

Depressiooni hindamisvorm: Eesti

See aruanne põhineb kasutusjuhendil ja mallil, mille koostas The Health Policy Partnership algatuse Words to Actions raames. Kasutusjuhendi ja malli koostamise algatas ja rahastas Janssen Pharmaceutica NV. Ükski algse depressiooni hindamisvormi väljatöötamisega seotud ekspert, välja arvatud The Health Policy Partnership, ei saanud oma aja eest tasu. Selle Eesti aruande koostas Janssen Pharmaceutica NV rahastusel Corpore.

Hindamisvormi projekti kohta

Käesoleva hindamisvormi eesmärk on saada parem ülevaade depressiooni leviku ja raviga seonduvast Eestis ning tuvastada tänaseid vajakajäämisi, poliitilisi väljakutseid ning tulevikuvõimalusi. Hindamisvormi aluseks olev raamistik töötati välja rahvusvahelise kirjanduse ja ekspertide nõuanderühmaga konsulteerides.

Depressiooni hindamisvormi idee tuli The Health Policy Partnershipi ja Janssen Pharmaceutica NV aruteludest, osana algatusest Words to Actions. Lisateavet algatuse Words to Actions kohta leiata aadressilt wordstoaction.eu/about. Janssen Pharmaceutica NV ja The Health Policy Partnership ei osalenud käesolvas uuringus ega selle hindamisvormi aruande koostamises ning vastuta selle sisu eest.

Autorid ja kaastöölised

Selle depressiooni hindamisvormi aruande koostamist viisid läbi:

- Vootele Päi, konsultant, Corpore
- Henry Aigro, konsultant, Corpore
- Mari Kalma, konsultant, Corpore

Samuti oleme tänulikud järgmistele riiklikele ekspertidele, kes andsid väärtuslikku ülevaate olukorrast Eestis:

- Dr. Anne Kleinberg, PhD, psühhiaater, Tallinna Lastehaigla Psühhiaatrikliiniku juhataja, Eesti Psühhiaatrite Seltsi juhatuse esimees
- Anna-Kaisa Oidermaa, kliiniline psühholoog, Peaasi.ee tegevjuht
- Ott Oja, MTÜ Eesti Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsiooni tegevjuht

Rahastus

See aruanne põhineb kasutusjuhendil ja mallil, mille koostas The Health Policy Partnerhsip algatuse Words to Actions raames. Kasutusjuhendi ja malli väljatöötamise algatas ja rahastas Janssen Pharmaceutica NV. Ükski Belgia, Prantsusmaa, Itaalia ja Rumeenia depressiooni hindamisvormi koostamisega seotud ekspert, välja arvatud The Health Policy Partnership, ei saanud oma aja eest tasu. Sama kehtib ka Eesti, Läti ja Leedu, Slovakkia, Tšehhi, Ungari, Sloveenia, Horvaatia, Serbia ja Bulgaaria hindamisvormi aruannetega seotud ekspertide kohta.

Hindamisvormi raamistiku töötas välja ja rakendas algselt The Health Policy Partnership koostöös ekspertidega neljas riigis: Belgias, Prantsusmaal, Itaalias ja Rumeenias, tulemused võeti kokku individuaalsetes hindamisvormi aruannetes. Riikliku tasandi järeldused töötati välja põhjaliku kirjanduse ülevaate ja intervjuude põhjal juhtivate riiklike depressiooniekspertidega.

Tulemuskaardi raamistik on nüüd avalikult kättesaadavaks tehtud eestkõnelejate, järgides kaasasolevas kasutusjuhendis toodud malli ja juhiseid. Selles uuringus kasutatud meetoodika avaldatakse veebilehel www.depressioncare.eu ja The Health Policy Partnership veebisaidil.

Käesolev hindamisvormi aruanne põhineb samal raamistikul ja keskendub depressiooniravi hindamisele Eestis.

- René Randver, PhD (psühholoogia), kliiniline psühholoog ja neuropsühholoog, Tervisekassa vaimse tervise ekspert
- Vootele Veldre, Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise osakonna poliitikadisainer

Sisukord

Depressioon: miks see on oluline	4
Depressioon Eestis	5
Depressiooniga toimetuleku hindamine: hindamisvorm	6
Eesti hindamisvormi tulemused	8
Ühendatud ja terviklikud depressiooniteenused	10
Andmed depressiooniravi parandamiseks	14
Depressiooniga inimeste kaasamine ja võimestamine	16
Tehnoloogia kasutamine ravi kättesaadavuse parandamiseks	18
Järeldused ja soovitused	20
Kasutatud kirjandus	21

Depressioon: miks see on oluline

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) andmetel on depressioon praegu kõige levinum psüühikahäire.¹ Sellel on kauguleulatuvad tagajärjed ja see mõjutab nii haigusega elavaid inimesi, nende peresid kui ka ühiskonda tervikuna. Depressiooni seostatakse mitme negatiivse mõjuga inimese elule, sealhulgas tema töötulemused, rahaline olukord, kroonilised haigused, elukvaliteedi halvenemine või suurem tõenäosus surra.^{2 3}

WHO 2022. aasta jaanuari raportis öeldakse, et psüühikahäired mõjutavad kuni 1 miljard inimest kogu maailmas. Sellest miljardist kannatab depressiooni all 5% täiskasvanud elanikkonnast.⁴ Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel on depressioon kõige levinum enesetappude põhjus ja seda seostatakse kuni

60% enesetappudega maailmas.⁵ Depressiooniga seotud häbimärgistamine võib kannatusi veelgi süvendada ja takistada inimesi kvaliteetset tervishoiuteenust otsimast.⁶ Depressioon põhjustab patsientidele ja nende lähedastele märkimisväärset emotsionaalset koormust, aga ka laiemalt majanduslikku koormust ühiskonnale. Psüühikahäiretega seotud kulud ulatuvad ELis hinnanguliselt 607 miljardi euroni aastas.⁷

2019. aastal kannatas ELis kuni 7,2% inimestest kroonilise depressiooni all, samas kui üldine depressiooni esinemissagedus on paljudes Euroopa riikides endiselt halvasti dokumenteeritud. OECD andmetel jäävad kuni pooled raskeastmelistest depressiivsetest häiretest ravimata.⁸ Seetõttu taotlevad eksperdid üle kogu maailma depressioonis inimestele paremat juurdepääsu ravile, psüühikahäirete häbimärgistamise lõpetamist ja depressioonist tingitud ühiskondliku koormuse vähendamist.⁹

Mõiste depressioon kasutamine depressiooni hindamismis: Eesti aruanne sisaldab depressiooniepisoodi (Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni kood - F32) ja korduva depressiivse häire (F33) diagnoose.

4%

Eesti elanikkonnast elab hinnanguliselt depressiooniga⁶

16

psühhiaatrit on Eestis 100,000 elaniku kohta (2019)¹¹

15.57

inimest 100,000 elaniku kohta sureb Eestis enesetapu või enesevigastamise tõttu.¹⁰ Ülemaailmsed hinnangud näitavad, et depressioon võis seotud olla kuni 60% nendest surmajuhtumitest¹

EUR 572 miljonit või 2.18%

Eesti SKTst⁷, kulub hinnanguliselt vaimse tervisega seotud probleemidele aastas (otseselt ja kaudselt) (2015).⁷

0.7%

Eesti tervishoiu eelarvest kulub igal aastal depressiivsete häirete all kannatavate inimeste tervishoiu- ja sotsiaalhooldekandele (2020)⁶

Depression Eestis

Depressiooni levimus Eesti elanikkonnas oli 2020. aastal umbes 4%, mis on alla Euroopa Liidu keskmise (4,3%).⁶ Aastatel 2005–2020 on depressiooni esinemissagedus veidi vähenenud, eriti aastatel 2012–2015. Haigekassa 2020. aastal läbi viidud epidemioloogilise uuringu andmetel on vastupidiselt üldisele suundumusele depressiooni levimus umbes 20-aastaste naiste (vähemal määral ka meeste) seas aastatel 2015–2019 järsult kasvanud (2% -> 5%). 7% depressiooniga töötavatest inimestest on depressiooni tõttu saanud ka töövõimetuslehe.⁶

Eestis on psühhiaatrite arv veidi alla Euroopa keskmise, kuid nende jaotus ja vanuseline koosseis viitavad depressiooni all kannatavate inimeste kvaliteetse ravi kättesaadavuse tõenäolisele halvenemisele. Eestis on kokku 228 psühhiaatrit, ehk 16 psühhiaatrit 100 000 elaniku kohta (2019), samas kui Euroopa Liidus on keskmiselt 17. Eesti Psühhiaatrite Seltsi andmetel on Eestis optimaalne psühhiaatrite (sh lastepsühhiaatrite) arv 260, arvestades nii ambulatoorse kui ka statsionaarse arstiabi vajadusi. Lisaks on 228 psühhiaatrist ainult 24 spetsialiseerunud lastepsühhiaatriale, kuid 38 oleks elanikkonna suhtes optimaalne.¹² Samuti tuleb märkida, et tähelepanuväärne osa psühhiaatritest on juba pensionieas või jõudmas sinna (122 psühhiaatrit on vanuses 55+). Seetõttu võib lähitulevikus tekkida psühhiaatrite puudus.¹¹

Samal ajal puudub riigil ka piisav arv psühhoterapeute, peamiselt süsteemsete takistuste tõttu, mis põhjustavad ülemääraseid ooteaegu. Psühhiaatriliste ambulatoorsete kliinikute jaotus kogu riigis on ebaühtlane, muutes piisava ravi mõne piirkonna patsientidele vähem kättesaadavaks. Keskmine psühhiaatri külastuse ooteaeg Eestis on 42 päeva, kuigi viimastel aastatel on kasvamas kauem ootama pidanud patsientide osakaal.¹¹

Igal aastal sooritab umbes 0,2-0,3% depressiooniga patsientidest enesetapu.¹⁰ Centari hiljutise uuringu kohaselt oli aastatel 2009–2019 ohvrite haigusloos võimaliku depressioonidiagnoosiga seotud enesetappude koguarv 347 – see on 13,5% kõigist enesetappudest samal perioodil.¹⁰

Depressiooni ravi (meditsiiniteenused, soodusravimid ja töövõimetushüvitised) moodustas 2020. aastal 0,7% Eesti Haigekassa (haigekassa) tervishoiukuludest, millest umbes 1/3 on töövõimetushüvitiste maksumus. Depressiooni ravikulude kogusumma ja vähemal määral tervishoiukulude osakaal on alates 2014. aastast tõusnud 0,6%-lt 0,7%-le. Aastate jooksul kulutatakse depressiooni raviks 15% psühhiaatrilise eriarsti eriarstiabi eelarvest ja 10% perearsti teraapiafondist.⁶

Uuringud on näidanud, et depressioonil ja eriti raviresistentsele depressioonil on märkimisväärsed kulud. Suurenenud kulutuste ja saamata jäänud maksude osas on ühise raviresistentse depressiooniga patsiendi seisund ligikaudu 5000 eurot aastas, millest umbes kolmandik on saamata jäänud maksutulu ja kaks kolmandikku kõrgem. Ägedat psühhiaatrilist ravi või enesevigastamise ravi saanud patsientide kulud on veelgi suuremad, üle 7000 euro. Peaaegu 60% neist kuludest on tingitud suuremate kulutustest arstiabile ja töövõimetushüvitistele, eriti statsionaarsele eriarstiabile.¹⁰

Regulaarset ravi saavate patsientide raviresistantse depressiooni keskmine esinemissagedus on 4-5%. Kuigi sugude vahel ei ole olulisi erinevusi, on patsiendi vanuse ja ravile resistentse depressiooni vahel selge seos, kuna nooremad inimesed on sellele oluliselt vastuvõtlikumad.¹⁰

Kuni 2019. aastani oli Eesti üks väheseid Euroopa riike, kellel puudus riiklik vaimse tervise poliitika raamdokument. Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammis aastateks 2021–2023 seati esikohale vaimse tervise teenuste korralduse, kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamine.¹³ Nende eesmärkide saavutamiseks kiitis valitsus 2021. aasta aprillis heaks rohelise raamatu valdkondadeülese vaimse tervise poliitika kohta, mille eesmärk on toetada vaimset tervist, tõhustada ennetust ning parandada raviprotsesse ja kättesaadavust.

Eesti tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemide aktiivne ja põhjalik koostöö on vaimse tervise osas seni olnud pärsitud, kuid sotsiaalministeeriumi ametliku vaimse tervise osakonna ja rakkerühma loomisega loodetakse kaasa tuua laiem osakondadevaheline koostöö.¹⁴

Eestis tegelevad mitmed aktiivsed valitsusvälised organisatsioonid depressiooniga seotud küsimustega nagu ennetamine, patsiendi toetamine ning depressioonihäirete sugulaste ja lähedaste toetamine. Need rühmad on osaliselt seotud riiklike vaimse tervise programmide planeerimise ja poliitikakujundamisega. Erinevad organisatsioonid on spetsialiseerunud ka konkreetsete sihtrühmade vaimse tervisega seotud küsimustele, nagu lapsed ja noorukid, töötajad, pensionärid või vägivalla ohvrid.¹⁵

Eestis on olemas ka psühholoogilise abi vormid (telefoni- ja e-posti nõustamine) ning kaugteraapiad, mida juhivad nii riik kui ka vabaühendused. Vaatamata mõningatele arengutele ja muutustele selles valdkonnas eelistavad psühhiaatrid endiselt füüsilist visiiti. Eesti patsientidel on ligipääs ka elektroonilisele ravimite retseptisüsteemile.¹⁵



Depressiooniga toimetuleku hindamisvorm

See hindamisvorm töötati välja selleks, et tuua poliitikakujundajatele esile, kus on kõige rohkem vaja muutusi, et parandada depressiooniravi Eestis. Loodame, et käesolev dokument võib ärgitada poliitikakujundajaid tegema tihedat koostööd kõigi sidusrühmadega, et muuta depressiooni kulgu

Eestis vastupidiseks, kasutades kõikehõlmavat ning ennetavat lähenemisviisi probleemi lahendamiseks.

Tulemuskaart keskendub neljale põhivaldkonnale:

1

Ühendatud ja terviklikud depressiooniteenused

Integreeritud hooldus – see tähendab patsiendikeskne süsteem, mis toetab depressiooniga inimest kogu elu jooksul ja järjepidevusega kogu tervishoiusüsteemis – on piisava toe ja ravi pakkumiseks hädavajalik. Vaimse tervise teenuste integreerimine laiematesse tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeteenustesse on mugav ning võib suurendada ravimäärasid, parandada hoolduse terviklikkust ja vähendada üldkulusid.¹⁶



2

Andmed depressiooniravi parandamiseks

Usaldusväärsete ja ajakohaste depressioonialaste andmete kogumine ja analüüsimine on hädavajalik, et tagada õigete teenuste kättesaadavus kõigile, kes neid vajavad. Patsientide tulemuste säilitamine aitab tuvastada ja teavitada häid tavasid ning võib anda teenuse kasutajatele lootust, et nende vaimne tervis võib paraneda.¹⁶ Andmed teenuste kohta võivad toetada arste, poliitikakujundajaid ja depressiooniga inimesi, et paremini mõista, millised ravivõimalused on olemas ja kättesaadavad. Läbipaistvamad andmed hõlbustavad ka ühist õppimist kõigis depressiooniravi valdkondades. Uued digitaalsed vahendid võivad hõlbustada dokumenteerimist läbipaistvuse ja teadusuuringute eesmärgil, säilitades samal ajal kasutaja anonüümsuse.¹⁶

3

Depressiooniga inimeste kaasamine ja võimestamine

On oluline, et depressiooniga inimestel – koos oma perede, sõprade ja hooldajatega – oleks aktiivselt õigus osaleda depressiooni raviplaanides kõigis etappides. Mõjuvõimu suurendamine hõlmab inimest, kes saab teavet ja kontrolli oma elu üle, samuti nende võimet tegutseda selle järgi, mida nad peavad oluliseks, mis omakorda võimaldab neil oma depressiooni optimaalsemalt toime tulla.¹⁷ Vastastikune toetus, mille kohaselt inimene, kes on varem kogenud depressiooni, pakub empaatiat ja lootust teistele samas olukorras olevatele inimestele, võib aidata nii depressiooniga inimesi kui ka nende eakaaslaste toetajaid nende taastumisel.¹⁸ Sotsiaalsüsteemid, patsientide eestkosterühmad ja muud kodanikuühiskonna organisatsioonid, kellel on juurdepääs alateenindatud kogukondadele, on kriitilise tähtsusega tagamaks, et vaimse tervise teenused jõuaksid kõigini, sealhulgas nendeni, kes on "võrgust läbi lipsanud".¹⁶

4

Tehnoloogia kasutamine ravi kättesaadavuse parandamiseks

Digitaalsed platvormid, nagu need, mis hõlbustavad kaugteraapia seansse ja veebipõhiseid retseptitaotlusi, samuti muud depressioonile keskendunud tarkvara, nutitelefoni rakendused ja virtuaalsed platvormid, võivad võimaldada depressiooniga inimestele suuremaid ravivõimalusi, toetades neid võtma rohkem kontrolli oma seisundi enesejuhtimise üle. Kuigi virtuaalsed seansid ei saa asendada isiklikku ravi, võivad need olla paindlik võimalus toetada depressiooniga inimesi regulaarselt planeeritud külastuste vahel. Tervishoiu- ja sotsiaalteenused võivad andmete kogumise hõlbustamiseks ja hoolduse jälgimiseks kasutada ka digitaalseid vahendeid.^{19,20} Lisaks võivad depressiooniga inimesed leida, et on kasulik kasutada digitaalseid tööriistu teistega ühenduse loomiseks ja isoleerituse tunde vähendamiseks.²¹



Eesti hindamisvormi tulemused

Ei



Kohati



Jah



Ühendatud ja terviklikud depressiooniteenused

Is depression included in either the national health plan or a specific plan for mental health?



Kas valitsusel on vaimse tervisega seotud juhtroll ja ministeeriumidevaheline vastutus toetada lähenemisviisi „vaimne tervis kõigis plaanides“?



Kas esmatasandi arstiabi ja vaimse tervise teenuste vahelist koostööd toetatakse ja soodustatakse?



Kas esmatasandi arstiabi ja psühhiaatria eksperdid on ühiselt välja töötanud depressiooniravi käsitlevad juhised?

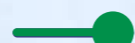


Kas depressiooniga inimestele hüvitatakse ja on saadaval mitmed ravivõimalused, näiteks psühhoteraapia, nõustamine ja kognitiiv-käitumuslik teraapia?



Kas depressiooniteenused on saadaval ja on kohandatud riskirühmadele?

- Noored
- Vanemad inimesed
- Töökäijad
- Kodutud



Andmed depressiooniravi parandamiseks

Kas tervishoiusüsteem kogub süstemaatiliselt andmeid depressiooniga inimeste kohta?



Kas vaimse tervise teenuste andmeid kasutatakse planeerimisel?



Kas patsientide poolt teatatud ravitulemusi mõõdetakse?



Depressiooniga inimeste kaasamine ja võimestamine

Kas depressiooni ravijuhised tunnistavad patsiendi võimendamise tähtsust?



Kas depressiooni käsitlevates juhistes tunnustatakse perede ja hooldajate rolli hoolduse planeerimise ja osutamise üle otsustamisel?



Kas patsientide ja hooldajate esindajad olid kaasatud viimasesse riiklikusse depressiooni käsitlevasse kavasse või strateegiasse?



Kas hooldajatel on juurdepääs rahalisele abile, et aidata neil depressiooniga lähedasi toetada?



Kas depressiooni ravijuhistes soovitatakse kaaspatsientide tuge?



Kas kaaspatsiendi tugiroll on hüvitatud?



Kas on rahvuslikke ühendusi, mis seisavad järgevate gruppide õiguste eest:

- depressiooniga elavad inimesed
- depressiooniga elvate inimeste hooldajad



Tehnoloogia kasutamine ravi kättesaadavuse parandamiseks

Kas patsientidel on lisaks näost näkku osutatavatele teenustele juurdepääs ka depressiooni toele distantsilt (telefoni või Interneti kaudu)?



Kas erialaseltid või juhised soovitavad kasutada kaugteenuseid kõrvuti näost-näku teenustega?



Kas depressiooni kaugtugi on hüvitatud?



Kas depressiooniga inimesed saavad kasutada telefoni- või veebiplatvorme, mis võimaldavad neil kodust retsepte uuendada?



Ühendatud ja terviklikud depressiooniteenused

Vaimsest tervisest on saamas tervishoiuvaldkonnas prioriteet

Üks COVID-19 kriisi positiivseid tagajärgi on see, et vaimse tervisega seonduv problemaatika on saanud osaks peavoolu poliitilisest agendast. COVID-pandeemia ja selle järellainetus on loonud soodsa pinnase selleks, et tuua juba lähiaastatel depressiooniravi rahuldavale ning loodetavasti isegi eeskujulikule tasemele. Siinkohal on abiks ühe keskse rahastaja (Haigekassa) olemasolu, kuigi vaimsete ja käitumuslike häirete (sealhulgas depressioon) puhul on abiks ja järjest võimekam erameditsiinisektor.

2021. veebruaris kinnitas Vabariigi Valitsus riikliku tegevusprogrammi perioodiks 2021-2023, millega kavatakse tõhustada vaimse tervisega seonduvate teenuste organiseeritust, kättesaadavust ja kvaliteeti. Nende eesmärkide saavutamiseks tutvustati sektorite ülest Vaimse Tervise Rohelist Raamatut, mis toetab vaimse tervise valdkonna arengut, tõhustab ennetustööd ning arendab raviteenuseid.¹¹ Rohelise Raamatu kohaselt kavatakse valitsus:

- Töötada välja vaimse tervise indikaatorid, mis aitaksid tuvastada vaimse tervise sekkumisvaldkonnad, seada eesmärgid, jälgida nende edenemist ning leppida kokku, kuidas tegevuste tulemuslikkust ja kvaliteeti hinnatakse. Eesmärk on saavutada terviklik ülevaade psüühikahäirete esinemissagedusest, levikust ja suundumustest; teenuste eesmärkidest, kättesaadavusest ja kvaliteedist, kasutajate profiilist ja muudest indikaatorites erinevatel teenusetasemetel.
- Arendada Maailma Terviseorganisatsiooni soovitude põhjal suitsiidide ennetamise tegevuskava.
- Koostöös erinevate asjaosaliste ministriumidega luua kiirreageerijatele ja eesliinitöötajatele mõeldud vaimse tervise tugijuhend koos hindamisnäitajate ja koolitusega, mis toetaksid selle rakendamist.
- Tugevdada vaimse tervise teenuseid kogukonna tasandil ja tervishoiu mitmesuguste sekkumiste ja meetmete abil tagamaks vaimse tervise probleemidega inimestele lähedane, õigeaegne ja kvaliteetne tervishoid.

2021. aasta teises pooles loodi Riigikogus vaimse tervise toetusrühm, mille eesmärgiks oli tõsta teadlikkust vaimse tervise problemaatikast seadusandja tasandil ning ühtlasi toimida koostööplatvormina riigi seadusandliku võimu, ministriumite ning teiste otseste ja kaudsete asjaosaliste vahel, kes vaimse tervise valdkonnas tegutsevad.²²

Tagamaks parem ligipääs tervishoiuteenustele seadis Sotsiaalministeerium sisse eraldi osakonna ning seda toetava vaimse tervise staabi, mille eesmärgiks on pakkuda vaimse tervise probleemide käes kannatavatele patsientidele paremat ligipääsu tervishoiuteenustele. Vaimse tervise teenuste jaoks eraldatakse valitsuse lisaeelarvest täiendavad 2,85 miljonit eurot ning lisaks veel 15 miljonit eurot, millega toetatakse kohalike omavalitsuste poolt pakutavaid teenuseid.¹⁴

Lisaks kinnitas valitsus 2021. septembris toetusmeetmed, millega tõstetakse esmatasandi vaimse tervise teenuste kättesaadavust. Uued meetmed võimaldavad kohalikel omavalitsustel taotleda poole miljoni euro ulatuses rahastust, et laiendada vaimse tervise teenuste pakumist ning katta kogukonnapsühholoogi mentorluskulud või töötasu. Seda rahastust tõsteti veelkord 2022. veebruaris.²³

Ametkondadevaheline koostöö vaimse tervise vallas on paranemas

Alates 2021. aastast on Vaimse tervise rohelise raamatu eesmärgiks pakkuda raamistik, millega toetada ministriumide, valitsusasutuste ja kohalike omavalitsuste ning ühiskondlike organisatsioonide vahelist koostööd.¹¹

2021. aasta märtsis kutsus toona värskelt ametisse nimetatud sotsiaalkaitseminister kokku vaimse tervise staabi ja mõttekoja - kaks erinevat, kuid omavahel väga tihedalt seotud töörühma/üksust, mis Sotsiaalministeeriumi all koostöös juhtisid ja toetasid valdkonna arenguid.¹⁴ Töörühmad andsid olulise panuse vaimse tervise valdkonna vajaduste ja kitsaskohtade väljaselgitamisel ja kaardistamisel konsulteerides ekspertidega, et leida kõige kriitilisemad pudelikaelad valdkonnas ning samuti võtta kasutusele otseseid meetmeid COVID-19 kriisi tekitatud negatiivsete mõjude leevendamiseks.

Lisaks tegutseb 2022. aasta jaanuarist Sotsiaalministeeriumis vaimse tervise poliitika arendamiseks ja elluviimiseks uus ja eraldiseisev vaimse tervise osakond. Eelnevalt kattis antud valdkonda 0,5-koormusega ametikoht, mis polnud piisav vaimse tervise valdkonna poliitiliseks juhtimiseks.

Psühhiaatrid on ebaühtlaselt jaotunud ja perearstid pole piisavalt kaasatud depressiooniga patsientide hooldamisse

Depressiooni all kannatavate inimeste jaoks on tervishoiu kättesaadavusel Eestis mitmeid põhimõttelisi piiranguid. Kuigi psühhiaatrite koguarv elaniku kohta jääb vaid pisut alla Euroopa Liidu keskmisele, on psühhiaatriapolikliinikud riigis jaotunud ebaühtlaselt ning kuigi seni jäävad psühhiaatrilise ekspertiisi ooteajad enamasti valitsuse seatud 42-päevase eesmärgi piiresse, on ooteajad hakanud kasvama.^{11 18} Seetõttu on patsiendid sageli sunnitud otsima vajalikke raviteenuseid väljaspool Haigekassa poolt hüvitatud teenuseid. Need on paraku on paljudele patsientidele rahaliselt kättesaamatud, mis tähendab tihti seda, et ravikuur jääb poolikuks.

Erinevate spetsialistide ja teenuste vahel orienteerudes ei saa inimene süsteemilt piisavalt tuge. Puudus on inimestest, kes omaks täielikku ülevaadet patsiendi raviteekonnast ning seega on ka patsiendil keeruline piisavalt edukalt protsessis orienteeruda.⁶

Sageli pole vaimse tervise probleemide korral ravi algatajaks perearst, vaid hoopis eriarst. Sageli kaasatakse psühhiaatrid raviprotsessi liiga varajases faasis, mis paneb spetsialistid olukorda, kus nad peavad ise hakkama otsima tuge hoopis esmatasandi nõustajatelt.⁶

Alates 2017. aastast on perearstidel võimalus oma patsiendi diagnoosi täpsustada ja raviplaani luua kasutades tervise infosüsteemi pakutavat psühhiaatri e-konsultatsiooni. Haigekassa andmetel kasutati seda võimalust ainuüksi 2019. aasta üheksa kuuga 246 korral. 2020. aastal lisandus lastepsühhiaatria e-konsultatsiooni võimalus.¹¹

Esmatasandi spetsialistide suutlikkus vaimse tervise probleemidega inimesi aidata jaguneb riigis ebaühtlaselt. Perearstid ei konsulteerid alati psühhiaatriga enne patsiendi nende juurde suunamist, samuti on spetsialistidel erinev arusaam vaimset tervist puudutavate andmete optimaalsest kogusest ja formaadist. Ülesanded ja kohustused ei ole asjaosaliste vahel selgelt jagatud. Õigeaegse ja kooskõlastatud tegevuskava puudumine väljendub

ka kehvemates ravitulemustes. Hooldusplaanis osalevad erinevad teenusepakkujad ei tööta meeskonnana.⁶

Sageli ei tea teenusepakkuja, mis inimesest pärast abi saamist edasi saab, puudub ühtne tagasiside ja kvaliteediseire süsteem. Teenusepakkujate vahelise suhtluse kvaliteet on kõikum.⁶

Tervishoiuteenuse osutajad ei võta patsienti osana ravimeeskonnast ning ei jaga temaga piisavalt teavet – samas siiski eeldavad patsiendilt vastutust omaenda ravi edenemise ja tulemuslikkuse üle. Oma seisundist tingituna rohkem sotsiaalset tuge vajavate vaimse tervise patsientide lähedaste kaasatus on madal.⁶

Eestis on puudus kliinilistest psühholoogidest ja vaimse tervise õdedest

Vaimse tervise rohelise raamatu põhjal ei ole kliiniliste psühholoogide vajadust Eestis piisavalt analüüsitud. Kui eeldada, et kliiniliste psühholoogide vajadus eriarstiabis on võrdväärne vaimse tervise õdede vajadusega, s.t üks kliiniline psühholoog psühhiaatri kohta, oleks eriarstiabi tasemeks vaja 210-260 kliinilist psühhooloogi. Kliiniliste psühholoogide laialdane rakendamine esmatasandil, kus üks kliiniline psühholoog on viies-kuues nimekirjas, eeldaks Eestis täiendavat vajadust 130-160 esmatasandi kliinilise psühhooloogi järele.¹¹

Vaimse tervise õde on eriõde, kes osutab õendusabi, kuid hindab ka võimalike või diagnoositud vaimse tervise probleemide ja psüühikahäiretega inimeste abivajadust ning ka nende pere vajadusi. Vaimse tervise õel on erioskused, väljaõpe ja teadmised psüühikahäiretega inimestega töötamiseks ja nende häirete ennetamiseks ning laiemalt elanikkonna vaimse tervise edendamiseks. Praktikast teostab vaimse tervise õde iseseisvat vastuvõttu ja näiteks Haigekassa poolt rahastatud grupipsühhoterapiat.

Arvestades optimaalset suhet üks vaimse tervise õde psühhiaatri kohta, vajaks eriarstiabi tase vähemalt 210-260 vaimse tervise õde. Vaimse tervise õdede täiendav rakendamine esmatasandi keskustes looks minimaalse vajaduse 60-70 vaimse tervise õe ametikoha järele. Praegu töötab Eestis 137 vaimsele tervisele spetsialiseerunud õde.¹¹

Umbes 20% psühhiaatri diagnoositud depressiooniga inimestest saab psühhoterapiateenust ja umbes 10% külastab kliinilist psühhooloogi ja vaimse tervise õde. Umbes 20% neist inimestest käib perearsti juures neli aastat, tavaliselt rohkem kui paar kuud pärast depressiivse episoodi algust.⁶

2022. aasta mais läbis Riigikogus esimese lugemise seadusemuudatus, mis võimaldab Haigekassal rahastada psühhoterapiat võimaldamist läbi erapraksiste ning parandada seeläbi vaimse tervise abi kättesaadavust.²⁴

Psühhiaatrilise abi seaduse ja tervishoiuteenuste korralduse seaduse eelnõu esimesel lugemisel kavandatud muudatused on vajalikud psühhoterapiat senise rahastamisskeemi muutmiseks. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus lisab uue tervishoiuteenuse liigina psühholoogilise ravi, kehtestab psühholoogilise ravi osutajatele tegevusloa nõude reegli ning võrdsustab kliinilised psühholoogid tervishoiutöötajatega. Nii saavad erasektoris tegutsevad litsentseeritud kliinilise psühholoogilise nõustamisteenuse pakkujad pakkuda oma teenust arsti saatekirja alusel iseseisvalt. Kliinilistel psühholoogidel on ka võimalus lisada andmeid tervise infosüsteemi, et jagada neid oma kolleegidega riiklikus tervishoiusüsteemis.

Seni on psühhoterapiat rahastanud haigekassa, kuid esmatasandil ja ainult perearstiteraapia rahastuse kaudu. Seadusemuudatused võimaldavad Haigekassal sõlmida tulevikus otselepinguid erasektori teenusepakkujatega ja nõnda rahastada psühhoterapiat.

Muudatused peaksid kava kohaselt jõustuma 2022. aasta juulis, kuid mitme rakendussätte jaoks on ette nähtud ka üleminekuperiood. Terviseamet hakkab tegevusloa taotlusi vastu võtma

2022. aasta augustist ning kõik iseseisvalt psühholoogilist ravi osutada soovijad peavad uutele nõuetele vastama 2023. aasta jaanuariks.

Enamikul raske depressiooni riskirühmadel puudub piisav tugimehhanism

Kvalifitseeritud arstide nappus on tuntav ka olulistes meditsiinilistes valdkondades. Eestis oli 2019. aastal registreeritud vaid 21 lastepsühhiaatrit.¹¹ Selle põhjuseks on peamiselt sellele valdkonnale spetsialiseerumise vähenenud atraktiivsus. Eestis tegutseb hetkel 4 statsionaarset lastepsühhiaatria pädevusega kliinikut.

Eestis on koolipsühholooge ja mõnikord ka kooliõdesid, kes peaksid tegelema vaimse tervise vaatluse ja probleemide ennetusega. Teoreetiliselt peaksid need spetsialistid olema suutelised tuvastama depressiivsete sümptomitega õpilasi, kuid paraku praktikas on koolid erinevad. Erineb nii koolide lähenemine, aga ka personali olemasolu ja selle kvalifikatsioon.

Koolipsühholoogide arvu suurendamise vajalikkuse üle on vaieldud pikka aega. Üks peamisi väljakutseid siinkohal on endiselt rahastamine ning riik ja omavalitsused pole siiani jõudnud kokkuleppele sellega seonduvate lisakulude rahastamise osas. Seega täitavad täna tühimiku, teevad ennetustööd ning pakuvad lastele ja noortele vaimse tervise tuge erinevad mittetulundusühingud (nt MTÜ Peaasjad, Eesti Koolipsühholoogide Ühing, Noorte Vaimse Tervise Liikumine, Eesti Sotsiaalpedagoogide Liit), kes pakuvad tasuta nõustamist või korraldavad teavitussüritusi.

Geriaatrilise psühhiaatria eksperte on vähe ja seda eriala Eestis hetkel ei saagi omandada. Eakate puhul on puude tuvastamisel võimalik saada täiendavat abi Sotsiaalkindlustusameti rehabilitatsiooniteenuste kaudu.

Töötajate vaimse tervise edendamine on Eestis valdavalt tööandjate endi, vabaühenduste või õppeasutuste vedada. Vähemalt 50 töötajaga tööandjad pakuvad vaimse tervise seotud koolitusi või teenuseid 88% organisatsioonidest ja ainult 57% kuni 49 töötajaga organisatsioonides.²⁵

2019. aasta tervishoiu ja tööohutuse seaduse muudatuse tulemusena laiendati psühhosotsiaalsete ohutegurite mõistet ning lisaks psühholoogilistele aspektidele lisati seadusesse ka sotsiaalsed aspektid, mida tuleb töökeskkonnas hinnata ning maandada vastavaid riskitegureid. Eesti ettevõtetest kasutab tervishoiuteenusena tööpsühhooloogi teenuseid 5-11%, Euroopa riikide koondnäitaja on seevastu 15-74%.²⁶

Praegu on tööandja osutatav kliinilise psühhooloogi teenus erisoodustusmaksuga summas kuni 100 eurot töötaja kohta kvartalis, eeldusel, et sama teenus on kättesaadav kõigile töötajatele.²⁷

2022. aastal on Sotsiaalministeerium koos partneritega koostamas "Vaimse tervise tegevuskava", mis võiks valmida aasta lõpuks. See annaks edasistele tegevuskavadele lisaks visioonile ka rahalisi vahendeid, millega valdkondlikku poliitikat ellu viia. Praegu pidanuks töös olema Sotsiaalministeeriumi "Suitsiidide ennetamise tegevuskava", mille ajakava lükkus edasi kavatsuse tõttu teha see rahvusvahelise koostööna. Teised tegevuskavad ei ole vaimse tervise seotud.

Andmed depressiooniravi parandamiseks

Realse ülevaate saamiseks depressiooni haigestumisest Eestis napib andmeid

Eestis pakub süstemaatilist terviseandmete kogumist Tervise Arengu Instituut (TAI). Muu hulgas avaldab TAI regulaarselt igal aastal andmeid vaimuhaiguste kohta. Keskne andmebaas ja riiklik depressiooniregister puudub. Siiski on olemas teatud muude terviseprobleemide, näiteks vähi, tuberkuloosi ja narkomaania ravi registrid.²⁸ Käivitatud on kogu elanikkonda hõlmav vaimse tervise uuring, mida rahastab Sotsiaalministeerium ja mida viib läbi Tervise Arengu Instituut koos Tartu Ülikooliga.²⁹

Eestis kogub iga tervishoiuteenuse osutaja patsientidega suhtlemise põhjal oma andmed ja edastab need perioodiliselt haigekassale. Nii luuakse tervishoiuteenuste eest tasumise süsteem. Aruandluseks või kokkuvõtete tegemiseks ning riiklike teenuste ja meetmete kavandamiseks viib Tervise Arengu Instituut (TAI) läbi ka psüühikahäirete esinemise, haigusjuhtude, vastuvõttude ja muu uuringuid. Teisisõnu töötleb TAI samu haigekassa andmeid eraldi, et teha teatud üldistusi, poliitikaettepanekuid ja ennetusplaane.

Andmeid puuete, töövõimetuslehtede, abivahendite kasutamise jms kohta koguvad ka selleks määratud riiklikud asutused. Kokkuvõtteks võib öelda, et tohtul hulgal patsiendiandmete kogumiseks on palju registreid ja vahendeid, kuid andmed jäävad siiski eraldi kogumitesse, mis omavahel väga tõhusalt ei toimi.



Tähelepanu vaimsele tervisele suureneb, kuid patsientide tagasisidet ja plaanide elluviimist napib

Värskeim OECD vaimse tervise analüüs tõstab esile patsientide kogemuse mõõtmise ja hindamise olulisust tervishoiusüsteemis.³⁰ Nii nagu Eestis ei koguta süstemaatiliselt andmeid psüühikahäirete levimuse kohta, ei tea vaimse tervise teenuse osutajad sageli ka pärast esmase abi andmist, mis nende patsientidest edasi saab, sest puudub ühtne tagasiside ja kvaliteediseire süsteem. Samuti on erinev teenusepakkujate vahelise suhtluse kvaliteet.⁶

Praegune teenuse korraldus ei paku kahjuks tervishoiuteenuseid, mis rahuldaksid piisavalt patsientide individuaalseid vajadusi. See on osaliselt põhjus, miks mõned patsiendid saavad tervishoiuteenust liiga vara, liiga hilja või üldse mitte. Erinevate tervishoiuteenuste saamise vahelisel perioodil vajavad inimesed täiendavaid tugiteenuseid – inimeste abivajadused ja iseseisvuse tase on väga erinev, kuid praegune nõustamissüsteem ei toeta patsiente vajalikul määral.⁶

Praegune suuline ja kirjalik suhtlus tervishoiusüsteemi ja patsiendi vahel on keeruline, tekstimahukas, liiga üldine ega kajasta konkreetse isiku/üksikjuhtumi ravikäiguga seotud infot. Seetõttu satuvad paljud inimesed segadusse, mis sageli võib viia täiendavate alternatiivteenuste ja sõltumatu teabe otsimiseni.⁶

Depressiooniga inimeste kaasamine ja võimestamine

Depressiooniga inimesed osalevad tervishoiu otsuste tegemisel, kuid nende osalust tuleb suurendada

Kehtiv raamdokument – vaimse tervise roheline raamat – tunnistab vajadust kaasata psüühikahäiretega patsiente ja nende lähedasi või eestkostjaid raviprotsesside planeerimisse, elluviimisse ja hindamisse. See hõlmab vastavalt patsiente, hooldajaid ja patsientide eestkostjaid. Dokumendis tuuakse välja ka see, et Eestis puudub konkreetne organisatsioon, mis koondaks ja esindaks psüühikahäiretega inimesi ja nende lähedasi.¹¹

Vaimse Tervise ja Heaolu Koalitsioon (VATEK) on avalike huvide ühendus, mis ühendab enamikku Eesti vaimse tervise valdkonnas tegutsevaid organisatsioone. VATEKi põhieesmärk on kaitsta Eesti elanikkonna laiemaid huve vaimse tervise ja heaolu edendamise ning vaimse tervise ja heolupoliitika kujundamise kaudu.³¹

MTÜ Peasjad eestvedamisel ja toel sai 2017. aastal alguse Eesti Noorte Vaimse Tervise Liikumine (ENVTL), mis keskendus noorte vaimse tervise teadvustamisele ja propageerimisele. ENVTL-i liikmed on eelkõige haavatava sihtrühma esindajad.³² ENVTL on lähim analoog kogemusekspertide või patsientide esindusorganisatsioonile, kuid need esindavad ainult noori.

2016. aastal asutati MTÜ Elu Dementsusega, mille liikmeid ühendab missioon toetada dementsusega haigeid ja nende lähedasi Eestis.³³

Täiskasvanud vaimse tervise patsiente ja nende lähedasi koondavaid organisatsioone, mis vastavad huvikaitseorganisatsiooni kriteeriumidele, Eestis ei eksisteeri. Olukorra parandamiseks on valitsusel eesmärk leppida kokku selgetes ootustes ja põhimõtetes vaimse tervise organisatsioonide ja riigi vahel vaimse tervise strateegiate tõhusaks elluviimiseks ning vaimse tervise patsientide kaasamiseks erinevatel otsustustasanditel, tuginedes vaimse tervise parimatele praktikatele.¹¹

Keerulises olukorras on ka depressiooni all kannatavate inimeste pereliikmed ja eestkostjad. Täna puudub Eestis süsteemne riiklik rahaline toetus depressiooniga hooldajatele. Rahalist abi saavad ainult raske puudega inimeste hooldajad. Koormuse vähendamine raskete psüühikahäiretega patsientide hooldajate toetamise kaudu on Eestis veel eraldi käsitlemist vajav teema. Ekspertide hinnangul häid mudeleid veel laual pole ja teema vajab veel esmast analüüsi.

Kogukonnapõhine hooldus on alles lapsekingades

Depressiooniga inimeste lähedaste tugiskeem ei ole Eestis piisavalt arenenud. Diagnostilised ravimeetodid nimetavad kogukonnohooldust kui vahendit depressiooniga patsientide hooldamiseks, kuid ei paku selle abivormi kohta üksikasjalikumat teavet.³⁴ Sotsiaalteraapilised tugirühmad, kus patsiendid saavad kohtuda, on keskendunud narko- või alkoholiprobleemidega inimestele. Patsientide toetajatel ei ole õigust saada Eestis oma teenuste eest rahalist hüvitist. Haigekassa on ka märkinud, et rohkem sotsiaaltoetust vajavate inimeste lähedaste kaasatus on Eestis suhteliselt madal.⁶

2021. aastal loodi kohalikele omavalitsustele kogukonnapsühholoogide ja kogukonna vaimse

tervise teenuste osutamise meede.³⁵ Sisuliselt saavad kohalikud omavalitsused seda kasutada erinevate teenuste rahastamiseks, millest üks on kogemusnõustamine. Riik loeb kogemusnõustamist vaimse tervise teenuseks, st kui kohalik omavalitsus suudab põhjendada, miks seda teenust rakendada, omab varasemat kogemust hea partneriga, varasemaid häid tulemusi elanikkonna hulgas ja toimivat koostöövõrgustikku, siis saab kogemusnõustamine ka kogukondliku tegevuse rahastamist. Ekspertide hinnangul on probleemiks see, et kogemusnõustamisel puudub konkreetne riiklik rahastamisskeem ning selle üheks põhjuseks on selle teenuse ebaselgus ja roll üldises teenuste ökosüsteemis.

Eestis tegutseb kümneid üleriigilisi vaimse tervise ühendusi. Mõned organisatsioonid toetavad inimesi kogu psüühikahäirete spektris (nt MTÜ Eluliin, Laste ja Noorte Kriisiprogramm MTÜ), teised keskenduvad teatud riskirühmadele. Siiski puutuvad need ühendused sageli kokku takistusega nagu rahastamise puudumine, mis piirab oluliselt nende võimalusi ja mõju – kuna mittetulundusühingud sõltuvad piiratud riiklikust toetusest ja vabatahtlikest rahalistest annetustest.¹⁵

Tehnoloogia kasutamine ravi kättesaadavuse parandamiseks

Digiteraapia võimalused on saadaval, kuid praegu piiratud

Digitaalsed vahendid ja kaasaegsed tehnoloogiad tungivad üha enam tervishoiuteenuste osutamisse. Vaimse tervise roheline raamat toob esile vajaduse töötada välja uusi lähenemisviise jätkusuutliku vaimse tervise abi osutamiseks, näiteks erinevate digilahenduste arendamine – veebinõustamine, e-eneeseabi, e-psühhoteraapia jne. Raamdokumendis on kirjas, et veebinõustamise kvaliteedi tagamiseks on vaja luua vastav standardite raamistik ning hinnata nii olemasolevaid kui ka tulevasi telenõustamise tehnilisi lahendusi. Selles osas soovitatakse dokumendis analüüsida ja toetada tõenditel põhinevate juhitud veebipõhiste eneseabiprogrammide kasutuselevõttu ning hinnata, milliseid programme esmatasandi tervishoiutöötajad ja patsiendid vajavad.¹¹

Näiteks on Eesti Seksuaaltervise Liit koostöös partneritega loonud noorte veebipõhise tervisenõustamise kvaliteedistandardid ning Eesti-Rootsi Vaimse Tervise ja Suitsidoloogia Instituudi egiidi all on välja töötatud nõustamisjuhised veebinõustajate jaoks.¹¹

Eestis on COVID-19 pandeemia tõttu oluliselt suurenenud ka kaugkonsultatsioonide kasutamine. 2020. aastal tehti depressiooniravi raames 36% psühhiaatri vastuvõttudest kaugjuhtimisega.⁶ See kehtib ka vaimse tervise valdkonna kohta, kus rutiinsete näost näkku konsultatsioonide võimalused on olnud piiratud.

Sellegipoolest kasutatakse olulisel määral traditsioonilisi vahendeid, nagu näiteks telefoniabi, mis pakuvad tasuta nõu. Neid juhivad enamasti mittetulundusühingud. Saadaval on ka online-teraapiavõimalused, mis võimaldavad kohtuda psühholoogi või psühhoterapeudiga, kuid oluliselt väiksemas mahus.



Väljatöötamisel on raamistikud digivahendite hindamiseks

Eestis puudub ekspertide hinnangul kindel digitaalsete terviselahenduste hindamissüsteem. Hindamisraamistikku on vaja digiteraapia/digiteraapiate ehk erinevate digisekkumiste jaoks, sh näiteks erinevad telefonirakendused, mida saaks kasutada vaimse heaolu parandamiseks või hoidmiseks. Hindamissüsteem tähendaks, et iga turule tulev lahendus peab läbima hindamissüsteemi ja see võib viia selleni, et teenus on riiklikul tasandil tunnustatud. See riiklik tunnustus võib tähendada, et arstid võivad patsiendile ravi osana välja kirjutada rakenduse.

TalTech katsetab praegu digitaalsete terviselahenduste hindamisplatvormi loomist. Hetkel puudub depressiooni ravimisel kindel standard ja Tehnopol katuse all töötav Estonian Connected Health Cluster püüab paika panna esialgse standardraamistiku. Praegu puudub tervishoiutöötajatele soovitatavate tööriistade nimekiri.³⁶

Praegu vaimse tervise teenuseid toetav Accelerate Estonia (Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumi innovatsiooniprogramm ja Tehnopol) võib olla võimeline looma ühelt poolt rahastamismudeli ja teiselt poolt aktsepteeritud digitaalsed vahendid, mida saaksid kasutada nii tervishoiuteenuse osutajad kui ka patsiendid kas tasuta või väikese omaosalusega. Kogu valdkonnal on suur potentsiaal, kuid protsess alles käib.³⁷

Ravimite digiretseptid on Eestis täielikult kättesaadavad, kuid tehnoloogiate kogu potentsiaal jääb kasutamata

Digiretsept on tsentraliseeritud paberivaba süsteem retseptide väljastamiseks ja käsitlemiseks. Kui arst kirjutab süsteemi abil välja ravimi, teeb ta seda elektrooniliselt veebivormi kaudu. Apteegis ei pea patsient tegema muud, kui esitama ID-kaardi. Seejärel otsib apteeker süsteemist patsiendi teabe ja väljastab ravimi. Täna väljastatakse riigis 99% kõigist retseptidest elektrooniliselt.³⁸

Kuna e-retsepti süsteem tugineb Haigekassa andmetele, siis ilmuvad ka riiklikud ravitoetused, mida patsiendil on õigus saada, ja ravimit hinnatakse automaatselt. Süsteemi eeliseks on ka see, et korduvate retseptide puhul pole arstivisiite enam vaja. Patsient saab arstiga ühendust võtta e-posti, Skype'i või telefoni teel ning arstid saavad uue retsepti väljastada vaid mõne klikiga.

Eestis on akuutravi psüühikahäiretega patsientidele, sh erineva raskusastmega depressiooniga patsientidele, praegu väga hästi kättesaadav. Probleemiks on aga osutunud järelravi pakkumine ja haiguse pikaajaline ravi. Probleemid tulenevad eelkõige nii teenindusvõimest, finantseerimisest kui ka süsteemist endast.

Kuigi Eestis on inimestel õigus saada Haigekassa raviteenust, on selle pakkumine nii süsteemis kui ka väljaspool seda personali- ja finantsvõimekuse tõttu piiratud. Patsiendid peavad ootama kaua, et saada ravi ja või veelgi hullem, nad ei otsi kunagi abi rahaliste piirangute tõttu. Olukorra teeb keerulisemaks ka asjaolu, et depressiooniga patsiendid seisavad sageli silmitsi sotsiaalse häbimärgistamisega.

Lisaks puudub Eestis täna veel kogukonnakeskuste süsteem ja terviklik hooldus. Puudulik on ka patsientide integreerimine otsustusprotsessidesse, samuti patsientide endi vaheline vastastikune abistamine. Mitme teise riigi kogemuse põhjal näib aga just järelravi korraldamise parim praktika toimiv ja tõhus depressioonihäirete vajaliku abi pakkumisel. Positiivne on see, et nii patsientide esindajad kui ka tervishoiuteenuse osutajad on sellest teadlikud ning seetõttu püüavad mõlemad pooled selles valdkonnas vajalikke süsteemseid muudatusi vastu võtta.

Olukorra lahendamiseks on viimastel kuudel vastu võetud mitmeid strategiadokumente koos seadusandlike menetlustega ning loodud on ka vaimuhaiguste järelevalvenõukogu ja mõttekojad, mis aitavad parandada olemasoleva süsteemi funktsionaalsust ja koostööd erinevate valitsusharude vahel. Kuigi psüühikahäiretega inimeste tervishoiuteenuste osutamise muutustega kaasneb mitmeid probleeme, nt andmetega, annab muutuste protsesside käivitamine lootust olukorra paranemisele tulevikus.

Prioriteetsed soovitused

Ühendatud ja terviklikud depressiooniteenused

- Eestis napib ennetusmeetmeid ja järelhooldust depressiooni põdevatele inimestele. Seetõttu peab süsteem laiendama integreeritud ravi pakkumist, nt haiglaravi mittevajavate patsientide jaoks mõeldud kogukonnakeskuste arendamise kaudu. Kogukonnakeskuste vaieldamatu eelis oleks terviku tervishoiu- ja sotsiaalteenuste tagamine, mis praeguses süsteemis on tuntavalt puudulik.
- Lahenduseks süsteemis jätkuvalle ja süvenevale personaliprobleemile võiks olla kvalifikatsiooninõuete ja koolituse kestuse optimeerimine kergema depressiooniastmega inimestele teraapia pakkumiseks, pereliikmete ja lähedaste süsteemne kaasamine, aga ka võrdõiguslikkuse arendamine. - kaaspatsientide abil.
- Märkimisväärseks takistuseks järelravi kättesaadavusele on teenuste hinnad. Seetõttu nõuab praegune olukord riiklikust ravikindlustusest hüvitamise süsteemi struktuuri muutmist ja täiendavate finantsmehhanismide loomist.
- Tuleb rakendada ennetus- ja abiprojekte riskirühmadele, nagu noored, eakad või marginaliseeritud rühmad. Praegu sellised programmid riiklikul ja ka kogukonna tasandil praktiliselt puuduvad.
- Eestile tuleks kasuks nii teabekampaaniate kui ka psüühilistehäirete destigmatiseerimise kampaaniate toetamise suurendamine, eesmärgil on julgustada depressiooniga inimesi otsima varakult vajaminevat professionaalset abi.

Andmed depressiooniravi parandamiseks

- Eestil on vaimse tervise valdkonnas pikaajaline andmete probleem. Puuduvad ühtsed patsientide registrid ja süstemaatilised epidemioloogilised uuringud. Siiski on suurenenud surve praeguse süsteemi parandamiseks nii tervishoiusüsteemi sees kui ka patsientide poolt. Hea uudis on see, et käimasolev riiklik vaimse tervise uuring võib tuua uue valguse parendusvaldkondadele.
- Asjakohaste andmete puudumine raskendab vaimse tervise valdkonna süsteemsete muutuste kallal töötamist. Vaja on rohkem haigekassa andmevahetust ja -analüüse, samuti ekspertuuritingute tulemusi või patsientide elukvaliteedi andmeid. Eesmärk on parandada süsteemiseseid tegelike vajaduste jälgimist ja mõistmist, samuti aktiivsemalt reageerida puudujääkidele depressiooni ravis.
- Eestile oleks palju kasu keske andmebaasi loomisest, mis sisaldab teavet taskukohase erateravishoiu, aga ka depressioonihaigete igakülgse abistamise võimaluste kohta.

Tehnoloogia kasutamine ravi

- Täna puudub riiklik ega piirkondlik digitaalne tööriistakast, mida tervishoiuteenuse osutajad saaksid Eesti tervishoiusüsteemis kasutada. Nende rakendamist praktikas ei koordineerita ega rahastata spetsiaalsete toetuskeemide raames. Status quo nõuab seetõttu standardsete juhiste kasutuselevõttu, digivahenditega töötamise koolituse vajadust, aga ka küberturvalisust ja andmeturvet.
- Pidades silmas erineva raskusastmega inimeste arvu prognoositavat kasvu ja inimeste piiratud oskusteavet, tuleb digivahendite kasutuselevõttu veelgi suurendada. Selleks tuleb valmistuda tehnilises mõttes, aga ka vebiteraapia, professionaalsete konsultatsioonide või multidistsiplinaarse hoolduse pakkumise rahastamismudeli loomise vaatenurgast.

Depressiooniga inimeste kaasamine ja võimestamine

- Patsiendid ja patsientide huvisid esidnavad organisatsioonid on nüüd ametlikult kaasatud vaimse tervise reformimise protsessidesse. Patsientide tegelikud võimalused protsessides ja poliitikakujundamises aktiivselt osaleda ja neid mõjutada on aga mõnevõrra piiratud. Nende osalemine süstemaatiliste muudatuste määratlemisel aitaks kaasa pakutavate tervishoiuteenuste tõhusamale kohandamisele ja kvaliteedi parandamisele.
- Depressiooni ja selle raviga seotud rahastamiskeemide standardseid meditsiinilisi protseduure ei ole viimasel ajal üle vaadatud, et vastata viimastele ravisuundadele, ning need ei hõlma mitmete riikide parimaid tavasid, kus osalevad aktiivselt madalama kvalifikatsiooniga spetsialistid, samuti depressiooniga inimesed. nende hooldajad ja teraapias olevad pered. Suuniste edasised uuendused peaksid hõlmama ka seda konkreetset valdkonda.
- Hetkel puudub Eestis rahaline ja materiaalne toetuskava depressiooni põdevaid patsiente hooldavatele eestkostjatele ja lähedastele. Osana kõikehõlmavatest süsteemireformidest oleks soovitav tulemus, kui ka sellised toetusmehhanismid kaasataks.

1. Centre for Suicide Prevention. 2015. Depression and suicide prevention: resource toolkit. Calgary: CSP
2. Linder A, Gerdtham U-G, Trygg N, et al. 2019. Inequalities in the economic consequences of depression and anxiety in Europe: A systematic scoping review. *European Journal of Public Health*, 30(4), 767–777.
3. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, et al. 2014. Comprehensive Meta-Analysis of Excess Mortality in Depression in the General Community Versus Patients With Specific Illnesses. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 453–462.
4. World Health Organization Europe. I don't know if I'. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/areas-of-work/depression>. January 20, 2022. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/areas-of-work/depression>. [Külastatud 11.02.22]
5. Ng CWM, How CH, Ng YP. 2017. Depression in primary care: Assessing suicide risk. *Singapore Medical Journal*, 58(2), 72–77.
6. Eesti Haigekassa. Depressiooniga tööealise inimese raviteekond 2021.
7. OECD. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris 2018.
8. OECD. Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. Paris 2014.
9. The Lancet. 2022. Ensuring care for people with depression. *The Lancet*, 399(10328), 885. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01149-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01149-1/fulltext) [Külastatud 18.03.22]
10. Centar. Raviresistentse ja suitsiidse depressiooni levimus ning majanduslik mõju 2021.
11. Sotsiaalministeerium. Vaimse tervise roheline raamat
12. Sotsiaalministeerium. 2015. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/Arstide_erialade_arengukavad/psyhhiatria.pdf. [Külastatud 18.02.22.]
13. Eesti Vabariigi Valitsus. Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm 2021–2023. 2022. <https://www.valitsus.ee/valitsuse-eesmargid-ja-tegevused/valitsemise-alused/tegevusprogramm#terved-ja-hoitud-ini>. [Külastatud 03.12.21]
14. Sotsiaalministeerium. Sotsiaalministeeriumi kodulehekül. 2021. <https://www.sm.ee/et/uudised/sotsiaalkaitseminister-kutsus-kokku-vaimse-tervise-staabi-ja-suunab-valdkonda-lisaraha>. [Külastatud 05.01.2022]
15. Õiguskantsler. Psühholoogilise ja psühhiaatrilise abi saamise võimalused Eestis - Infovoldik lapsevanemale. <https://www.oiguskantsler.ee/et/ps%C3%BChholoogilise-ja-ps%C3%BChhiaatrilise-abi-saamise-v%C3%B5imalused-eestis>. [Külastatud 15.02.22]
16. Beezhold J, Destrebecq F, Fresu M, et al. 2018. A sustainable approach to depression: Moving from words to actions. London: The Health Policy Partnership
17. European Patients Forum. EPF Background Brief: Patient Empowerment. Brussels: EPF 2015.
18. Repper J, Carter T. 2011. A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392–411.
19. European Commission. 2018. Tackling depression with digital tools. June 04, 2018. <https://ec.europa.eu/research-and-innovation/en/projects/success-stories/all/tackling-depression-digital-tools>. [Külastatud 06.11.21]
20. Hallgren K, Bauer A, Atkins D. 2017. Digital technology and clinical decision making in depression treatment: Current findings and future opportunities. *Depression and Anxiety*, 34(6), 494–501.
21. Prescott J, Hanley T, Ujhelyi K. 2017. Peer Communication in Online Mental Health Forums for Young People: Directional and Nondirectional Support. *JMIR Publications*, 4(3).
22. Riigikogu. September 14, 2021. <https://www.riigikogu.ee/fraktsioonide-teated/eesti-reformierakonna-fraktsioon/riigikogus-moodustati-vaimse-tervise-toetusruhm/>. [Külastatud 10.02.22]
23. Sotsiaalministeerium. Sotsiaalministeeriumi kodulehekül. <https://www.sm.ee/et/uudised/riik-toetab-vaimse-tervise-teenuseid-13-miljoniga>. [Külastatud 02.03.22]
24. Sotsiaalministeerium. Sotsiaalministeeriumi veebileht. May 12, 2022. <https://www.sm.ee/et/uudised/sotsiaalministeerium-jatkab-tood-vaimse-tervise-abi-kattesaadavuse-parandamiseks>. [Külastatud 12.05.22]
25. Trummal T, Luuk A. Töökoha tervisedenduse uuring 2019. https://intra.tai.ee/images/prints/documents/158754978518_Tookoha_tervisedenduse_uuring_2019.pdf [Külastatud 12.03.22]
26. Veldre V, Masso M, Osila L. Vaimse tervise häirega inimesed tööjõuturul 2015.
27. Tulumaksuseadus
28. Tervise Arengu Instituut. <https://www.tai.ee/et/statistika-ja-registrid>. [Külastatud 15.01.22]
29. Tervise Arengu Instituut. <https://www.tai.ee/et/rvtu>. [Külastatud 15.01.22]
30. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris 2019, Health at a Glance 2019: OECD Indicators.
31. VATEK. VATEK eesmärgid. <https://www.vatek.ee/koalitsioonist>. [Külastatud 12.03.22]
32. ENVTL. Tegevused. <https://www.envtl.ee/tegevused/>. [Külastatud 12.03.22]
33. MTÜ Elu Dementsusega. <https://eludementsusega.ee/strateegia-ja-visioon/>. [Külastatud 12.03.22]
34. Kleinberg A, Jaanson P, Lehtmets A, et al. Depressiooni ravijuhend perearstidele. *Eesti Arst*. 2011;90(9):431–446.
35. Sotsiaalministeerium. Sotsiaalministeeriumi kodulehekül. <https://www.sm.ee/et/uudised/avaneb-toetusmeede-kogukonna-psyhholoogi-ja-vaimse-tervise-teenuste-pakkumiseks>. [Külastatud 01.02.22]
36. TalTech. Terviserakenduste hindaja. <https://taltech.ee/terviserakendused>. [Külastatud 13.02.22]
37. AccelerateEstonia. Platform for a clear treatment path of depression patients. <https://accelerateestonia.ee/project/treatment-path-of-depression-patients/>. [Külastatud 13.02.22]
38. e-estonia. Healthcare. <https://e-estonia.com/solutions/healthcare/e-prescription/>. [Külastatud 15.02.22]

Kontaktandmed

Selle hindamisvormi kohta lisateabe saamiseks võtke ühendust:

Corpore AS

Maakri 19/1, Postkast 29

10145 Tallinn

Eesti

