingute või sihtasutuste eestvedamisel ellu viidud vajalike projektide toel tagada jätkusuutlikke teenuseid, kuna nende rahastamine ei ole pärast projekti lõppemist sageli tagatud ning pelgalt vabatahtliku tegevusega ei saavutata vajadustele vastavat teenuste mahtu ja piirkondlikku kaetust. Alljärgnevalt on toodud mõned näited toetavatest vaimse tervise teenustest Eestis.

Kõigile Eesti elanikele on kättesaadav usaldustelefoni teenus (www.eluliin.ee, www.usaldus.ee jne.), mida osutavad telforid (eelvaliku läbinud ning usaldustelefoni teenuse osutamiseks kutsealase ettevalmistuse ja atestatsiooni saanud professionaalsed kuulajad).

Kõigile eesti keelt kõnelevatele abivajajatele pakuvad põhjalikku informatsiooni nõustamisvõimalustest ja tasuta veebipõhist nõustamist Eesti psühholoogiaüliõpilased (www.lahendus.net). Ennekõike sobib teenus noortele.

Hingehoiuteenust pakutakse üle Eesti kõigile abivajajatele. Täpsem informatsioon on kättesaadav kodulehe (hingehoid.ee) kaudu. Hingehoidja kompetentsust tõestab hingehoidja kutsetunnistus.

MTÜ Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing (EPRÜ) koostöös Tallinna Vaimse Tervise Keskuse (TVTK) ja välispartneritega arendas aastatel 2009-2011 tugi- ning eneseabi-

gruppide teenust psüühilise erivajadusega isikute ja nende lähedaste sotsiaalse kaasatuse suurendamiseks kõigis Eesti maakondades, võimaldades abivajajatel pöörduda nõustamiskeskusesse, kus neile pakuti psühhohariduslikku koolitust, tugigruppide juhendajate ja vabatahtlike koolitusi, tööhõivealast ja kogemusnõustamist ning infot tugigruppide tegevuste kohta üle Eesti. Selle projekti lõpetamisel loodi taastujate ühing *Pro Mente*. TVTK osades keskustes on algatatud rühmatööl põhinevaid toetusprogramme spetsiaalselt esmahaigestunutele ning nii TVTK kui EPRÜ pakuvad klientidele kogemisenõustamist. EPRÜ on algatanud ka projekti „Isiklikud valikud tööturul“, mille eesmärk on pikaajaliste ja psüühiliste erivajadustega töötute juhtumikorralduslikul põhimõttel töölerakendamine tööpraktika ja mentorluse toel.

Hea näide ennetustegevusest vaimse tervise valdkonnas on ka Tartu Vaimse Tervise Hoolduskeskuse eestvedamisel käivitatud projekt hoolduskoormusega isikute toetamiseks „Psüühilise erivajadusega ning hoolduskoormusega isikute kompleksne aktiveerimine Tartumaa kohalikes omavalitsustes“ 2009-2012 aastateks, et toetada inimesi jõukohase töö leidmisel, hoolduskoormuse vähendamisel ja sobivate teenuste leidmisel, millega paralleelselt välja töötada ja rakendada ka eneseabigruppide kontseptsioone. Sarnase projekti - „HOTE“ (kombineeritud kodu- ja päevahooldusteenuste pakkumine hoolduskoormusega isikute töölerakendamise toetamiseks) on aastateks 2010-2012 ellu rakendanud AS Hoolekandeteenused koostöös kohalike omavalitsuste ja Eesti Puuetega inimeste kojaga.

Samaaegselt koolituse ja teadustööga tegeleb Eesti-Rootsi Suitsidoloogia ja Vaimse Tervise Instituut süstemaatilise edendus- ja ennetustööga eri sihtrühmade harimisel läbi massimeedia ja valitsuse tasandil sellekohast infot jagades.

2.5.2. Probleemid ja arenguvajadused

Paljud abivajajad jõuavad abi otsimise või esmase diagnoosini alles siis, kui probleemid või psüühikahäired on pikka aega kestnud. Kuna inimestelt ei küsita piisavalt nende vaimse tervise seisundi kohta ja nad ise ei pruugi ebamääraste kaebuste tekkimisel esmajärjekorras vaimse tervise probleemidele mõelda, jõuavad nad ebaselgete kehaliste kaebustega esmalt perearstile. Seetõttu tuleks seada valdkondliku arengu prioriteediks **vaimse tervise probleemide varane märkamine ja sekkumine**. Inimeste võime ja valmisolek probleeme varakult märgata ja ennast abistada on suuresti seotud nende teadlikkuse ja hoiakutega. Oluline on teha laiemaulatuslikku teavitustööd erinevate massiteabevahendite, töökohtade ja

õpikeskkondade kaudu. Vaja on tõsta tööandjate ja töötajate teadlikkust vaimsest tervisest ja psühholoogilistest ohuteguritest töökohal, pakkuda elukutsespetsiifilist nõustamist ning abi tööstressiga toimetulekuks. Inimesi tuleb laiaulatuslikumalt teavitada abiotsimise võimalustest vaimse tervise probleemide korral ning abistada neid internetis või mujal teabe otsimisel, kuna külluslikult ja vabalt ligipääsetav informatsioon võib olla segadusttekitav ning mitte alati teadus-/tõenduspõhine (näiteks ei pruugi inimene abi otsimisel eristada psühhoterapeudi tegevust nõustaja omast ega kriitiliselt hinnata ametliku tunnustuseta psühholoogilise abi vorme).

Edendus- ja ennetustegevus peaksid jätkuvalt olema suunatud inimeste vaimse heaolu saavutamisele ja säilitamisele ning toimetulekule stressiga igapäevases elukeskkonnas. Kõrgendatud tähelepanu tuleb suunata neile, kelle heaolutunne võib olla vähenenud ja lootusetusetunne suurenenud, so. tundlikele sihtrühmadele või riskirühmadele, kel ei pruugi olla tõsisemaid või väljakujunenud psüühikahäireid, kuid kes vajaksid rohkem informatsiooni edasiste probleemide ennetamiseks ja nendega toimetulekuks. Sellised sihtgrupid on kroonilised haiged, toimetulekuraskustes (vähekindlustatud) isikud jne, töötute või mujal töötavate vanematega pered, kriisisituatsioonis inimesed ja eakad. Eraldi lähenemist vajavad ka noored, kelle käitumise ja probleemide lahendamise oskuse väljakujunemist mõjutab lisaks kodule õpikeskkond.

Vaja on arendada madalama intensiivsusega tõenduspõhise psühhoteraapia (peamiselt kognitiivsed- ja käitumuslikud) sekkumisi, mis ei eelda otsest või sagedast terapeudiga näost-näku kohtumist ning võivad olla juhitud läbi kirjalike materjalide, internetiprogrammide, telefoni, SMS-i või nende kombinatsioonis jms. Selliselt tõendatud efektiivsusega sekkumiste kasutamine võimaldaks sekkuda võimalikult varakult ja juba enne häire väljakujunemist, mis omakorda hoiaks teenusele minevad kulutused madalamana ja tõstaks oluliselt efektiivsete meetodite kättesaadavust. Ärevus ja meeleoluhäirete ravis on taolised meetodid levinud ja piisavalt empiirilist toetust saanud. Näiteks võib tuua sellised tõendatud efektiivsusega teraapiasekkumistel baseeruvad internetiprogrammid nagu: *www.beatingtheblues.com* ja *www.fearfighter.com*.

Psüühikahäiretega isikutele (sh esmahaigestunutele) tuleks luua tugikeskuseid, kuhu neile on vaba ligipääs ja kus neil ei ole kohustust end hõivata aktiivtegevustega, kuid on koht koosviibimiseks. Taolistel keskustel on oluline osa psüühikahäiretega isikute psühhosotsiaalse

rehabilitatsiooni toetamisel ja elukvaliteedi parandamisel ning sageli on keskuste (nagu ka erinevate tugigruppide) eestvedajad psüühikahäiretega isikud ise.

Ettepanekud

- Suurendamaks inimeste oskusi vaimse heaolu saavutamiseks ja säilitamiseks, vaimse tervise probleemide ja nende riskitegurite märkamiseks ning valmidust sekkumiseks on vaja:
 - tõsta inimeste teadlikkust vaimsest tervisest ja kujundada hoiakuid massiteabevahendite, töökohtade ning õppekeskkondade kaudu;
 - luua täiendavaid eneseabi diagnostika vahendeid ja madalama intensiivsusega tõendus põhise psühhoteraapia sekkumisi (näiteks internetipõhiseid), seda eriti enamlevinud vaimse tervise häirete (ärevushäired, depressioon, unehäired) osas;
 - suunata senisest enam informatsiooni abisaamisvõimaluste kohta ja lihtsustada ligipääsu vaimse tervise sekkumistele sotsiaalselt tundlikele sihtrühmadele.
- Et psüühikahäiretega inimestele ja nende lähedastele oleks lisaks tervishoiuteenustele ja sotsiaalteenustele kättesaadavad toetavad teenused, on oluline soodustada omasuguste eneseabirühmade ja lähedaste tugigruppide tegevust.

3. KOKKUVÕTE

Vaimse tervise teenuste kaardistamise eesmärgiks oli kvalitatiivse ülevaate koostamine täiskasvanud elanikkonnale suunatud vaimse tervise teenuste ampluaast ja arenguvajadustest Eestis. Tegevust rahastati Euroopa Sotsiaalfondi programmist „Tervislikke valikuid toetavad meetmed 2010–2011”.

Kirjeldamiseks Eesti vaimse tervise teenuste süsteemi ja analüüsimeks valdkondlike probleeme ning arenguvajadusi, tutvuti põhjalikult erinevate valdkondlike raamdokumentide ja õigusaktidega ning viidi teenusegruppide lõikes läbi intervjuud erialaekspertidega. Kaardistamise tulemusel selgusid peamised probleemkohad vaimse tervise teenuste pakkumisel ja joonistusid välja nii erialaspetsiifilised kui sektoriteüleised arenguprioriteedid. Dokumendis on alapunktide lõpus esitatud konkreetse teenusegrupiga seotud ettepanekud.

Vaimne tervis ei ole Eestis senini olnud prioriteetne valdkond, samas on psüühika- ja käitumishäired nii Eestis kui kogu Euroopas oluliseks haiguskoormuse põhjustajaks. Sagedamini esinevad psüühikahäired nagu meeleolu- ja ärevushäired on aladiagnoositud ning hinnanguliselt vaid kolmandik depressiooniga inimestest otsib ja saab professionaalset abi, sedagi mitte alati õigeaegselt. Samas on alates 1990ndate lõpust seoses psüühikahäirete sagemisega ning inimeste teadlikkuse ja hoiakute paranemisega kasvanud vajadus vaimse tervise teenuste suurema pakkumise järele, mida olemasolevate teenuste maht ei suuda katta.

Vaimse tervise teenused on vähesel määral kirjeldatud, korraldatud pigem teenusepakkujatest lähtuvalt sh teenuse saaja jaoks killustatult ning ebaühtlaselt. Vaimse tervise valdkonna süsteemseks arendamiseks on vajalik koostada **vaimse tervise poliitika**, mis seaks muuhulgas suunised vaimse tervise teenuste süsteemi väljaarendamiseks.

Eestis kogutakse statistika ja uuringutega erinevaid andmeid vaimse tervise seisundi ja riskitegurite ning teenuste kohta, kuid puudub **terviklik seiresüsteem**, mis võimaldaks tõhusamalt jälgida erinevaid vaimse tervise indikaatoreid, korraldada vaimse tervise teenuste planeerimist, hindamist ja järelevalvet ning valdkonda kujundavate poliitiliste suundade arendamist ja analüüsi.

Vaimse tervise teenuste suurimaks probleemiks on abivajaja vajadustest lähtuv **teenuste kättesaadavus**. Mitmeid teenuseid pakutakse ebapiisavalt (näit ambulatoorne psühhiaatiline

abi, psühhoterapia) ja ebaühtlaselt (näit psühhiaatrilise abi osas Ida- ja Lääne-Eestis). Spetsiifiliste probleemidega sihtgruppidele (näiteks alkoholisõltlased) on teenuste kättesaadavus äärmiselt piiratud ja sageli vaid tasuline, mis niigi vähemotiveeritud sihtgrupi võimalusi teenuse saamiseks vähendavad. Enamus vaimse tervise teenuseid toimivad killustatult ning vajalik on teenuste pakkumine viisil, mis ühest küljest oleks sujuvam abivajajale ja teisest küljest aitaks vähendada kõrgema etapi spetsialistide koormust. Vaimse tervise probleemide ennetamiseks, varajaseks märkamiseks ning kompleksseks raviks ja rehabilitatsiooniks on vajalik esmatasandi ja sotsiaalteenuste ning psühholoogilise, psühhoterapeutilise ja psühhiaatrilise abi **teenuste integreeritud pakkumine**. Oluline on korraldada tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem juhtumikorralduslikul põhimõttel **abi vajava inimese vajadustest lähtuvalt**.

Vaimse tervise teenuste kättesaadavuse parandamiseks on vaja rakendada komplekselt erinevaid meetmeid:

- luua vaimse tervise teenuste kontseptsioon, mis hõlmaks nii varajast märkamist ja sekkumist, ravi, rehabilitatsiooni kui sotsiaalteenuseid ning arendada üle-eestiliselt välja teenuste võrgustik;
- korraldada vajaduspõhiselt erinevate spetsialistide välja- ja täiendõpe (näit kliiniline psühholoog, vaimse tervise õde, lastepsühhiaater jm) ning täpsustada spetsialistide pädevusnõuded, arvuline vajadus, rollid ja vastutuspiirid teenuste pakkumisel (näit vaimse tervise õed, psühholoogid);
- leida motiveerivaid viise juba töötavate tervishoiu- ja hoolekandetöötajate ning teiste spetsialistide süsteemis hoidmiseks (konkurentsivõimeline palk, täiendõppevõimalused, toetused või stipendiumid töötamiseks maakonnakeskustest eemalasuvates piirkondadesse spetsialistide leidmiseks jne);
- välja töötada täiendavaid juhiseid erinevatele spetsialistidele vaimse tervise hindamiseks ja sekkumiste planeerimiseks (näit esmatasandi tervishoiutöötajatele vaimse tervise hindamiseks ärevushäirete ja unehäirete osas);
- toetada psühholoogilise ja psühhoterapeutilise abi kättesaadavust psühhosotsiaalsete probleemide korral tõsisemate häirete ennetamiseks.

Vaimse tervise teenuste kättesaadavus sõltuvushäiretega inimestele on Eestis väga piiratud ning kriitilisimaks võib lugeda olukorda alkoholisõltlastega, kelle jaoks on enamus teenused tasulised ning kompleksset ravi- ja toetussüsteemi ei ole. Sõltuvusraviteenuste

kättesaadavus on väga piiratud erinevatel põhjustel ning teenuse kättesaadavuse parandamiseks on vajalik:

- töötada välja kompleksse sõltuvusravi teenuse ravijuhis, mis võimaldaks koordineerida erinevate osapoolte (spetsialiseeritud ravimeeskond, perearst, sotsiaaltöötaja) tööd alkoholisõltlase ravis ja abistamises;
- luua alkoholisõltuvusega isikute abistamiseks ja plaanilise ravi teostamiseks mõeldud kontrollitud keskkonnad (sõltuvusravikeskused);
- leida võimalusi riiklikult rahastada vähekindlustatutele kompleksset sõltuvusraviteenust;
- koolitada sõltuvushäirete ja psühhoterapia alase eriväljaõppega spetsialiste (kliiniline psühholoog, vaimse tervise õde vm) psühhiaatrit toetavate spetsialiseeritud ravimeeskondade moodustamiseks.

Psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekande tõhustamiseks on vaja luua visioon erihoolekandesüsteemist sh selle rahastamisest, teenuseosutajate vahelise koostöö koordineerimisest ning järelevalve korraldamisest. Psüühiliste erivajadustega isikute toimetuleku ja taastumisvõimaluste parandamiseks on oluline ka tõenduspõhise rehabilitatsiooniteenuse pakkumine, mis eeldab rehabilitatsiooniteenuse teravikolemuse senisest selgemat ja sisulisemat määratlemist ning kliendikesksemat korraldust.

Võimendamaks kõiki Eesti inimesi endi ja lähedaste vaimse tervise eest hoolt kandma, vaimse tervise probleeme õigeaegselt märkama, nendega toime tulema ning kohast abi otsima, on vaja järjepidevalt jagada (tervishoiusüsteemis, töökohtades, õpikeskkondades, internetis jne) tõenduspõhist informatsiooni vaimse tervise, levinumate vaimse tervise häirete ja (enese)abivõimaluste kohta (näiteks distressi, depressiooni, ärevushäirete, söömis- ja unehäirete osas). Oluline on soodustada tugiteenuste pakkumist ja muid toetavaid tegevusi (näiteks kodanikualgatuslike eneseabi- ja tugigruppide loomist jms).

Kokkuvõttes on vaimse tervise teenuste süsteemi parendamiseks vaja edaspidi senisest tõhusamalt korraldada valdkondade ülest koostööd, mis võimaldaks seada laiapõhjalisi arenguprioriteete vaimse tervise poliitika välja töötamiseks, suurendada vaimse tervise väärtustamist ja vaimse tervise probleemide käsitlemist ühiskonnas ning seeläbi tagada abivajajate ligipääs vaimse tervise teenustele.

KASUTATUD MÕISTED

Vaimse tervise teema käsitlemine, statistika kogumine ja seotud teenuste korraldus erinevates riikides ei ole üheselt võrreldavad, mistõttu ei ole üldist väljakujunenud oluliste mõistete ja kriteeriumide kogumit (vaimne tervis, vaimne heaolu, vaimse tervise teenused jm.), mis võiksid olla aluseks vaimse tervise teenuste kirjeldamisel ja planeerimisel laiemalt kui tervishoiusüsteemis. Kuna osasid üldiseid mõisteid käsitletakse riigiti erinevalt, siis on antud töös lähtunud võimalikult laiapiirilistest rahvusvahelistest või riiklikest kokkulepetest ning lisatud vastav viide. Viite puudumisel on mõiste kasutusel ja lahti seletatud antud töö kontekstis.

Vaimne tervis on heaoluseisund, milles inimene realiseerib oma võimeid, tuleb toime igapäevase elu pingetega, suudab töötada tootlikult ja tulemusrikkalt ning on võimeline andma oma panuse ühiskonna heaks.

(http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf)

Positiivne vaimne tervis e. **vaimne heaolu** on vajalik üldise heaolu saavutamiseks, kuna aitab suhestuda ja kohaneda ümbritseva keskkonnaga, tajuda, mõista ja tõlgendada seda ning vajadusel muuta. Hea vaimne tervis võimaldab kogeda elu tähenduslikuna ja olla loominguine ning produktiivne ühiskonnaliige.

(http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Mindful_verkkoversio.pdf)

Terviseteeenus (*Health service*) on erinevate sektorite teenuseosutajate tegevus, mille eesmärgiks on tervise edendamine või haiguste ennetamine ning mis võib hõlmata ka tervishoiuteenust. Tervishoiuteenus on tervishoiutöötajate poolt pakutav teenus, et tagada tervise edendamine, säilitamine või taastamine. Lisaks individuaalsele tervisehooldusele kuuluvad tervishoiuteenuste hulka ka tervisekaitse, tervisedendus ja haiguste ennetamine.

(http://www2.tai.ee/etikakomitee/meditsiiniterminoloogia_komisjon/MTK_protokollid.doc)

Vaimse tervise teenused on meetmed vaimset tervist kujundavate tegevuste/sekkumiste vahendamiseks elanikkonnale, alates vaimse tervise/heaolu edendamisest ja psüühikahäirete ennetamisest kuni tõsisemate psühhiaatriliste haiguste ravini.

(www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf)

Ambulatoorne psühhiaatiline abi on psüühikahäirete diagnostika, ravi ja rehabilitatsioon juhtudel, kus patsiendi pidev jälgimine diagnostilisel või ravieesmärgil pole oluline või kui patsiendi psüühiline seisund seda võimaldab. (15)

Esmatasandi tervishoid on iga inimese terviseprobleeme lahendav töö-, kooli- ja elukohajärgselt kättesaadav esmavajalike ambulatoorsete teenuste kogum, mis toimib tihedas koostöös teiste tervishoiuteenuste ja sotsiaalhoolekande ning haridussüsteemidega. Antud töö kontekstis on esmatasandi teenused: üldarstiabi teenus, töotervishoiuteenus ja koolitervishoiuteenus. (17)

Hingehoidja on nõustaja, kes on lisaks teoloogilisele haridusele saanud psühholoogilise ja sotsiaaltöölase ettevalmistuse tööks haigetes, kriisis või surevate inimestega. Hingehoidja töö eesmärk on vähendada haigustest, õnnetustest või muudest elusituatsioonidest põhjustatud kriisi tagajärjel psüühikas väljenduvaid negatiivseid kõrval- ja järelmõjusid ning aidata inimesel mõista oma praeguse ja tulevase seisundi tähendust oma elus kui tervikus. (http://hingehoid.ee/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=35)
(<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10087379/lae>)

Hooldusteenuse eesmärk on toetada inimese igapäevast toimetulekut hooldusteenuse osutamisega nii harjumuspärasel keskkonnas kui asutuses. Lisaks on hooldusteenuse eesmärk toetada inimese elukvaliteeti ja kindlustada turvaline keskkond. Samuti võimaldab hooldusteenus lähedastele puhkust ja vaba aega. Kõikide hooldusteenuste (nii päevahoolduse, intervallhoolduse kui pikaajalise hoolduse) puhul pakutakse lisaks hooldustoimingutele ka toitlustamist, sotsiaalnõustamist, rehabiliteerimist, huvidel ja hobidel põhinevaid tegevusi, abivahenditega seonduvat nõustamist ning muid toetavaid ja toimetulekut tagavaid toiminguid ja teenuseid, intervallhoolduse ja pikaajalise hoolduse käigus ka majutust. (<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/kohalike-omavalitsuste-sotsiaalteenuste-soovituslikud-juhised/hooldusteenus.html>)

Hoolekandeaasutus (näiteks üldhooldekodu või pansionaat) on päevaselt või ööpäevaselt tegutsev asutus, kus viibivatele isikutele tagatakse hooldamine (päevasel ajal või ööpäevaringselt), vajaduse korral ka perearstiteenus, õendusabi ning muud toetavad ja toimetulekut tagavad teenused. (<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/kohalike-omavalitsuste-sotsiaalteenuste-soovituslikud-juhised/hooldusteenus.html>)

Igapäevaelu toetamise teenus on erihoolekandeteenus, mille eesmärgiks on isiku parim võimalik iseseisev toimetulek ja areng psühhosotsiaalse toimetuleku toetamise, igapäevaelu toimetulekuoskuste ja tööoskuste kujundamise ning isiku lähedaste ja isikuga koos elavate isikute nõustamise kaudu. (<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/riigi-rahastatavad-teenused/erihoolekanne.html>)

Kogukonnas elamise teenus on erihoolekandeteenus, mille sisuks on inimese põhivajaduste rahuldamiseks ja arenguks soodsa peresarnase elukorralduse loomine koos majutuse ja toitlustamisega eesmärgiga suurendada isiku iseseisvat toimetulekut ja arendada igapäevaelu tegevuste korraldamise oskusi ühistes tegevustes osalemise kaudu. (<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/riigi-rahastatavad-teenused/erihoolekanne.html>)

Kohtu poolt määratud psühhiaatriline sundravi on statsionaarne teenus, mille kohaldamiseks paigutatakse isik kohtu määruse alusel psühhiaatrilise sundravi osakonda järelevalve alla, tingimustes, mis välistavad ohtlike tegude toimepanemise. Psühhiaatrilise sundravi eesmärgiks on psüühikahäire ravi, psüühikahäirest tuleneva ohtlikkuse vähendamine ning isiku toimetuleku taastamine iseseisvaks toimetulekuks ühiskonnas. (14, 20)

Koolitervishoiuteenus on koolis või teenuseosutaja ruumides koostöös koolipidajaga osutatav ambulatoorne tervishoiuteenus, millega tagatakse õpilastele tervise edendamine, tervisekaitse, haiguste ennetamine, vajadusel esmaabi andmine, krooniliste tervisehäirete ja puuete jälgimine ning ravi. (17)

Kättesaadavus antud töö kontekstis tähendab füüsilist ligipääsu teenustele ning viitab võimalusele kasutada mõistliku ooteajaga ja sõltuvalt olemasolevatest ressurssidest (ruumid, varustus, ravimid, tööjõud, ravijuhised) vähemalt minimaalsetele standarditele vastavaid teenuseid.

Ligipääs antud töö kontekstis hõlmab nii füüsilist, rahalist kui ka sotsiaal-psühholoogilist ligipääsu teenustele, näidates, mil määral teenuseid pakutakse ja kas nende teenuste kasutamiseks on piisav valmidus.

Psühhiaatriline abi on psüühikahäirete diagnostika, psüühikahäirega isiku ravi ja taastusabi ning psüühikahäireid ennetav tegevus. (20)

Psühhoagnostika on erinevate hindamismeetodite abil süstemaatiline objektiivne ja empiiriline informatsiooni kogumine inimese intellektuaalse funktsioneerimise, käitumise ja

isiksuse kohta, mille eesmärk on inimese probleemide kohta otsustuste ja prognooside tegemine ning ravi kavandamine. (<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/psyhhol/psyhodiagnostika.htm>)

Psühholoogiline abi on antud töö kontekstis teenuste kompleks, mille meetodid on psühodiagnostika (psühholoogilised uuringud), psühhoteraapia ja psühholoogiline nõustamine.

Psühholoogiline nõustamine on vaimse tervise teenus inimese isiksusest ja suhetest tingitud toimetulekuprobleemide ennetamiseks ja lahendamiseks ning selle eesmärk on tõsta kliendi toimetuleku ja kohanemisvõimet väärtushinnangute ja enesehinnangu korrigeerimise, mõtte- ja käitumismustrite muutmise ning suhtlemisoskuste täiustamise abil. (14)

Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon on tegevus, mille eesmärk on trauma ja vaimse, psüühilise, füüsilise või sotsiaalse tervisekahjustuse järgselt psüühilise tasakaalu taastamine, enesehinnangu juhtimine, motivatsiooni ja, rehabilitatsiooni soovi loomine ning rehabiliteerimise eesmärgi leidmine. (http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/PITRA_tarkuseraamat.pdf)

Puue (puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse mõistes) on inimese anotoomilise, füsioloogilise või psüühilise struktuuri või funktsiooni kaotus või kõrvalekalle, mis koostoimes erinevate suhtumuslike ja keskkondlike takistustega tõkestab ühiskonnaelus osalemist teistega võrdsetel alustel. (50)

Päevakeskused (ka sotsiaalkeskused/-majad) on reeglina kohalike omavalitsuste või mittetulundusühingute poolt loodud keskused, kus pakutakse võimalust soodustingimustel avalikke teenuseid kasutada ja vaba aega veeta. Päevakeskuse tegevuste eesmärgiks on klientide kaasamine ühiskonnaellu vastavalt nende võimetele, vajadustele ja soovidele ning toimetuleku toetamine ja sotsiaalse aktiivsuse säilitamine. Erinevate eagruppide sotsiaalse kaasatuse suurendamiseks pakutavad vaba aja veetmise vormid on näiteks huviringid, tugigrupid, üritused, teatud sihtgruppidele mõeldud kohvikud ja raamatukogud jms. (<http://www.sm.ee/sinule/puudega-inimesele/sotsiaalteenused-puudega-inimesele/paevakeskused.html>)

Päevaravi (psühhaatria päevastatsionaar) on tervishoiuteenus, mille puhul patsient vajab ravi või uuringute tõttu jälgimist mõne tunni jooksul ravivoodis, lahkub öhtuks/ööks koju. See

on vaheetapiks ambulatoorse ja statsionaarse psühhiaatrilise ravi vahel juhul, kui patsienti pole võimalik ravida ambulatoorselt, kuid ta ei vaja 24 tundi jälgimist. (15)

Rehabilitatsiooniteenuse (sotsiaalhoolekande seaduse mõistes) eesmärk on soodustada puudega (sh. psüühilise erivajadusega) tööelise isiku töötamist või tööle asumist, suurendada ühiskonda kaasatust ja parandada inimese iseseisvat toimetulekut. Rehabilitatsiooniteenuse käigus hinnatakse inimese toimetulekut ja kõrvalabi vajadust, tehakse ettepanekuid kodu-, töö- ja õpikeskkonna kohandamiseks, abivahendi saamiseks ja kasutamiseks. Inimest nõustatakse erinevates valdkondades, et parandada edasist sotsiaalset toimetulekut. (<http://www.sm.ee/sinule/puudega-inimesele/sotsiaalteenused-puudega-inimesele/rehabilitatsioon.html>)

Rehabiliteerimine (sotsiaalne, psühholoogiline, tervishoiu- või tööalane) on erinevatest meetmetest koosnev erialane tegevus või protsess inimese oskuste ja võimete ning tugisüsteemide arendamisel. Rehabiliteerimise eesmärgiks on inimese toimetuleku suurendamine ja kõrvalabi või toetuse vajaduse vähendamine. (<http://www.sm.ee/sinule/eakale/rehabilitatsioon-tegevusvoime-sailitamine-ja-abivahendid.html>)

Sotsiaalhoolekanne on sotsiaalteenuste, sotsiaaltoetuste, vältimatu sotsiaalabi ja muu abi osutamise või määramisega seotud toimingute süsteem, mille eesmärk seisneb abi osutamises üksikisikutele või peredele, et nii ametliku kui mitteametliku sotsiaalhoolduse abil ära hoida või vähendada toimetulekuraskuseid ning aidata kaasa erivajadustega isikute turvalisusele, arengule ja kogukonnas kohanemisele, neid ühtlasi sotsiaalkindlustuse ja sotsiaalhoolduse saamisel abistades. (14)

Sotsiaalnõustamisteenuse eesmärk on sotsiaalsete probleemide tekkimise ennetamine ning isikute abistamine juba tekkinud probleemide lahendamisel (so inimese iseseisva psühhosotsiaalse toimetulekuvõime kujundamine või taastamine ning vajadusel sotsiaalse keskkonna tingimuste hindamine). Teenuse osutamise käigus teavitatakse isikut või perekonda tema sotsiaalsetest õigustest, võimalikest sotsiaalsetest teenustest ja toetustest, otsitakse isikuga koostöös lahendusi tema sotsiaalmajandusliku funktsioneerimise ja seega iseseisva toimetulekuvõime parandamiseks. (<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/kohalike-omavalitsuste-sotsiaalteenuste-soovituslikud-juhised/sotsiaalnoustamisteenus.html>)

Statsionaarne psühhiaatriline abi on ööpäevaringne psühhiaatriline haiglaravi, mida rakendatakse juhul, kui isiku tervise seisundist lähtuvalt ei ole haiglaväline abi piisavalt tõhus või kui isik on temal esineva psüühikahäire tõttu muutunud endale või teistele ohtlikuks. (14)

Tahtest olenematu vältimatu abi on isiku või tema seadusliku esindaja nõusolekuta ravi (ravile võtmine või ravi jätkamine) haigla psühhiaatriaosakonnas vaid järgmiste asjaolude koosinemisel: isikul on raske psüühikahäire, mis piirab tema võimet oma käitumisest aru saada või seda juhtida; haiglaravita jätmisel ohustab isik psüühikahäire tõttu iseenda või teiste elu, tervist või julgeolekut; muu psühhiaatriline abi ei ole küllaldane. (20)

Toetatud elamise teenus on erihoolekandeteenus, mis on isiku sotsiaalse toimetuleku ja integratsiooni toetamine temale eluruumi kasutusse andmise võimaluse loomise kaudu koos juhendamise ja igapäevaelu korraldamises eesmärgiga tagada isiku võimalikult iseseisev toimetulek iseseisvalt elades. (<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/riigi-rahastatavad-teenused/erihooletamine.html>)

Tugiisiku teenus (täiskasvanule) on sotsiaalteenus, mille sisuks on inimese abistamine jõustamise ja juhendamise kaudu tema kohustuste täitmisel, õiguste teostamisel või toimetulekul raske olukorraga inimese igapäevases elukeskkonnas. Tugiisikute töö sisu, -ülesanded ja -korraldus on sihtgrupist sõltuvalt erinevad. Olenevalt kliendi vajadusest on tugiisik abistaja asjaajamisel, emotsionaalse toe pakkuja, kogemuste või teabe vahendaja jne. Kõik tugiisikuteenuse saajad vajavad motiveerimist ja julgustamist, mõned neist ka juhendamist konkreetsete toimingute (igapäevatööd, asjaajamine, kontaktide loomine jm) tegemiseks või õppimiseks. Tugiisiku peamised tegevused töös täiskasvanutega on jõustamine ja juhendamine (sh konkreetsete toimingute läbiviimiseks nagu kodused tööd, asjaajamised jm.) või tegevuste planeerimine. Tugiisiku teenus aitab vastavalt olukorrale inimese toimetulekuvõimet säilitada, parandada või takistada toimetulekuvõime suurt langust. Täiskasvanu tugiisik kohtub oma kliendiga mistahes kliendile sobivas kokkulepitud kohas: tema kodus, mõnes asutuses, söögikohas vm. (<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/kohalike-omavalitsuste-sotsiaalteenuste-soovituslikud-juhised/tugiisikuteenus-taiskasvanule.html>)

Tõendus põhised psühhoterapiameetodid on meetodid, mille efektiivsus konkreetse psüühika- ning käitumishäire raviks on kontrollitud teadusuuringutega tõestatud. Erinevate häirete ravimiseks ja erinevate patsientide puhul kasutatakse erinevaid meetodeid. Pole ühtki

teraapiameetodit, mis oleks ühtviisi efektiivne kõigi psüühika- ja käitumishäirete ravis. Nii kasutatakse paanikahäire ravis eksponeerimismeetodeid, depressiooni ravis kognitiivset, käitumuslikku ja interpersonaalset teraapiat, esmaste psühhooside ravis pereteraapiat või sotsiaalfoobia ravis kognitiiv-käitumuslikku teraapiat just seetõttu, et need teraapiameetodid on korduvate teadusuuringutega tõestanud oma efektiivsust häire sümptomite leevendamisel ja tagasilanguste ennetamisel. Tõendatud psühhoteraapiameetoditel on palju ühist: nad on lühiajalised, keskenduvad häiret säilitavate tegurite muutmisele, õpetavad teraapiatehnikaid oskustena, mida patsient saab ise kasutada ning eeldavad ka patsiendi enda poolt seansside vahepeal tehtavat kodutööd. (56, 57)

Töötamise toetamise teenus on erihoolekandeteenus, mille eesmärgiks on juhendada ja nõustada isikut, et toetada tema iseseisvat toimetulekut ja parandada elukvaliteeti tema võimetele sobiva töö otsimise ning töötamise ajal. (<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/riigi-rahastatavad-teenused/erihoolekanne.html>)

Töötervishoid on tervishoiu valdkond, mis uurib töötingimuste ja tööprotsessi mõju töötaja tervisele, tegeleb töökeskkonna keemiliste, füüsikaliste, bioloogiliste, ergonoomiliste ja vaimsete terviseriskide väljaselgitamisega ning tööst põhjustatud haiguste ennetamisega, samuti kutsehaiguste väljaselgitamise, ravi ja -rehabilitatsiooni küsimustega. (17)

Töötervishoiuteenus on eriarstiabiteenus, mida osutatakse valdavalt esmatasandil ja mille roll esmatasandi võrgustikus on infovahetus perearstisüsteemiga patsientide tervisliku seisundi paremaks jälgimiseks. Töötervishoiuteenus on töötervishoiuarsti, töötervishoiuõe, tööhügieeniku, tööpsühholoogi või ergonoomi (edaspidi töötervishoiuspetsialist) tööülesande täitmine eesmärgiga aidata kaasa töötaja tervisele ohutu töökeskkonna loomisele, ennetada tööga seotud haigestumisi ning säilitada ja edendada töötaja tervist ja töövõimet. (17)

Vältimatu psühhiaatriline abi on teenus, mis tagatakse psüühikahäirete korral, kus abita jätmise ohustab otseselt isiku elu. (20)

Ööpäevaringne erihooldusteenus on isiku ööpäevaringne hooldamine koos majutuse ja toitlustamisega ning abistamine igapäevaelus vajalike toimingute sooritamisel eesmärgiga tagada teenust saava inimese iseseisva toimetuleku säilimine ja suurenemine ning turvaline elukeskkond teenuseosutaja territooriumil. Ööpäevaringset erihooldusteenust on õigus saada täisealisel inimesel, kellel on raske, sügava või püsiva kuluga psüühikahäire. Tal peab olema tuvastatud raske või sügav puude raskusaste ja töövõimekaotuseprotsent vähemalt 80%.

Lisaks osutatakse ööpäevaringset erihooldusteenust veel ebastabiilse remissiooniga psüühikahäirega inimestele, sügava liitpuudega inimestele ja kohtumääruse alusel hoolekandetasutusse paigutatutele. (<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/riigirahastatavad-teenused/erihooletanne.html>)

Üldarstiabi on ambulatoorne tervishoiuteenus, mida osutavad perearst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. Teenus on kehtestatud ja õiguslaselt sisustatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduses. Üldarstiabi tegevusaladeks on üldarstiabi, iseseisvalt osutatav õendusabi, iseseisvalt osutatav ämmaemandusabi, sotsiaalteenused ning tervishoiualane õppe- ja teadustöö. (21)

Üldhooldekodu on ööpäevaringseks hooldamiseks loodud hoolekandetasutus, kus viibivad inimesed, kes kõrvalabi- ja hooldusvajaduse tõttu ei ole suutelised iseseisvalt elama ning kelle toimetulekut ei ole võimalik tagada teiste sotsiaalteenuste või muu abi osutamisega. (<http://www.sm.ee/sinule/eakale/hooletandetasutused.html>)

KASUTATUD ALLIKAD

1. WHO. Improving health systems and services for mental health. Geneva: WHO; 2007. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf).
2. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 2011 9;21(9):655-679.
3. European health for all database. WHO; 2011. (<http://data.euro.who.int/hfad/>).
4. Eesti terviseuuring 2006. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2009. (http://www2.tai.ee/ETeU/ETeU_tabelid.pdf).
5. Kleinberg A, Aluoja A, Vasar V. Point prevalence of major depression in Estonia. Results from the 2006 Estonian Health Survey. *European Psychiatry* 2010 12;25(8):485-490.
6. Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring. Tallinn: Tervise Arengu Instituut; 2011. (<http://www.tai.ee/failid/HBSC2010.pdf>).
7. WHO. Organization of services for mental health. Geneva: WHO; 2003. (http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf).
8. Haigla liikide nõuded. SoM määrus 19.08.2004 nr 103. RTL 2009, 96, 1438.
9. Rahvatervise seadus, 14.06.1995. RT I, 10.03.2011, 3.
10. Amos M. Rahvastiku vaimse tervise edendamine Eestis läbi seadusandlike vahendite [magistritöö]. Tartu: Tartu Ülikooli tervishoiu instituut; 2009. (<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/769/1/Amos2009.pdf>).
11. Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (Eds). Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. Luxembourg: European Communities; 2006. (http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1662/dd11714/country_stories.pdf).
12. Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe; 2008. (<http://www.euro.who.int/Document/e91732.pdf>).
13. Eesti vaimse tervise poliitika alusdokument. Tallinn: PRAXIS; 2002. (http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Vaimse_tervise_poliitika_alusdok_valjatamine/VTAD_EST.pdf).
14. Ülevaade vaimse tervise teenuste süsteemist. Tallinn: MTÜ Tervishoiuselt koostöös Sotsiaalministeeriumi ja Maailma Terviseorganisatsiooniga; 2005. (<http://rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/57/1/Sarjas2005.pdf>).

15. Psühhiaatria arengukava. (<http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/psyhhaatria.pdf>).
16. Psühhiaatria eriala arengukava kaasajastamine ja täiendamine 2004. aastal. (<http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/psyhhaatria%20arengukava%202004.pdf>).
17. Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009-2015. (http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/APO/Arengukavad/Esmatasandi_tervishoiu_arengukava_aastateks_2009-2015.pdf).
18. Peremeditsiini arengukava aastateks 2001-2015. (<http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/peremeditsiin.pdf>).
19. Rahvastiku Tervise Arengukava 2009-2020. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2008. (http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/ASO/RTA/Rahvastiku_tervise_arengukava_2009-2020.pdf).
20. Psühhiaatrilise abi seadus, 12.02.1997. RT I, 23.02.2011, 31.
21. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 09.05.2001. RT I, 10.03.2011, 9.
22. Psühhiaatrilise sundravi osutajale esitatavad nõuded, psühhiaatrilise sundravi nõuded ja tervishoiuteenuse osutaja töökorraldus kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi kohaldamisel. SM määrus 26.08.2011 nr 35. RT I, 29.08.2011, 8.
23. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded. SM määrus 15.12.2004 nr 128. RTL 2009, 96, 1438.
24. Sotsiaalministeerium. (<http://www.sm.ee/tegevus/tervis/tervishoid-ja-ravimid/tervishoiuteenuste-kvaliteet-ja-jarelevalve.html>).
25. Ravijuhendid: psühhiaatria. (http://www.kliinikum.ee/infokeskus/mk_files/ravijuhis.php?cat=53).
26. Õendusala arengukava 2002-2015. (http://www.ena.ee/images/stories/attachments/064_Oendusala_arengukava_final.pdf).
27. Iseseisvalt osutatavate õendusabi tervishoiuteenuste loetelu. SM määrus 13.08.2010 nr 55. RT I, 29.12.2010, 96.
28. Vasar, V. Psühhotroopsete ravimite kasutamine Eestis, Eesti ravimistatistika 2008-2010, lk 56-64. Ravimiamet. (<http://www.ravimiamet.ee/vvfiles/0/Psyhotroopsete%20ravimite%20kasutamine.pdf>).
29. Põhikooli- ja gümnaasiumiseadus, 09.06.2010. RT I 2010, 41, 240.
30. Töötervishoiu ja tööohutuse seadus, 16.06.1999. RT I 2010, 22, 108.

31. Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend. SM määrus 06.01.2010 nr 2. RTL 2010, 3, 52.
32. Koolitervishoiuteenust osutava õe tegevused ning nõuded õe tegevuste ajael, mahule, kättesaadavusele ja asukohale. SM määrus 13.08.2010 nr 54. RT I 2010, 57, 387.
33. Töötervishoiuspetsialistide tööülesanded töötervishoiuteenuse osutamisel. SM määrus 20.06.2003 nr 89. RTL 2003, 79, 1160.
34. Kleinberg A, Jaanson P, Lehtmets A, et al. Depressiooni ravijuhend perearstidele. Eesti Arst 2011; 90:431 - 446.
35. Tähepõld H, Veskimägi M, Kalda R, et al. Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraksises. Tallinn: Tartu Ülikooli Polikliiniku ja peremeditsiini õppetool, Tervise Arengu Instituut; 2011. (<http://www.terviseinfo.ee/et/truekised>)
36. Koolitervishoiuteenuste tegevusjuhend. Tallinn: Eesti Õdede Liit, Eesti Haigekassa; 2010. (http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Koolitervishoiuteenuse_tegevusjuhend_25022011%281%29.pdf).
37. Koolitervishoiutöötaja nõustamise tegevusjuhend. (http://www.haigekassa.ee/files/-est_raviasutusele_tervisedendus_kool_juhend1/mso392.pdf).
38. Kuni 18-aastaste laste tervisekontrolli juhend. (http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/0-18%20tervisekontroll04012010_l6plik.pdf).
39. Töötajate tervisekontroll. (http://www.terviseamet.ee/fileadmin/dok/Tervishoid/tootervis/Tootajate_tervisekontroll.pdf)
40. Ööpik P, Aluoja A, Kalda R, et al. Screening for depression in primary care. Family Practice 2006; 23:693–698
41. Saame I, Gluškova N, Viilmann K, et al. Prooviuuring alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise meetodika hindamiseks Eesti perearstisüsteemis. Eesti Arst 2011; 90:216–224
42. 2010. aasta töökeskkonna ülevaade. Tööinspeksioon; 2011. (http://www.ti.ee/public/files/2010_TK_ylevaade.pdf).
43. Töötervishoiu ja tööohutuse strateegia 2010-2013. (http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Toovaldkond/TAO/TTTO_strateegia_2010-2013.pdf)
44. Finnish Institute of Occupational Health. (http://www.ttl.fi/en/occupational_health_services/Professionals_and_specialists/Occupational_health_psychologist/Pages/default.aspx).

45. Seppo I, Järve J, Kallaste E, et al. Psühhosotsiaalsete riskide levik Eestis. CENTAR. Eesti Rakendusuuringu Keskus; 2010. (http://www.ti.ee/public/files/pdf_files/CENTAR_l6pparuanne.pdf).
46. Pedagoogide kvalifikatsiooninõuded. HTM määrus 26.08.2002 nr 65. RT I 2010, 72, 546.
47. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. VV määrus 23.12.2010 nr 183. RT I, 21.06.2011, 24.
48. Koolitöötajate miinimumkoosseis. HTM määrus 08.12.2010 nr 74. RT I, 15.12.2010, 5.
49. Sotsiaalhoolekande seadus, 08.02.1995. RT I, 03.03.2011, 16.
50. Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus, 27.01.1999. RT I 2010, 22, 108.
51. Sotsiaalministeerium. (<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/sotsiaalteenustejarelevalve.html>).
52. Sotsiaalministeerium. (<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/kohalikeomavalitsuste-sotsiaalteenuste-soovituslikud-juhised.html>)
53. Sotsiaalministeerium. Töölesaamist toetavad hoolekandemeetmed 2010-2013. (<http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/Sotsiaalhoolekanne/T%C3%B6lesaamist%20toetavad%20hoolekandemeetmed%202010-2013.pdf>).
54. Sotsiaalministeerium. (<http://www.sm.ee/tegevus/sotsiaalhoolekanne/noustamisteenused.html>)
55. PITRA II lõppraport. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Sotsiaalvaldkond/PITRA_202_20L6ppraport_1_.pdf
56. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annu Rev Psychol* 2001;52:685-716.
57. Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 1998 02;66(1):7-18.