

KROONVIIRUSE EPIDEEMIA PSÜHHOSOTSIAALSETE TAGAJÄRGEDEGA TOIMETULEK

II EKSPERDIARVAMUS

MARIS VAINRE^{1,2}, KIRSTI AKKERMANN³, ZRINKA LAIDO¹,
VOOTELE VELDRE⁵, ANNE RANDVÄLI⁵

¹ Poliitikauuringute keskus Praxis

²Cambridge'i Ülikooli MRC kognitiiv- ja ajuteaduste üksus

³Tartu Ülikooli psühholoogia instituut, Kognitiivse Käitumisteraapia Keskus

⁵Sotsiaalministeeriumi Vaimse Tervise Staap

Ekspertiarvamuse kirjutamist toetas Sotsiaalministeerium. Maris Vainre õpinguid Cambridge'i ülikoolis toetab Haridus- ja Teadusministeerium ja Haridus- ja Noorteamet.

Viitamine

Vainre, M., Akkermann, K. Laido, Z., Veldre, V. ja Randväli., A. 2021. Kroonviiruse epideemia psühhosotsiaalsete tagajärgedega toimetulek. 2. ekspertiarvamus.

Täname

Anniki Lai, vaimse tervise staabi ja mõttekoja seminaril osalejaid arutelude ja jagatud mõtete eest.

SISUKORD

SISSEJUHATUS	5
SOOVITUSED	6
ÜLDPÕHIMÕTTED, MILLEST LÄHTUDA.....	6
VAIMSE TERVISE PROBLEEMIDE TÕHUSAM ENNETAMINE	7
VAIMSE TERVISE TEENUSTE PARANDAMINE.....	8
PSÜHHOSOTSIAALSE JA VAIMSE TERVISE ABI KROONVIIRUSE OLUKORRAS EESTIS ..	9
VAIMSE TERVISE PROBLEEMIDE LEVIMUS.....	12
EESTI ÜLDPOPULATSIOON	12
KAITSE- JA RISKIFAKTORID.....	14
TERVISHOIUTÖÖTAJAD	14
LAPSED JA NOORED	15
COVID-19 PÕDENUD INIMESED	16
VAIMSE TERVISE PROBLEEMIDEGA INIMESED	16
EAKAD	16
KROONVIIRUSKRIISIL ON PIKAAJALISED MÕJUD VAIMSELE TERVISELE	17
PIIRATUD LIGIPÄÄS VAIMSE TERVISE TEENUSTELE	17
EBAVÕRDSUSE SÜVENEMINE	17
KIUSAMISE JA POLARISEERUMISE MÕJU	18
PERE- JA LÄHISUHTEVÄGIVALLA TÕUS.....	19
HEAOLU TOETAMINE ÜHISKONNAS	20
HEAOLULÄÄTS POLIITIKATELE	20
HEAOLU TOETAMINE LÄBI AVALIKU KOMMUNIKATSIOONI	22
VAIMSE TERVISE TEENUSTE KORRALDUS	23
ÜHTNE TERVISHOIUSTRAATEEGIA	23
VAIMSE TERVISE PROBLEEMIDE ENNETAMINE	24
VAIMSE TERVISE TEENUSTE MUDEL	25
INTEGREERITUS JA SEKTORIÜLENE LÄHENEMINE	27
PAREM TEENUSTE KVALITEET JA KÄTTESAADAVUS	27
<i>TEENUSTE TÕHUSUS JA KVALITEET</i>	<i>28</i>
<i>MIDA TEENUSE KASUTAJA VAJAB?.....</i>	<i>29</i>

<i>KUS TEENUSEID PAKKUDA?</i>	30
<i>KUIDAS TEENUSELE SUUNATA?</i>	30
KUIDAS EDASI?	32
KASUTATUD KIRJANDUS	33
LISA. VAIMSE TERVISE STAABI TEGEVUSED ELANIKE VAIMSE TERVISE TOETAMISEKS JA KRIISI ÕPPETUNNID	41
UNIVERSAALSED JA SIHTRÜHMAPÕHISED TEGEVUSED ELANIKE VAIMSE TERVISE TOETAMISEKS KRIISIS	41
TABEL 1. VAIMSE TERVISE STAABI OSAPOOLTE KRIISIAEGSED UNIVERSAALSED JA PUUDUTATUD SIHTRÜHMADELE SUUNATUD TEGEVUSED	42
KRIISI ÕPPETUNNID JA TAKISTUSED VALDKONNA EDENDAMISEL	47

SISSEJUHATUS

COVID-19 on esimesest gripi-pandeemiast (Hispaania gripp – H1N1, 1918. aastal) juba järjekorras viies - peale Aasia H2N2 (1958), Hong Kongi H3N2 (1967) ja pandeemilist grippi (2009) - mida iseloomustab kiire levik ja jätkuv muteerumine inimeste seas. Tänapäevaks on Maailma Terviseorganisatsiooni andmetel üle maailma 255 324 963 kinnitatud haigusjuhtu ning 5 127 696 surmajuhtu (World Health Organization, 2021). Eestis on perioodil 5. veebruar 2020 kuni 26. november 2021 kinnitatud haigusjuhte 221 160 (Terviseamet, 2021) ja 1781 Covid-19-st tingitud surma (World Health Organization, 2021).

Ekspertiarvamuse tellis Sotsiaalministeeriumi juurde loodud vaimse tervise staap, et saada sisendeid tõenditel toetuvaks poliitikakujundamiseks COVID-kriisist taastumisel. Ekspertiarvamus annab poliitikakujundajatele lähtekohad psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi osutamiseks epideemiast taastumisel.

Arvamuses esitatud hinnangud, soovitusel ja ettepanekud toetuvad teaduskirjanduses avaldatud ja poliitikaanalüüsides esitatud infol, teadusuuringutel, vaimse tervise staabi vahendatud tabel ning muul ekspertide käsutuses oleval teadmisel Eesti elanike tervisevajadustest.

See ekspertiarvamus on jätk 2020. aasta aprillis ehk pandeemia akuutses faasis avaldatud ekspertiarvamusele (Akkermann et al., 2020). Sellegi dokumendi puhul on oluline eristada mõisteid **react** ehk **olukorrale reageerimine** (kiire reaktsioon, üksiktegevused) ja **response** ehk **olukorrale vastamine** (teadlikud tegevused, mis põhinevad teadmistel ja infol ning süsteemsel lähenemisel; tegevuste kohandamine vastavalt olukorrale ja vajadustele). Käesoleva ekspertiarvamuse lähtekohaks on *response*-vaade.

SOOVITUSED

Toetamaks elanikkonna psühhosotsiaalsed heaolu, tuleb riigil nii targalt vastata kriisiolukorrale kui ka leevendada kroonilisi probleeme, mida tekitavad muuhulgas ruineerivad elu-, õpi- ja töökeskkonnad, ebavõrdsus ning vähene ligipääs vaimse tervise toele ja teenustele.

ÜLDPÕHIMÕTTED, MILLEST LÄHTUDA

- Heaolu mõjutavad nii kohalike omavalitsuste poliitikad, riiklikud otsused kui ka teenuste korraldus. Seega tuleb poliitike, meetmete ja teenuste mõju hindamisel arvestada ka mõjuga inimeste heaolule ja tervisele (vt Heaoluläätis poliitikatele lk 20).
 - Vahel on vaja võtta vastu otsuseid, mis suurendavad vaimse tervise riske. Heaoluläätis võimaldab otsuste rakendamisel plaanida ka viise, kuidas suurendada inimeste säilenõtkust (ka resilientsus, ingl k *resilience*) ja ennetada võimalikku tekkivat kahju, nt pakkuda enesehoolitsuse oskuste õpet.
- Poliitike kujundamisel ja sekkumiste planeerimine peab olema tundlik sihtrühma ealiste iseärasuste suhtes ja tagama kvaliteetse ja ligipääsetava teenuse kõikides eärühmades (vt ka elukaarepõhine lähenemine). See võimaldab arvestada erinevate eluetappide vajaduste ja ressursidega.
- Selmet keskenduda riskigruppidele, mis võib haavata inimeste enesemääratlust või koguni nende väärikust ja olla stigmatiseeriv, on sisulisem keskenduda riskifaktoritele, aga ka faktoritele, mis kultiveerivad säilenõtkust.
- Vähendada ebavõrdsust ühiskonnas, sealjuures pidades silmas regionaalseid erinevusi ja kõiki elanikkonnagruppe, sh muukeelseid elanikke.
- Vaimne tervis peab olema osa universaalsest tervishoiuteenusest ja olema samaväärne füüsilise tervisega. Sellest lähtuvalt tuleb kujundada nii tervishoiupoliitikat kui kavandada teenuseid ja sekkumisi, sh e-teenuste arendamist.
 - See eeldab lisaks ühtsele poliitikakujundusele ka tervisteenuste rahastusmudeli muutmist.
 - Füüsilise ja vaimse tervise teenuseid peab vajadusel pakkuma käsikäes seal, kus koostööpõhine teenusemudel (nn *collaborative care*, vt Integreeritus ja sektoriülene lähenemine lk 27) on tulemuslikum kui silodes teenuse pakkumine.

- Selleks, et luua vajaduspõhist vaimse tervise poliitikat on vaja ülevaadet vajadustest ja teenustele ligipääsetavusest. Seega eeldab tõenduspõhine vaimse tervise poliitika regulaarseid kvaliteetseid vaimse tervise valdkonna uuringuid. Nii on võimalik arvestada nüanssidega vajadustes, regionaalsetes ja gruppide vahelistes erinevustes ja suunata vastavalt ressursse.
- Avalikku kommunikatsiooni kujundada selliselt, mis võimaldab toetada inimeste heaolu, ennetada polariseerimist ja vähendada ebavõrdsust. Ka riskikommunikatsioon tuleb korralikult läbi mõelda ning võimalusel kasutada tõendusmaterjalil põhinevat lähenemist (vt Heaolu toetamine läbi avaliku kommunikatsiooni lk 22).

VAIMSE TERVISE PROBLEEMIDE TÕHUSAM ENNETAMINE

- Vaimse tervise teenuste hulka peab kuuluma tõhus vaimse tervise probleemide ennetamine, mis hõlmab nii erinevate ministriumite haldusalas olevate poliitikate kujundamist heaolu silmas pidades kui ka mõjusate ennetusmeetmete ja -programmide pakkumist.
 - Vaimse tervise probleemide ennetamine hõlmab nii riskifaktorite tekke või nende mõju vähendamist kui ka kaitsefaktorite mõju suurendamist.
- Asutuste ja organisatsioonide keskkonnad tuleb kujundada inimeste vaimset tervist toetavaks, eriti need, kus inimesed veedavad suure osa oma päevast (õppe- ja töökeskkonnad). Selleks tuleb nendes keskkondades:
 - ennetada vaimse tervise probleemide tekkimist. Näiteks saavad organisatsioonid oma sisemises töökorralduses mõelda, kuidas vähendada võimalikke stressoreid ja toetada säilienõtkust.
 - pakkuda tõenduspõhiseid heaolu suurendavaid ja vaimse tervise probleemide riski vähendavaid sekkumisi.
 - pakkuda psühhoharimist, et inimesed märkaksid enda ja ka teiste vaimse tervise vajadusi.
 - luua tugisüsteemid ja oskusteave nendes süsteemides, mis võimaldavad probleemide ilmnemisel tuge või abi saada.
 - tagada suunamine professionaalsele vaimse tervise teenusele.

VAIMSE TERVISE TEENUSTE PARANDAMINE

- Vaimse tervise teenuste planeerimisel tuleb lähtuda nii rahvusvahelisest parimast praktikast (nt vt OECD ettepanekuid) kui ka kohalikust kontekstist (nt Vaimse Tervise Roheline Raamat).
 - Minimaalsena on vaja tagada vähemalt esmatasandi vaimse tervise teenus ja spetsialiseeritud teenused (vt Vaimse tervise teenuste mudel lk 25).
- Abivajajatele tuleb pakkuda minimaalse intensiivsusega teenust, mis abivajaja puhul mõjus on (vt Vaimse tervise teenuste mudel lk 25).
 - See tähendab, et suurem osa vaimse tervise abist osutatakse kogukonnateenusena, psühholoogilise ravi või psühhosotsiaalse sekkumisena. Psühhiaatrilise abi vajadus peaks seega pikemas perspektiivis vähenema, sest abi jõuab inimeseni varem.
 - See eeldab erineva intensiivsusega teenustega mudeli loomist. Vt näiteks Inglismaa initsiatiiv *Improved Access to Psychological Therapies* (IAPT) lk 28.
 - Samuti tähendab see ravijuhiste vastavat kohaldamist ja kaasajastamist.
- Teenuste ligipääsetavuse suurendamiseks on oluline tagada pakutavate teenuste kliiniline tõhusus ja kuluefektiivsus (vt Teenuste tõhusus ja kvaliteet lk 28).
- Hakata hindama teenuste kvaliteeti, sealjuures võtta kasutusele rahvusvaheliselt tunnustatud standardid, mis võimaldaks võrrelda teenuseid, sekkumisi ja nende tulemusi (sh digilahenduste puhul).
- Erineva intensiivsusega teenused tuleb siduda tervikuks, võimaldades inimestel siseneda igal intensiivsustasemel ja ka astmete vahel liikuda vastavalt vajadusele.

PSÜHHOSOTSIAALSE JA VAIMSE TERVISE ABI KROONVIIRUSE OLUKORRAS EESTIS

2020. a aprillis valminud eksperdiarvamuses anti viis põhisoovitust (Akkermann et al., 2020 lk 3). Neid soovitusi on seni täidetud osaliselt.

1. Moodustada laiapõhjaline ning valdkondade ülene psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi korraldamise töörühm Sotsiaalministeeriumi kui valdkonna poliitikakujunduse eest vastutava valitsusasutuse juhtimise alla. Määratleda osapoolte vastutused psühhosotsiaalse kriisiabi korraldamisel.
2. Töörühmal koostada laiapõhjaline ja praktiline tegevusplaan meetmete rakendamiseks kroonviiruse olukorras ja kriisi järelmõjudele vastamiseks võttes muuhulgas arvesse käesolevas ekspertarvamuses välja pakutud sekkumisraamistikku ja tehtud soovitusi. Luua sillad seotud valdkondade hädaolukorraplaanide ja meetmete vahel.
3. Tagada inimeste füüsilise ja vaimse tervise hoidmiseks ning probleemide ennetamiseks vajalike teenuste osutamise jätkumine ja kättesaadavus ka kroonviiruse kriisiolukorra ajal ning teha pingutusi teenuste võimaldamiseks rakendades kaugtöö meetodeid. Erilist tähelepanu peaks pöörama haavatavate gruppide vajadustele, sh krooniliste haigustega ja psüühikahäiretega inimeste plaaniline ravi, rehabilitatsiooniteenused, pikaajalise hoolduse teenused, käitumisprobleemidega noorte tugiteenused, suitsiidiennetus, vanemlusprogrammid jt.
4. Võimaldada kõigile eesliinitöötajatele vaimse tervise esmaabi andmise oskuste koolitust abivajajate psühhosotsiaalseks toetamiseks ja seeläbi töötajate enda emotsionaalse toimetuleku tõhustamiseks.
5. Tagada elanikkonna täpne ja pidev informeeritus kroonviirusest, nakatumise võimalustest ja viisidest, kuidas igaüks saab oma füüsilist ja vaimset tervist hoida. Kommunikatsioonis tuleks kindlasti arvestada venekeelse elanikkonnaga.

Lähtudes esimesest soovitusest moodustada laiapõhjaline ning valdkondade ülene psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi korraldamise töörühm, kutsus sotsiaalkaitseminister 2021. a märtsis ellu Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel tegutseva vaimse tervise staabi, mis osaliselt koordineerib pandeemia tingimustes psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi korraldamist. Staabil on mandaat tegutsemiseks 2021. aasta lõpuni. Staabi ülesanded ja tegevused kriisis puudutatud sihtrühmade toetamisel on esitatud Lisas 1. Osapoolte vastutus psühhosotsiaalse kriisiabi korraldamisel on jätkuvalt läbirääkimisel ja kujundamisel.

Ka teisele soovitusele – koostada laiapõhjaline ja praktiline tegevusplaan meetmete rakendamiseks kroonviiruse olukorras ja kriisi järelmõjudele – vastamine on veel töös. Kuna vaimse tervise staap loodi lühiajalise mandaadiga, ei ole eraldi laiapõhjalist tegevusplaani

koostatud ning kriisi järelmõjudele vastamiseks vajalikud sammud on kavas integreerida Sotsiaalministeeriumisse loodava vaimse tervise osakonna tegevuskavasse.

Kolmas soovitus – tagada inimeste füüsilise ja vaimse tervise hoidmiseks ning probleemide ennetamiseks vajalike teenuste osutamise jätkumine ja kättesaadavus ka kroonviiruse kriisiolukorra ajal – rakendus kriisis piiratult, mõningase viivitusega. Kuigi teenuseid pakuti oluliste piirangute tingimustes kaugteenustena, võttis nendele üleminek siiski mõningase aja, samuti varieerus oluliselt selliste teenuste võimaldamine teenuseosutajate ja piirkondade lõikes. Haigekassa andmetele tuginenud analüüs kaugvastuvõttude kogemusest kriisi esimeses laines (Paat-Ahi et al., 2020) näitas, et tervishoiuspetsialistidel oli olemas valmisolek kaugvastuvõttude rakendamiseks, kuid seda hõlbustanuks mitmed kesksed arendused. Samas näitasid need andmed, et näiteks just psühhiaatria kaugvastuvõttude osakaal oli ambulatoorsetest kõrgem ning nii arstid kui patsiendid jäid selle kogemusega rahule (Paat-Ahi et al., 2020).

2021. aastal eraldas valitsus vaimse tervise toetamiseks lisaelarvega täiendavat raha, mis võimaldas lisaks juba mainitud valdkondade ülesele koostööle vaimses tervises suurendada perearstide teraapiafondi kaudu kliiniliste psühholoogide teenuste mahtu ja toetada kohalikke omavalitsusi psühholoogilise abi teenuste täiendavaks pakkumiseks oma elanikele. 2. detsembri seisuga oli perearsti teraapiafondist kasutatud vaid 34% selleks aastaks eraldatud rahast ehk 4,5 miljonist eurost oli kuutatud vaid 1,53 miljonit eurot (Eesti Haigekassa, 2021b). Seega töötab teraapiafondi meede selgelt suboptimaalselt ning üksnes lisaraha eraldamisega ei ole inimeste ligipääsu psühhoteraapiale olnud võimalik parandada – vajalik on ka poliitikameetme kohandamine.

Neljanda soovituse kohaselt on riigi rahastuse toel pakutud psühholoogilise või vaimse tervise esmaabi koolitusi, mõlema koolituse oluline osa on ka enesehoid. Sotsiaalministeeriumi strateegiline partner aastatel 2020-2021 on MTÜ Peaasjad, mis pakub vaimse tervise esmaabi koolitusi. Need ei ole olnud sihitatud otseselt eesliinitöötajale, kuid selliseid avatud koolitusi on 2020 ja 2021 pakutud vastavalt 962 ning 2195 inimesele (A.-K. Oidermaa & N. Mets, isiklik suhtlus, 3. detsember 2021). Sotsiaalkindlustusamet koolitab psühholoogilise esmaabi teemal, tähelepanuga kriisi- või traumaatiliste sündmuste järgsele toetusele. Psühholoogilise esmaabi koolitust pakuti 2020. aastal 883 ning 2021. aastal 245 eesliinitöötajale (sh tervishoiutöötajad, sisejulgeolekuvaldkonna töötajad (PPA, Päästeamet ja Päästeliit, vanglad), sotsiaalhoolekande, haridusasutuste ja kohalike omavalitsuste töötajad) (H. Alton, isiklik suhtlus, 25. november 2021).

Viiendat soovitust, s.o tagada elanikkonna täpne ja pidev informeeritus kroonviirusest, nakatumise võimalustest ja viisidest, kuidas igaüks saab oma füüsilist ja vaimset tervist hoida, rakendati reaalsuses osaliselt. Kroonviiruse pandeemiat käsitlev kommunikatsioon oli pidev, kuid esines olulisi ebakõlasid kavatsuste ja rakendatavate meetmete kommunikatsioonis – eelkõige oli tegu lahknevustega ametkondlikus ja poliitilise tasandi infos. Kuigi kommunikatsioon oli suunatud ka venekeelsele elanikkonnale, viitavad olulised

käitumuslikud erinevused nt vaksineerimisel, et kommunikatsioon pole olnud samaväärne eestikeelsesesse ruumi suunatud kommunikatsiooniga.

Ekspertiarvamuse koostamise hetkel saab psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi korraldamist Eestis kirjeldada sarnaselt 2017. aastal rahvastiku tervise arengukava vaahindamisel sedastatuga (Veldre et al., 2017):

- Vaimse tervise abi osutamine on korralduslikult killustatud, abi rahastamine on tugevalt kaldu eriarstiabi poole ning ka see abi pole kaugeltki piisav.
- Puudub selge kontseptsioon ja sektorite ülene regulatsioon vaimse tervise teenuste osutamiseks, mis sätestaks lisaks ravi-, rehabilitatsiooni- ja tugiteenustele ka tegevused vaimse tervise edendamiseks ning vaimse tervise häirete ennetamiseks.
- Rahvastiku tervise arengukavas on eesmärgistamata elanikkonna vaimset tervist toetava teenusesüsteemi korrastamise vajadus ehk teenuste kvaliteedi tõstmise ja ühtlustamise vajadus ning teenuste komplekti kõikehõlmavuse vajadus, sh teenusejadade optimaalse ülesehituse küsimus (küll on need vajadused välja toodud 2021. aasta kevadel Vabariigi Valitsuse heaks kiidetud vaimse tervise rohelises raamatus).
- Valdkonnas muutuste loomiseks on vajalik tõhus ja kaasav juhtimisstruktuur. Kuigi soovitatav oleks tervisesüsteem, kus vaimset ja kehalist tervist ei vastandata, tuleb vaimne tervis tõsta esmalt kehalise tervisega võrdväärseks, misjärel on võimalik liikuda nende kahe integreerituse poole.

VAIMSE TERVISE PROBLEEMIDE LEVIMUS

COVID-19 pandeemia võimendas kõiki vaimse tervise riski suurendavaid tegureid: ebamäärasus, ennustamatus, füüsiline isolatsioon, sotsiaalne distantseerumine, füüsilise aktiivsuse vähenemine, üksildus, baasiliste teenuste piiratud kättesaadavus, majanduslik ebakindlus. Nüüd, kui me ei ole enam kriisi akuutses faasis – me mõistame rohkem kroonviirust, kuidas see levib, kuidas ennast selle eest kaitsta – on ka muutunud meie psühhosotsiaalsed vajadused ja seeläbi vajadused teenusteks (Akkermann et al., 2020; McFarlane & Williams, 2012). Me teame, et emotsionaalne seisund ja vaimne tervis muutuvad kriisi kestel (Metzler et al., 2021; Sinyor et al., 2020). Me teame, et osade inimeste vaimse tervise probleemid, nagu ka füüsilise tervise probleemid, kaovad teatud aja jooksul spontaanselt, teistel püsivad need muutumatuna või süvenevad. Me teame ka, et vaimse tervise teenustele ligipääs oli juba enne pandeemiat kehv (Sotsiaalministeerium, 2020b) ja see halvenes veelgi, kuna teenuste kättesaadavust piirati.

Ehkki COVID-19 pandeemia pikaajalised mõjud vaimsele tervisele ei ole veel täpselt teada, näitavad seni avaldatud ülevaateuuringud vaimse tervise probleemide kasvu ja heaolu vähenemist elanikkonnas (Ahrendt et al., 2021; Kunzler et al., 2021; Vindegaard & Benros, 2020).

Teaduslikud ülevaateartiklid, mis viimasel aastal on vaimse tervise probleemide levimuse kohta avaldatud, peegeldavad peamiselt kriisi akuutset faasi: uuringute kavandamine ja teadustöö tulemuste avaldamine võtab aega ja seega ei pruugi kiiresti liikuvast kriisist pakkuda kõige ajakohasemaid teadmisi. Küll aga võimaldavad vaimse tervise epidemioloogilised uuringud, isegi kui need tuginevad 2020. aasta andmetel, hinnata abi vajaduse suurust lähitulevikus. Ka varasemate pandeemiate tagajärjel on vaimse tervise probleemid sagenenud, sealhulgas on raporteeritud depressiooni, ärevushäirete ja suitsiidiriski suurenemist (Cheung et al., 2008; Mak et al., 2009). Euroopa Liidu liikmesriikides on heaolu märkimisväärselt langenud alates 2020. a. suvest kuni 2021. a. kevadeni, olles isegi madalamal tasemel kui pandeemia puhangu alguses (Ahrendt et al., 2021).

EESTI ÜLDPOPULATSIOON

2020. aasta aprilli eriolukorras raporteeris ligikaudu 52% Eesti rahvastikust vanuses 18–79 ülemäärast stressi ja ärevust, sealhulgas raporteerisid kõrgemat tajutud stressimäära naised, noored ja need, kes hindasid, et neil on kõrgem risk haigestuda viirusesse (Reile et al., 2021). Võrdlusena 2018 a. läbiviidud uuringus raporteeris ülemäärast stressi 19,1 % rahvastikust (Reile et al., 2019).

Tartu Ülikooli (TÜ) "Stressiga toimetulek eriolukorras" uuringu (küsitlus viidi läbi 15. aprill – 15. mai 2020) tulemused näitasid, et 46-l% ja 41,5%-l uuritavatest esines depressioonile ja ärevushäiretele omaseid sümptomeid, ning 55% raporteeris suurenenud väsimust (Akkermann et al., 2020, 2022). Ehkki tegemist oli mugavusvalimiga, ilmnes sarnaselt Reile jt (2021) uuringule, et noored täiskasvanud (18-34a) raporteerisid enam vaimse tervise häirumist kui vanemad inimesed.

Need andmed räägivad normaalsest stressireaktsioonist ootamatule kontrollimatule olukorrale, ent oluline on mõista pikaajalisi mõjusid vaimsele tervisele. Eesti Teadusagentuuri RITA (tegevuse 1) rahastusel käivitati TAI ja TÜ koostöös Eesti Rahvastiku Vaimse Tervise Uuring (RVTU), et hinnata vaimse tervise probleemide levimust rahvastiku hulgas, muutuseid aasta jooksul ning seoseid elustiilivalikutega. Vaimse tervise probleemide varane märkamine on kriitilise tähtsusega rahvastiku vaimse tervise ja heaolu edendamisel. Kvaliteetne ja operatiivne info rahvastiku vaimse tervise kohta annab sisendi vaimse tervise poliitika planeerimiseks ja probleemide ennetamiseks. Uuringu tulemuste põhjal valmib ülevaade Eesti rahvastiku vaimse tervise olukorrast (sh muutused) ja soovitusel haavatavate rühmade olukorra leevendamiseks kriisiolukorras.

RVTU põhivalim on rahvastikupõhine juhuvalim (15-aastased kuni ilma ülemise vanusepiirita), mis on kihitatud elukoha maakonna, soo ja vanuse järgi. Küsitlusuuringu I laines jaan-veebruari 2021 osales veebi- ja postiküsitluses 5731 inimest. II lainesse, mis viidi läbi mai kuni juuli keskpaik 2021, kaasati lisaks täisealistele vastajatele anonüümselt 15–17-aastased vastajad ($n \approx 1300$).

Esimese laine esmased analüüsid näitavad, et ligi 15% meestest ja 20% naistest raporteerisid enesekohase küsimustiku põhjal vaimse tervise seisundi märkimisväärset halvenemist võrreldes koroonakriisi eelse ajaga. Võrreldes vanematega oli nooremate seas oluliselt enam neid, kes vaimse tervise halvenemist tajusid, vastavalt meestest 28% (18-29a) võrrelduna 7% (45-59a) ja 9,7% (60-75a), ning naistest 40% (18-29a) võrrelduna 17,7% (45-59) ja 12% (60-75+) (*Eesti Rahvastiku Vaimse Tervise Uuringu vaheraport*, 2021. Saadaval konsortsiumi juhilt).

Koguvalimis ilmnes 27,7%-l vastanutest depressiooni risk ning 20%-l ärevushäire risk. Ilmnesid aga märkimisväärsed vanuselised erinevused, umbes pooled 18-24a ja kolmandik 25-34a raporteerisid depressiooni sümptomeid. Ka ülemäärane ärevustunne ilmnes enam noorematel meestel ja naistel, vastavalt 26% meestest ja 39% naistest, võrdlusena 10% ja 19% meestest ja naistest vanuses 45-75. Nende uuringute tulemused lähevad kokku üldiste trendidega, mis näitavad ärevuse vähenemist võrreldes eriolukorra hinnangutega, aga depressiooni sümptomite ja väsimuse püsivust ning suitsiidimõtete ja suitsiidide kõrgemat määra (Connor et al., 2020; Niederkrotenthaler et al., 2022). Seda seletatakse ka püsiva üksildustunde süvenemisega. Tulemused viitavad, et naised on pandeemiast enam häiritud, neil ilmneb rohkem ärevuse ja depressiooni sümptomeid (Garcia-Fernandez et al., 2020; Pieh

et al., 2020; Yamamura E., Tsustui Y., 2021), mida seletatakse suurenenud raskustega töö- ja pereelu ühildamisel (Takaku & Yokoyama, 2021).

KAITSE- JA RISKIFAKTORID

Vaimne tervis ja heaolu on dünaamiline seisund, mis viitab inimese võimele ennast teostada, osaleda sotsiaalsetes suhetes, luua lähedasi suhteid ja panustada ühiskonda. WHO (2018) kirjeldab vaimset tervist kaitsvaid faktoreid ja riske läbi elukaare.

Toetavate teguritena on lapse ja noorukipõlves äärmiselt oluline stabiilne ja turvaline kodukeskkond ning toetav koolikeskkond, nooruki- ja noores täiskasvanueas akadeemiline edasijõudmine ja tervisliku elustiili harrastamine. Täiskasvanueas mängib heaolu tagamisel suurt rolli töökeskkond ja sissetulek, samuti töö- ja eraelu tasakaal. Mida vanemaks saadakse, seda suurem tähtsus on kogukonna toel.

Riskifaktorid, mis soodustavad vaimse tervise probleemide teket, võivad olla bioloogilised, psühholoogilised, keskkondlikud ja sotsiaalmajanduslikud ning need on kumuleeruva mõjuga. Näiteks on tuvastatud, et Covid-19 pandeemia jooksul vaimse tervise probleemide tekkimist soodustavad riskifaktorid on olnud tööelu (tervishoiutöötajad ja eesliinitöötajad), vanuse (noored), soo (naised) või ühiskondliku rolliga (nt väikelastega või kooliealiste lastega pered, Covid-19 viirusega nakatunud ja nende lähedased) seotud.

Elukaarepõhine lähenemine võimaldab läbi üldiste riskide kirjeldamise mõista, miks nähakse praeguses tervisekriisis riskigruppidega eesliinitöötajaid, lapsi ja noorukeid, majandusliku toimetulekuraskustega inimesi, tervishoiuteenust vajavaid inimesi (sh puude ja vaimse tervise probleemidega inimesed, vägivalda ohvreid) ning eakaid (kes sõltuvad lähedaste ja kogukonna toest). Ilmselt on nemad need, kelle puhul just selles kriisis on erinevad riskid kumuleerunud.

TERVISHOIUTÖÖTAJAD

Tervishoiutöötajate töökeskkond loob eriolukordade ajal soodsad tingimused vaimse tervise häirumiseks (Giorgi et al., 2020). Riski suurendavad üldine töökoormus, öövalvete sagedus, vähene administratiivne tugi, töö ja eraelu tasakaalu häirumine, patsiendi kannatuste ja surmadega kohanemine (Dimou et al., 2016). Süstemaatiline ülevaade leidis 38 uuringu põhjal, et tervishoiutöötajad kogesid COVID-19 pandeemia ajal kõige sagedamini post-traumaatilist stressihäiret, ärevust ja depressiooni (Saragih et al., 2021). Tervishoiutöötajate vaimse tervise probleeme on erinevate pandeemiate olukordades üsna palju uuritud (Fan et al., 2021), mistõttu on meil aimu, kuidas pandeemia mõju vähendada. Näiteks suurendab

ärevust ja depressiooni mure nakatuda või oma lähedasi nakatada (De Kock et al., 2021; Koh et al., 2011). Seda tajus ka laiem üldsus, mistõttu suurenes tervishoiutöötajate stigmatiseeritus kogukondades (Bhaumik et al., 2020), sealhulgas rünnati tervishoiutöötajaid avalikus ruumis (Sotgiu & Dobler, 2020). Suurendamaks tervishoiutöötajate valmidust kõrge riskiga valdkondades töötada ja vähendamaks selle tööga kaasnevaid vaimse tervise probleeme, on mõistlik läbi mõelda nii organisatsioonilisi tegureid (nt kuivõrd usalduslik on üldine töökliima, kuidas toetatakse heaolu ja kas nakkustõrje on efektiivne) kui ka nende töö-eraelu tasakaalu puudutavaid aspekte (lastehoid, kuidas vähendada lähedaste nakatumist jms) (De Kock et al., 2021; Fan et al., 2021; Uphoff et al., 2021). Kriitilise tähtsusega on pakkuda võimalust taastuda ja puhata (Billings et al., 2021). Varasemad katastroofid näitavad, et meedikud ei otsi psühholoogilist abi koheselt, sest enda vajaduste märkamine on kriisis tagaplaanil (Smith jt 2019). Seda suurem roll lasub institutsioonil organisatsiooni kui terviku säilenõtkuse toetamisel.

LAPSED JA NOORED

Laste ja noorte vaimse tervise seisundi muutuste hindamisel on suur huvi eelkõige seoses eriolukorras distantsõppele üleminekuga. Kõrge kvaliteediga uurimusi eriolukorra mõjust laste koolikogemusele viidi läbi vaid kümnes riigis (Prantsusmaa, Saksamaa, Iirimaa, UK, Ameerika Ühendriigid, Austraalia, Kanada, Soome, Itaalia, Holland) (Thorn & Vincent-Lancrin, 2021). Enamus õpetajaid jätkas õppetöö läbiviimist ja enamus õpilasi jätkasid õppimist. Lapsed tõid distantsõppele ülemineku raskustena välja pigem psühholoogilisi raskusi nagu motivatsioonipuudus ja keskendumisraskused, ebakindlus tuleviku pärast, üksildustunne ja igavus, kui tehniliste vahendite ja oskuste nappuse. Üle pooled, isegi kuni 75% lapsevanematest kogesid suuri raskusi laste distantsõppe toetamisel isegi kui neil oli ligipääs ressurssidele (nt tehnilised vahendid ja õppematerjalid). Lapsed (10-20%), kes langesid õppest välja, olid juba varem õppimise raskustega.

Esmased vaimse tervise võrdlusuuringud näitavad, et tõenäoliselt on pandeemia kestel sagenenud tõsiste vaimse tervise probleemidega laste hulk (Luijten et al., 2021; Viner et al., 2021). UK NHS hindab 2020. a vaimse tervise probleemide levimusemäära tõusu 5-16 aastaste seas 10.8%-lt (2017) 16%-le (2020), ja 17-22 aastaste seas sagedust 20%-le (Vizard et al., 2020). Vaimse tervise seisundi halvenemist seostatakse enam üksikvanemaga või paljulapselises peres (enam kui kolm last) kasvamisega, vanemate tööelu häirumisega, suurenenud koduvägivallaga kokkupuute, ärevuse suurenemise, uneprobleemide, keskendumisraskuste ja üksildustundega (Lifestyles Team, NHS Digital, 2020; Luijten et al., 2021; Niederkrotenthaler et al., 2022; Viner et al., 2021). Noorte seas on ka enim raporteeritud suitsiidimõtete sagenemist (Niederkrotenthaler et al., 2022).

COVID-19 PÕDENUD INIMESED

Eraldi riskigrupina on esile kerkinud COVID-19 põdenud inimesed. COVID-19 ei hõlma mitte ainult hingamisteid, vaid ka teisi organeid, sealhulgas ka aju ja närvisüsteemi. Nii on hiljutiste süstemaatiliste ülevaate andmetel COVID-19 põdenud inimestel suurem tõenäosus kogeda ärevust ja/või depressiooni, post-traumaatilist stressihäiret, unehäireid (Dong et al., 2021; Schou et al., 2021), kognitiivseid puudujääke, väsimust (Schou et al., 2021), stressi ja hirmu (Dong et al., 2021). Sageneda võib ka suitsiidi peale mõtlemine (Niederkrotenthaler et al., 2022). Suuremat riski vaimse tervise probleemide tekkeks kannavad need, kellel haigus kulgeb raskemalt või kauem (Schou et al., 2021).

VAIMSE TERVISE PROBLEEMIDEGA INIMESED

Pandeemia süvendas vaimse tervise probleemidega inimestel ärevust, depressiooni, uneprobleeme (Neelam et al., 2021) ja suitsiidimõtete sagenemist võrreldes pandeemia eelse ajaga (Niederkrotenthaler et al., 2022). Sarnased trendid ilmnesid ka TÜ eriolukorra uuringus Eesti valimis. Võrreldes tervete inimestega raporteerisid elu jooksul vaimse tervise häiret kogenud inimesed eriolukorras märkimisväärselt enam depressiooni ja ärevuse sümptomeid, arstiabi piiratud kättesaadavust, enda terviseprobleeme, rahalise seisundi halvenemist ja suhteprobleeme. Need on riskifaktorid, mis omakorda suurendavad vaimse tervise seisundi halvenemist tulevikus (Akkermann jt, käsikiri valmimisel). On teada, et vaimse tervise häirimist ennustavad pandeemia kontekstis varasemate vaimse tervise probleemide olemasolu, naissugu, mure nakatumise pärast (Kunzler et al., 2021). Lisaks vaimse tervise seisundi halvenemisele suureneb vaimse tervise häire korral risk haigestuda COVID-19 viirusesse, seda eelkõige depressiooni, sõltuvushäire ja psühhootiliste häirete korral (Vai et al., 2021).

EAKAD

Mõnede uuringute kohaselt kogesid eakad pandeemia esimesel laineharjal koduvägivalla sagenemist ja hooletusse jätmist (Calleja-Agius & Calleja, 2021; Veitch et al., 2021). Ka siin ilmneb soolist ebavõrdsust, kuna naistel on suurem tõenäosus sattuda koduvägivalla ohvriks.

RVTU uuringus ilmnes, et naised vanuses 75+ raporteerisid võrreldes samas vanuses meestega sagedamini depressiooni (29% vs 17%) ja ärevuse sümptomeid (19.3% vs 3.8%), aga ka uneprobleeme (59% vs 31%).

KROONVIIRUSKRIISIL ON PIKAAJALISED MÕJUD VAIMSELE TERVISELE

Kroonviiruspandeemia on loonud soodsa kasvupinnase vaimse tervise probleemidele: suurenenud on nii vaimse tervise probleemide levimus kui ka risk nende tekkeks (OECD, 2021b).

PIIRATUD LIGIPÄÄS VAIMSE TERVISE TEENUSTELE

Juba enne pandeemiat olid vaimse tervise probleemid üheks peamiseks tervisekao allikaks (Vos et al., 2020), ent OECD riikides vaid kolmandikul on ligipääs vajalikule toele (OECD, 2021a). Kroonviiruskriis tagajärjel on pikenenud ravijärjekorrad nii füüsilise kui vaimse tervise valdkonnas. Eestis olid ravijärjekorrad ja abi kättesaadavus oli juba enne pandeemiat probleemiks (OECD, 2019, 2021b). Õigeaegse abi puudumine võib omakorda süvendada vaimse tervise probleeme. Veelgi enam, vaimse tervise probleemi olemasolu on seotud lühema elueaga (OECD, 2021a) ja kehvamate väljavaadetega kehaliste haiguste ravil (sh ka COVID-19 ravil, vt nt Li et al., 2020).

EBAVÕRDSUSE SÜVENEMINE

Pandeemia kliinilised, epidemioloogilised, psühhosotsiaalsed ja sotsiaalmajanduslikud mõjud ei ole ühiskonnas võrdselt jaotunud. Näiteks tabab COVID-19 haigus suurema tõenäosusega raskemalt neid, kes on vanemad ja kelle immuunsüsteem on nõrgem.

COVID-19 tagajärjel on suremus olnud suurem rahvusvahemuste ja sotsiaalmajanduslikult kehvast seisust inimeste seas (Mishra et al., 2021; Upshaw et al., 2021). Osalt on see olnud seotud nende võimalusega end viiruse eest kaitsta. Näiteks, eesti keelt mitte emakeelena kõnelevad inimesed olid enne kroonviirust ja ka kroonviiruse ajal oluliselt väiksema tõenäosusega juhid või spetsialistid (Masso, 2017; Melesk & Masso, 2021), seega nende võimalus kroonviiruse pandeemia ajal töökoormust vähendamata kodust töötada võis olla piiratum. Samuti pole elanike hõivatus ametialade pearühmades regionaalselt ühtlaselt jaotunud. Näiteks 2020. aasta teises kvartalis tegid kaugtööd kõige vähem ida-viru-, valga-, pärnu- ja võrumaalased (Statistikaamet, 2020).

Sotsiaalmajanduslikul staatusel on omakorda märkimisväärne mõju tervisele ja tervishoiuteenuste ligipääsule. Sissetulekute vähenemist ja töötust peetakse pandeemia kontekstis üheks suuremaks riskifaktoriks vaimse tervise häirumisel. Vaimse tervise

märkimisväärsed häirumist on täheldatud kõigis EU liikmesriikides eelkõige neil, kes kaotanud pandeemia esimese laine järgselt töökoha (Ahrendt et al., 2021). Ka siin on grupe, kes on Eestis sattunud suurema löögi alla: Eestis noored töömahu vähenemise või palgakärpega kokku rohkem kui muu tööealine elanikkond ja nende olukord on kehvem, kui teistes OECD riikides (Haugas et al., 2021).

Uuringud viitavad, et vanemate madalam sotsiaalmajandusliku staatus ja hariduslik ebavõrdsus lapseas määravad hilisemad mõjud laste ja noorte tervisekaole (Currie, 2009). Järjest enam leiab kinnitust, et haridus omab kõige suuremat mõju tervise säilimisel (Conti et al., 2010; van Kippersluis et al., 2009). Seega on kriitilise tähtsusega toetada laste ja noorte püsivust haridussüsteemis, tagada ligipääs tervishoiuteenustele, ja rakendada aktiivseid tööhõiveprogramme. Siingi näitab 2020. aasta lõimumismonitooring olulisi kääre eesti keelt ja teisi keelt kõnelevate elanike vahel: kui 81% eestlastest oli rahul arstiabi kättesaadavusega, siis teistest eestimaalastest avaldas rahulolu 58% (Anniste & Sepper, 2021). Samuti tööturuteenuse kättesaadavusega, millega olid rahul 71% eestlastest ja 52% muud keelt kõnelevatest Eesti elanikest (Anniste & Sepper, 2021).

SARS-CoV-2 pandeemia esile tõstnud ühiskonna ebavõrdsused. Ebavõrdsus ühiskonnas loob omakorda ebavõrdsust nii füüsilises (nt vene keelt emakeelena kõnelevate eestimaalaste madalam COVID-19 vastu vaktsineerituse tase) kui ka vaimses tervises (Marmot & Bell, 2012; World Health Organization, 2014), mistõttu on hädavajalik vaadelda vaimse tervise poliitikat laiemalt kui vaid tervise poliitikat (vt ka Heaolu toetamine ühiskonnas lk 20) ja meetmete ja poliitikate valikul arvestada ebasoodsamas seisus olevate inimeste ja sealhulgas ka vähemusgruppide vajadustega.

KIUSAMISE JA POLARISEERUMISE MÕJU

On normaalne, et erinevatel inimestel ja huvigruppidel oma nägemus, kuidas kroonviiruse pandeemiaga toime tulla, seda eriti üldise informatsioonipuuduse olukorras.

Need, kes tunnevad, et nende arvamuse ja vajadustega ühiskondlikult ei arvestata, võivad heituda või moodustada mõttekaaslastega grupe, millest nad tuge leiavad. Selline grupeerumine võib omakorda viia pettumuse süvenemiseni, seda eriti juhul kui nende kajakambris hakkavad kõlama sarnased lood ja kogemused isegi kui need kõnelevad tegelikult ühiskonnas vaid murdosast. Kui peavoolu meedia ei kajasta enam maailma sellisena, nagu me seda tajume, kaob usaldus selle allika vastu. Valeinfo tarbimine võib pettumust riigis ja „teistes“ mitte ainult süvendada, vaid ka tekitada trotsi, sh vähendada sotsiaalse distantseerumise nõuetega arvestamist (Simonov et al., 2020). Polariseerumine on selle protsessi kaugemale arenenud etapp. Tähtis on mõista, et küsimus ei ole pelgalt selles, kas kellelegi riiklikud korraldused meeldivad või mitte: näiteks vabaduse piiramine iseenesest ei

pruugi elanikele vastumeelne olla, kui need on seatud teatud tingimustel (Lewandowsky et al., 2021), nt et piirangud on tähtajalised.

Suurem tajutud ühiskondlik polariseeritus võib vähendada inimeste usku nii riigi kui ka teiste inimeste suhtes. See omakorda tähendab, et nad tunnevad, et peavad oma vajaduste ja huvide kaitsmiseks ise samme ette võtma. Selline sügav pettumine võib omada pikaajalisi tagajärgi (Crimson & Salvanathan, 2020), sest usalduse taasloomine on keeruline. Üheks usaldamatuse tagajärjeks võib olla ka madal vaktsineeritus: inimesed, kes usaldavad riiklike institutsioone, vaktsineerivad end suurema tõenäosusega (Schmelz & Bowles, 2021).

PERE- JA LÄHISUHTEVÄGIVALLA TÕUS

Juba pandeemia alguses täheldas Maailma Terviseorganisatsioon, et lähisuhtevägivald on väga suur oht nagu iga pandeemia ajal ning sellest tulenevalt sisaldas eelmine eksperdiarvamus peatükki soovitusteks, et vägivalda ennetada ja selle tagajärgedega tegeleda (Akkermann et al., 2020). Paljudes riikides kultuurist sõltumata, sh Ameerika Ühendriikides, Argentiinas, Austraalias, Brasiilias, Hispaanias, Kanadas, Küprosel, Prantsusmaal, Saksamaal, Singapuris, Nepaalis ja Ühendkuningriikides, sagenesid kroonviiruspandeemia ajal teated lähisuhtevägivallast (Feder et al., 2021; UN Women, 2020). Eesti kuritegevuse baromeeter küll ei täheldanud lähisuhtevägivalla juhtumite kasvu 2020. aasta esimese 9 kuu jooksul, ent samas suurenes tapmiste ja mõrvade arv (Justiitsministeerium, 2020) – rasked kuriteod, mida on keerulisem varjata kui kodus vägivallatsemist. Enne kui olla kindel, et lähisuhtevägivald ei ole Eestis tõesti saenenud ega süvenenud, tuleb veenduda, et naistel on võimalik vägivallast teada anda ja neil on kindlus, et nende olukord selle sammu järel leeveneb.

HEAOLU TOETAMINE ÜHISKONNAS

Vaimne tervis ei ole vaid tervise-, haridus- ja sotsiaalpoliitika pärusmaa. Poliitikate ja riiklike meetmete üldine eesmärk on parandada elusid. Nii on poliitikate ja meetmete rakendamisel oluline küsida, kas see parandab heaolu ja kuidas me teame, et see seda teeb (Adler & Fleurbaey, 2016; Diener et al., 2009c; Hardoon et al., 2020; Kottke, 2016).

Heaolu tähendab siin subjektiivset vastust küsimusele „kuidas Sul läheb?“. Ehk teisiti olukord, kus tunneme end hästi ja toimime hästi. Samas ei tähenda heaolu, et me end igal hetkel õnnelikuna tunneme (Huppert, 2009). Heaolu toidab säilienõtkust ja seega ennetab vaimse tervise probleeme. Ka vaimset tervist defineeritakse läbi heaolu – vaimne tervis on enam kui haiguse puudumine (World Health Organization, 1948) – see on heaolu seisund, kus tunneme end hästi, rakendame oma oskuseid ja teadmisi, tuleme toime elu igapäevaste stressidega, oleme tööl produktiivsed ja panustame kogukonda (World Health Organization, 2018).

HEAOLULÄÄTS POLIITIKATELE

Heaolulääts pakub põhimõttelise lähenemise poliitikate mõju hindamiseks (Hardoon et al., 2020), mida järjest enam kasutatakse: näiteks Suurbritannias on heaolu poliitikate ja sekkumiste mõju mõõdik (*The Green Book*, 2020), mis seejuures on elanikele olulisem kui jõukuse näitajad, nt sisemajanduse koguprodukt (SKP) (Hardoon et al., 2020).

Eesti heaolu arengukava aastateks 2016-2023 „koondab tööpoliitika, sotsiaalkaitsepoliitika ning soolise võrdõiguslikkuse ja võrdse kohtlemise poliitika strateegilised eesmärgid“ (Heaolu arengukava 2016-2023, 2016 lk 3), ent see määratlus heaolust on kitsam, kui meie parim teadmine. Heaolu mõjutavaid faktoreid on mitmeid (Joonis 1): lisaks tervisele mõjutab meie heaolu haridus ja oskused, kui hästi meil majanduslikult läheb, suhted lähedaste ja kogukonnaga, meid ümbritsev keskkond selle laias tähenduses, see kuivõrd ja kuidas me end teostada saame ja kuivõrd me riiki usaldame (Hardoon et al., 2020; vt ka Layard, 2006). See omakorda tähendab, et heaolu mõjutavad nii kohalike omavalitsuste poliitikad kui ka riiklikud otsused ja teenuste korraldus. Riik ja kohalikud omavalitsused saavad heaolusse panustada otseselt – läbi toetuste ja teenuste – aga ka kaudselt – näiteks luues tervislikumaid transpordivõimalusi ja meeldivaid keskkondi, kus aega veeta (Diener et al., 2009a) või suunates tööandjaid korraldama tööd viisil, mis toetab heaolu ja tervist (Diener et al., 2009b; Layard, 2006). Lisaks tervisele mõjutab meie heaolu haridus ja oskused, kui hästi meil majanduslikult läheb, suhted lähedaste ja kogukonnaga, meid ümbritsev keskkond selle laias tähenduses, see kuivõrd ja kuidas me end teostada saame ja kuivõrd me riiki usaldame (Hardoon et al., 2020; Layard, 2006). See omakorda tähendab, et heaolu mõjutavad nii kohalike omavalitsuste poliitikad kui ka riiklikud otsused ja teenuste korraldus. Riik ja

Joonis 1. Olulised heaolufaktorid (Hardoon jt 2020)



kohalikud omavalitsused saavad heaolusse panustada otseselt – läbi toetuste ja teenuste – aga ka kaudselt – näiteks luues tervislikumaid transpordivõimalusi ja meeldivaid keskkondi, kus aega veeta (Diener et al., 2009a) või suunates tööandjaid korraldama tööd viisil, mis toetab heaolu ja tervist (Diener et al., 2009b).

Eestis kasutusel olevat poliitikate mõju hindamise tööriistakasti kasutatakse puudulikult, see ei pruugi olla sisuline ja sel puudub kontrollimehhanism. Mõju mõõtmine sõltub ametnikust, tema motivatsioonist ja parimaist teadmised (*Vaimse tervise staabi ja mõttekoja koostööseminar, isiklik suhtlus, 13. oktoober 2021*). Meil pole mõju mõõtmiseks standardiseeritud metodoloogiat ega mõõdikuid, samuti pole kokku lepitud, kuidas mõju mõõtmise metodoloogia ja mõõdikute kvaliteeti hinnata. See teeb keeruliseks nii erinevate sekkumiste ja poliitikate mõju hindamise kui ka mõju võrdlemise. Kui mõju mõõdetakse, võetakse aluseks pigem majanduslikud näitajad. See lähenemine ei anna aga täit pilti (Diener et al., 2009c): toetuste pealt kokku hoidmine võib säästa raha, aga oluliselt kahandada heaolu. Laiade sõiduteede ehitamine autosid eelistades võib

mõneks ajaks vähendada küll ummikuid, aga pikemas perspektiivis suurendab autostumist, alandab õhukvaliteeti, suurendab mürataset, kasvatab kiiruseid ja seeläbi riski elule ja kahandab võimalusi jalgsi ja rattal igapäevatoimetusi läbi viia ja seega vähendab füüsilist aktiivsust. Ehk teisisõnu suurenevad mitmed vaimse ja füüsilise tervise riskid.

Sama kehtib ka pandeemia ohjeldamiseks kehtestatud meetmetele. Pandeemia alguses oli meil infopuuduses keeruline valikuid langetada, sest me küll teadsime, et kõrvalmõjud avalduvad erinevates valdkondades ja erinevate ajaliste viidetega, ent sarnased varasemad kogemused meil puudusid. Praegu on meil võimalik hinnata piirangute mõju nii viiruse levikule (vt nt Haug et al., 2020), kui ka heaolule ja majandusele.

Vahel on poliitika või meede tarvilik, ent paratamatult kahjustab vaimset tervist. Näiteks nädal või kauem kestev eneseisolatsioon, mis võib viiruse leviku seisukohast hädavajalik olla,

suurendab riski kogeda depressiooni, ärevuse ja stressiga seotud sümptomeid (Henssler et al., 2021), seega on oluline rakendada eneseisolatsiooni läbimõeldult ja kui see on mõõdapääsmatu, tuleb toetada inimeste vaimset tervist, nt motiveerima neid olla kehaliselt aktiivne (Okuyama et al., 2021; Wolf et al., 2021) või teha kättesaadavaks muid enesehoolitsuse viise (Williams et al., 2021).

Selleks, et poliitikad täidaksid oma eesmärgi, on vaja teada, milline nende mõju on ja kellele see mõju avaldub. Tagamaks hinnangute adekvaatsust, peab heaolu olema mõju osaks.

HEAOLU TOETAMINE LÄBI AVALIKU KOMMUNIKATSIOONI

Heaolu saab toetada iga avalik (ja ka eraomanduslik) organisatsioon. Näiteks kroonviiruspandeemia üldise teadmatuse olukorras on avalikul teenistusel tähtis roll anda teada nii meetmetest, mida pandeemia ohjeldamiseks ette võetakse, nende meetmete kõrvalmõjudega tegelemisest ja millist käitumist elanikelt oodatakse. Pandeemia alguses tabas infonäljas avalikkust õige pea infodeemia, mis sisaldas olulise teabe kõrval nii segavat müra kui ka valeinformatsiooni ja konspiratsiooniteooriaid. Lisaks informatsiooni üleküllusele, kus on keeruline eristada signaali mürast, tekitab ebamäärane info ka ärevust (Hanganu & Popa, 1977) ja võib soodustada valeinfo uskumist (Marchlewska et al., 2018; Prooijen & Jostmann, 2013), mis omakorda võib viia ebasoovitava käitumiseni, nt vaktsiinides kahtlemiseni (Petersen et al., 2021). Samas võib kommunikatsiooni läbipaistvus aidata säilitada usaldust avalike teenuste suhtes (Petersen et al., 2020). Niisiis on oluline läbi mõelda, kuidas avalikku kommunikatsiooni kujundada nii, et see toetab heaolu ja psühholoogilisi baasvajadusi (Jørgensen et al., 2020; Pfattheicher et al., 2020; Porat et al., 2020). Näiteks (Porat et al., 2020) pakuvad välja, et avalik tervise ja riskikommunikatsioon, mis on infodeemias efektiivne ja heaolu toetav, peaks:

1. Looma autonoomsust toetava tervishoiukliima
2. Pakkuma valikuid
3. Kasutama alt-üles lähenemist kommunikatsioonile
4. Looma solidaarsust
5. Olema läbipaistev ja tunnistama ebakindlust seal, kus meie teadmised alles kogunevad

VAIMSE TERVISE TEENUSTE KORRALDUS

Kuigi kroonviiruskriis on tõstnud vaimse tervise teemad Eestis rohkem päevakorda ja me teame, et on tõusnud vajadus vaimse tervise teenuste järele, oli see vajadus Eestis ka varem ning see vajadus oli juba enne pandeemiat suuresti katmata (Sotsiaalministeerium, 2020b). Käesolev peatükk keskendub peamiselt sellele, kuidas näevad välja head vaimse tervise teenused. Vaimse tervise teenuste arendamine pakub riigile head investeeringutasuvust: iga investeeritud euro teenib tagasi kuni kuus eurot (Chisholm et al., 2016; OECD, 2021a).

Me ei puuduta siin teenuseid konkreetsetele sihtgruppidele või teatud vaimse tervise vajadustega inimestele. Sihtgruppide vajadusi tuleb teenuseid luues ja tuge pakkudes põhjalikumalt mõista kui käesolev dokument oma mahult lubab. Nii keskendumine põhimõtetele, mille järgi teenuseid korraldada. See lähenemine aitab ennetada vaimse tervise probleemide kasvu ja seab Eesti paremasse positsiooni, selleks et mistahes olukorrale ressursse optimeerides vastata (*respond*), mitte üksiktegevuste kaupa reageerida (*react*). Head vaimse tervise teenused vastavad elanikkonna vajadustele, mis muutuvad üheskoos ühiskonnas toimuvate muutustega.

Hiljutine OECD raport pakub välja efektiivse vaimse tervise süsteemi põhimõtted (OECD, 2021a). Need põhimõtted on:

- Inimesekeskus, st lähtuda tuleks inimesest, kes kogeb vaimse tervise probleemi
- Vaimse tervise teenuste ligipääsetavus ja kvaliteet
- Integreeritus ja sektorite ülene lähenemine
- Vaimse tervise probleemide ennetamine ja heaolu toetamine
- Hea juhtimine ja valitsemine
- Orienteeritus tulevikule ja innovatsioon

Alljärgnev nägemus sisaldab neid soovitusi, kuigi ei pruugi neid eraldiseisvana mainida. Eestis on mõistlik vaimse tervise poliitika kujundamisel lähtuda nii rahvusvahelistele soovitudele (sh OECD, 2021a) kui ka kohalikust kontekstis ja vajadusest (vt ka Sotsiaalministeerium, 2020b).

ÜHTNE TERVISHOIUSTRATEEGIA

Eestis on keeruline saada vaimse tervise abi. Nagu ka Rahva Tervise Arengukava (2009-2020) vahehindamisel tõdetud (vt Veldre et al., 2017), on vaimse tervise poliitika jätkuvalt killustunud. Tervisepoliitika alusstrateegiatel on eesmärgistamata rahvastiku vaimset tervist toetava süsteemi ühtlustatum korraldamine, teenusejadade kujundamine ülesehituselt optimaalsemaks ning teenuste kvaliteedi tõstmine. See ülesanne on keerukas osalt seetõttu,

et Eestis ei koguta keskselt statistikat elanikkonna vaimse tervise olukorra (Veldre et al., 2017) ega ka teenusele suunamiste või teenuste tulemuste kohta.

Ka raviteekondi on vaimse tervise vallas Eestis vähe uuritud. Värskest koostatud analüüs depressiooni diagnoosiga tööealise inimese teekonnast abini (Eesti Haigekassa, 2021a) demonstreerib ilmekalt süsteemseid kitsaskohti. Takistusi on mitmeid, alustades vaimset tervist puudutavatest väärarusaamadest ja stigmast ning lõpetades puuduliku teenuse korraldusega (Eesti Haigekassa, 2021a). Eestis pole ühtset käsitlust vaimse tervise teenuste korraldamisel ja nii on raviteekond elukohapõhine loterii. Teenuseid pakutakse piiratud ja kui neid pakutakse, ei moodustu neist terviklikku teenuste teekonda, mis toetaks abivajajat ravi erinevatel etappidel. Puudub sektorite integreeritus ja spetsialistid ei suhtle omavahel piisavalt. Tervishoiusüsteemis puuduvad mehhanismid, mis võimaldaks süsteemselt tuvastada ebatõhusa ravi osutamist ja motiveerida korrekture raviprotsessis.

Ilma ühtse tervishoiustrateegiata, mis hõlmab nii vaimset kui füüsilist tervist, on keeruline olukorda parandada. Vaimse tervise teenused peaksid olema osa universaalsest terviseteenusest (V. Patel et al., 2018). Näiteks Inglismaa on võtnud eesmärgiks saavutada pariteet vaimse ja füüsilise tervise vahel (P. Patel et al., 2021). Ka Eesti tervishoiusüsteem peaks käsitlema vaimset tervist samaväärsena füüsilise tervisega. See lähtekoht lihtsustaks teenusevajaduse hindamist, hõlbustaks füüsilise ja vaimse tervise teenuste osutamisel koostööd ja omavahelisi suunamisi, parandaks rahastust, väldiks administratiivset dubleerimist ning parandaks mõlema valdkonna teenuse kvaliteeti ja ravitulemusi.

Vaimse tervise edendamise vajadus on Rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030 (Sotsiaalministeerium, 2020a) sõnaselgelt markeeritud (Sotsiaalministeerium, 2020, lk 17), samas sisaldub vaimse tervisega seotud alamtegevus vaid tervist toetavate valikute programmis ning osaliselt, st isoleeritud üksiktegevustena ka inimkeskse tervishoiu programmis (psühholoogide kutseasta rahastamine ja kroonilise vaimse tervise probleemidega inimeste integreeritud teenuse mudeli välja töötamine ja rakendamine). Tervist toetava keskkonna programmis ei ole vaimse tervise valdkonnaga seotud tegevusi eesmärgistatud.

VAIMSE TERVISE PROBLEEMIDE ENNETAMINE

Oluline osa tervisesüsteemi, sealhulgas ka vaimse tervise süsteemi, tõhususe tagatisest on kvaliteetne ja mõjus ennetustöö ja populatsiooni heaolu tagamine (vt soovitusi Akkermann et al., 2020; V. Patel et al., 2018), mis hõlmab nii vaimse tervise stigma ja diskrimineerimise vastu võitlemist, psühhoharidust, kui ka eneseabi võtete õpetamist, aga tegelemist ka laiemate probleemidega, mis tekitavad vaimse tervise kahju (näiteks kliimamuutused ja kasvav ebavõrdsus (V. Patel et al., 2018)). Seejuures peavad ennetustegevused olema universaalsed ehk hõlmama nii hea vaimse tervise juures olevaid populatsioone kui ka

sihistatud, ehk suunatud neile, kel lasub risk vaimse tervise probleemide tekkeks. Selleks, et edendada rahvastiku vaimset tervist, tuleb kaasata osapooli nii tervise kui ka teistest valdkondadest, eriti haridusest ja sotsiaalkaitsest, soolise ebavõrdsuse vähendamise, laste ja noorte teenuste, kriminaalõiguse ning arengu- ja humanitaarabi valdkondi haldavate riigiasutuste, aga ka erasektori seast (vt ka V. Patel et al., 2018).

Vaimset tervist võib vaadelda spektrina, millel me erinevatel eluetappidel asetseme ja millest tulenevalt meil on erinevad vajadused. Kui me tunneme end hästi, on see hea hetk õppimaks võtteid, kuidas vaimset tervist hoida. Sealjuures on terviseprobleemide ennetamine suurema investeringutasuvusega ja odavam kui juba tekkinud tervisekahju, sh vaimse tervise kahju ning ravi. Efektiivne ennetus vähendab ka inimlikku kannatust. Tõhusad ennetustegevused on seega nii eetilised ja moraalsed kui ka kuluefektiivsed. OECD on seadnud vaimse tervise tugevdamise ja probleemide ennetamise poliitikatele järgmised eesmärgid (OECD, 2021a), sulgudes on toodud mõned näited Eestis, kus neid eesmäärke adresseeritakse:

- Vähendada suitsidaalset käitumist ja suitsiide (vt nt VATEKi võimestamine ja suitsiidiennetus, 2021).
- Tagada vaimse tervise kirjaoskus (vt eespool ja ka Eesti Haigekassa, 2021a; Sotsiaalministeerium, 2020b; Veldre et al., 2015).
- Luua koolides vaimset tervist toetavad keskkonnad, mis aitavad luua säilienõtkust (nt Noorteseire aastaraamat 2019-2020. Noorte elu avamata küljed, 2020).
- Tagada, et töökohad toetavad head vaimset tervist (vt ka Akkermann et al., 2020; Veldre et al., 2015).
- Toetada eesliinitöötajate oskusi märgata ja aidata inimesi, kel on vaimse tervise probleemid (vt allpool).
- Parandada ligipääsu abile (vt eespool ja ka Eesti Haigekassa, 2021a; Sotsiaalministeerium, 2020b; Veldre et al., 2015).

Kuna Eesti kontekstis on neid valdkondi puudutavaid soovitusi jagatud varem (vt ka ülalolevaid viiteid), siis siinkohal me neid kordama ei hakka.

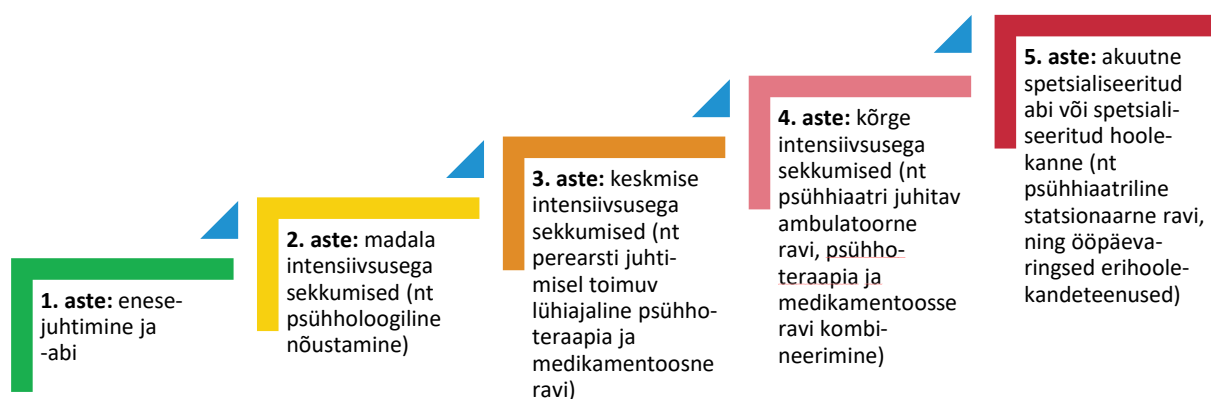
VAIMSE TERVISE TEENUSTE MUDEL

Ressursikasutuse seisukohast on tark abivajajatele pakkuda nende vajadustele vastava intensiivsusega psühhosotsiaalset sekkumist: enamikule piisab eneseabi juhtnõõridest, paljud vajavad koolitatud tervishoiutöötaja tuge, mõned psühhoterapeutilist abi, vähesed psühhiaatri sisendit ja vaid üksikud voodikohta kõrgelt spetsialiseerunud asutuses (vt ka sekkumispüramiid Sotsiaalministeerium, 2020b).

Vaimse tervise teenused ennetusest ravi ja toetavate teenusteni on vaja siduda tervikuks. Üks viis seda teha on läbi astmelise abi (nn *stepped care*, vt Joonis 2), mis arvatakse olevat

tõhus ja efektiivne (Haaga, 2000), aga seda vaid teatud eelduste täitmisel (Bower & Gilbody, 2005; Davison, 2000). Selle mudeli kiire rakendamine on olnud vajalik neis madala ja keskmise sissetulekuga riikides, kus vaimse tervise teenused ei kata elanikkonna vajadusi (Kola, 2020). Abivajajal peab olema võimalik teenusele siseneda igast astmest ja vastavalt sellele, kuidas ravi suudab tema olukorda parandada, võib inimene liikuda teenuseastmeil üles või allapoole. Sellise paindliku süsteemi eelduseks on ka see, et igal astmel tehakse koostööd nii füüsilise tervise kui ka vajadusel sotsiaalset tuge pakkuvate spetsialistidega.

Vaatamata tõenduspõhisele teadmisele, kuidas vaimse tervise probleeme ennetada, ja ravida, on selle praktikas rakendumine osutunud keeruliseks – ühelt poolt pole ravi piisavalt kättesaadav, aga teisalt vajab tõhustamist ka ravi kvaliteet. Sotsiaalministeeriumi haldusallas on vaja luua nägemus vaimse tervise teenuse korraldusest kogu elukaare lõikes ja leida viise, kuidas parandada teenuste kvaliteeti, nende efektiivsust ja neile ligipääsu. Kaasajastada on vaja ka ravijuhised, et need arvestaksid nii patsiendi vanusega (laste ja noorte puhul võib mõistlik olla individuaalteraapia kõrval või selle asemel kaasata teraapiasse nende (kasu)vanemad (Carr, 2019; Hulgaard et al., 2019)), kui ka uute teadmistega teraapiate mõjust ja tõhususest. Oluline on tagada vähemalt esmatasandi vaimse tervise teenus ja spetsialiseeritud teenused (vt nt tasakaalustatud teenusemudelit, Thornicroft & Tansella, 2013). Tõhusate vaimse tervise teenuste süsteem Eestis eeldab terviseteenuste rahastusmudeli ümber tegemist ja ka valdkonda juhtiva poliitika kujundamist (vt nt *Transforming Children and Young People's Mental Health Provision*, 2017; V. Patel et al., 2018; Thornicroft & Tansella, 2013).



Joonis 2. Astmeline vaimse tervise abi. Inimesed vajadused ja seeläbi ka ressursiintensiivsus kasvavad aste-astmelt.

INTEGREERITUS JA SEKTORIÜLENE LÄHENEMINE

Läbimõeldud poliitikakujundamine võimaldab keskselt juhitud tervishoiupoliitikat rakendada õiges kontekstis. Näiteks koolid ja töökohad – kaks keskkonda, mille kaudu jõuab enamiku elanikkonnani – saavad pakkuda tõendus põhiseid eneseabivõtteid, kohalike omavalitsuste roll on muuhulgas kogukondlike tugisüsteemide tugevdamine ja sotsiaalsete võrgustike jõustamine. Tervishoiuasutused saavad pakkuda nii mitte-spetsialiseeritud kui spetsialiseeritud teenuseid.

Et vaimne ja füüsiline tervis on omavahel seotud, on mõistlik, et inimest ravitakse tervikuna, arvestades nii tema vaimset kui ka füüsilist tervist (nn *collaborative care model*) (Ee et al., 2020). Ravijuhised peaksid sisaldama soovitusi suunata patsiente kvaliteetse vaimse tervise teenuse juurde, sealjuures ka olukordades, kus füüsilise tervise probleemiga seondult on tekkinud või võivad tekkida vaimse tervise probleemid (sageli ärevus või depressioon). Näiteks teatud tüüpi diabeedihaigete puhul pakub interdistsiplinaarsel koostööl põhinev ravimudel nii kliinilisi, humaanseid kui ka majanduslikke hüvesid (Siaw & Lee, 2019). Samuti on uuringud näidanud, et depressiooniravi on mõjusam kui teenus on interdistsiplinaarne (vt nt Richards et al., 2008). Teisalt peaksid perearstid ja eriarstid oskama märgata mittespetsiifiliste somaatiliste kaebuste taga vaimse tervise kaebusi ja suunama patsiente vajadusel psühhoteeraapiasse. Samas pole kõik toimetulekumured psühholoogilist laadi ja paslik on vajadusel kaasata pigem sotsiaaltoe valdkonda. Kõik eelnev eeldab, et tervishoitöötajad oskavad märgata vaimse tervise probleeme ja suunata abivajaja teenusele.

Kroonviiruse kontekstiski on koostööl põhinevatel ravimudelitel oma koht. Tervishoiuteenuste kõik tasemed saavad panustada COVID-19 seotud hirmude kahandamisse ja ennetamisse (Carlo et al., 2021; Sotgiu & Dobler, 2020). Oluline roll on siin nii kommunikatsioonil (vt lk 22) kui ka haridusel pakkudes usaldusväärsest allikast informatsiooni nii haiguse (nakkavus, kui palju on nakatunuid ja diagnoositud haigeid) kui ka seda piiravate meetmete osas (Sotgiu & Dobler, 2020). Samuti vajavad paljud COVID-19 põdenud inimesed vaimse tervise tuge (Carlo et al., 2021).

PAREM TEENUSTE KVALITEET JA KÄTTESAADAVUS

Teenuste üldise korralduse kõrval võivad ligipääsu mõjutada mitmed rakenduslikud faktorid. Nt suurimad barjäärid on laste ja noorte vaimse tervise teenuste üldine vähene kättesaadavus, teenuste paindlikkuse puudumine, pikad ooteajad, keerulised administratiivsed protseduurid, ravi maksumus ning laste, noorte ja nende vanemate arvamused sellest, kuidas teenusepakkuja neisse suhtub (Anderson et al., 2017; Reardon et al., 2017). Täiskasvanute teenuse kättesaadavust on meie teada uuritud vähem, kuigi ka neid mõjutavad tõenäoliselt sarnased faktorid (Triliva et al., 2020).

TEENUSTE TÕHUSUS JA KVALITEET

Teenuse töökorraldus, tõhusus ja kvaliteet mõjutavad teenuse mahtu: kui palju kliente või patsiente teenus toetada saab ja millised on nende ravitulemused. Esiteks peab pakkuma patsientidele madalaima intensiivsusega tuge, mis sellele patsiendile efektiivne on. Seal, kus õige intensiivsusega teenuseid on vajaka, võib olla tarvis luua uusi teenuseid, et tagada kõikide vajaduste katmine. Näiteks Inglismaa initsiatiiv *Improved Access to Psychological Therapies* (IAPT) lõi eraldi teenuse, et pakkuda madala ja keskmise intensiivsusega psühhosotsiaalseid sekkumisi (NHS England, s.a.), parandades ligipääsu vaimse tervise teenustele (Parry et al., 2011). Pooled IAPTi patsiendid paranevad ja kaks kolmandikku patsientidest saavad teenusest kasu (Clark, 2018). IAPTi teenused olid mõjusad ka kroonviiruspandeemia kontekstis, kuigi sotsiaalse distantseerumise nõue vähendas ka IAPT teenuste kättesaadavust (Bauer-Staeb et al., 2021). Me muidugi ei tea, kas IAPT on parim võimalik teenusemudel - IAPT on üks väheseid vaimse tervise teenuseid, mille kliinilise ja majandusliku efektiivsuse kohta on meil andmeid, mistõttu on võrdlused teiste mudelitega keerulised. Ometi teame, see on võimaldanud oluliselt lühendada ravijärjekordi ja suurendanud ligipääsu tõendus põhisele vaimse tervise ravile.

Samas võib uuest teenusest olla vähe, kui süsteemis üldiselt ei ole piisavaid oskusi ja teadmisi tõendus põhistest sekkumistest ja teenuse korraldust toetavat digivõimekust. Laste vaimse tervise parandamise teraapiate efektiivsust on vähem uuritud, mistõttu loodi Inglismaal laste ja noorte vaimse tervise teenuste kvaliteedi parandamise initsiatiiv *Children and Young People's Improved Access to Psychological Therapies* (CYP IAPT) olemasolevate teenuste ümber korraldamiseks ning psühholoogide ja terapeutide täiendkoolitusteks, et nad oskaksid pakkuda tõendus põhiseid teraapiad (Ludlow et al., 2020), muuhulgas nt kognitiiv-käitumuslikku teraapiat, süsteemset pereteraapiat ja interpersonaalset psühhoteraapiat (Anna Freud National Centre for Children and Families, 2021). Samuti on CYP IAPTi keskselks teesideks ligipääsetavuse parandamine ja teenuste tõhususe mõõtmine (Fonagy & Clark, 2015; NHS England, 2014). Sellised ümberkorraldused tuleb põhjalikult läbi mõelda, et tagada nende tõendus põhisus, rakendustruudus ja seeläbi efektiivsus (Burn et al., 2020). See omakorda eeldab rahastust mitte ainult teenuste pakkumiseks, vaid ka nende kliinilise ja majandusliku tõhususe hindamiseks.

Lisaks vähima intensiivsusega efektiivse teenuse pakkumisele on oluline mõelda sellele, kuidas teenust igapäevaselt juhtida. Spetsialiseeritud teenuste ressursisäästlikuks pakkumiseks on välja töötatud mitmeid mudeleid. Näiteks Inglismaal, Austraalias ja Uus-Meremaal kasutuses oleva *Choice and Partnership Approach*, lühendanud laste- ja noorte vaimse tervise teenuse ooteaegu (Fuggle et al., 2016; Naughton et al., 2015), suurendanud teenusekasutajate arvu (Fuggle et al., 2016) ja sealjuures paranesid patsientide hinnangud teenusele, mille kliiniline tõhusus säilis (Fuggle et al., 2016).

Lisaks tuleb läbi mõelda teenuse kvaliteeti puudutavad faktorid: kas pakutav teenus on tulemuslik ja kuidas me seda teame? Kuidas viia vastavusse inimese vajadus abi järele ja õige intensiivsusega efektiivne teenus? Oluline roll on siin nii tõenduspõhistel sekkumistel, aga ka nende pakkumise formaadil. Näiteks on meil andmeid, et teatud internetipõhised ja automatiseeritud teraapiad on sama tõhusad kui traditsioonilised versioonid, mis eeldavad terapeudi ja patsiendi sünkroonset suhtlemist samas füüsilises keskkonnas. Samuti on meil alust arvata, et asünkroonne kognitiiv-käitumuslik (KKT) e-teraapia on efektiivne nii täiskasvanute (Andrews et al., 2010) kui ka noorte (Vigerland et al., 2016) puhul, sealjuures on veebipõhise kognitiiv-käitumusliku teraapia tulemused sarnased KKT traditsioonilise kabinetipõhise versiooniga (Carlbring et al., 2018). Samuti on efektiivsed interpersonaalne e-teraapia (Donker et al., 2013) ja mõni kolmanda laine e-psühhoteraapia, nt *acceptance and commitment therapy* (Ivanova et al., 2016). Ka on näidatud, et hübriidteraapia täiskasvanutele, kus osad kohtumised on veebis, on tõhus (Erbe et al., 2017). Vahel on individuaalteraapia asemel või sellele lisaks mõjusam kaasata teraapiasse abivajat ümbritsevaid inimesi, nt söömishäirete ravi puhul (Hannah et al., 2021). Teraapiate ja programmide eestindamisel ja kohalike ravijuhiste loomisel tuleb silmas pidada konteksti, milles sekkumiste mõju hinnatud on. Näiteks täiskasvanutele mõeldud teraapiad või ravijuhised ei pruugi olla sobilikud lastele ja noortele. Ka kultuur mängib rolli: Ameerika Ühendriikides puudub universaalne tervishoiuteenus, mistõttu sealsed programmid võivad pakkuda väiksemat mõju Eestis, kus tervishoiuteenuse katvus on laiem.

Ravijuhiste kaasajastamiseks on tarvis kohalike teenuste tõhusust ja ka teenuste parandamise initsiatiive regulaarselt hinnata, sealjuures pidades silmas nii nende kliinilist tõhusust kui ka kuluefektiivsust. See ülesanne võib olla metodoloogiliselt keeruline (Barrett & Byford, 2008) ja võimatu ilma standardiseerimata andmekogumis-, -hoidmis- ja analüüsimeetoditeta ning empiirilisel valideerimata kvaliteedinäitajateta (Kilbourne et al., 2018). OECD riikidest vaid vähesed (nt Austraalia, Iisrael, Holland, Rootsi, Ühendkuningriigid) mõõdavad vaimse tervise teenuste kliinilist mõju (de Bienassis et al., 2021). Parandamiseks on hädavajalik, et võtame kasutusele näitajad, mis lubavad teenuste kvaliteeti hinnata ja rahvusvaheliselt võrrelda. Silmas pidada tuleb ka seda, et kvaliteedi hindamine ise ei tohi alandada teenuse kvaliteeti, näiteks koormates vaimse tervise spetsialiste ebavajalikult keeruliste või ulatuslike administratiivülesannetega (vt ka sludge, nt Thaler & Sunstein, 2021), mis põhjendamatult kahandavad teenuse mõju ja tõhusust.

MIDA TEENUSE KASUTAJA VAJAB?

Teenuste korraldamine lähtuvalt vaimse tervise probleemi kogeva inimese vajadusest annab nii suuniseid selles osas, milliseid teenuseid on vaja, kuidas neid korralda, kuidas inimene ühest teenusest teise liigub (sh näiteks füüsilisest tervise teenusest vaimse tervise teenusesse kui ka lastele ja noortele keskenduvast teenusest täiskasvanute teenusesse).

Inimesekeskne lähenemine aitab tagada, et inimene tunneb osalust ja omab kontrolli oma ravi ja tuge puudutavate otsuste langetamisel ja et pakutavad teenused vastaksid inimese vajadustele ja eelistustele. Inimesekeskne lähenemine austab ja kaasab inimest, tema eest hoolitsejaid (nt vanemad, kasuvanemad, hooldajad) ja pere, arvestab ka inimese kultuuritausta, vanuse ja sooga.

Teenusekasutajaid tuleks kaasata mitte ainult nende enda ravi puudutavatesse otsustesse, aga ka teenuse korraldusse laiemalt (OECD, 2021a). Sealjuures aitab teenusekasutajate kaasamine lahendada allolevaid pakilisi küsimusi teenuste kättesaadavuse parandamisel.

KUS TEENUSEID PAKKUDA?

Teenuste füüsiline ligipääsetavus võib mängida olulist rolli nende kasutamisel. Siinjuures mõeldakse nii teenuste asukohta (nt kui lihtne on jõuda kohta, kus teenuseid pakutakse: kas sinna peab sõitma autoga või saab ka ühistranspordiga, jalgsi-rattaga; kuivõrd võib hoonesse sisse astumine olla stigmatiseeriv) kui ka ajalist paindlikkust (nt kas teenust saab kasutada ka kooli- ja tööpäeva välisel ajal).

Piirangute kehtestamine viis maailmas avalike teenuste, sh vaimse tervise toe kättesaadavuse vähenemiseni (Aragona et al., 2020). Kroonviiruspandeemia ajal kasutati teenuse jätkupidevuse tagamiseks telemeditsiini vahendeid: telefoni- ja veebikõnesid, e-maile ja jututubasid (De Luca & Calabrò, 2020; Fagiolini et al., 2020; Kola, 2020; Reay et al., 2020), ent nende efektiivsust tervikuna pole piisavalt põhjalikult hinnatud (Balcombe & Leo, 2020). Küll aga teame, et on teraapiad, mis on ka automatiseeritult ja virtuaalkeskonnas pakkudes kliiniliselt tõhusad (vt eespool). Nende kasutamine vähendaks pandeemiast tulenevate piirangute mõju vaimse tervise teenuste kättesaadavusele.

KUIDAS TEENUSELE SUUNATA?

Tähtis on teada, milline tugi on kättesaadav ning kuidas sellele ligi saab. Inglismaal sisse viidud psühholoogilise ravi ligipääsetavuse parandamise initsiatiivi IAPT oluline komponent oli saatekirjata ligipääs teenusele (*self-referral*). See aga eeldab, et inimesed teavad, milline abi kättesaadav on ja kuidas. Samuti hõlmab teenuste parema kättesaadavuse tagamine nii stigma ja diskrimineerimise vastast võitlust kui ka erinevate valdkondade spetsialistide harimist selles osas, millised vaimse tervise teenused on kättesaadavad ja kuidas neile ligi pääseb.

Lisaks riiklikele ja spetsialiseerunud infokanalitele saavad siin abiks olla institutsionaalsed platvormid. Näiteks USAs tehtud uuringus leiti, et vaid poolte koolide veebisaitidel kirjeldati, kuidas vaimse tervise teenustele ligi pääseda ja vaid kolmandik juhendasid, kuidas vaimse

tervise hädaolukorras tegutseda (Seidel et al., 2020). Sealjuures soodustab koolipoolse toe olemasolu vanemate valmisolekut oma laps vaimse tervise teenusele viia (Reardon et al., 2017) Kuivõrd on vaimset tervist puudutavat infot tööandjate, tervise- ja haridusasutuste kodulehtedel või siseveebides, ei ole Eestis uuritud. Selleks, et abi jõuaks nendeni, kes seda vajavad, peab tagama, et võimalikud teenusele suunajad, koolid, töökohad, füüsilise tervise spetsialistid, perearstid ja ka muud tugiteenused oskaksid märgata võimalikku abivajadust ja teaksid, kuidas teenusele ligi pääseda.

KUIDAS EDASI?

Vabariigi Valitsus on oma 23.02.2021 kinnitatud tegevusprogrammis seadnud eesmärgi suurendada vaimse tervise teenuste kättesaadavust ja parandada teenuste korraldust ning kvaliteeti. Riigieelarvesse kavandatud rahastus perioodil 2022-2025 ning vaimse tervise valdkonna juhtimiseks eraldi struktuuriüksuse loomine Sotsiaalministeeriumis loob eelduse olulisteks muutusteks lähiaastatel.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Adler, M. D., & Fleurbaey, M. (Toim). (2016). *The Oxford Handbook of Well-Being and Public Policy* (Kd 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199325818.001.0001>
- Ahrendt, D., Mascherini, M., Nivakoski, S., Sándor, E., & European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2021). *Living, working and COVID-19 mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year*. <https://doi.org/10.2806/76802>
- Akkermann, K., Kõljalg, M., Lai, A., & Vainre, M. (2020). *Kroonviiruse kriisi psühhosotsiaalsed mõjud ja sekkumisvalikud. [The psychosocial impact of the coronavirus crisis and options for interventions]* (Ekspertarvamus Sotsiaalkindlustusametile [Expert opinion for the Estonian Social Insurance Board]). Vaimse Tervise Koalitsioon. https://www.europsy.net/app/uploads/2020/05/Ekspertarvamus-ps%C3%BChhosotsiaalse-kriisi-m%C3%B5judest_l%C3%B5plik-22.04seisuga.pdf
- Akkermann, K., Sultson, H., & Kreegipuu, K. (2022). *Käsikiri valmimisel*.
- Allaste, A.-A., & Nugin, R. (2020). *Noorteseire aastaraamat 2019-2020. Noorte elu avamata küljed*. Eesti Noorsootöö Keskus ja Tallinna Ülikool. https://api.hp.edu.ee/sites/default/files/inline-files/noorteseire_aastaraamat_2020_HARNO%20logodega_0.pdf
- Alton, H. (2021, november 25). *Psühhosotsiaalne kriisiabi eesliinitöötajatele* [Isiklik suhtlus].
- Anderson, J. K., Howarth, E., Vainre, M., Jones, P. B., & Humphrey, A. (2017). A scoping literature review of service-level barriers for access and engagement with mental health services for children and young people. *Children and Youth Services Review*, 77, 164–176. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.04.017>
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 5(10), e13196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196>
- Anna Freud National Centre for Children and Families. (2021, juuni 12). *Child and Young Person IAPT Therapy, Postgraduate Diploma*. <https://www.annafreud.org/ucl-postgraduate-study/ucl-postgraduate-programmes/child-and-young-person-iapt-therapy-pg-dip/>
- Anniste, K., & Sepper, M.-L. (2021). Võimaluste võrdsuse tajumine ja ebavõrdsuse kohtlemise kogemused. *Eesti Integratsiooni Monitooring*. Poliitikauuringute Keskus Praxis, Balti Uuringute Instituut, Tartu Ülikool, Tallinna Ülikool. <https://www.kul.ee/eesti-integratsiooni-monitooring-2020>
- Aragona, M., Barbato, A., Cavani, A., Costanzo, G., & Mirisola, C. (2020). Negative impacts of COVID-19 lockdown on mental health service access and follow-up adherence for immigrants and individuals in socio-economic difficulties. *Public Health*, 186, 52–56. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.055>
- Balcombe, L., & Leo, D. D. (2020). An Integrated Blueprint for Digital Mental Health Services Amidst COVID-19. *JMIR Mental Health*, 7(7), e21718. <https://doi.org/10.2196/21718>
- Barrett, B., & Byford, S. (2008). *The challenges of estimating the unit cost of group based therapies in Unit Costs of Health and Social Care*. [https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/publications/the-challenges-of-estimating-the-unit-cost-of-group-based-therapies-in-unit-costs-of-health-and-social-care\(7ba7e43c-eb10-479f-a260-a84c18cd6909\).html](https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/publications/the-challenges-of-estimating-the-unit-cost-of-group-based-therapies-in-unit-costs-of-health-and-social-care(7ba7e43c-eb10-479f-a260-a84c18cd6909).html)
- Bauer-Staeb, C., Davis, A., Smith, T., Wilsher, W., Betts, D., Eldridge, C., Griffith, E., Faraway, J., & Button, K. S. (2021). The early impact of COVID-19 on primary care psychological therapy services: A descriptive time series of electronic healthcare records. *EClinicalMedicine*, 37. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100939>
- Bhaumik, S., Moola, S., Tyagi, J., Nambiar, D., & Kakoti, M. (2020). Community health workers for pandemic response: A rapid evidence synthesis. *BMJ Global Health*, 5(6), e002769. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002769>
- Billings, J., Ching, B. C. F., Gkofa, V., Greene, T., & Bloomfield, M. (2021). Experiences of frontline healthcare workers and their views about support during COVID-19 and previous pandemics: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 21, 923. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06917-z>
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency: Narrative literature review. *The British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11–17. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.11>
- Burn, A.-M., Vainre, M., Humphrey, A., & Howarth, E. (2020). Evaluating the CYP-IAPT transformation of child and adolescent mental health services in Cambridgeshire, UK: A qualitative implementation study. *Implementation Science Communications*, 1(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00078-6>

- Calleja-Agius, J., & Calleja, N. (2021). Domestic violence among the elderly during the COVID-19 pandemic. *Violencia doméstica entre los ancianos durante la pandemia COVID-19. Rev Esp Geriatr Gerontol*, 56(1). <https://doi.org/doi: 10.1016/j.regg.2020.05.002>
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>
- Carlo, A. D., Barnett, B. S., & Ünützer, J. (2021). Harnessing Collaborative Care to Meet Mental Health Demands in the Era of COVID-19. *JAMA Psychiatry*, 78(4), 355–356. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3216>
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(2), 153–213. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>
- Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Yip, P. S. F. (2008). A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY*, 23, 1231–1238.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Clark, D. M. (2018). Realising the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual review of clinical psychology*, 14, 159–183. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833>
- Connor, J., Madhavan, S., Mokashi, M., Amanuel, H., Johnson, N. R., Pace, L. E., & Bartz, D. (2020). Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the Covid-19 pandemic: A review. *Social science & medicine (1982)*, 266(ut9, 8303205), 113364. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113364>
- Conti, G., Heckman, J., & Urzua, S. (2010). THE EDUCATION-HEALTH GRADIENT. *The American Economic Review*, 100(2), 234–238. <https://doi.org/10.1257/aer.100.2.234>
- Crimson, C., & Salvanathan, H. P. (2020). *Societal Polarization and COVID-19: Excerpt from 'Together Apart' Societal Polarization and COVID-19:*
- Currie, J. (2009). Healthy, Wealthy, and Wise: Socioeconomic Status, Poor Health in Childhood, and Human Capital Development. *Journal of Economic Literature*, 47(1), 87–122.
- Davison, G. C. (2000). Stepped care: Doing more with less? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 580–585. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.580>
- de Bienassis, K., Kristensen, S., Hewlett, E., Roe, D., Mainz, J., & Klazinga, N. (2021). Patient-reported indicators in mental health care: Towards international standards among members of the OECD. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab020>
- De Kock, J. H., Latham, H. A., Leslie, S. J., Grindle, M., Munoz, S.-A., Ellis, L., Polson, R., & O'Malley, C. M. (2021). A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: Implications for supporting psychological well-being. *BMC public health*, 21(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3>
- De Luca, R., & Calabrò, R. S. (2020). How the COVID-19 Pandemic is Changing Mental Health Disease Management: The Growing Need of Telecounseling in Italy. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 17(4–6), 16–17.
- Transforming children and young people's mental health provision: A green paper*, (2017) (testimony of Department of Health and Social Care & Department for Education). <https://www.gov.uk/government/consultations/transforming-children-and-young-peoples-mental-health-provision-a-green-paper>
- Diener, E., Lucas, R. E., Schimmack, U., & Helliwell, J. F. (2009a). The Environment and Well-Being: Policy Examples. *Well-Being for Public Policy*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195334074.003.0009>
- Diener, E., Lucas, R. E., Schimmack, U., & Helliwell, J. F. (2009b). Work, the Economy, and Well-Being: Policy Examples. *Well-Being for Public Policy*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195334074.003.0010>
- Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009c). *Well-Being for Public Policy*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195334074.001.0001>
- Dimou, F. M., Eckelbarger, D., & Riall, T. S. (2016). Surgeon Burnout: A Systematic Review. *Journal of the American College of Surgeons*, 222(6), 1230–1239. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.03.022>

- Dong, F., Liu, H., Dai, N., Yang, M., & Liu, J. (2021). A living systematic review of the psychological problems in people suffering from COVID-19. *Journal of Affective Disorders*, 292, 172–188. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.060>
- Donker, T., Bennett, K., Bennett, A., Mackinnon, A., van Straten, A., Cuijpers, P., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2013). Internet-Delivered Interpersonal Psychotherapy Versus Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Depressive Symptoms: Randomized Controlled Noninferiority Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(5), e82. <https://doi.org/10.2196/jmir.2307>
- Ee, C., Lake, J., Firth, J., Hargraves, F., de Manincor, M., Meade, T., Marx, W., & Sarris, J. (2020). An integrative collaborative care model for people with mental illness and physical comorbidities. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00410-6>
- Eesti Haigekassa. (2021a). *Depressiooniga tööealise inimese raviteekond—Kaardistamise ja analüüsi tulemused*. <https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Depressiooniga%20t%C3%B6%C3%B6ealise%20inimese%20raviteekond.pdf>
- Eesti Haigekassa. (2021b, märts 12). *Teraapiafondi kasutamise aruanne*. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiZmQyZGQzNzktODY2Ny00ZTU1LWl3ZWItMTNhYmUxZDEzM2MyliwldCI6IjJiMWJmNzQ4LWZmMGMtNGU5ZC1hZDMzLTBiMzkwMzEzYWlxMyIsImMiOjJh9>
- Eesti Rahvastiku Vaimse Tervise Uuringu vahe raport (Avaldamata)*. (2021).
- Erbe, D., Eichert, H.-C., Riper, H., & Ebert, D. D. (2017). Blending Face-to-Face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9), e306. <https://doi.org/10.2196/jmir.6588>
- Fagiolini, A., Cuomo, A., & Frank, E. (2020). COVID-19 Diary From a Psychiatry Department in Italy. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(3). <https://doi.org/10.4088/JCP.20com13357>
- Fan, J., Senthanaar, S., Macpherson, R. A., Sharpe, K., Peters, C. E., Koehoorn, M., & McLeod, C. B. (2021). An Umbrella Review of the Work and Health Impacts of Working in an Epidemic/Pandemic Environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6828. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136828>
- Feder, G., Lucas d'Oliveira, A. F., Rishal, P., & Johnson, M. (2021). Domestic violence during the pandemic. *BMJ*, n722. <https://doi.org/10.1136/bmj.n722>
- Fonagy, P., & Clark, D. M. (2015). Update on the Improving Access to Psychological Therapies programme in England: Commentary on ... Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies. *BJPsych Bulletin*, 39(5), 248–251. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052282>
- Fuggle, P., McHugh, A., Gore, L., Dixon, E., Curran, D., & Cutinha, D. (2016). Can we improve service efficiency in CAMHS using the CAPA approach without reducing treatment effectiveness? *Journal of Child Health Care*, 20(2), 195–204. <https://doi.org/10.1177/1367493514563856>
- Garcia-Fernandez, L., Romero-Ferreiro, V., Padilla, S., Lopez-Roldan, P. D., Monzo-Garcia, M., & Rodriguez-Jimenez, R. (2020). Gender differences in emotional response to the COVID-19 outbreak in Spain. *Brain and Behavior*, 11(1), 1–5. <https://doi.org/10.1002/brb3.1934>
- Giorgi, G., Lecca, L., Alessio, F., Finstad, G., Bondanini, G., Lulli, L., Arcangeli, G., & Mucci, M. (2020). Covid-19-Related Mental Health effects in the Workplace: A Narrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1–22. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217857>
- Haaga, D. A. F. (2000). Introduction to the special section on stepped care models in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 547–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.547>
- Hanganu, E., & Popa, G. (1977). Cancer and truth. *Journal of Medical Ethics*, 3(2), 74–75. <https://doi.org/10.1136/jme.3.2.74>
- Hannah, L., Cross, M., Baily, H., Grimwade, K., Clarke, T., & Allan, S. M. (2021). A systematic review of the impact of carer interventions on outcomes for patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01338-7>
- Hardoon, D., Hey, N., & Brunetti, S. (2020). *Wellbeing evidence at the heart of policy*. What Works Centre for Wellbeing. <https://whatworkswellbeing.org/resources/wellbeing-evidence-at-the-heart-of-policy/>
- Haug, N., Geyrhofer, L., Londei, A., Dervic, E., Desvars-Larrive, A., Loreto, V., Pinior, B., Thurner, S., & Klimek, P. (2020). Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions. *Nature Human Behaviour*, 4(12), 1303–1312. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01009-0>
- Haugas, S., Allemann, M., & Anniste, K. (2021). *COVID-19 pandeemia sotsiaal-majanduslik mõju noortele. Viiruskriis kui noorte tööhõive ja vaimse tervise kriis* (COVID-19 sotsiaal-majanduslik mõju). Mõttekoda Praxis. http://www.praxis.ee/?download=&kccpid=&kcccount=http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2021/01/COVID_19_maju_noortele_lopparuanne_241121.pdf

- Henssler, J., Stock, F., van Bohemen, J., Walter, H., Heinz, A., & Brandt, L. (2021). Mental health effects of infection containment strategies: Quarantine and isolation—a systematic review and meta-analysis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 271(2), 223–234. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01196-x>
- Hulgaard, D., Dehlholm-Lambertsen, G., & Rask, C. U. (2019). Family-based interventions for children and adolescents with functional somatic symptoms: A systematic review. *Journal of Family Therapy*, 41(1), 4–28. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12199>
- Huppert, F. A. (2009). Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences†. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137–164. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x>
- Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.012>
- Jørgensen, F. J., Bor, A., & Petersen, M. B. (2020). *Compliance Without Fear: Individual-Level Predictors of Protective Behavior During the First Wave of the COVID-19 Pandemic*. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/uzwgf>
- Justiitsministeerium. (2020). *Kuritegevuse baromeeter. Jaanuar- september 2020*. <https://www.kriminaalpoliitika.ee/et/statistika-ja-uuringud/statistika-andmebaas>
- Kilbourne, A. M., Beck, K., Spaeth-Rublee, B., Ramanuj, P., O'Brien, R. W., Tomoyasu, N., & Pincus, H. A. (2018). Measuring and improving the quality of mental health care: A global perspective. *World Psychiatry*, 17(1), 30–38. <https://doi.org/10.1002/wps.20482>
- Koh, Y., Hegney, D. G., & Drury, V. (2011). Comprehensive systematic review of healthcare workers' perceptions of risk and use of coping strategies towards emerging respiratory infectious diseases. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(4), 403–419. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00242.x>
- Kola, L. (2020). Global mental health and COVID-19. *The Lancet. Psychiatry*, 7(8), 655–657. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30235-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30235-2)
- Kottke, T. E. (2016). “Well-Being in All Policies”: Promoting Cross-Sectoral Collaboration to Improve People's Lives. *Preventing Chronic Disease*, 13. <https://doi.org/10.5888/pcd13.160155>
- Kunzler, A. M., Rothke, N., Gunthner, L., Stoffers-Winterling, J., Tuscher, O., Coenen, M., Rehfuess, E., Schwarzer, G., Binder, H., Schmucker, C., Meerpohl, J. J., & Lieb, K. (2021). Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS-CoV-2 pandemic: Systematic review and meta-analyses. *Globalization and health*, 17(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00670-y>
- Layard, P. R. G. (2006). *Happiness: Lessons from a new science*. Penguin Books.
- Lewandowsky, S., Dennis, S., Perfors, A., Kashima, Y., White, J. P., Garrett, P., Little, D. R., & Yesilada, M. (2021). Public acceptance of privacy-encroaching policies to address the COVID-19 pandemic in the United Kingdom. *PLOS ONE*, 16(1), e0245740. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245740>
- Li, L., Li, F., Fortunati, F., & Krystal, J. H. (2020). Association of a Prior Psychiatric Diagnosis With Mortality Among Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection. *JAMA Network Open*, 3(9), e2023282. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.23282>
- Lifestyles Team, NHS Digital. (2020). *Mental Health of Children and Young People in England, 2020: Wave 1 follow up to the 2017 survey* (Mental Health of Children and Young People Surveys). <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-of-children-and-young-people-in-england/2020-wave-1-follow-up>
- Ludlow, C., Hurn, R., & Lansdell, S. (2020). A Current Review of the Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies (CYP IAPT) Program: Perspectives on Developing an Accessible Workforce. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 11, 21–28. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S196492>
- Luijten, M. A. J., van Muilekom, M. M., Teela, L., Polderman, T. J. C., Terwee, C. B., Zijlmans, J., Klaufus, L., Popma, A., Oostrom, K. J., van Oers, H. A., & Haverman, L. (2021). The impact of lockdown during the COVID-19 pandemic on mental and social health of children and adolescents. *Quality of Life Research*, 30(10), 2795–2804. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02861-x>
- Mak, I., Chu, C., Pan, P., Yiu, M., & Chan, V. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*, 31, 318–326. <https://doi.org/doi:10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001>
- Marchlewska, M., Cichocka, A., & Kossowska, M. (2018). Addicted to answers: Need for cognitive closure and the endorsement of conspiracy beliefs. *European Journal of Social Psychology*, 48(2), 109–117. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2308>

- Marmot, M., & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126, S4–S10. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
- Masso, M. (2017). Eesti ühiskonna integratsiooni monitooring. K. Kaldur, R. Vetik, L. Kirss, K. Kivistik, K. Seppel, K. Kallas, & K. Anniste (Toim), *Eesti ühiskonna integratsiooni monitooring*. Balti Uuringute Instituut, Poliitikauuringute Keskus Praxis.
- McFarlane, A. C., & Williams, R. (2012). Mental Health Services Required after Disasters: Learning from the Lasting Effects of Disasters. *Depression Research and Treatment*, 2012, 1–13. <https://doi.org/10.1155/2012/970194>
- Melesk, K., & Masso, M. (2021). Hõive ja toimetulek. *Eesti Integratsiooni Monitooring*. Poliitikauuringute Keskus Praxis, Balti Uuringute Instituut, Tartu Ülikool, Tallinna Ülikool. <https://www.kul.ee/eesti-integratsiooni-monitooring-2020>
- Metzler, H., Rimé, B., Pellert, M., Niederkrotenthaler, T., Di Natale, A., & Garcia, D. (2021). Collective Emotions during the COVID-19 Outbreak. *PsyArXiv*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/qejxv>.
- Mishra, V., Seyedzenouzi, G., Almohtadi, A., Chowdhury, T., Khashkhusa, A., Axiaq, A., Wong, W. Y. E., & Harky, A. (2021). Health Inequalities During COVID-19 and Their Effects on Morbidity and Mortality. *Journal of Healthcare Leadership*, Volume 13, 19–26. <https://doi.org/10.2147/JHL.S270175>
- Naughton, J., Basu, S., O'Dowd, F., Carroll, M., & Maybery, D. (2015). Improving quality of a rural CAMHS service using the Choice and Partnership Approach. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 23(5), 561–565. <https://doi.org/10.1177/1039856215597537>
- Neelam, K., Duddu, V., Anyim, N., Neelam, J., & Lewis, S. (2021). Pandemic and pre-existing mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior & Immunity-Health*, 10. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100177>
- NHS England. (s.a.). *Adult Improving Access to Psychological Therapies programme*. Salvestatud 27. september 2021, <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/>
- NHS England. (2014). *CYP IAPT principles in CAMH services values and standards "Delivering with and delivering well"*. <https://www.evidence.nhs.uk/document?id=1625863&returnUrl=search%3Fpa%3D2%26q%3Dcamhs&q=camhs>
- Niederkrotenthaler, T., Laido, Z., Kirchner, S., Braun, M., Metzler, H., Waldhör, T., Garcia, D., & Till, B. (2022). Mental health over nine months during the SARS-CoV2 pandemic: Representative cross-sectional survey in twelve waves between April and December 2020 in Austria. *Journal of Affective Disorders*, Volume 296, 49–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.153>
- OECD. (2019). *Eesti: Riigi terviseprofiil 2019*. OECD. <https://doi.org/10.1787/1efa7683-et>
- OECD. (2021a). *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*. OECD. <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>
- OECD. (2021b). *Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response*. https://read-oecd-ilibrary-org.ezp.lib.cam.ac.uk/view/?ref=1094_1094455-bukuf1f0cm&title=Tackling-the-mental-health-impact-of-the-COVID-19-crisis-An-integrated-whole-of-society-response
- Oidermaa, A.-K., & Mets, N. (2021, detsember 3). *Vaimse tervise esmaabi koolitused* [Isiklik suhtlus].
- Okuyama, J., Seto, S., Fukuda, Y., Funakoshi, S., Amae, S., Onobe, J., Izumi, S., Ito, K., & Imamura, F. (2021). Mental Health and Physical Activity among Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 253(3), 203–215. <https://doi.org/10.1620/tjem.253.203>
- Paat-Ahi, G., Randväli, A., & Purge, P. (2020). *Kaugvastuvõtu rakendamise eriulukorras*. Poliitikauuringute Keskus Praxis. http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2020/12/Eriulukorra_juhtumianaluus-FINAL3.pdf
- Parry, G., Barkham, M., Brazier, J., Dent-Brown, K., Hardy, G., Kendrick, T., Rick, J., Chambers, E., Chan, T., Connell, J., Hutten, R., de Lusignan, S., Mukuria, C., Saxon, D., Bower, P., & Lovell, K. (2011). *An evaluation of a new service model: Improving Access to Psychological Therapies demonstration sites 2006-2009*. National Institute for Health Research. <http://eprints.whiterose.ac.uk/149148>
- Patel, P., Thomas, C., & Quilter-Pinner, H. (2021). *The NHS Long term plan after COVID-19* (lk 60). Institute for Public Policy Research.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global

- mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Petersen, M. B., Bor, A., Jørgensen, F. J., & Lindholt, M. F. (2020). *Transparent Communication About COVID-19 Vaccines Is Not Sufficient for Acceptance but It is Necessary for Trust*. PsyArXiv.
<https://doi.org/10.31234/osf.io/vx84n>
- Petersen, M. B., Jørgensen, F. J., Bor, A., & Lindholt, M. F. (2021). *Did the suspension of the AstraZeneca-vaccine decrease vaccine acceptance?* PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/uh4y6>
- Pfattheicher, S., Nockur, L., Böhm, R., Sassenrath, C., & Petersen, M. B. (2020). The Emotional Path to Action: Empathy Promotes Physical Distancing and Wearing of Face Masks During the COVID-19 Pandemic. *Psychological Science*, 31(11), 1363–1373. <https://doi.org/10.1177/0956797620964422>
- Pieh, C., Budimir, S., & Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*, 136. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186>
- Porat, T., Nyrup, R., Calvo, R. A., Paudyal, P., & Ford, E. (2020). Public Health and Risk Communication During COVID-19—Enhancing Psychological Needs to Promote Sustainable Behavior Change. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.573397>
- Prooijen, J.-W. van, & Jostmann, N. B. (2013). Belief in conspiracy theories: The influence of uncertainty and perceived morality. *European Journal of Social Psychology*, 43(1), 109–115.
<https://doi.org/10.1002/ejsp.1922>
- Reardon, T., Harvey, K., Baranowska, M., O'Brien, D., Smith, L., & Creswell, C. (2017). What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(6), 623–647. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0930-6>
- Reay, R. E., Looi, J. C., & Keightley, P. (2020). Telehealth mental health services during COVID-19: Summary of evidence and clinical practice. *Australasian Psychiatry*, 28(5), 514–516.
<https://doi.org/10.1177/1039856220943032>
- Reile, R., Kullamaa, L., Hallik, R., Innos, K., Kukk, M., Laidra, K., Nurk, E., Tamson, M., & Vorobjov, S. (2021). Perceived Stress During the First Wave of COVID-19 Outbreak: Results From Nationwide Cross-Sectional Study in Estonia. *Frontiers in Public Health*, 9, 564706.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.564706>
- Reile, R., Tekkel, M., & Veideman, T. (2019). *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2018*. Tervise Arengu Instituut.
https://intra.tai.ee/images/prints/documents/155471416749_TKU2018_kogumik_28mar2019_1.pdf
- Reile, R., & Veideman, T. (2021). https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-04/TKU2020_kogumik.pdf
- Richards, D. A., Lovell, K., Gilbody, S., Gask, L., Torgerson, D., Barkham, M., Bland, M., Bower, P., Lankshear, A. J., Simpson, A., Fletcher, J., Escott, D., Hennessy, S., & Richardson, R. (2008). Collaborative care for depression in UK primary care: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 38(2), 279–287.
<https://doi.org/10.1017/S0033291707001365>
- Saragih, I. D., Tonapa, S. I., Saragih, I. S., Advani, S., Batubara, S. O., Suarilah, I., & Lin, C.-J. (2021). Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 121, 104002.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104002>
- Schmelz, K., & Bowles, S. (2021). Overcoming COVID-19 vaccination resistance when alternative policies affect the dynamics of conformism, social norms, and crowding out. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(25), e2104912118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2104912118>
- Schou, T. M., Joca, S., Wegener, G., & Bay-Richter, C. (2021). Psychiatric and neuropsychiatric sequelae of COVID-19 – A systematic review. *Brain, Behavior, and Immunity*, 97, 328–348.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.07.018>
- Seidel, E. J., Mohlman, J., Basch, C. H., Fera, J., Cosgrove, A., & Ethan, D. (2020). Communicating Mental Health Support to College Students During COVID-19: An Exploration of Website Messaging. *Journal of Community Health*, 45(6), 1259–1262. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00905-w>
- Siaw, M. Y. L., & Lee, J. Y.-C. (2019). Multidisciplinary collaborative care in the management of patients with uncontrolled diabetes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical Practice*, 73(2), e13288. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13288>
- Simonov, A., Sacher, S., Dubé, J.-P., & Biswas, S. (2020). *The Persuasive Effect of Fox News: Non-Compliance with Social Distancing During the Covid-19 Pandemic* (Nr w27237; lk w27237). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w27237>

- Sinyor, M., Spittal, M. J., & Niederkrotenthaler, T. (2020). Changes in Suicide and Resilience-related Google Searches during the Early Stages of the COVID-19 Pandemic. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10), 741–743. <https://doi.org/10.1177/0706743720933426>
- Sotgiu, G., & Dobler, C. C. (2020). Social stigma in the time of coronavirus disease 2019. *European Respiratory Journal*, 56(2). <https://doi.org/10.1183/13993003.02461-2020>
- Heaolu arengukava 2016-2023, 40 (2016). <https://www.sm.ee/et/heaolu-arengukava-2016-2023>
- Sotsiaalministeerium. (2020a). *Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030*. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf
- Sotsiaalministeerium. (2020b). *Vaimse tervise roheline raamat*. https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse_tervise_roheline_raamat.pdf
- Statistikaamet. (2020). *Koroonakriisi tulemus: 200 000 kaugtöö tegijat*. <https://www.stat.ee/et/uudised/koroonakriisi-tulemus-200-000-kaugtoo-tegijat>
- Takaku, R., & Yokoyama, I. (2021). What the COVID-19 school closure left in its wake: Evidence from a regression discontinuity analysis in Japan. *Journal of Public Economics*, 195.
- Terviseamet. (2021, november 27). *Koroonaviiruse andmestik*. <https://www.terviseamet.ee/et/koroonaviirus/koroonakaart>
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2021). *Nudge: The final edition* (Final edition). Allen Lane.
- The Green Book*. (2020). HM Treasury. <https://www.gov.uk/government/publications/the-green-book-appraisal-and-evaluation-in-central-government>
- Thorn, W., & Vincent-Lancrin, S. (2021). *Schooling During a Pandemic: The Experience and Outcomes of Schoolchildren During the First Round of COVID-19 Lockdowns*. OECD. <https://doi.org/10.1787/1c78681e-en>
- Thorncroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine*, 43(4), 849–863. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001420>
- Triliva, S., Ntani, S., Giovazolias, T., Kafetsios, K., Axelsson, M., Bockting, C., Buysse, A., Desmet, M., Dewaele, A., Hannon, D., Haukenes, I., Hensing, G., Meganck, R., Rutten, K., Schønning, V., Van Beveren, L., Vandamme, J., & Øverland, S. (2020). Healthcare professionals' perspectives on mental health service provision: A pilot focus group study in six European countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00350-1>
- UN Women. (2020). *COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls*. <https://www.unwomen.org/en/news/stories/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic>
- Uphoff, E. P., Lombardo, C., Johnston, G., Weeks, L., Rodgers, M., Dawson, S., Seymour, C., Kousoulis, A. A., & Churchill, R. (2021). Mental health among healthcare workers and other vulnerable groups during the COVID-19 pandemic and other coronavirus outbreaks: A rapid systematic review. *PLoS ONE*, 16(8), e0254821. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254821>
- Upshaw, T. L., Brown, C., Smith, R., Perri, M., Ziegler, C., & Pinto, A. D. (2021). Social determinants of COVID-19 incidence and outcomes: A rapid review. *PLOS ONE*, 16(3), e0248336. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248336>
- Vai, B., Mazza, M. G., Delli Colli, C., Foiselle, M., Allen, B., Benedetti, F., Borsini, A., Casanova Dias, M., Tamouza, R., Leboyer, M., Benros, M. E., Branchi, I., Fusar-Poli, P., & De Picker, L. J. (2021). Mental disorders and risk of COVID-19-related mortality, hospitalisation, and intensive care unit admission: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(9), 797–812. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00232-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00232-7)
- Vaimse tervise staabi ja mõttekoja koostööseminar*. (2021, oktoober 13). [Isiklik suhtlus].
- van Kippersluis, H., O'Donnell, O. A., & van Doorslaer, E. (2009). Long Run Returns to Education: Does Schooling Lead to an Extended Old Age? *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1398806>
- VATEKi võimestamine ja suitsiidiennetus. (2021). <https://www.etis.ee/Portal/Projects/Display/93fc9a81-d9be-4437-9e70-6d40a42fd7e0>
- Veitch, G., Katundu, E., Gagauz, O., & Gu, S. (2021). *Confronting the shadow pandemic: COVID-19 and violence, abuse and neglect of older people*. HelpAge International. <https://www.helpage.org/silo/files/vancovid19violence-abuse-and-neglectbriefing.pdf>
- Veldre, V., Aaben, L., & Nurm, Ü.-K. (2017). *Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Vaimse tervise valdkonna aruanne*. Poliitikauuringute Keskus Praxis. www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/03/RTA-vaimne-tervis_Praxis.pdf
- Veldre, V., Masso, M., & Osila, L. (2015). *Vaimse tervise häirega inimesed tööturul* (lk 158). Poliitikauuringute Keskus Praxis.

- Vigerland, S., Lenhard, F., Bonnert, M., Lalouni, M., Hedman, E., Ahlen, J., Olén, O., Serlachius, E., & Ljótsson, B. (2016). Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 50*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.005>
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences. *Brain, Behavior, and Immunity, 89*, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Viner, R., Russell, S., Saullé, R., Croker, H., Stansfeld, C., Packer, J., Nicholls, D., Goddings, A.-L., Bonell, C., Hudson, L., Hope, S., Schwalbe, N., Morgan, A., & Minozzi, S. (2021). *Impacts of school closures on physical and mental health of children and young people: A systematic review* [Preprint]. Public and Global Health. <https://doi.org/10.1101/2021.02.10.21251526>
- Vizard, T., Sadler, K., Ford, T., & et al. (2020). *Mental health of children and young people in England 2020, Wave 1 follow-up to the 2017 survey*. Health and Social Care Information Centre. https://files.digital.nhs.uk/CB/C41981/mhcyp_2020_rep.pdf
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet, 396*(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Williams, C. Y. K., Townson, A. T., Kapur, M., Ferreira, A. F., Nunn, R., Galante, J., Phillips, V., Gentry, S., & Usher-Smith, J. A. (2021). Interventions to reduce social isolation and loneliness during COVID-19 physical distancing measures: A rapid systematic review. *PLOS ONE, 16*(2), e0247139. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247139>
- Wolf, S., Seiffer, B., Zeibig, J.-M., Welkerling, J., Brokmeier, L., Atrott, B., Ehring, T., & Schuch, F. B. (2021). Is Physical Activity Associated with Less Depression and Anxiety During the COVID-19 Pandemic? A Rapid Systematic Review. *Sports medicine (Auckland, N.Z.), 84*12297, spo. <https://doi.org/10.1007/s40279-021-01468-z>
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- World Health Organization. (2014). *Social determinants of mental health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112828>
- World Health Organization. (2018, oktober 30). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2021, november 20). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>
- Yamamura E., Tsustui Y. (2021). *Impact of closing schools on mental health during the COVID-19 pandemic*. <https://arxiv.org/abs/2101.08476v1>

LISA. VAIMSE TERVISE STAABI TEGEVUSED

ELANIKE VAIMSE TERVISE TOETAMISEKS JA KRIISI

ÕPPETUNNID

UNIVERSAALSED JA SIHTRÜHMAPÕHISED TEGEVUSED ELANIKE VAIMSE TERVISE TOETAMISEKS KRIISIS

2020. a kevadel pandeemia puhkedes selle potentsiaalse inimeste vaimsele tervisele kaasneva mõju kirjeldamiseks koostatud ekspertarvamus (Akkermann et al., 2020) esitas muuhulgas loetelu enim ohustatud sihtrühmadest, peamistest riskidest, sekkumistest ja soovitud tulemustest. Riskirühmadena toodi siis välja: 1. eesliinitöötajad, (2) puuetega inimesed, (3) tervishoiuteenuste jätkumist vajavad inimesed, (4) töötud ja majandusliku toimetulekuraskustega inimesed, (5) lapsed, noored ja nende vanemad, (6) vanemaealised, (7) lähisuhtevägivalla all kannatajad ning (8) vangid ja vanglatöötajad.

Aasta hiljem, 2021. a. märtsis, kutsus sotsiaalkaitseminister kokku vaimse tervise staabi, kuhu kuuluvad erinevate ametkondade esindajad ning mille ülesanneteks said: (1) koordineerida ametkondade vahelist infovahetust ja tegevust abi korraldamiseks ja dubleerimise vähendamiseks; (2) korraldada kiired abimeetmed puudutatud sihtrühmadele ja ühtne kommunikatsioon; (3) organiseerida lisaeelarve kaudu tegevuste rahastamine; (4) teha ettepanekuid vaimse tervise probleemidega seotud pikaajaliste mõjude leevendamiseks ning nõustada valitsuse liikmeid.

Esimese ja teise ülesande raames kaardistas staap kriisi ajal inimeste vaimse tervise toetamiseks nii juba ette võetud kui käimasolevad tegevused (Tabel 1). Kaardistus ei hõlma kolmanda sektori poolt, nt strateegilise partnerluse raames, antavat panust. Kaardistus valmis septembris 2021.

TABEL 1. VAIMSE TERVISE STAABI OSAPOOLTE KRIISIAEGSED UNIVERSAALSED JA PUUDUTATUD SIHTRÜHMADALE SUUNATUD TEGEVUSED

Universaalsed tegevused	Tehtud	Töös	Plaanis
Valdkondade ülene koordineerimine	<p>Organisatsioonide ja asutuste vahelise koordineerituse parandamine läbi vaimse tervise (VT) inforingi kohtumiste (märtsist 2020) ja VT staabi kohtumiste (märtsist 2021).</p> <p>VT tugimeetmete, „hallide alade“ ning puudulike lahenduste kaardistus. Enim puudutatud sihtrühmade ja kohese toe võimaluste kaardistus (03-04.2021).</p> <p>VT andmete koondamine ja iganädalane info jagamine. (04-06.2021)</p> <p>Ühtsete kommunikatsioonisõnumite koostamine. (06.2021)</p> <p>Jätkuv huvikaitsetöö ning erinevate osapoolte koostöö soodustamine (2020-2021).</p>	<p>Arendustöö valdkondliku infovahetuse ja koordineerimise parandamiseks (2021-2022).</p> <p>Kriisi psühhosotsiaalsete mõjude ekspertarvamus ja poliitikasoovitused kriisist väljumisel (12.2021).</p> <p>Eeldused VT poliitikakujundamise jätkusuutlikkuse loomiseks SOM-is (09-12.2021).</p> <p>Koostöö- ja võrgustikuseminarid KOVidega (11.2021).</p>	<p>Valdkonna eestvedajate arendustegevused (2022).</p> <p>Suund reageerivalt tegutsemiselt süsteemsele ja terviklikule lähenemisele VT edendamisel (2021-2022).</p> <p>Jätkuv VT teenuste maastiku korrastamine ja arendus - kirjeldada üha paremini ära vaimse tervise püramiidis eriarstiabist allapoole jäävad tasandid, sh teha koostööd KOV-idega kogukonna teenuste ja toe tasandite sisustamiseks. (2021-2022)</p>
Vaimse tervise abi ja teenused (esmasest kontaktist / info otsimisest esmatasandi ja eriarstiabini)	<p>Vaimse tervise tugiliini käivitamine (05.2021)</p> <p>Kliinilise psühholoogi teenuse kättesaadavaks tegemine perearsti teraapiafondi suurendamise läbi (04.2021)</p> <p>Psühholoog-nõustaja rolli juurde toomine kohalikule tasandile (09.2021)</p> <p>Vaimse tervise nõustajad vaksineerimispunktides (05.2021)</p>	<p>Esmase vaimse tervise abi kättesaadavuse parandamine läbi (a)virtuaalsete abivõimaluste kättesaadavuse kasvatamise, (b) vaimse tervise esmaabi andmise võimekuse kasvatamise kogukondade tasandil, (c) toetusmeetme KOV-idele psühholoogilise abi teenuste osutamiseks ja/või psühholoogide värbamiseks. (2021)</p>	<p>VT tugiliini jätkuv kompetentsi ja kvaliteedi tõstmine. (2022)</p> <p>Piisava hulga vajaliku ettevalmistusega spetsialistide ettevalmistamine: psühholoog-nõustajate kutseasta toetamine ja kliinilise psühholoogi kutseasta mahu suurendamine (2022)</p> <p>Paindlikkuse suurendamine kutse omandamisel, et suunata üha enam</p>

Universaalsed tegevused	Tehtud	Töös	Plaanis
			<p>valdkonnas tegutsevaid professionaale omandama kutset. (2022)</p> <p>Spetsialistidel on puudu VT probleemide märkamiseks ühiselt kokku lepitud hindamisvahendid. (2022)</p> <p>Digitaalsed hindamisinstrumendid abivajajate skriinimiseks. (2022)</p> <p>VT teenuste inimkeskne integreerimine ning erinevate spetsialistide efektiivsem rakendamine vaimse tervise abis. (2022)</p>
Psühhosotsiaalne kriisiabi	<p>Ennetavad universaalsed meetmed elanikkonna turvatunde hoidmiseks, heaolu toetamiseks ja stressi maandamiseks. Enesehoiu ja lähedaste toetamise oskuste toetamine. WHO vaimset tervis ja heaolu toetavate materjalide tõlkimine ja levitamine. (alates 03.020)</p>	<p>Psühhosotsiaalse kriisiabi pilootprojekt kahes omavalitsuse eesmärgiga katsetada PSK kriisiplaani toimimist ja leida lahendused kriisisekkumise kitsaskohtadele KOV-ides.</p>	<p>Töö ohvriabi seadusega, sh psühhosotsiaalse kriisiabi tähenduse ja eri osapoolte ülesannete kirjeldus. Toetame KOV-e kriisiabi võimekuse loomisel.</p>
Andmed, uuringud	<p>Esmase kriisi tõenäoliste psühhosotsiaalsete mõjude ekspertanalüüs (aprill 2020).</p>	<p>Kriisi psühhosotsiaalsete mõjude ekspertarvamus ja poliitikasoovitused kriisist väljumisel. (11.2021)</p> <p>Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu andmete analüüs ja monitooritavate indikaatorite pakett. (2021-2022)</p>	<p>Jätkata regulaarselt vaimse tervise uuringutega, sh algatada laste- ja noorte andmete kogumine. (2022)</p>

Puudutatud sihtrühm	Tehtud	Töös	Plaanis
Eesliinitöötajad	<p>Eesliinitöötajate toetamisele suunatud meetmed eesmärgiga toetada töövõimet - supervisioonid, kovisioonid ja väljaelamisvestlused (alates 2020). Supervisioonid hoolekandeesutuste töötajatele, sh supervisioonid asutuste juhtidele; supervisioonid Terviseameti töötajatele (alates 2020). Supervisioonid peaasi.ee vabatahtlikele vaimse tervise veebinõustajatele.</p> <p>Asutuste tööd toetava tööriistakasti loomine, valgusfoori tugipakett hoolekande asutustele -.</p> <p>Vaimse tervise toe pakkumine haiglates ja kiirabis – praktikate kaardistus ja kohtumine raviasutuste esindajatega. (05.2021)</p> <p>TAI töökoha tervise-edenduse tegevuste peamine fookus on vaimne tervis - koolitused, tervisekalendri teemakuud. (2021)</p>	<p>Eesliinitöötajate säilenõtkuse toetamine psühholoogilise esmaabi, vaimse tervise esmaabi koolituse ja supervisioonide näol.</p>	<p>Arutelu: Tööriistakast, selle tõendusproovi, mida millal kasutada</p>
Lapsed ja noored (ja seotud osapooled, nt vanemad, õpetajad)	<p>Sihtrühmade kaardistus (lapsed, noored, lapsevanemad, lastega töötavad spetsialistid), probleemkohad, kiired ja pikaajalisemad lahendused vaimse tervise probleemide lahendamiseks. (04.2021)</p> <p>Ohvriabi kriisisekkumine ja tugi suitsiidisurmaga kokkupuutuvatele lastele, noortele ja täisealistele. Juhtumikorraldusliku võrgustikutöö piloot alaealiste suitsiidide korral eesmärgiga korraldada ööpäevaringne tugi perekondadele alaealiste suitsiidide ja õnnetuste järgselt. Soov laieneda üle Eesti.</p> <p>Delfi noortelehega koostöös loengute ja kohtumiste sari noortele „Harutame lahti“. (05.2021)</p> <p>Teenusedisani-protsess laste ja noorte vaimse tervise probleemide ennetamiseks võrgustikutöö paikkonnas. (2020-2021)</p>	<p>Ülevaade eri vanuses laste vaimse tervise hindamisvahenditest.</p> <p>Ülevaade emotsionaalse väärkohtlemise kohta spordis (Eestis) ja koolituste väljatöötamine treeneritele.</p> <p>Sobivad juhendid asendus- ja perekodudele vaimse tervise probleemide märkamiseks ja sekkumiseks.</p> <p>2-aastane projekt TAI koolituskeskusel: Lastega töötavate spetsialistide koolitamine laste vaimse tervise probleemide märkamiseks ja tõhusamaks abistamiseks. (2021-2022)</p>	<p>Lapse vaimse tervise abistamise paketi loomine lastega töötavatele spetsialistidele märkamisest professionaalse abi ja tervenemiseni. Haridusasutustes kasutatavate laste hindamisinstrumentide ühtlustamine.</p> <p>Ennetustegevus haridusasutuses, sh ülevaade vaimset tervist toetavatest sekkumistest.</p> <p>Lapsevanemate juhendamine ja koolitamine.</p> <p>Laste vaimse tervise uuringu vajadus.</p>

Puudutatud sihtrühm	Tehtud	Töös	Plaanis
	<p>Õpetajatele juhis „4 sammu märkamiseks ja sekkumiseks“. (05.2021) Juhis kohandati ka noorsootöötajatele ja laagrijuhendajatele. (06.2021) Teadliku õpetaja kursus ja enesejuhtimise baaskursus Kagu-Eesti, saarte ja Ida-Virumaa lasteaia- ja kooliõpetajatele (2020), üle Eesti (2021).</p>		
Lapsevanemad	<p>"Aitäh sulle" tänukampaania lapsevanematele. (06.2021) Lapsevanemate toimetuleku toetamine kriisis: tarkvanem.ee lehel kriisi alaleht + regulaarsed toetavad kampaaniad, teavitused erinevates kanalites. (2021)</p>		
Vanemaealised, sh haiglates ja hoolekandes olevad inimesed	<p>2020 eriolukorra puhkedes ja haiglates ja hooldekodudes külastuskeelu rakendudes käivitas kaplanaat hingehoiu kriisitelefoni programmi „Igale hooldekodule/haiglale oma hingehoidja". Viiruspuhangu ja eriolukorra ajaks töötati välja juhised hingehoidjatele/kaplanitele ja asutustele: a) juhised väärika ja toetatud elulõpu tagamiseks hoolekandeesutustele ja haiglatele; b) koostöös EV siseministeeriumiga „Juhised kirikutele ja teistele usulistele ühendustele tegevuste korraldamiseks eriolukorras"; c) juhised COVID-19 osakondades hingehoidjate/kaplanite töö korraldamisel, hingelise toetuse pakkumisel ja vaimuliku teenimise korraldamisel. Hingehoiuteenus käivitamine hooldekodudes (07-12.2020). Ööpäevaringne hingehoiutelefon (06.2020-12.2021). Koduhooldusel olevate inimeste hingehoiuteenus (05-12.2021): Eesti eri piirkondades tegutsevad hingehoidjad teevad kodukülastusi, toetavaid</p>	<p>Hooldekodude hingehoiuteenus programm - 40 üldhooldekodus. Hingehoiutelefon. Koduhooldusel olevate hingehoiuteenus. Korraldame kriisinõustamisi, supervisioone ja kriisi- ja leinakoolitusi haiglate ja hoolekande töötajatele.</p>	<p>Ühiskonna, eriti hoolekande- ja ravisektoris töötavate inimeste teadlikkuse tõstmine eraviisi või hooldusel olevate inimeste vaimse ja hingelise toe vajadusest. Hingehoiuteenus jätkumine üldhooldekodudes (jätkuv ja süsteemne rahastus). Hingehoiutelefoni töö jätkumine (jätkuv ja süsteemne rahastus). Haiglate ja hoolekandetöötajate hingehoiu ja kriisi- ning leinateemaliste koolituste ja supervisioonide korraldamine.</p>

Puudutatud sihtrühm	Tehtud	Töös	Plaanis
	kohtumisi ja kontaktihoidmist ning koostööd kohaliku omavalitsuse sotsiaaltööd korraldavate inimestega.		
Lähisuhtevägivalda alla kannatajad	Nõustamistugi perevägivaldas kannatanutele ja toimepanijatele, naiste tugikeskuste töötajate jõustamine. Koostöö PPA-ga vägivaldsete eemaldamise küsimustes. Riikliku kriisiliini KRIT sidumine ohvriabi kriisitelefoni 116 006.		Teadlikkuse tõstmine, et iga vägivalda kogenud inimene teaks, millist abi ja tuge saab ohvriabist ja naiste tugikeskusest.
Vangid ja vanglatöötajad	Kinnipeetavatele pakutakse: rohkem telefonisuhtlust lähedastega; psühholoogilist nõustamist ja sekkumisi (psühholoog, psühhiaater, kliiniline psühholoog), kaplaniga kohtumise võimalus, eneseabi materjale (hingamisharjutused, füüsilise aktiivsuse suurendamise tegevuslehed, sudokud, mandalad, ristsõnad, lauamängud jms). Teenistujatele pakutakse: laiendati psühholoogilise nõustamise võimalusi, kaplaniga vestlemise võimalus, eneseabi materjalide pakett (sh veebilehtede aadressid), füüsilise aktiivsuse suurendamiseks pausid ja ülesanded (nt sammulugemise võistlus, juhendatud sirutuspausid arvitiga töötajatele jm), meeskonnapõhine lähenemine (juhi ja/või psühholoogi tugi).	Käivitatud on vangide Covid-19-st tuleneva vaimse tervise seisundi muudatuste ja abivajaduse kaardistamine ning konkreetsete sekkumiste ja nende mahu määramine. (2021)	Oluline on võimalikult tavapärase elukorralduse jätkumisele kaasa aitamine, sh interneti laiemad kasutusvõimalused vanglas, mis pole hetkel lubatud, sest puudub turvaline veebikõnede lahendus ning riistvara.
Kroonviirusega nakatunud või põdenud inimesed	2020.a kevadel viirusesse haigestunud inimeste toetamine suhtluses enda lähedastega tahvelarvutite kättesaadavaks tegemise kaudu.	Proaktiivne COVID-19 põdenute toetamine haiglaravi järgselt (SKA piloot ITK-ga). (09.2021)	

KRIISI ÕPPETUNNID JA TAKISTUSED VALDKONNA EDENDAMISEL

Juunis 2021 sõnastasid vaimse tervise staabi ja mõttekoja liikmed arutelude käigus senised õppetunnid.

- Vajalik on sõnastada, mis on õnnestunud, et hoida kriisi jooksul saavutatut, ja analüüsida, mis on tähelepanuta jäänud. Ootus ja surve vaimse tervise mõjudega mitmekülgseks tegelemiseks andis tõuke valdkonna arengule. Koordinatsioon on äärmiselt oluline, siiani on kohati dubleerimist, kohati katmata kohti.
- Kriisi juhtimisel on väga oluline osa kommunikatsioonil. Kommunikatsioon on vahend mingi eesmärgi saavutamiseks. Kas meie oli eesmärk/plaan, mida soovisime saavutada ja kuidas kommunikatsioon võiks sellele kaasa aidata? Otsuste tegemisel ja kajastamisel olid olemas poliitiline ja juriidiline vaade, ent puudus psühholoogiline (kuidas mingi otsus mõjub inimesele). Kriisijuhtimise laual peab olema ka indikaator(id) selle kohta, kuidas inimestel läheb.
- Psühhiaatria voodikohtade puudus ja haigla ükselt pöördujate tagasisaatmine. Plaanilise ravi koomaletõmbamise kogemus Covid-19 nakatunute haiglakohtade tarbeks on olemas ja valmisolek seda vajadusel uuesti teha samuti. Kuna on teada, et kriisi mõju inimeste vaimsele tervisele ilmneb väikese viivitusega ning et kriisi järel poole kuni pooleteise aastase viivitusega on oht riskikäitumise tõusule (mis praeguseks on käes, eriti nooremate inimeste seas), tuleks pöörata tähelepanu ka suurenenud haiglakohtade vajadusele psühhiaatrias.
- Ennetusse investeerimine tasub ära ka kriisis. Tuleb panustada inimeste ja eriti noorte säilenõtkuse suurendamisse, nt sotsiaalsete ja enesekohaste/eneseregulatsioonioskuste õpetamise läbi. Samuti sellesse, et igas nii väikemas kui suuremas kogukonnas oleks vaimse tervise esmaabi oskustega inimesi, kes oskavad märgata ja abile suunata.
- Inimeste heaolu ja vaimse tervise seiramine on oluline nii kriisis kui peale seda. Kuidas me muidu teame, kuidas neil läheb ja kas see, mida ette on võetud, töötab? Oluline on ka ülevaade, kes ja millise taseme abi saab praegu ning milline on abivajadus (lähiaastatel)? Milline on vajadus, millele praegu ei suudeta vastata (kui pikad on ootejärjekorrad erinevatele teenustele ja kui paljud inimesed on ootel)?

- Kuidas jõuda süsteemini, mis tugineb kindlale vundamendile (teaduspõhisus?) ning kus on ka paindlikkus ja innovatsioon. Kuidas kasutada laia variatiivsusega eksperte ja teenusepakkujaid parimal moel?
- Kohalik tasand ei ole end mõtestanud vaimse tervise eest seisjana. Puudust tuntakse professionaalidest, samas on oluline olemasolevate inimeste kompetentsi tõstmine.
- Kohalikul tasandil muutub kriitiliseks tervise-, sotsiaal- ja haridusvaldkonna koostöö ja integreeritus. Seda tuleb veel forsseerida.
- Inimeste teadlikkuse tõstmine on oluline nii enda kui lähedaste vaimse tervise muutuste märkamiseks ja ka sobiva abi otsimiseks. Märkamise järel muutub oluliseks abivajaduse nõ raskusastme määratlemine. Keda ja kuhu suunata? Olemasolevate teenuste teadlikkus.
- Madalama lävendiga abi kättesaadavuse suurendamine on oluline, et vähendada survet kliinilistele psühholoogidele ja psühhiaatriale.
- Spetsialistide toetamine kriisis on oluline, vajadus suurenes hüppeliselt ning seda ka pakuti. Siiski on ka edaspidi vaja tähelepanu pöörata abistavate elukutsete esindajate ja kriisimeeskondade liikmete puhul läbipõlemise ennetamisele.
- Hästi võeti vastu juhised ja veebiseminarid, konkreetsele sihtrühmale mõeldud abiliinid (nt õpetajad) või täiendav ressurs (abiõpetajad) vähem. Psühhosotsiaalne tugi töökohal peab olema õmmeldud igapäevatöö korraldusse, see ei õnnestu kui töötaja jaoks muutub see täiendavaks ülesandeks/kohustuseks.
- Riskirühmade toetamisel on oluline proaktiivsus, nende toetamisega paraku jäime hiljaks.
- Kaardistada inimeste teekonnad abi saamisele, takistused ja katkemised selles.
- Millised on sotsiaalvaldkonna ja meditsiini-spetsialistide (nt, aga mitte ainult perearstide) võimekus vaimse tervise tuge pakkuda, selle toe saamist soodustada?
- Kaugtööga kaasnevad riskid ja nendega arvestamine ei ole seni veel tähelepanu saanud.

Peamiste takistustena vaimse tervise edendamisel nimetasid staabi liikmed vaimse tervise probleemide stigmatiseeritust, inimeste vähest teadlikkust nii enda kui oma lähedaste vaimse tervise märkamises ja toetamises, ressursside puudust valdkonnas (nii spetsialistid, võimekus/kompetents, aeg kui raha), tervikliku vaate ja vastutuse puudumist valdkonna juhtimisel/edendamisel, ettevalmistuse ja vilumuse puudust teha sektorite ülest koostööd, teenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi ebaühtlust, andmete ja sekkumiste tõenduspõhja kogumise puudumist.