

**EESTI
VAIMSE TERVISE POLIITIKA
ALUSDOKUMENT**

TALLINN 2002

Sisukord

Sissejuhatus	4
Peamised probleemid vaimses tervises	5
Peamised tegevussuunad probleemide lahendamiseks vaimses tervises	10
Alusdokument kui esimene etapp vaimse tervise poliitika ellurakendamisel	21
Kokkuvõte	23
Kasutatud kirjandus	24
Lisad 1 ja 2: joonised 1, 2	26
Lisa 3: vaimse tervise ümarlaua koosseis	28

Saateks

Käesolev vaimse tervise poliitika alusdokument on sündinud koostöös paljude erinevate oma ala ekspertide, professionaalide, samuti vaimse tervise teenuse tarbijatega. Ligikaudu tuhatkond inimest on osalenud alusdokumendi väljatöötamise protsessis kas otseselt või oma organisatsioonide kaudu. Alusdokument on valminud aastaga.

Alusdokument on koostatud laiapõhjalise konsensusena alt-üles protsessi käigus

Märkimisväärne on pretsedent, et riik, s.t Sotsiaalministeerium tellis kolmandalt sektorilt poliitika alusdokumendi väljatöötamise. Väärtuslikuks muudab vaimse tervise poliitika alusdokumendi just asjaolu, et selles on saavutatud konsensuslik tasakaal erinevate osapoolte ja huvigruppide vahel tänu alt-üles osalusprotsessile rohujuuresandil. See dokument pole koostatud üksikute ametnike poolt kabinetivaikuses, millede saatuseks on sageli jäädagi vaid paberile, ilma et huvitatud sihtrühmad sellest midagi teaksid. Tsiteerides sotsiaalminister Siiri Oviiri, on ta ministrina saanud mandaadi viia alusdokument Vabariigi Valitsusse, et alustada riikliku vaimse tervise poliitika väljatöötamist.

Alusdokumendi väljatöötamise 5-liikmelise tuumikmeeskonna ülesandeks oli koondada olemasolev teadmine ja info, saada jooksvalt tagasisidet ümarlaudadest, erinevatest organisatsioonidest ja virtuaalsest diskussioonist ning valada see sünergiana käesolevasse alusdokumenti. Aasta jooksul kogunes laiapõhjaline ümarlaud arutamaks alusdokumenti 4 korda. Ümarlause liikmeteks (vt lisa 3) on olnud nii poliitikud, ametkonnad, vaimse tervise teenuse pakkujad, vaimse tervise teenuse tarbijad ja patsiendiesindused oma organisatsioonide kaudu, kui ka Kirikute Nõukogu.

Tänu paljude oma ala ekspertide osalusele on vaimse tervise poliitika rakendamise protsess jätkusuutlik

Ekspertide tuumikmeeskonda kuulusid dr. Anne Kleinberg, dr. Sven Janno, Sirlis Sõmer, Pille Ilves ja dr. Andres Lehtmets. Laiendatud ekspertide ringi olid kaasatud prof. Airi Värnik, prof. Tõnu Lehtsaar, prof. Mare Teichmann, Eve Liblik, dr. Mai Maser, dr. Kaja Põlluste, dr. Peeter Jaanson, Patrick Rang, Aive Sarjas, Maarika Miil, Tiina Annus, Heli Aru, Peeter Ilves.

Lisaks kõikidele ümarlause liikmetele ja eelpoolnimetatud ekspertidele tuleb tänada ka Urve Randmaad, prof. Jaan Kõrgessaart, Malle Roomeldit, Ivori Veed, Epp Rebast, Kai Kukke, Sirje Vaaski, Ene Lausveed, Andrus Saart, Reet Montoneni ja paljusid paljusid inimesi, kes osalesid ümarlaudades, erinevates kohtumistes sihtrühmadega ja virtuaalsetes diskussioonides - kellede kõikide osalusest saate ülevaate koduleheküljel

www.praxis.ee/vaimnetervis

Samalt aadressilt saab täpsema ülevaate kogu protsessist ja alusdokumendi arenguloost.

Tänades kõiki viljaka koostöö eest
Poliitikauuringute Keskus PRAXIS

Sissejuhatus

Maailma Tervishoiuorganisatsioon (WHO) on seisukohal, et iga riik vajab oma vaimse tervise poliitikat (103). DALY-kriteeriumi põhjal koostatava normaalset elu häirivate või lühendavate tervisehäirete nimistu esikümnest viis on psüühikahäired ja seda erinevates riikides üle maailma (91, 64). Eesti elanikkonna tervis ja sealhulgas vaimne tervis on tervishoiu-uuringute põhjal halvemas seisus kui teiste Lääne- ja Põhja-Euroopa riikide elanikel (48, 76).

Antud dokumendi eesmärgiks on tähtsuse järjekorras esitada olulisemad vaimse tervise probleemid koos nende võimalike lahendustega. Need on esitatud põhimõttel, mis kirjeldab Eesti jaoks soovitatavaid arengusuundi seostades neid juba olemasolevate arengukavadega. Vaimse tervise poliitika alusdokument on lähtekohaks loodavale vaimse tervise poliitikale. Kaudsemaks eesmärgiks on algatada vaimse tervise senisest suurem väärtustamine Eestis.

Inimese vaimset tervist mõjutavad elukvaliteet, toimetulek, kultuurikeskkond jne. (73, 74, 75, vt. joonis 1, 2).

Vaimse tervise peamised valdkonnad on sotsiaaltoetused, tervishoid (perearstisüsteem, psühhiaatria), teenusetarbijate esindused (patsiendiesindus, eneseabigrupid jt.), haridus, tööhõive, religioon, justiitsüsteem (73, 103, vt. joonis 1).

Üldise tervise lahutamatu osana on vaimne tervis mõjutatud kõikidest ühiskonnas toimuvatest protsessidest ja hoiakutest. Riigikorra muutusega seotud üleminekuperiood on Eestimaa elanike ellu toonud palju muutusi. Eesti ühiskond on varasemaga võrreldes muutunud tunduvalt keerukamaks, struktuur on mitmekesistunud, vahed inimeste sissetulekutes on märkimisväärselt suurenenud (20, 24). Suurimas vaesusriskis on lastega pered (15, 44).

Tööeline elanikkond väheneb ja tööhõive määr tööeliste hulgas ulatub 54 %-ni. Järsu sündimuslanguse, keskmise eeldatava sünnieluea lühiduse ning vananenud rahvastiku mõjude summeerumisel on Eesti rahvastikukadu suurimaid kogu Euroopas (6, 14, 54).

Vaimse tervise valdkonnas on juba toimunud ja arenemas mitmeid positiivseid muutusi. Mitmetes vaimse tervise küsimustes on vajalik eeskätt olemasolevate tegevuskavade elluviimine ja jätkamine lähtuvalt väljatöötatud põhimõtetest (2,4, 7, 9,10,13,17, 18,26,31, 34, 37, 45, 47,48,51, 59).

Käesolev dokument koondab endas erinevate vaimse tervise spetsialistide kogemuse, praktilised ettepanekud ja koostöö positiivse energia vaimse tervise olukorra parandamiseks.

Alusdokumendi eesmärgiks on tuua välja olulisemad vaimse tervise probleemid ja pakkuda lahendusteed

Kaudsemaks eesmärgiks on algatada vaimse tervise senisest suurem väärtustamine Eestis

Peamised probleemid vaimses tervises

Arvestades erinevaid algallikaid ja ekspertarvamusi on Eestis vaimse tervise valdkonnas viis peamist probleemide gruppi:

- Psüühikahäirete sagenemine, noorenemine ning suur prognoositav kasv (25,29,30, 32, 50,62,76).
- Jätkuvalt kõrge suitsidaalsus (55, 56, 57).
- Sõltuvushäirete suur hulk, sagenemine ja noorenemine (3,50).
- Teenuste madal ja ebahühtlane kvaliteet koos vähese kättesaadavuse ja puuduliku õiguskaitstesüsteemiga
- Teenuste süsteemikesksus, puudulik koordineeritus, alafinantseerimine ja ebaefektiivne vahendite kasutamine

Joonistub välja 5 olulisemat probleemide gruppi vaimses tervises

Alljärgnevalt määratletakse ja kirjeldatakse need grupid täpsemalt.

I Psüühikahäirete sagenemine ja algus varasemas eas

Psüühikahäirete sagenemine ja noorenemine on väga lähedalt seotud vaimse tervise üldise vähese väärtustamisega nii riiklikul kui ka indiviidi tasemel (48). Oskamatus probleeme märgata ja tõrjuv suhtumine psüühikahäiretega inimestesse on seotud vähese teadmistega nendes (20). Selles probleemide grupis on peamisteks sihtrühmadeks prioriteetsuse järjekorras:

- lapsed ja noorukid
- eakad
- raske või pikaajalise psüühilise erivajadusega täiskasvanud
- tööeline elanikkond
- muud probleemsed sihtrühmad

1. Lapsed ja noorukid

Sarnaselt täiskasvanutega sagenevad laste vaimse tervise probleemid, kuid nende äratundmine on võrreldes täiskasvanute omadega veelgi vähem arenenud. Kasvavad pere- ja koolivägi-vallaga seotud vaimse tervise probleemid (43, 44).

Vanemate ja lastega tegelevate spetsialistide (nt. õpetajad, lasteaiakasvatavad) oskused ja ajaressurss on lastega toimuva (nt. erinevat liiki vägivald, kõnehäired) märkamiseks vähene, mille tõttu jääb abistamine hiljaks.

Samuti on probleemiks ebapiisav varane ennetav tegevus probleemsete peredega ning puudub mudel töötamiseks väärkoheldud lastega.

Psüühikahäired avalduvad järjest sagedamini ja järjest nooremas eas

Alaealiste narkomaaniaprobleemid on seotud nii õigeaegselt ravimata jäänud psüühika- ja käitumishäirete kasvu, kohase õpiabi puudumise (nt. hüperaktiivsed lapsed) kui ka perede kehva majandusliku olukorraga.

Laste vaimse tervise probleemid on suures osas tingitud lastega tegelemise vähesest väärtustamisest. Probleemiks on lastega töötavate psühholoogide, lastepsühhiaatriliste ravi- ja diagnostikameeskondade, sotsiaaltöötajate, koolipsühholoogide ja logopeedide vähesus. Erivajadustega laste õppimis- ja ravivõimalused on terviklikult praktikas lahendamata (nt. käitumishäirete või spetsiifiliste õpiraskustega lapsed).

2. Eakad

Võrreldes teiste Euroopa riikidega iseloomustab Eesti eakaid dementsuse ja depressiivsuse väga suur esinemissagedus, kuid mainitud probleemidega eakate ravi- ja hooldusvõimalused on välja arendamata (5). Koduses keskkonnas eakate toimetulekut toetavad teenused on välja kujundamata ja olemasolevate hulk piiratud. Vähesed võimalused aktiivseks tegevuseks ja ühiskonnas osaluseks põhjustavad läbi tõrjutuse, abituse, väärtusetuse ja üksinduse eluga rahulolematuse tunde.

*Eakate psüühika-
häirete küsimused
teravnevad koos
eakate osakaalu
suurenemisega
rahvastikus*

3. Raske või pikaajalise psüühilise erivajadusega täiskasvanud

Eestis on raske ja pikaajalise psüühilise erivajadusega täiskasvanutele käivitatud vajadustel põhinev sotsiaalteenuste süsteem, mille lähtealusteks on psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni põhimõtete järgimine ning klientide maksimaalne võimalik seostamine üldiste avalike teenustega. Rahaliste ressursside piiratusest tulenevalt on momendil võimalik abi ja toetust pakkuda ainult ca 45%-le tegelikest vajajatest. Eelkõige on puudus toetatud elamise, töötamise, igapäevaelu toetamise ja ka õppimise võimalustest.

*Psüühilise eri-
vajadusega ini-
meste integreeritus
ühiskonda loob
lisaväärtusi*

Välja töötamata on efektiivne toetusvõrgustik neile inimestele, kes kannatavad ebastabiilse kuluga psüühikahäire tõttu, või kellel on psühhosotsiaalselt avaldunud esmakordselt. Kuigi erinevaid kriisiabi võimalusi on viimastel aastatel kolmanda sektori organisatsioonide poolt suhteliselt jõudsalt arendatud, on kohaliku tasandi kriisiabi võrgustik raske ja sügava psüühilise erivajadusega inimestele läbi mõtlemata ning kirjeldamata.

Esmakordselt haigestunute jaoks kohase abi tagamine ennetab edasisi ja erinevaid kaudseid kulutusi.

Psüühilise erivajadusega inimesi toetades on võimalik ära hoida nende väljalangemist hariduse või eriala omandanute hulgast ning sotsiaaltoetuste maksmist (42, 85).

4. Eesti tööeline elanikkond

Probleemiks on üldine psüühiline stress ning sagenevad meeleoluhäired nagu depressioon ja ärevushäired (62). Depressioon (eriti koos alkoholi kuritarvitamisega) on üheks peamiseks suitsiidi põhjuseks. Stressis olevate inimeste hulk Eestis on 87%, 70% inimestest puutub kokku tugeva pingelise stressiga kord aastas, 14% on pidevas pingelises stressis (20), 38% elanikkonnast on stress tingitud töökeskkonnast (53).

Pidevalt tihenev konkurents tööturul, sotsiaal-majanduslik ebastabiilsus, pidevalt suurenevad nõudmised tööskestele ja isikuomadustele ning olelusvõitluslik töökultuur loovad soodsa pinnase pingelise töökeskkonna tekkeks ning tööstressi kasvamiseks.

Psüühiline stress on paljus seotud madala sissetuleku, pingetega tööl või hirmuga kaotada töökoht. Põhiliseks stressiallikaks on perekonna majanduslik olukord. Selle kõrval on tähtsal kohal mured seoses perekonna ja lähedaste heaoluga. (20, 24).

Seoses pikaajalise töötuse kasvuga on suurenenud vaimse tervise probleemid töötutel, kelledest paljud kuuluvad ka 6,1% ravikindlustuseta isikute hulka (8,40,50). Eestis on psüühika- ja käitumishäired püsiva töövõimetuse tekkimise põhjusena teisel kohal (50). Muukeelse elanikkonna vastavad probleemid on üsna sarnased, hirm töötuks jäämise ja selle tagajärgede ees veelgi suurem (20).

5. Muud probleemsed sihtrühmad

Vähe on teadvustatud kinnipidamisasutustes viibijate, pagulaste, piinamis- ja vägivallaohvrite, sõjaväeteenistujate jne. vaimse tervise teenuste vajadus ja abi (nt. kriisiabi, nõustamine, hingehoid) osutamise põhimõtted.

Tegemist on väga heterogeense grupiga, kus teenuste kujundamise teeb keerukaks vajadus arvestada nii keele, kultuuritausta kui väga erineval tasemel toimetulekuoskuste tasemega.

Eestis tuleb olla valmis väga erinevate probleemgruppidega tegelemiseks

II Jätakuvalt kõrge suitsidaalsus

Kümne viimase aasta jooksul on Eestis suitsiidi läbi hukkunud 5091 inimest, aastas keskmiselt 405 meest ja 104 naist. Enesetappude arv on aastaid püsinud stabiilselt kõrge (üle 30-40 juhu 100 000 elaniku kohta aastas) Muutused suitsiidide sageduses on seotud majanduslike, kultuuriliste ja väärtushinnanguliste muutustega Eestis (55, 56, 57, 97). Aastail 1992-1996 sooritasid Eestis alla 14-aastased lapsed enesetappusid sama palju kui sellele eelneval 20 aastal. Enesetapp on 15-29-aastaste noorte suurim surmapõhjus Eestis. Suitsiide sooritavad enam mehed kui naised ja maal toimub neid rohkem kui linnas (56, 97). Vaatamata suitsiide puudutava statistika paranemisele vajab see täiustamist.

Eksperthinnanguil on suitsiidkatseid 10-30 korda ja suitsiidkavatsusi kuni 200 korda rohkem kui suitsiide. Suitsiidid on seotud ravimata depressiooni, alkoholismi ja ka õpitud abituse sündroomiga (56).

Puudub suitsiidkatse teinute ravi- ja nõustamissüsteem (psühhiaatriline abi, psühholoogiline nõustamine, psühhoteraapia, eneseabi ja suitsiidi sooritanute lähedaste tugigrupid). Positiivne on hea rahvusvahelise koostöö ja Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituudi olemasolu.

Enesetapp on 15-29-aastaste noorte suurim surmapõhjus Eestis

III Sõltuvushäirete suur hulk, sagenemine ja algus varasemas eas

Alkoholi tarvitamist peetakse loomulikuks stressi maandamisel ja lõdvestumisel(20). Alkoholi tarbimine elanikkonna hulgas suureneb, selle kõrval on kasvanud ning püsib

tõusuteel illegaalsete narkootikumide kasutamine. Alkoholi ja narkootikumide tarvitamine on saanud noortekultuuri ja vaba aja veetmise osaks (3). Levib väärarusaamu nn. kergemate ja raskemate narkootikumide kohta.

Alkoholi ja narkootikumide tarvitamine on saanud noortekultuuri ja vaba aja veetmise osaks

Samas puudub nii täiskasvanute kui ka laste ja noorukite jaoks terviklik ravi- ja rehabilitatsioonivõrgustik. Kinnipidamisasutustes puuduvad võimalused saada abi sõltuvushäirete puhul. Võimalused on erinevad regiooniti, laste ja noorukite jaoks puudulikud võrreldes täiskasvanutega.

Suhteliselt hästi on arenenud eneseabigrupid alkoholsõltuvusega inimeste jaoks (Anonüümsed Alkohoolikud), kuid sarnased võimalused muude ainete kasutajate jaoks sisuliselt puuduvad.

Probleemne on statistika kogumine nimetatud valdkonnas, eriti seoses illegaalsete narkootikumide tarvitajatega. Positiivne areng on 2001.a Eesti Uimastiseire Keskuse loomine eesmärgiga süsteemselt koguda uimastite ja uimastisõltuvusega seotud teavet Eestis.

IV Teenuste madal ja ebahühtlane kvaliteet koos vähese kättesaadavuse ja puuduliku õiguskaitse süsteemiga

Eesti vaimse tervise teenuse üldine probleem on selle alatahtsustamine, vähene kättesaadavus, alternatiivide vähesus ja puudulik informeeritus teenuste võimalusest.

Teenuste professionaalne kvaliteet ja kättesaadavus on ebahühtlane

Teenus erineb piirkonniti ja kvaliteedilt. Professionaalne kvaliteet on valdkonniti ebahühtlane, selle regulaarset hindamist sarnastel alustel ei toimu. Samas on olemas positiivne kogemus Sotsiaalministeeriumi poolt välja töötatud "Psüühiliste erivajadustega inimeste riiklikele hoolekande teenustele esitatud kohustuslike nõuete (kui teenuste kvaliteedi süsteemi ühe elemendi) rakendamisest."

Teenuse kvaliteeti ei saa tagada kuna abiandjaid on ebapiisavalt. Käesoleval ajal puuduvad võimalused vajaliku arvu psühhiaatrite ja psühhiaatriaõdede koolitamiseks ja neile töökohtade loomiseks. Sotsiaalhoolekande vallas on vähe spetsialiste erivajadustega inimeste ühiskonda integreerimiseks.

Koostöö abiandjate vahel, määratletus õigusruumis ja kaasuvates sektorites on puudulik

Abiandjate vähesus on seotud madalate palkadega kõikides valdkondades (sotsiaalabi, tervishoid, haridussüsteem), mis ei motiveeri töötama.

Ebaefektiivne ja madalakvaliteediline teenus on sageli seotud valede tööpõhimõtete või läbipõlenud personaliga.

Heatasemeline vaimse tervise teenus vajab erinevatest spetsialistidest meeskonda ja tegelemist kogu inimest ümbritseva võrgustikuga. Diagnoosimine, ravi ja rehabilitatsioon on tulemusrikas piisava arvu psühholoogide, sotsiaaltöötajate, psühhiaatrite ja neid toetavate spetsialistidega (nt. pedagoogid, psühhiaatriaõded, logopeedid, hingehoidjad, kaplanid, tegevusterapeutid, kutsenõustajad jne.). Seni on kliendikeskseks teenuseks vajalik ambulatoorne psühhiaatrilise abi võrk välja kujundamata nii spetsialistide kui töökohtade puuduse tõttu (45). Olemasolevate abiandjate teadmised, väljaõpe ja täiendõpe on erineva tasemega nagu ka igapäevases praktikas tööle esitatavad kvaliteedinõuded.

Psühhiaatrilises abis on bioloogilistel ravimeetoditel võrreldes psühhoteraapiaga endiselt liiga suur osakaal. Võimalus saada psühhoteraapia, nõustamis- või kriisiabiteenuseid on piiratud (45).

Vaimse tervisega seotud küsimusi reguleerib mitu õigusakti. Neist olulisemad on Psühhiaatrilise abi seadus ja Sotsiaalhoolekande seadus (erihooldust puudutavas osas). Seaduste omavaheline kooskõla ei ole kõige parem – siin annab tunda sotsiaalpoliitiline lõhe vaimse tervise probleemidega inimeste jaotamisel psühhiaatrilise abi saajateks ja hoolekande teenuse vajajateks; samuti on puudulikud isikute õiguslikud garantiid. Probleemid on seotud põhiõiguste tagamisega (õigus informatsioonile, konfidentsiaalsusele, vabaduse piiramine, informeeritud nõusolek jt). Teine probleemide ring seoses õigusruumiga on seotud seaduste rakendamisega, nii eri valdkondade kattuvate alade reguleeritus, kui praktikas rakendamine. Kuni 2002 aastani puudus sisuline kontrollmehhanism tahtest olenematu ravi läbiviimise kontrollimiseks.

V Teenuste süsteemikesksus, puudulik koordineeritus, alafinantseerimine ja ebaefektiivne vahendite kasutamine

Eesti senine rõhuasetus nii hoolekande- ja tervishoiuvaldkonnas kui ka sellega seotud valdkondades on olnud pigem tagajärgede likvideerimisel kui edendamisel ja ennetamisel. Selle kõrval on teenus ja selle rahastamise põhimõtted endiselt asutuse ja teenusekesksed.

Määratlemata vastutus psühhiaatria ja sotsiaalhoolekande vahel koos alternatiivsete teenuste puudumisega soodustab vähese rahalise katte ebaefektiivset kasutamist (näiteks korduvad hospitaliseerimised peale enneaegselt katkenud rehabilitatsiooniprotsessi seoses väheste või puuduvate võimalustega selle teostamiseks, kallid statsionaarne ravi ja diagnostika ambulatoorsete võimaluste puudumise tõttu, puudega inimeste sotsiaaltoetused või hooldamine rohkete remondikuludega asutuses). Samas sõltub vaimse tervise teenuse kättesaadavus praegusel ajal kõige rohkem rahastamisest, kusjuures teenuse osutamist ei saa suurendada kvaliteedi langetamise arvel - raha on juurde vaja.

Täpsustamata funktsioonide tõttu võib teenuse tarbija sattuda määratlemata vastutuse piirkonda.

Üldine probleem on info piiratud liikumine asutuse ja süsteemi sees ning nende vahel.

Kliendi osalus teenuse kujundamises, planeerimises ja kvaliteedi hindamises sisuliselt puudub. Perede ja eneseabigruppide osalus on vähene, kuid selles vallas on olemas mitmeid positiivseid algatusi. Eestis on olemas inimesed, kes on suutelised oma kogemusi jagama ja teisi sihipäraselt õpetama looma eneseabigruppe.

*Valdavalt
lahendatakse
Inimese
probleeme
süsteemikeskselt,
mitte
inimesekeskselt*

Peamised tegevussuunad probleemide lahendamiseks vaimses tervises.

Otsides lahendusi peab lähenema terviklikult ja süsteemselt – pole olemas igale probleemile ühte konkreetset lahendust. Samas aitab sama lahendustee ühe sihtrühma kõrval ka teist. Sellest tulenevalt on käesolevas alusdokumendis viis peamist lahendussuunda probleemide süsteemseks lahendamiseks:

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

Alljärgnevalt täpsustatakse iga tegevussuuna sisu ja kõige olulisemaid komponente, kusjuures iga suuna lõpus tuuakse märksõnaliste soovitusena tegevused. Esitatud on viited vastava tegevussuunaga seostuvatele olemasolevatele arengukavadele. Arvestades vahendite piiratust on märgistatud (*) nn. miinimumtegevused, mille käivitamine ei vaja mahukaid süsteemseid ümberkorraldusi, pikaajaliste töögruppide tegevust või mille osas on palju eeltööd juba tehtud.

I Elanikkonna teavitamine, vaimse tervise alane edendus- ja ennetustöö

Vaimse tervise alase teadlikkuse tõstmisele peab järgnevatel aastatel võrreldes teiste valdkondadega rohkem tähelepanu ja võimalusi leidma (47).

Vastav haridus tuleb lülitada üldisesse kooliprogrammi osana tervise- ja sotsiaalsete oskuste alasest haridusest. Tuleb välja töötada programm elanikkonna teavitamiseks nende põhi- ja inimõigustest ning nendega kaasnevatest probleemidest, et teadvustada käitumisskeeme enne kriisiolukordi, samuti stigmatiseerimiste ennetamiseks.

Käesoleval ajal hindab elanikkond riigi rolli inimeste aitamisel tagasihoidlikult (20). Seda enam tuleks mõelda võimalustele, kuidas tingimustes, kus perekondade majanduslik olukord tekitab inimeste elus palju lisapingeid, suurendada riigi rolli. Esmajärjekorras teavitamise valdkonnas koos usaldusväärse tõstmisega teenusepakkujate suhtes.

Eraldi on vajalikud meediaprogrammid (harivad raadio- ja televisioonisaated, sihipäraselt avaldatud artiklite seeriad) vaimse tervise väärtustamiseks, teadlikuma ja positiivsema suhtumise kujundamiseks (nt. seoses hirmudega psüühikahäirete või nende ravimatuse suhtes).

Vajalik on ka avalikkuse teavitamine etniliste vähemuste probleemidest ning vaimse tervise probleemide ja nõustamissüsteemide tutvustamise kampaaniad venekeelses meedias ja muudes kommunikatsioonikanalites jõudmaks sihtgrupideni.

Vaimse heaolu ja püsiväärtuste tagamise üheks abinõuks on eluterve religioosus, mis

Alusdokument pakub 5 peamist tegevussuunda vaimse tervise probleemide lahendamiseks

Võtmeküsimuseks vaimse tervise parandamisel on suhtumiste, hoiakute ja väärtushinnangute muutmine elanikkonna hulgas

Elanikkonna teadlikkuse tõstmiseks tuleb rakendada erinevaid integreeritud üleriigilisi programme

aitab elu ja iseendaga toime tulla. Selle eelduseks on religioonialane haritus, mis tagab orienteerumise usulistes küsimustes ja võimaldab vältida ebatervet religioossust.

Lähtudes jagatud sotsiaalse vastutuse põhimõttest peab vaimse tervise eest hoolitsemine olema võrdselt nii riigi kui üksikinimese mure. Siin on riigil võimalus läbi perede toetamise ja perega seotud väärtuste esiletõstmise ennetada mitmeid vaimse tervise probleeme. On vajalikud saatesarjad pereprobleemide põhjustest, lahendamisest ja näiteks nn. normaalsetest arengukriisidest koos nende ületamise võimalustega. Selliste saatesarjade rahastamine peab olema riiklikult tagatud.

Algama peab laste emotsionaalse, sotsiaalse, kognitiivse ja psühholoogilise arengu toetamine (nt. ülერიigiline PR-programm ja kampaania laste vaimse tervise probleemide ennetamiseks), (37). Jätkuma peab tugiõpilaste liikumine. Siinjuures on vaja toetada koolipsühholoogide senisest aktiivsemat tegevust.

Koos järjekindla avalikkuse teavitamisega laste psüühika- ja arenguhäirete põhjustest ja tagajärgedest peab süvendama mõttelaadi, et inimene on kohustatud reageerima märgates hädasolevat last. Sama kehtib ka erinevat laadi vägivalla suhtes.

Vaimse tervise edendamise ja vastavate probleemide ennetamise osaks on turvalise elukeskkonna kujundamine (10, 73). Siia kuulub nii laste vaba aja ja huvialadega seotud tegevuste toetamine ning uute võimaluste loomine kui ka laste vajadustega arvestav keskkond (sobival kõrgusel käsipuud, võimalused väikelapsega liikumiseks jne.).

Info teenuste asukoha ja sisu kohta on võimalik teha kättesaadavaks läbi massimeedia, erinevate infovoldikute ja konkreetse teema tutvustamiseks kujundatud avalikel üritustel. Info peab sisaldama ülevaadet perenõustamis- ja kriisiteenustest, abitelefoniidest. Vajalik on luua seostatud viidetega (seotud valdkondade kohta) vaimse tervise alane andmebaas, mis sisaldaks informatsiooni psühhiaatrilise abi, psühholoogilise abi, hoolekandevõimaluste, koolide, erikoolide ja muude teenusepakkujate kohta ning oleks lihtsalt ligipääsetav nii tarbijatele kui teenuse pakkujatele. Järgnevalt on see vajalik seostada ühtse tervishoiu infosüsteemi ning e-kodaniku ja e-riigi filosoofiaga (59).

***Informatsioon
abisaamise
võimaluste kohta
tuleb teha kättesaadavaks***

Tööstressi vähendamine on määravaks teguriks tööealise elanikkonna vaimse tervise probleemide ennetamiseks. Vajalikud on tegevuskavad ja kampaaniad, milles väärtustatakse hea psühhokliimaga töötajasõbralikku töökeskkonda. Selles vallas määrab palju avatud, paindliku ja jagatud vastutusega juhtimiskultuuri arendamine.

Seoses töötuse ja hirmuga töö kaotada peab info võimalusest töötuks jäänuna abi saada olema kättesaadav. Samuti info aktiivsete tööturumeetmete kohta (nt. töötute täiend- ja ümberõppe kohta), mille põhimõtted on esitatud Eesti Vabariigi Tööhõive tegevuskavas ja sellega seostuvates dokumentides (16, 18).

Seoses sõltuvushäiretega on vajalik jätkuv ennetus- ja edendustöö võrdselt kõigis piirkondades olemasolevatest arengukavadest lähtuvalt ja neid täiendades (2). Oluline on toetada juba alanud edukaid projekte (näit. eneseabigrupid) ning toetada alternatiivset abi (nt. religioon).

Arvestades, et ühiskonna kulutused seoses alkoholiprobleemidega on suuremad kui illegaalsete uimastite ja tubaka osas, on vajalik senisest karmim alkoholipoliitika koos kampaaniatega väärarusaamade vastu.

Suitsiidide ennetamiseks on kõige olulisem ühiskonna ja tervishoiusüsteemi teadlikkuse suurendamine depressioonide osas (72).

Järgnevalt on vajalikud riskigrupid identifitseerida ning toimetulekuoskusi (nt. psüühilise pingega toimetulekuks vajalikud teadmised) ja hoiakuid (nt. professionaalse abi järele pöördumist julgustavad) muutvad süsteemsed programmid nii esmastele riskigruppidele kui laiemale üldsusele. Ennetamaks laste suitsiide on vaja läbi viia depressiooni skriining lastel vanuses 8-13 aastat.

Eelneva elluviimiseks väga hea võimalus kasutada Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituudi info, teadustöö ja kogemuste baasi. Suitsiidiriski vähendamiseks oleks vaja välja töötada, kinnitada ja rakendada üksikasjalik Riiklik Suitsiidide Preventsiooni programm (22, 23).

Lühikokkuvõtteks I tegevussuuna kõige olulisemad tegevused:

- Sotsiaalministeeriumil koostöös teiste riigi- ja kohaliku omavalitsuse asutustega algatada andmebaasi loomine info koondamiseks ja haldamiseks abiandjatest eesmärgiga arendada koostöövõrgustikku erinevate sektorite vahel ning suurendada abi kättesaadavust info kättesaadavuse kaudu*
- Sotsiaalministeeriumil koos asjaomaste partneritega välja töötada infomaterjalid ja käivitada laiaulatuslik meediaprogramm elanikkonna teavitamiseks vaimse tervise valdkonnas (inimese põhiõigustest kuni eneseabi ja toimetuleku suurendamiseni) eesmärgiga tõsta inimeste toimetulekut ja ennetada vaimse tervise probleeme erinevatel ea- ja sotsiaalsetel rühmadel
- Sotsiaalministeeriumil läbi vaadata, täiendada ja viia omavahel kooskõlla olemasolevad riiklikud programmid ja arengukavad ning teha ettepanekud teistele ministeeriumidele nende valitsemisalas olevate programmide ja arengukavade täiendamiseks ning sidustamiseks vaimse tervise alusdokumendiga
- Kohalikel omavalitsustel läbi vaadata oma arengukavad ja programmid ning täiendada neid vastavalt vaimse tervise alusdokumendile*
- Haridusministeeriumil koostöös Sotsiaalministeeriumiga välja töötada nõuded vaimselt ja füüsiliselt turvalise koolikeskkonna tagamiseks ja juhendid probleemsete olukordade käsitlemiseks*
- Haridusministeeriumil teadvustada ja otsida ressursse üldhariduskoolides toimetulekuoskuste õpetamiseks eesmärgiga ennetada vaimse tervise probleeme
- Sotsiaalministeeriumil välja töötada ja käivitada suitsiidide ennetamise riiklik programm
- Sotsiaalministeeriumil algatada koostöös asjaomaste ministeeriumidega uimasti- ja alkoholipoliitika karmistamise eesmärgil olemasolevate tegevuste ümberhindamine ja vastavate tegevuste kavandamine
- Koolidel koostöös omavalitsustega leida võimalusi ja hinnata ümber prioriteete lastele toetava ja vaimselt terve keskkonna loomiseks ennetamaks ja avastamaks varajases etapis vaimse tervise probleeme lastel

Alkoholi- ja uimastipoliitika peab karmistuma

Tärniga märgistatud tegevussuundade rakendamine annab ilma suurte kulutusteta ja kiiresti efekti

II Abiandjate erialase taseme tõstmine: koolitus, tööalane nõustamine ja motiveerimine

Vajalik on tagada erinevate abistajate koolituse (ja jätkukoolituse) sarnased lähtekohad ja ühised koolitused mõistmaks kliendi vajadusi ja pakkumaks abi sarnastel põhimõtetel. Võtmesõnad ühistes arengutes on teavitatud nõusolek, avatud diskussioon, kliendikesksus, meeskonnatöö ja juhtumikorralduspõhimõte. Juhtumikorralduspõhimõttel töötamine muudaks

Suitsiidide ennetamise riikliku programmi ettevalmistamistööd on suures osas Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituudil juba tehtud

süsteemi tunduvalt kliendikesksemaks ning hoiaks muuhulgas kokku rahalisi vahendeid. Eesti rahvuslikku kooslust arvestades peab paranema teenuste pakkujate teadlikkus etniliste vähemuste probleemide spetsiifikast ja kultuurilistest iseärasustest.

Erialaliitude roll professionaalsel tasemel väljaõppe tagamisel peab süvenema.

Kõigi vajalike spetsialistide, nii tervishoiu- (esmane ja teisene tasand) kui ka sotsiaalsektoris, koolides, ja muudes kohtades töötavate värbamiseks, põhi- ja jätkukoolituseks peab olema piisav plaan. Peab algama psühhiaatrite ja lastepsühhiaatrite koolitus psühhiaatria arengukavas ettenähtu kohaselt. Tuleb kaaluda võimalusi lastepsühhiaatria eriala ennistamiseks. Oluline on tagada kohased erialade arengukavades ettenähtud vahekorrad teenuseosutajate ja ka meeskondade suuruse osas (45).

Nii psühhiaatrilises abis kui ka hoolekandesüsteemis on keskne roll erinevatest liikmetest koosneva meeskonna töö. Selle tagamiseks tuleb defineerida spetsialistide vajadus sellistel erialadel nagu psühhiaatriaõed, kliinilised psühholoogid, sotsiaaltöötajad, logopeedid, juhtumikorraldajad ning tagada süsteemne ja tervishoiupoliitiline lähenemine nende erialade arendamiseks. Piisava hulga mainitud spetsialistide koolitamise kõrval on Eesti tingimustes vajalik neile tagada ka töökohad ja motiveeriv tasustamine.

Eeldusel, et psüühikahäirete korral toimub esimene kontakt kõige sagedamini esmatasandi tervishoiuga, tuleb perearste ja nendega koos töötavaid meditsiiniõdesid järjekindlalt õpetada ära tundma ja ravima psüühikahäireid (72, 77).

Sarnaselt perearstidele tuleb sotsiaaltöötajaid, õpetajaid, lasteaiakasvatajaid, koolis töötavaid arste, õdesid, politseinikke jt. elukutse omandamise osana õpetada ära tundma ja aitama vaimse tervise probleemidega inimesi. Selle juures peavad nad olema võimelised hindama, millal on vajalik spetsialiseeritud abi.

Säilitamiseks abiandjate (arstid, õpetajad, politseinikud, sotsiaaltöötajad, jt.) töövõimet on oluline nende regulaarne supervisioon ehk tööjuhendamine koos selle rahastamisega. Tööjuhendamine ja selle rahastamise põhimõtted peavad kajastuma sotsiaal-, haridus- ja tervishoiuvaldkonna arengukavades, õigusaktides, erialanõuetes, ametijuhendites, kvalifikatsiooninõuetes ja muudes dokumentides koos vastava rahastamiskeemiga.

Lühikokkuvõtteks II tegevussuuna kõige olulisemad tegevused:

- Sotsiaalministeeriumil koostöös teiste ministeeriumide ja erialaseltsidega planeerida ja arvutada reaalne erinevate spetsialistide hulga vajadus lähemaks 20 aastaks arvestades demograafilisi ja tervise trende Eestis
- Sotsiaalministeeriumil koostöös Haridus-, Justiits- ja Siseministeeriumiga töötada välja abiandjate meeskonda kuuluvate erinevate erialade spetsialistide erialased ja koostööalased ühtsetest põhimõtetest lähtuvad koolitusprogrammid
- Sotsiaalministeeriumil koostöös teiste ministeeriumitega kavandada tegevuskava ja lahendused spetsialistide töölerakendamiseks ning luua eeldused erasektori arenguks nendes valdkondades*
- Sotsiaalministeeriumil koostöös Eesti Psühhiaatrite Seltsiga planeerida perearstide, sotsiaaltöötajate, õpetajate jt. abiandjate süsteemne psühhiaatriaalne täiendõppeprogramm eesmärgiga ennetada ja varases etapis avastada vaimse tervise probleeme

Abiandjate võrgustiku koolitus ja arendamine peab toimuma süsteemsel ja sarnastel põhimõtetel

Teenuse kvaliteedi tagamiseks on määrav nii abiandjate supervisioonisüsteemi rakendamine kui piisav rahastamine

Abiandjate puudujärgi ennetamiseks tuleb kavandada valmisolek juba tänasel päeval

erinevatel sihtrühmadel

- Sotsiaalministeeriumil koostöös teiste ministeeriumitega kavandada ja käivitada abiandjate supervisioonisüsteem

III Ühtlase teenustevõrgustiku loomine

Vaimse tervise probleemid põhjustavad inimese eraldumist tavapärasest elukeskkonnast ja suhetest ning abi otsimist ainult professionaalsetest vaimse tervise teenustest. Ainuüksi vaimse tervise teenused ei suuda ega pea rahuldama inimese mitmekülgseid vajadusi. Seetõttu on määrav eneseabigruppide loomise toetamine (näiteks ruumid või algkapital infotehnoloogia kasutusele võtmiseks kohaliku omavalitsuse poolt) ja töö erinevate inimest ümbritsevate võrgustikega.

Toetuda saab toimivatele perekondlikele, usulistele, huvialalistele ja probleemikesksetele suhetele ning juba toimivatele institutsioonidele nagu kool, kirik, sõjavägi ja vangla.

Eestis on suur potentsiaal heal tasemel vaimse tervise teenustevõrgustiku kujundamiseks: info hea kättesaadavus parimatest selle ala saavutustest maailmas (eriti Skandinaavia maades) ja klientidest hoolivad vaimse tervise ala spetsialistid.

Kuid ükski maa ei suuda tagada sellist hulka spetsialiste, et näha kõiki vaimse tervise probleemiga inimesi ja nende eest hoolitseda. Enamus selliste probleemidega inimestest ravitakse esmatasandil (või leiavad abi muudest valdkondadest - sotsiaalisüsteem, kirik, eneseabirühmad jne). Sellega seoses on järgnevatel aastatel oluline omavahel seostada perearsti ja psühhiaatrilise abi süsteem. Seostatult muu tervishoiusüsteemiga tuleb luua regioniti ühtlaselt kättesaadav ambulatoorse psühhiaatrilise abi võrgustik.

Pereprobleemide, laste- ja noorukite nõustamiseks ja kriisiabiks on vajalik ühtlane nõustamiskeskuste võrk, kus on arvestatud ka muukeelse elanikkonna teenindamisega. Vajalik on tagada ka õiguslane nõustamine.

Kahe eelneva teemaga seotuna tuleb luua terviklik psühholoogilise abi süsteem, mis koordineeriks nii erinevaid nõustamis- ja kriisiabiteenuseid kui ka muid erinevaid süsteeme. Vastava teenuse olemasolul on asjakohane selle seostamine psühhiaatrilise abi ja perearstisüsteemiga.

Seoses suure vanurite osakaaluga elanikkonnas peab algama neile vajalike teenuste väljaarendamine, kus arvestatakse nii dementsete kui ka teiste eakate inimeste vajadustega.

Jätkamaks erivajadustega inimeste hoolekandeesutustest välja liikumise protsessi peab suurenema toetatud teenuste (nt. elamine, õppimine ja töötamine) osakaal. Avatud teenuste süsteemide väljatöötamisel on oluline nende võrdne loomine kõigis maakondades.

Erivajadustega inimeste eri sihtgruppidele (ebastabiilsed ja esmased psühhosidid, sõltuvusprobleem + muu psüühikahäire) tuleb luua ravi-, hooldus- ja rehabilitatsioonisüsteem (45, 51). Lähtudes olemasolevatest dokumentidest (4,5,9,17,34,38,46) koostada seostatud terviklik avahooldussüsteemi arengukava erinevate sihtgruppide vajadusi arvestades. Sellega tuleb siduda vajalike hooldusõdede/tugiisikute ja vabatahtlike koolitusprogrammid.

Ühtse teenustevõrgustiku kujundamisel peavad tegema koostööd kõik sektorid - riigi ja kohaliku omavalitsuse institutsioonid, era- ja kolmas sektor

Olemasolev ravi-, hoolekande- ja rehabilitatsioonisüsteem vajab täiustamist lähtuvalt klientide vajadustest

Olemasolev ravi-, hoolekande- ja rehabilitatsioonisüsteem vajab täiustamist lähtuvalt klientide vajadustest.

Lühikokkuvõtteks III tegevussuuna kõige olulisemad tegevused:

- Sotsiaalministeeriumil töötada välja kava perearsti- ja psühhiaatriasüsteemi seostamiseks ja kohaseks finantseerimiseks*
- Luua psühholoogilise abi süsteem
- Omavalitsustel leida võimalusi piisava nõustamisteenuste võrgustiku käivitamiseks, luues selleks eeldused läbi finantseerimisskeemide
- Omavalitsustel koostöös asjaomaste ministeeriumitega luua võimalused eneseabigruppide käivitamiseks*
- Sotsiaalministeeriumil töötada välja erivajadustega inimeste ravi-, hooldus- ja rehabilitatsioonisüsteemi täiendatud arengukava*
- Sotsiaalministeeriumil välja töötada avahooldussüsteemi arengukava, hinnates ümber finantseerimisskeemid ja soodustades erasektori osalemist
- Mainitud arengukavade elluviimiseks tuleb Sotsiaalministeeriumil kirjeldada üleminekuperioodi etapid

IV Paindlik selge vastutusega koostöö, seadusandluse kohandamine ja kvaliteedi tagamine

Kuna vaimne tervis on oma olemuselt valdkondadevaheline ei saa lahendada vaimse tervise edendamiseks kaasnevaid küsimusi tegemata koostööd. Eri ministeeriumide koostöös tuleb täpsemalt sõnastada sektoritevaheline vastutus (näiteks ravi ja rehabilitatsiooni vahel, juhud hariduse, psühhiaatria ja sotsiaalhoolekande vahel).

Paindlikuks info ja kliendi liikumiseks eri süsteemide vahel aitab kaasa lahenduste I alajaotuses mainitud ühtne andmebaas teenuste ja nende pakkujate kohta (nt. alaealise narkomaani ravi, mis jätkub peale haiglat sobivas rehabilitatsioonikeskuses ning vastava perioodi lõppedes aidatakse tal leida sobiv eneseabigrupp).

Kliendikeskse teenuse korraldamiseks võiks lähtuda juhtumikorraldus-printsibist, kus üks konkreetset vastutav isik koostab kliendi vajadusi arvestava liikumise süsteemides. Seoses vajadusega koordineeriva struktuuri järele võiksid (hoolekandeesutustest kõneldes) olla regiooniti määratud kindlad vastutavad psühhiaatrid, kes teevad tihedat koostööd hooldusasutustega. Vastutus konkreetse hooldekodu elanike teenendamise eest kuulaks konkreetse regiooni eest vastutavale psühhiaatrile.

Koostööarendamise alusprintsüübiks saab olla ainult inimesekeskus

1. Haridus

Kooliõppekavad, arengukavad jt hariduspoliitilised dokumendid peavad hõlmama õppurite vaimset tervist soodustavate teadmiste kujunemist ning keskkonna loomist. Seaduses tuleks kehtestada senisest väiksemad piirnormid klassi suurusele (25 õpilast). Siinjuures tuleb ära märkida ka Eestis alanud tervist edendavate koolide liikumine (63).

Kooliprogrammides peab sisalduma vaimse tervise alane haridus, mida õpetatakse integreeritult kodaniku-, perekonna-, religiooni- ja inimeseõpetusega.

Loomaks eeltingimusi koolikeskkonna turvalisemaks muutmisel, tuleb vähendada õpilaste arvu klassis

Hariduslike erivajadustega lastele peab olema piirkonniti võrdselt kättesaadav seadustes kehtestatud õppimisvõimalused. Sama kehtib ka koolieelses eas laste arenguliste erivajaduste kohta. Kool koos kohaliku omavalitsusega peab tagama õpilase vajadustest lähtuva elukoha lähedase õpiabi (nt. parandusõpe, individuaalõppekava, tasandusklassi loomine). Hariduslikud erivajadused ja nende tagamiseks vajalik on põhjalikult käsitletud "Sissejuhatuses hariduslike erivajaduste käsitusse" (36). Kooliealistele lastele peab olema tagatud eripedagoogilise nõustamise teenus.

Pidurdamaks jätkuvat sõltuvushäirete-, riskioludes elavate ja/või sotsiaalselt hälbiva käitumisega noorte hulga plahvatuslikku suurenemist on oluline rakendada erinoorsootöö integreeritud programmid just ennetavaks tegevuseks.

Eelkooliealiste laste arengu- ja psüühikahäirete märkamiseks on vajalik kehtestada kord kõikide laste vastavaks diagnoosimiseks enne 5. eluaastat. Kõnehäirete diagnostika peab toimuma vanuses 0-3 aastat, sellega seoses peab suurenema kliiniliste logopeedide hulk. Vajalik on tagada muukeelsete logopeedide piisav hulk.

Haridus- ja sotsiaalsüsteem peavad tagama igale õppurile vajadusel koolipsühholoogi, kooliõe või arsti ja sotsiaaltöötaja abi. Nende staatus ja vajadus haridussüsteemis tuleb selgelt määratleda.[ER2]

Haridus- ja Sotsiaalministeeriumi koostöös tuleb luua raskete käitumis- ja/või psüühikahäiretega laste ja (eelkõige) noorukite koolkodud pikaajaliseks raviks ja rehabilitatsiooniks.

Tagada tuleb võimalused täiskasvanute ja eakate inimeste hariduslikeks vajadusteks (7).

Kirikute osa vaimse tervise eest hoolitsemisel seisneb kvalifitseeritud religiooniõpetuse tagamises koolides, kaplanite ettevalmistamises ja rakendamises riiklikes struktuurides ning hingehoidjate koolitamises ja rakendamises haiglates ning hoolekandeesutustes.

Kiriku ja vaimsete väärtuste tasakaalustatud integreerimine meie mõttemaailma lisab võimalusi maandada probleeme ja riske

2. Tööhõive

Koos eespoolmainituga on märksõnaks aktiivne tööturupoliitika koos ümber- ja täiendõppe võimalustega (16). Sotsiaalhüvitiste kõrge tase ja maksmise pikk kestvus võivad vähendada tööhõivet ning suurendada tööpuudust. Nagu töötushüvitiste puhul, nii ka sotsiaalhüvitiste puhul on oluline pöörata tähelepanu inimesi aktiveerivatele elementidele (33). Lahendamist vajab pikaajaliste töötute probleem.

Sotsiaaltoetuste süsteemile panustamise asemel tuleb arendada täiend- ja ümberõppesüsteemi

Toetatud töökohtade tekkimine vajab tööandjaid vastavat teenust osutama motiveerivate juba loodud seadusandlike mehhanismide (vt. Euroopa Liidu Phare Consensusse projekt "Puuetega inimeste sotsiaalse tõrjutuse vähendamine"; 51) rakendamist ning täiendavate soodustuste lisamist. Maapiirkondade tööhõive edendamine on aluseks vaimse tervise probleemide lahendamisele.

Eesti on ühinenud mitmete tööalaste standarditega, mis puudutavad töötajat vaimset tervist ja töökeskkonda (66, 67, 86, 87, 88).

Tööstressi seoseid vaimse tervisega on Eestis vähe uuritud. Arvestades, et seda peetakse oluliseks psüühikahäirete riskifaktoriks on oluline sellealaste uuringute läbiviimine, eriti

eesmärgiga määratleda olulisi preventsiõnimeetodeid. Töökoha psühhokliima parandamiseks tehtav peab olema võrdväärne füüsilise töökeskkonna turvalisuse tagamisega.

Tööstressi problemaatika on lähiaja kasvav probleem, mille lahendamist tuleb alustada põhjuste analüüsimisest

3. Vaimne ja füüsiline elukeskkond

Linnastumisega kaasnevad perekondlike sidemete lõdvenemine, üksindus, vanurite hoolduse ja toetusega seotud probleemid. Meie maaelu iseloomustab tööpuudus, alkoholi ja eriti salaalkoholi kasutamise levik, meeste enesetapud.

Viletsad elamistingimused, kodutus ja vaesus viivad suurenenud alkoholi, tubakatoodete ning narkootiliste ainete tarbimiseni, depressiooni, enesetappude ja vägivallani, aga ka üldist stressi põhjustavate mitmesuguste kehaliste vaevusteni. Siin on läbimõeldud sotsiaalpoliitika kujundamine, eriti vaesuses elavate laste või suurperede osas (51,54).

Läbimõeldud sotsiaalpoliitika ja erinevate elatustasemega peredele elamisväärsel elukeskkonna tagamisel on suur roll kohalikel omavalitsustel

Laste ja noorukite puhul on olulised läbimõeldud vaba-aja veetmise võimalused (39).

Enesetappude ja elutüdimuse sagedateks põhjusteks on elumõtte puudumine ja üksildus, mille vältimiseks on vajalik abi kättesaadavus ka eksistentsiaalsete küsimuste lahendamiseks. Vaimsete vajaduste rahuldamisel on religioonil ja kirikul oma roll, mis on sõnastatud Eesti Vabariigi valitsuse ja Eesti Kirikute Nõukogu ühishuvide protokollis (11).

Läbi tervikliku keskkonnapoliitika on vajalik kindlustada füüsiliselt ja vaimselt turvaline elukeskkond ning vaimse tervise teenuste kättesaadavus võrdselt maal ja linnas (10).

4. Võrdõiguslikkus ja diskrimineerimise puudumine

Võrdõiguslikkus ja diskrimineerimise puudumine omab positiivset mõju vaimsele tervisele. Võimalused oma vaimse tervise eest hoolitsemiseks peavad olema kättesaadavad kõigile ühiskonna liikmetele (1, 34,55, 85, 86, 93)

5. Kvaliteet

Teenustevõrgu paremaks kujundamiseks on oluline teenuse tarbijate kaasamine teenuste planeerimisse ja kvaliteedi hindamisse (terviseteenused, tööhõive, hoolekanne, haridus, jne). Psühhiaatriat ja sotsiaalhoolekannet puudutavate otsuste tegemises peavad olema kaasatud patsientide esindused.

Teenuste kvaliteedi tõstmiseks ja hindamiseks tuleb senisest enam kaasata nii erialaliitused kui kliente

Peab suurenema erialaliitude vastutus tagamiseks, et konkreetsel ametikohal töötaja kvalifikatsioon vastaks töökohale esitatavatele nõuetele.

Eestis tuleb luua vaimse tervise seire süsteem, mis on integreeritud üldise tervisesüsteemiga. Regulaarsete terviseuuringute osas omab head kogemust näiteks Eesti Tervisekasvatuse Keskus.

Vajalikud on perioodilised ülevaated rahva vaimse tervise seisundi kohta iga 5-10 aasta

järel, kokkuvõtted spetsiaalsete sihtgruppide võimaluste kohta saada kvaliteetset tervisteenust, sellest lähtuvad tulevikuproгноosid koos seostatud majandusliku analüüsiga. Selleks tuleb luua Eesti sobiv vaimse tervise indikaatorite süsteem.

Maailma Tervishoiu Organisatsioon (WHO) soovib kasutada rahva elukvaliteedi uuringuid monitooring-uuringutena poliitiliste otsuste tegemisel (105). Elukvaliteedi uuringute rahvusvaheliselt aktsepteeritud ja seega tulemuste osas võrreldav meetodika WHOQOL 100 on WHO Eesti Elukvaliteedi Keskuse poolt adapteeritud (21).

Vaimse tervise poliitika väljatöötamisel lähtub iga riik just talle olulisimatest valupunktidest. Sellest lähtudes tuleb Eestis välja töötada vastav vaimse tervise indikaatorite mudel, arvestades rahvusvaheliselt tunnustatud indikaatorite süsteemi. Vaimse tervise indikaatorite põhigrupid (80) jagunevad nelja gruppi:

1. Demograafilised ja sotsiaal-majanduslikud faktorid
2. Otsest tervislikku seisundit kajastavad indikaatorid: põhjusseoslik surevus, häirespetsiifiline haigestumus, üldine haigestumus
3. Tervist määravad faktorid: üldine tervisekäitumine ja selle hindamine, töö- ja elutingimuste analüüsimine, pakutava sotsiaalse toe hindamine, sotsiaalse võrgustiku olukord, sotsiaalse isoleerituse hindamine, toimetulekuoskuste hindamine, erinevate riskifaktorite esinemine, vaimset tervist soodustavate isikuomaduste hindamine (vt. joonis 1)
4. Vaimse tervise süsteemidega seotud indikaatorite grupid: preventiooni, tervisekaitse ja -edenduse programmide olemasolu, tase ja rakendamise sagedus, tervishoiusüsteemi ressursi hindamine, tervishoiuteenuse kasutamine, sotsiaalteenused ja hoolekanne, kulutused, otsesed teenusega seotud indikaatorid.

Vaimse tervise valdkonnas tehtav teadustöö ja süstemaatiline analüüs vajavad lisatoetust. Tõenduspõhine analüüs on võimaluseks vähesel ressursil sihipäraseks kasutamiseks.

Vaimse tervise teenuse järelevalve peab sisaldama teenuse planeerimist lähtuvalt arengukavadest ning tagama eri sektorite arengukavade kooskõlastatud koostamise, järelevalvet seaduslikkuse, teenuse kvaliteedi (audit, peer-review), abi kättesaadavuse üle ja teenusega rahulolu hindamist ning kaebuste lahendamise korda.

Tagamaks hoolekande-, tervishoiu- ja tööturusektorite, elamumajanduse ning hariduse integreeritud arendamist peab toimuma valdkonnaspetsiifilise seadusandluse ja arenguprogrammide regulaarne võrdlev analüüs ning vastastikune seostamine Sotsiaalministeeriumi poolt.

6. Seadusandlus

Positiivseid nihkeid riigis tervikuna vaimse tervise parandamiseks saab saavutada ainult süsteemse ja järjekindla tegevuse tulemusena. Selleks, et luua fundamentaalsed alused riigi ja tema elanike vaimse tervise parandamiseks tuleb rakendada ühtseid põhimõtteid kõige kõrgemal tasemel s.t ka Riigikogus ja Vabariigi Valitsuses. Vastavate väärtushinnangute kujundamisele riigis saab luua soodsad eeldused läbi õigusloome protsessi. Põhimõtted positiivse vaimse tervise seadusandluse ja positiivsete väärtushinnangute kujundamisel peaksid järgima järgmiseid lähtekohti (78,82,95,96,99,102,106,107):

Eestis on vajalik käivitada regulaarne vaimse tervise indikaatorite seire

Inimese väärtustamine ja inimesekeskne suhtumine algab Riigikogusaalist läbi õigusloome protsessi

1. Keskseks küsimuseks on õigus ravile, mitte niivõrd psüühikahäire tõttu ohtliku patsiendi isoleerimine.
2. Seadused peavad olema kooskõlas üldtunnustatud inimõiguste põhimõtetega.
3. Seadustega reguleeritakse psüühikahäiretega isikutele tagatud teenuste, õiguste ja sotsiaal-
toetuste kogum.
4. Seaduseelnõude ettevalmistamisse kaasatakse lisaks professionaalidele ka teenuste tarbijad (103).
5. Iga seaduse koostamisel peab arvestama tema mõju vaimsele tervisele.
6. Iga õigusakt peab toetama vaimse tervise edendamist kõikides eluvaldkondades.

Õigusruumi süsteemseks korrastamiseks vaimse tervise parandamiseks eelduste loomisel riigis, on esmasteks tegevussuundadeks alljärgnev loetelu:

1. Täpsemat seadusandlikku määratlemist vajavad vaimse tervise alase ennetustööga seotud kohustused, mis praegu leiavad käsitlemist Rahvatervise seaduse kontekstis. Positiivse arenguna saab välja tuua Patsiendiseaduse ja Võlaõigusseaduse raviteenust puudutava osa, mis aitavad olulisel määral reguleerida patsiendi õigusi raviteenuse saamisel.
2. Tuleb teha muudatusi Psühhiaatrilise abi seaduses, Sotsiaalhoolekande seaduse erihooldust puudutavas osas ja kriminaalseadusandluse sundravi puudutavas osas.
3. Läbi vaadata ja täiendada tahtest olenematu ravi ja hoolduse õiguslike garantiide osa tagamaks järelevalve põhiõigusi piiravate otsuste üle (tahtevastane ravi, tahtevastane psühhiaatriline läbivaatus, sundravi, teovõime piiramine jt.)
4. Vaimse tervise teenuse arendamise ja kättesaadavuse tagamiseks (arvestades vaimse tervise probleemidega inimeste piiratud võimalusi oma õiguste eest seismisel) need küsimused seadustes eraldi reguleerida;
5. Looma Lastekaitse seaduse rakendussätted või kaaluda uue Lastekaitse seaduse loomist. Laste ravi ja rehabilitatsiooni järjepidevus ja paindlikkus nõuavad informatsiooni edastamise täiendavat regulatsiooni lisaks Patsiendiseaduses ja Andmekaitse seaduses sätestatule. Vajalik on Sotsiaalministeeriumi, Haridusministeeriumi ja Siseministeeriumi koostöö.
6. Võimalus tasuta õigusabiks vaimse tervise valdkonnaga seotud probleemide osas tagatakse Õigusteenu seaduse kehtestamisega.
7. Vaimse tervise ombudsmani institutsiooni loomine õiguskantsleri juurde kuna vaimne tervis on ministeeriumide ülene ja üks ministeerium ei saa teostada teiste tegevuse üle järelevalvet.

protseduurireeglite sätestamisel õigusaktides tuleb lähtuda inimesest mitte ametnike huvidest

Lühikokkuvõtteks IV tegevussuuna kõige olulisemad tegevused:

- Sotsiaalministeeriumil koostöös teiste ministeeriumitega välja arendada läbimõeldud vaimse tervise teenuste kvaliteedi järelevalvesüsteem koos erinevate tasandite kontrolli ja vastutussüsteemide selge sõnastamisega
- Sotsiaalministeeriumil algatada vaimse tervise seiresüsteemi ja meetodika väljatöötamine.
- Sotsiaalministeeriumil koostöös teiste ministeeriumitega algatada erinevate sektorite vahelise koostöö projekt piirialade probleemide lahendamiseks
- Sotsiaalministeerium peab vaimse tervise seisukohalt kooskõlla viima olemasolevad arengukavad, riiklikud programmid, õigusaktid ja finantseerimiskeemid
- Sotsiaalministeeriumil töötada välja põhimõtted tarbijate kaasamiseks vaimse tervise teenuse kujundamiseks ja kvaliteedi hindamiseks*
- Sotsiaalministeeriumil algatada süsteemne õigusaktide läbivaatamine eesmärgiga tagada inimkeskne lähenemine, mis aitab riigi tasemel süsteemselt ennetada ja maandada vaimse tervise riske avaliku sektori madala haldussuutlikkuse tõttu
- Sotsiaalministeeriumil läbi töötada ja prioritseerida erinevate tegevuste kava koos

Inimese põhiõiguste tagamiseks on vajalik üles ehitada sõltumatu järelevalvesüsteem

- Haridusministeeriumiga koolide osast vaimse tervise probleemide ennetamisel ja parandamisel
- Omavalitsuse arengukava peab sisaldama tegevuskava elukeskonna turvaliseks muutmiseks*
- Leida vahendid olemasolevate tegevuskavade elluviimiseks pikaajalise töötuse vähendamiseks
- Vabariigi Valitsusel algatada diskussioon Õiguskantsleri juurde vaimse tervise ombudsmanni institutsiooni, sotsiaalkohtute, Sõltumatu Järevalve Komisjoni Tervishoiuameti juures vms loomise asjus põhiõiguste tagamiseks.

V Rahastamise optimeerimine

Euroopa Liidu liikmesriigid kulutasid 1995.a. sotsiaalsele kaitsele (tervishoid, sotsiaalkindlustus, sotsiaalhoolekanne) keskmiselt 28,5 % sisemajanduse kogutoodangust (SKT). Eesti kulutas 1996.a. sotsiaalsele kaitsele 17,3 % SKT-st. Arvestades, et 1996.a. moodustas Eestis maksukoormus suhtena SKT-sse 34,1 %, näeme, et Eestis läheb sotsiaalkulutustele veidi üle poole kõigist maksutuludest. Samas ei saa suurimaid sotsiaalse kaitse süsteeme (pensioni- ja ravikindlustust) rajada sotsiaalmaksu määra pidevale suurenemisele (54).

Vaimse tervise teenuste rahastamissüsteem vajab kriitilist analüüsi ja ümberhindamist

Ravikindlustuse puhul on lisaks tervishoiusüsteemi efektiivsuse kasvule oluline koostöö rahvaterviseprogrammidega (54). Psüühikahäiretele on iseloomulik, et kaudsed kulud moodustavad haigestumise kuludest umbes 80 %. Suremus on suhteliselt madal, kuid haigestumise algus on sageli noores eas ja suurem osa kaudsetest kuludest on tingitud vähenenud produktiivsusest tööl, koolis ja kodus (85). Võimalus kokku hoida peitub inimeste hoidmises töö- ja õppeprotsessis neid kriisiperioodidel ja igapäevaeluga toimetulekus toetades.

Teisalt on vaimse tervise teenuse tagamiseks raha juurde vaja nii psühhiaatrilise abi kui sotsiaalhoolekandesüsteemi. Keskaigekassa andmetel kulus 2001.a. esimesel poolel psühhiaatriliste diagnoosidega patsientide ravikuludeks 5,28 % kogu ravikindlustuse rahast (soodusravimid, ambulatoorne ja statsionaarne abi), mis teeb aastas 156 miljonit krooni. Sellest 80 % kasutati teenuse ostuks ja 20 % soodusravimitele. Teenuse ostu kogusummast ligi 78 % kasutati statsionaarseks raviks, peamiselt spetsialiseerunud psühhiaatriaiglates. WHO on soovitanud 6% tervishoiukulutustest suunata vaimsele tervisele samas USA ning enamused arenenud riike kulutab 10% (83, 85).

Psüühiliste erivajadustega inimeste hoolekandeks kulub 100 miljonit krooni aastas. 2001.a. kulutati sellest 80 % institutsioonis ja 20 % väljaspool (42).

Psühhiaatrilise abi finantseerimissüsteem vajab muutmist. Vajalik on rakendada piirkondliku vastutuse põhimõtet, kus lähtutakse nn. pearaha süsteemist. Teatud piirkonna psühhiaatrilise abi korralduse eest vastutaval isikul peab olema õigus ja kohustus teha seda talle antud ressursi piires, kusjuures mängureeglid peaksid olema kõigile ühtsed. See tagab parema koostöö psühhiaatri, perearsti ja sotsiaaltöötaja vahel. Diagnoosikeskne kulude katmine (DRG-d) ei ole psühhiaatrias sobiv, selle vastu räägib haigusjuhtude erinev pikkus - mõned haigusjuhud kestavad terve elu, teised jälle mõned aastad. Teenuste arendamise kvaliteedi seisukohalt on otstarbekas, et riigi poolt kulutatav raha käiks inimesega kaasas ning viimasel on õigus otsustada, millist abi vormi ta soovib. Omavalitsuse osa vaimse tervise teenuse rahastamisel tuleb suurendada.

Heal tasemel on rehabilitatsioonisüsteem, kus areneb järjest rohkem teenuseid. Vajalik on vältida rehabiliteerija liigset huvi nn. pika rehabiliteerimisteenuse vastu põhimõttel, mida pikem protsess, seda rohkem raha. Nii süsteemide arendamise kui ka teenuste

Rahastamissüsteem peab olema paindlik ja lähtuma kliendi vajadustest

rahastamise eelistused peavad olema rõhuga avatud ja võimalikult iseseisvat toimetulekut soodustavate teenuste poole. Rahalisi vahendeid, mis hetkel kulutatakse hooldekodude remondiks ja arendamiseks, on vaja rakendada pigem nn. avatud teenuste tasustamiseks. Loomulikult on vaja luua tööturu (toetused, teenused), sotsiaalkindlustuse ja -toetuste, hoolekande- ning tervishoiukulutuste sisulise ja majandusliku efektiivsuse analüüsi süsteem.

Erinevatest spetsialistidest koosneva meeskonna töö tagamiseks peab konkreetse spetsialisti töökohaga seotud kulud tagama süsteem, milles ta töötab (näit. ravikindlustus haiglas töötava logopeedi või kliinilise psühholoogi; kohalik omavalitsus koolis töötava meditsiiniõe, sotsiaaltöötaja jt osas).

Riigil tuleb leida võimalused ravikindlustusega hõlmamata isikute ravikulude tasumise võrdselt ravikindlustatutega vastavalt Parandatud ja Täiendatud Euroopa Sotsiaalhartale ja Biomeditsiini konventsioonile, millega Eesti on ühinenud. Ravikindlustuseta oli Eestis 2002 aasta alguses 82 900 (8, 14, 50) inimest, kui ühele ravikindlustatud isikule kulub haigekassal 2550 krooni ravimiteks ja raviteenusteks aastas, siis tuleb leida 211 miljonit krooni.

Lühikokkuvõtteks V tegevussuuna kõige olulisemad tegevused:

- Vabariigi valitsusel algatada diskussioon otsimaks poliitilisi kompromisse meditsiinisüsteemis ja vaimse tervise süsteemis tervikuna rahastamise põhimõtete ümberhindamiseks*
- Sotsiaalministeeriumil algatada protsess ravikindlustuse eelarvest psüühikahäirete raviks suurema osa eraldamiseks suurema rõhuasetusega kvalifitseeritud psühhoteraapiateenusele ja meeskonnatööle
- Sotsiaalministeeriumi, Haigekassa, Eesti Psühhiaatrite Seltsi ja Eesti Perekarstide Seltsi koostöös kavandada psühhiaatrilise abi finantseerimise süsteem sealhulgas teenuse hinna kujundamise põhimõtted
- Sotsiaalministeeriumil koostöös asjaomaste ministeeriumitega algatada eelnõude väljatöötamine paindlikuma finantseerimissüsteemi rakendamiseks lähtudes järgnevatest printsiipidest: 1) spetsialisti tasustamine vastavalt töötamise sektorile ja; 2) teenusekeskne rahastamine vs süsteemikeskne
- Sotsiaalministeeriumil tagada sotsiaalhoolekandesüsteemis rahastamise põhimõtete ümberkujundamine avaholdussüsteemi kasuks

*Rahastamis-
süsteemi ümber-
kujundamiseks
tuleb otsida
võimalusi
ressursside
efektiivsemaks
kasutamiseks
koos poliitiliste
kompromissidega
tervishoiu
täiendavaks
rahastamiseks*

Alusdokument kui esimene etapp vaimse tervise poliitika ellurakendamisel

Väljatöötatud vaimse tervise alusdokument on riigile lähtekohaks riikliku vaimse tervise poliitika väljatöötamiseks, vaimse tervise riikliku programmi käivitamise aluseks ning samuti olemasolevate programmide või arengukavade täiendamiseks ja täpsustamiseks. Arvestades asjaolu, et vaimse tervise probleemid pole lahendatavad ainult Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas, siis on vajalik alusdokumendi sisuline arutelu nii Vabariigi Valitsuse kui ka Riigikogu tasandil. Kaasatud peavad olema lisaks Sotsiaalministeeriumile ka Haridusministeerium, Siseministeerium, Justiitsministeerium ja Kaitseministeerium, ka Õiguskantsleri institutsioon. Vaimse tervise poliitika väljatöötamise vajadust on tõendanud aktiivne alt-üles protsess. Käesoleva alusdokumendi väljatöötamine on heaks näiteks osalusdemokraatia ning riigi ja kolmanda sektori positiivsest koostööst. Oluline, et väljakujunev koostöövõrgustik ja jätkusuutlik protsess vaimse tervise vallas saaksid järjepidevuse vaimse tervise poliitika ja riikliku programmi näol.

*Alusdokumendi
loomulikuks
jätkuks on
riikliku vaimse
tervise programmi
ellukutsumine*

Käesolev alusdokument on koostatud silmas pidades 10-15 aasta perspektiivi lahendusteede väljapakumisel. Küll aga on vajalik alusdokumendi põhiseisukohtade ülevaatamine ja vajadusel ümberhindamine iga 3 aasta tagant, kuna elame väga kiiresti muutuv ja järjest enam globaliseeruv maailmas. Tänaused prioriteedid võivad kiiresti asendada teiste akuutsete probleemidega.

Alusdokumendi ellu rakendamine on otstarbekas kavandada mitmetasandilisena:

- strateegilised ja pikaajalised tegevused
- lühiajalised ja kiired tegevused
- eriti prioriteetsed tegevused

Strateegilised ja pikaajalised tegevused on tegevused, mis vajavad eesmärkide saavutamiseks aeganõudvaid protsesse ja millede saavutamine oma olemuselt ei saa kiiresti toimuda (näiteks suhtumiste muutmine, teadlikkuse tõstmine, inimesekeskse avaliku sektori kujundamine, institutsionaalselt rahastamiselt juhtumipõhisele rahastamisele, jms) Lühiajaliste ja kiirete tegevuste hulka saame lugeda tegevused, milliste eesmärkide saavutamine annab kiire efekti ilma suurte rahaliste kulutusteta. Sellised võimalikud tegevused on märgitud kõikide tegevussuundade kokkuvõtetes tärniga.

Eriti prioriteetseteks teemadeks tuleks lugeda 3 olulist valdkonda vaimses tervises:

- kõik lastega seonduv (varajane avastamine ja ennetamine, s.h skriinimised eri vanusegruppidele, koolikeskkond ja koolis toimuv, ravi ja rehabilitatsioon, jne)
- suitsiidide ennetusprogramm
- abiandjate koolitus, supervisioon ja rahastamine

Kõige esimene prioriteet vaimse tervise poliitikas on lapsed

Jätkuna aastal 2002 läbiviidud elanikkonna vaimse tervise pilootuuringule on oluline aastal 2003/2004 läbi viia representatiivse valimiga elanikkonna elukvaliteedi ja vaimse tervise seoste uuring, et märgistada Eesti stardipositsioon enne vaimse tervise poliitika rakendamist. Hindamiseks riigis vaimse tervise ja elukvaliteedi olukorda ja seoseid tuleks sellist uuringut planeerida perioodilisena vähemalt iga 5 aasta tagant.

Vaimne tervis on seotud elukvaliteediga

Aasta 2003 jooksul on reaalne püstitada eesmärgiks vaimse tervise poliitika väljatöötamine ning tegevuskava selle rakendamiseks. Vaimse tervise riikliku programmi lülitamine 2004 aasta riigieelarvesse ja selle käivitamine aasta pärast võiks olla Sotsiaalministeeriumi kui selle valdkonna juhtiva ministeeriumi üheks strateegiliseks prioriteediks.

Kokkuvõte

Eesti on väike mitmete sotsiaalmajanduslike probleemide ja vananeva elanikkonnaga riik. Arvestades meie vaimse tervise probleemide iseloomu koos väheste abiandjate ja rahaliste vahendite nappusega peab vastav teenistus olema võimalikult paindlik ja efektiivne, valmis toetama nii vananevat elanikkonda kui ka ajutistes kriisidesse sattunud. Vastukaaluks vananemisele peab erilise tähelepanu saama laste ja peredega seonduv. Positiivselt mõeldes on väike rahvaarv eduka koostöö seisukohalt eelis.

Vaimse tervise poliitika loomisel on olulisteks märksõnadeks inimkeskne lähenemine, elukvaliteedi parandamine, sotsiaalse vastutuse jagamine ja eri osapoolte võrdne kaasamine otsuste tegemisesse. Vaimse tervise poliitika juures on oluline terviklikkus, inimest toetava turvalise keskkonna loomine, ühiskondliku tegevuse tugevdamine, isiklike oskuste arendamine koos isiku omavastutuse suurendamisega ja terviseteenuste ümberkujundamine lähtuvalt ökonoomsusest. Positiivse vaimse tervise aluseks on võimaluste loomine intellektuaalseks ja emotsionaalseks eneseteostuseks, füüsiliseks terviseks, lähisuhete arendamiseks, loodusega suhtestumiseks ja eksistentsiaalsete ning usuliste vajaduste rahuldamiseks. Demokraatlikule ühiskonnale on oluline tagada vaimse tervise probleemidega inimeste võrdne ligipääs üldistele avalikele teenustele ning muudele ühiskonna ressursidele sh. ka nn. tava-asutustele nagu ettevõtted ja koolid. Vaimse tervise teenus peab olema kliendile järjest kättesaadavam ja tema huvisid esikohale seadev.

Eesti tugevaks küljeks on olemasoleva professionaalse kaadri hea väljaõpe ja tihe rahvusvaheline koostöö. Vaimse tervisega seotud süsteemide senine areng on arvestanud rahvusvahelisi standardeid ja teadmisi. Põhimõtteline areng on liikumas arenenud ühiskonnale vajalikus suunas.

Vaimse tervise heaks on väga palju võimalik teha läbi positiivse suhtumise sellesse. Vaimse tervise poliitika loomulikuks osaks on ühiskonna teadlikkuse tõstmine ja vaimsest tervisest tasakaalustatud arusaamise kujundamine. Riigi kohustuseks on suunata vaimset tervist puudutava avaliku arvamuse ja hoiakute tolerantsemaks kujunemist. Lisaks eelnevale arvestada pidevalt eri tasandite (riigikogu, valitsus, ministriumid, kohalikud omavalitsused jne.) otsuste mõju kodanike vaimsele tervisele. Vaimse tervise paranemiseks vajalik turvaline keskkond vajab süsteemsust ja järjepidevust. Nii ka sekkumised ja nende tulemuste hindamine koos rahastamisega. Hea vaimne tervis on sotsiaalse turvalisuse üks aluseid. Iga vaimsele tervisele kulutatud rahaühik toodab uusi väärtusi.

Üks on kindel - ei ole tervist ilma vaimse terviseta.

Eesti tugevaks küljeks on olemasoleva professionaalse kaadri hea väljaõpe ja tihe rahvusvaheline koostöö

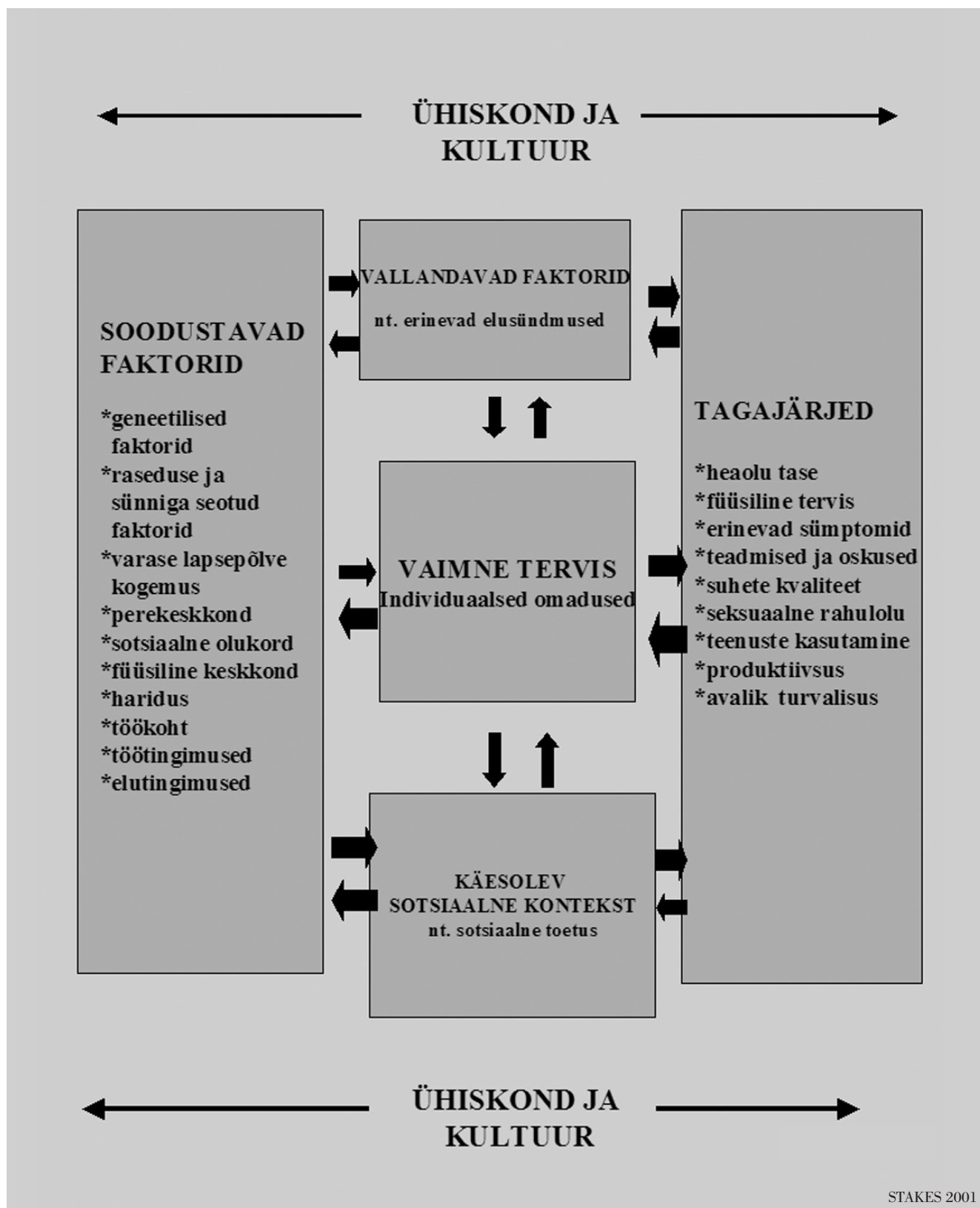
Kasutatud kirjandus:

1. Alexy R. Põhiõigused Eesti põhiseaduses. Juridica eriväljaanne. Tartu, 2001.
2. Alkoholismi ja narkomaania ennetamise programm aastateks 1997-2007. <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/tervishoiuprogrammid0008>
3. Allaste A. Uimastite levik noorsoo hulgas – kooliõpilaste alkoholi ja illegaalsete narkootikumide kasutamisest Eestis. Tallinn, 2000.
4. Avahooldusteenuste kvaliteedinõuded ja hinnakujunduse põhimõtted. <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/Sotsiaalministeerium3>
5. Eesti ei ole elanikkonna vananemiseks valmis. EGGA, AEF Tartu, 2000.
6. Eesti inimarengu aruanne 2001. Kas Eesti on sotsiaalselt jätkusuutlik? TPÜ Rahvusvaheliste ja Sotsiaaluuringute Instituut. Tallinn, 2001.
7. Eesti elukestva õppe strateegia. <http://www.hm.ee/sisu.php?yh=Noorsootöö&itemid=1>
8. Eesti Haigekassa : ravikindlustuseelarve. http://www.haigekassa.ee/HK/Ravikindlustus/Eelarve_seletuskiri_2002.htm; <http://www.haigekassa.ee/statistika/Riikliku%20ravikindlustuse%20põhilised%20finantsnäitajad.htm>
9. Eesti hooldusvõrgu arengukava 2015. <http://hooldusravi.tervishoiuprojekt.ee/index.php?page=1,5>
10. Eesti keskkonnatervise riiklik tegevusplaan- NEHAP of ESTONIA. EV Sotsiaalministeerium. Tallinn 1999. <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/Sotsiaalministeerium4>
11. Eesti Vabariigi Valitsuse ja Eesti Kirikute Nõukogu Ühishuvide <http://www.ekn.ee/index.php?lk=pressiteated>
12. “Eesti Noorsootöö Kontseptsioon”. <http://www.hm.ee/sisu.php?yh=Noorsootöö&itemid=1>
13. “Eesti noorsootöö arengukava aastaks 2001-2004”. <http://www.hm.ee/sisu.php?yh=Noorsootöö&itemid=1>
14. Eesti Statistika aastaraamat 2001. Statistikaamet. Tallinn, 2001.
15. Eesti Tervisekasvatuse Keskus. Tervise edendamine. Aastaraamat 2002.
16. Eesti Vabariigi tööhõive tegevuskava 2002. Sotsiaalministeerium. Tallinn, 2001.
17. Eesti vanuripoliitika aluste ellurakendamise riiklik programm aastateks 2002 – 2005.
18. Vabariigi Valitsuse tegevuskava sotsiaal- ja tööpoliitika peatükk. <http://www.sm.ee/>
19. Einasto M. Kuidas määratleda vaesust. Sotsiaaltöö 6/2001.
20. Elanikkonna vaimse tervise pilootuuring. Sotsiaal- ja turuuringute firma Saar Poll, 2002.
21. Elukvaliteedi mõõtmine WHOQOL 100 küsimustikuga haldusreformiga seotud probleemsete valdkondade väljaseelgitamiseks, Siseministeerium, leping 132, 2000 <http://www.sisemin.gov.ee/atp/index.html?id=1879>
22. EV Sotsiaalministeeriumi Rahvatervise Sihtprogrammi jätkuprojekt nr. 99-38 “Välised surmapõhjused ja vaimse vastupidavuse kujundamine”. Teostaja: Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut.
23. EV Sotsiaalministeeriumi Rahvatervise Arendusnõukogu ja Kesksaigekassa tervist edendav projekt nr. 411-. “Suitsiidide preventsiiooni tegevuskava”. Teostaja: Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut.
24. Elutingimuste uuring Eestis 1999.aastal. EV Sotsiaalministeerium, EV Statistikaamet, Tartu Ülikool. Norbalt II. Tartu, 2000.
25. Haldre, K., Harro, J., Kaarna, M., Kasmel, A. jt. Eesti rahva tervis 1991-2000. Tartu, 2002.
26. Haridusstrateegia “Õpi-Eesti” <http://www.hm.ee/sisu.php?itemid=32&subid=60&yh=Ministeerium>
27. Hess, B., Markson, E., Stein, P. Sotsioloogia. Tallinn, 2000.
28. Hoolekandeaastuste süsteemi areng Eestis. Konverentsi kogumik. Tallinn, 1999.
29. Kasmel, A.jt. Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 2000. Eesti Tervisekasvatuse Keskus, 2001.
30. Kiivet, R., Harro, J. Eesti rahva tervis 1991-2000. Tartu, 2002.
31. “Kool kõigile”- “A School for All” Project of Nordic Council of Minister`s in the Baltic States, (alaprojektid “Erivajadustega õpilaste toetatud üleminekud“, “Õpetajakoolitus- kaasav haridus”, “Kohalik koostöö ja nõustamiskeskustevõrgustik”). <http://www.hm.ee/uidis.php?sorditud=last&milline>
32. Kutsar, K. Malbe, R., Mehilane L. Eesti rahva tervis 1998. Tartu, 1998.
33. Kuddo, A., Leetmaa, R., Leppik, L., Luuk M., Vörk, A. Sotsiaalhoolduste efektiivsus ja mõju tööjõupakkumisele. Poliitikauringute keskus PRAXIS. Tallinn, 2002.
34. “Kuritegude ennetamise riiklik strateegia aastani 2005”. <http://www.just.ee/index.php3?cath=3248>
35. “Kuritegude ennetamise süsteemi kirjeldus ja arengustrateegia 2000-2003”. <http://www.just.ee/index.php3?cath=3248>
36. Kõrgessaar, J. Sissejuhatus hariduslike erivajaduste käsitusse. Tartu, 2002.
37. Laste ja noorukite terviseprogramm aastani 2005. Laste vaimne tervis - alaprojekt. Sotsiaalministeerium. Tallinn, 2000. <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/tervishoiuprogrammid0004>
38. Laste hoolekande optimaalne arengukava. <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/Sotsiaalministeerium3>
39. Noorsootöö <http://www.hm.ee/sisu.php?yh=Noorsootöö&itemid=1>
40. Mendel, A.-L., Thetloff, M., Lausvee, E. Depressiooni esinemissagedus, ravikulud ja seos tööhõivega Eesti Haigekassa kindlustatute hulgas aastatel 2000-2001. TPÜ sotsiaalteaduskond, Eesti Haigekassa.
41. Nõmmann, T., Luiker, L., Eliste, P. Eesti arengu alternatiivne hindamine - jätkusuutlikkuse näitajad. Poliitikauringute keskus. Tallinn, 2002.
42. Paavel, V., jt. Psüühilise erivajadustega inimeste hoolekanne Eestis. Käsiarvamus. EV Sotsiaalministeerium, Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus, Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing. Tallinn, 2000/2001.
43. Pettai, I. Perevägivald uuringu tulemustest Eestis. Eesti Avatud Ühiskonna Instituut. Sotsiaaltöö 6/2001.
44. Pilli, E. Laps sekulaarse ja sakraalse pingeväljas. Kodu osast selles. Rahvusvahelise konverentsi “Ühiskond, kirik ja religioonisotsioloogilised uuringud” kogumik. Tartu, 2001.
45. Psühhiaatria arengukava. www.tervishoiuprojekt.ee/docs/est/Psyhiaatria_arengukava.
46. Psüühiliste erivajadustega inimeste riikliku hoolekande teenuseid osutavate asutuste erialalis-juhtimisalane audit. Projekti lõpparuanne. Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus. Tallinn 2000/2001.
47. Rahvatervisealane teadus- ja arendustegevuse riiklik sihtprogramm aastateks 1999-2009; <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/Sotsiaalministeerium4>.
48. Rahvastiku tervisepoliitika aastani 2010 eelnõu. <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/eelnoud0003>
49. Remmel, M. Inimeste eluväärtused ja usu koht nende seas. Aukartlikkus elu ees. Rahvusvaheline konverents “Ühiskond, kirik ja religioonisotsioloogilised uuringud”. Tartu, 2001.
50. Sotsiaalministeeriumi haldusala arvudes 2001. Sotsiaalministeerium, Tallinn 2001.
51. Sotsiaalteenuste arendamise poliitika alusdokument <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/sotsiaalvaldkond0018>
52. Tegevuskava kutseharidussüsteemi arendamiseks Eestis aastatel 2001 – 2004 http://www.hm.ee/word/Kutsehariduse_tegevuskava.rtf
53. Tööhõive Ühishinnang /Joint Assessment of Employment Priorities in Estonia (JAP). <http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/Sotsiaalministeerium>

54. Uibu, J. Demograafiline olukord ja rahvastiku tervis-uuring AGENDA 21, <http://www.agenda21.ee/>.
55. Värnik A., Kõlves K, Palo E., Tooding L-M. Eesti suitsiidikõver on võtnud S-kuju. Eesti arst (Estonian suicide curve has taken S-Shape. Estonian physician) 2001;3: 81-85.
56. Värnik, A. Enesetapud Eestis1965-1995. Tallinn, 1997.
57. Värnik, A. Enesetappude ennetamine. Tartu, 2000.
58. WHO-SUPRE (viie kontinendi suitsiidikatsete uuringud), 2002-2004. Teostaja Euroopas: Eesti-Rootsi Suitsidoloogia Instituut.
59. Ühtne tervishoiu infosiisteeim.<http://www.tervishoiuprojekt.ee/index.php?page=1,12>
60. Aaltonen, E., Anttinen, E. jt. Muutoksen kautta kasvuun. Kansalaisten käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Savonlinna, 2001.
61. Aasland, A., Tyldum, G. Better or Worse? Developments in Estonia, Latvia and Lithuania 1994-1999. Fafo Institute for Applied Social Science, 2000.
62. Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V. "Symptoms of Depression and anxiety in Estonia: prevalence, coexistence and relationship to the quality of life". Eesti Arst lisa 3, 2001.
63. Egmond Agenda www.Egmondconference.nl
64. EÜ: "Coping with stress and depression related problems in Europe".
65. European Convention of Human Rights (ECHR).
66. Guidelines on task design for office workers (ISO EN 9241) <http://www.evs.ee/>
67. Guidelines on task design safety of machinery (EN 614) <http://www.evs.ee/>
68. Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders. Geneva, 1996.
69. International covenant on economic, social and cultural rights adopted by UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16. December 1996.
70. International covenant on civil and political rights adopted by UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16. December 1996.
71. International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm. Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. WHO, 2000.
72. Knorrning L. Cost –effectiveness in the prevention of suicide. Eesti Arst, lisa 3, 2001.
73. Lahtinen, E., Lehtinen V., Riikonen, E. Promotion of mental health on the European agenda. Finnish Ministry of Social Affairs and Health, www.stakes.fi.verkkojulk/pdf.lehtinen.pdf
74. Lahtinen, E., Lehtinen V., Riikonen E., Ahonen J. Framework for promoting mental health in Europe. STAKES, 1999.
75. Lavikainen, J., Lahtinen, E., Lehtinen, V. Public Health Approach on Mental Health in Europe. STAKES, 2001.
76. Leinsalu, M., Kasmel, A., Habicht, J. Social inequalities in health in Estonia-main report. Tallinn, 2002.
77. Marandi, T., Thetloff, M., Värnik, A. Contacts with health services within 6 months before committed suicide in Estonia – a pilot study. Eesti Arst lisa 3, 2001.
78. Mental health care law: Ten Basic Principles. Geneva, WHO, 1996.
79. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Suomen Sosiaali- ja terveysministerio. Helsinki, 2001.
80. Minimum data set of European mental health indicators. Proposed set of mental health indicators; definitions, descriptions and sources. STAKES.
81. Priebe, S., Oliver, J.P., Kaiser, W. Quality of Life and Mental Health Care. Wrightson Biomedical Publishing Ltd. UK, Hampshire, 1999.
82. Principles for the protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health care (MI Principles). UNGA Resolution 46/119 of 17 December 1991.
83. Public Mental Health. Guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes. WHO, Geneva, 1996.
84. Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights, Council of Europe, 1994.
85. Rupp, A., Gause, E., & Regier, D. A. Research policy implications of cost-of-illness studies for mental disorders. British Journal of Psychiatry 1998;173(36),19-25.
86. Standards on ergonomics (ISO/TC 159; CEN/TC 122) <http://www.evs.ee/>
87. Standards on mental work load (ISO EN 10075), (vt Standardiamet, <http://www.evs.ee/>)
88. Standards on task design (EN 614-2) <http://www.evs.ee/>
89. Surgeon General's Report on Mental Health www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth.
90. The 1998/99 Provincial Budget Ontario Division of Canadian Mental Health Association9
91. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope". WHO, Geneva, 2001.
92. Tienviitoja kunnan mielenterveystyön suunnitelman laatimisen. Suomen Sosiaali- ja terveysministerio. Vantaa, 2000.
93. Toisin tehden. Uusia tuulia mielenterveystyöhön. Suomen Sosiaali- ja terveysministerio, Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantarayhma. Vantaa, 2001.
94. Trainor J., Pomeroy E., Pape B. Building a framework for support. CMHA, 1999.
95. Universal Declaration of Human Rights, 1948
96. UN Resolution 46/119, 17/12/1991 on The Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care.
97. Värnik A, Tooding L-M, Palo E, Wasserman D. Suicide Trends in the Baltic States, 1970-1997. Trames 2000; 4(54/49): 3-14.
98. Wasserman D, Värnik A, Dankowicz M, Eklund G. Suicide Preventive Effects of Perestroika in the Former USSR: the Role of Alcohol Restriction. Supplement to Acta Psychiatrica Scandinavica 1998;98 (Suppl. 394):1-.
99. White Paper – on the protection of human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. Working Party of the Steering Committee on Bioethics of Council of Europe. Strasbourg, January 2000.
100. Williams A. Calculating the Global Burden of Disease: time for a strategic reappraisal? Centre for Health Economics, University of York, UK. Health Economics 8:1-8, 1999.
101. WHO: Atlas "Mental Health resources in the world 2001" Results of a Global Advocacy Campaign.
102. WHO Manual on mental health legislation, World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2002.
103. WHO Mental Health Policy Project. Policy and Service Guidance Package. Executive Summary.3
104. WHO Regional Office for Europe "First Meeting of European Counterparts for the Mental Health Programme of WHO Regional Office for Europe.
105. WHOQOL - Measuring Quality of Life, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, WHO, 1997, pp 3 www.who.int/msa/qol/ql9.htm
106. World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient.
107. World Medical Association Statement on Ethical Issues Concerning Patients with Mental Illness.

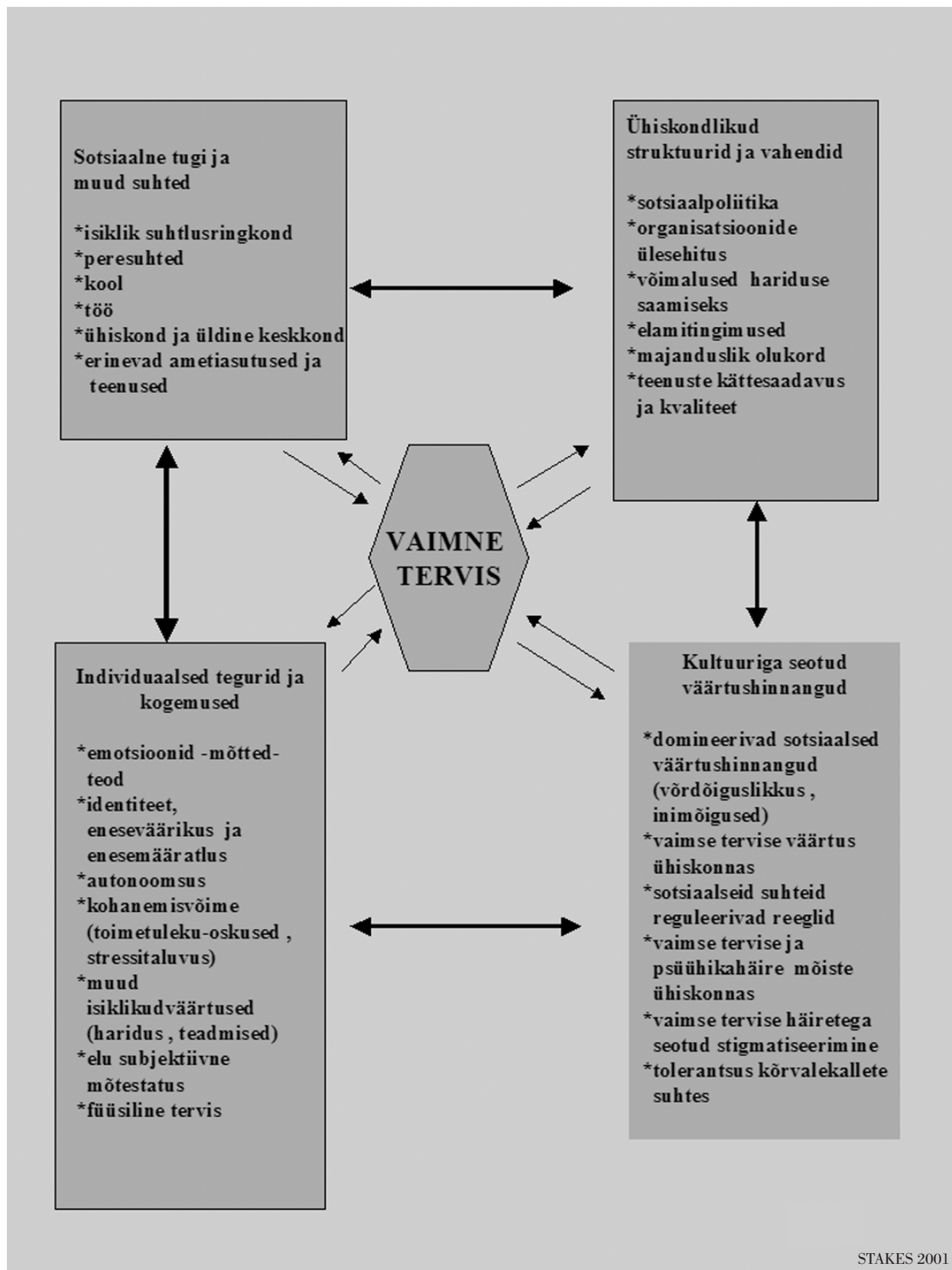
Lisad

Joonis 1. Vaimset tervist mõjutavad tegurid (Lavikainen, J. jt., Public Health Approach on Mental Health in Europe, 2001)



Lisa 2

Joonis 2 Vaimse tervise funktsionaalne mudel (Lavikainen, J., 2001)



Lisa 3

Vaimse tervise poliitika ümarlaua koosseis

Esimees:

Kaja Kuivjõgi Poliitikauuringute Keskus PRAXIS

Liikmed:

Alas, Merike	Eesti Psühhoanalüütiline Selts
Ilves, Pille	Eesti Patsientide Esindusühing
Jaanus, Eva-Liisa	Eesti Kirikute Nõukogu
Jänes, Valdur	Psühhiaatrite Selts
Jäätma, Kadri	Isamaaliidu fraktsioon
Kaadu, Tiit	Sotsiaalministeerium
Kallassalu, Ülo	Eesti Haiglate Liit
Kask, Silja	Rahandusministeerium
Kool, Anneli	MTÜ Iseseisev Elu
Kotkas, Kalev	Möödukate fraktsioon
Kriis, Tarmo	Eesti Tööandjate ja Tööstuse Keskliit
Lehtmeets, Andres	Eesti Arstide Liit
Liiv, Anti	Eesti Keskerakonna fraktsioon
Maripuu, Teesi	Kodanike Ühendus Davy
Mäe, Külli	Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühing
Palu, Toomas	Eesti Haigekassa
Pertel, Tiia	Sotsiaalministeerium
Raudmees, Agne	Vaimupuuetega Inimeste Tugiliit
Sarjas, Aive	Sotsiaalministeerium
Suija, Rein	Eesti Hoolekandeesutuste Juhtide Nõukoda
Tina, Annika	Haridusministeerium
Treial, Mai	Eestimaa Rahvaliidu fraktsioon
Vedru, Merike	Psüühikahäiretega Inimeste Toetajate Ühendus
Vengerfeldt, Vello	Tartu Vaimse Tervise Hooldekeskus
Vilosius, Toomas	Reformierakonna fraktsioon
Voronina, Sirje	Tervisekasvatuse Ühing