



SOTSIAALMINISTEERIUM

Vaimse tervise astmelise abi tegevuskava

2024-2027

Mõisted, terminid ja lühendid

1. Sissejuhatus

2. Eestile kohandatud astmelise abi mudel

2.2. Astmelise abi mudeli põhiprintsiibid katsetamise faasis

2.3. Astmelise abi mudeli esmase versiooni kirjeldus

2.1.1. Baasaste – iseseisev eneseabi

2.1.2. Seisundi hindamine

2.1.3. Esimene aste – eneseabi e-kursus

2.1.4.. Teine aste – toetatud väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised

2.1.5. Kolmas aste – psühhoteraapia

2.1.6. Neljas aste – kombineeritud ravi psühhiaatrilise ravi meeskonnas

3. Eeltingimused mudeli edukaks rakendamiseks

3.1. Ekspertteadmiste kaasamine

3.2. Sekkumiste valik ning vastavate suunamisalgoritmide väljatöötamine

3.3. Kvaliteedistandardite väljatöötamine

3.4. Tehnoloogiliste funktsionaalsuste hankimine ja väljatöötamine

3.5. Täiendkoolituste ja väljaõppe standardite väljatöötamine

3.6. Pilootuuring ja mõju hindamine

3.7. Kommunikatsiooniplaani koostamine ja juhtimine

3.8. Püsirahastuse tagamine mudeli skaleerimiseks

4. Tegevuskava elluviimine (2024-2027)

4.1. Esimene etapp: ettevalmistavad tegevused

4.2. Teine etapp: tehnoloogiliste funktsionaalsuste hankimine ja väljatöötamine

4.3. Kolmas etapp: pilootuuring ja mõju hindamine

4.4. Neljas etapp: mudeli skaleerimiseks vajalikud ettevalmistused

Tegevuskava tööühma juht: Triin Viskus, Sotsiaalministeerium

Tegevuskava tööühma liikmed: Anna-Kaisa Oidermaa (Peaasjad), Anne Randväli (Sotsiaalministeerium), Anu Reim (Eesti Perearstide Selts), Elisabeth Luisk (Sotsiaalministeerium), Elle-Mall Sadrak (Eesti Perearstide Selts), Ilja Tretjakov (Viljandi Haigla), Kaia Kastepõld-Tõrs (Tartu Ülikool), Kaily Susi (Sotsiaalministeerium), Karmen Maikalu (Eesti Koolipsühholoogide Ühing), Kirsti Akkermann (Tartu Ülikool), Kätlin Lillemaa (Pärnu Perearstid), Laura Oisalu (Eesti Õdede Liit), Lenne Lillepuu (Eesti Psüühikahäiretega Inimeste ja Lähedaste Liit), Liina Haring (Eesti Psühhiaatrite Selts), Liis Haavistu (Eesti Psühhiaatrite Selts), Marko Tähnas (Tervisekassa), Peeter Jaanson (Eesti Psühhiaatrite Selts), Raine Pilli (Sotsiaalministeeriumi psühhiaatria nõunik), René Randver (Tervisekassa), Serli Raudseping (Eesti Õdede Liit), Teisi Tamming (Sotsiaalministeerium).

Mõisted, terminid ja lühendid ¹

Astmelise abi mudel - sekkumiste korraldamise viis, mille puhul algab abi pakkumine lihtsamatest, vähempiiravatest ja/või vähem kulukatest sekkumis(t)est. Astmelises abis osutatakse esmalt kõige väiksema intensiivsusega sekkumist või abi, jälgitakse teenusesaaja seisundit ning suunatakse vastavalt vajadusele intensiivsemate (või ka tagasi väiksema intensiivsusega) sekkumisteni. Sekkumise pakkumine juhindub mitte ainult teenusesaaja seisundist, vaid ka sekkumise oodatavast mõjust ja teenusesaajaga kooskõlastatud sekkumisplaanist.

Kognitiiv-käitumisteraapia (KKT) - psühhoterapia vorm, mis baseerub arusaamal, et meie mõtted, tunded ja käitumised on omavahel seotud ning üht neist mõjutades saame tekitada muutust teises. KKT on enim teaduslikult tõestatud mõjususega psühhoterapia koolkond, mh depressiooni ja ärevushäirete ravis. KKT tehnikaid saab kasutada nii individuaalselt kui ka grupimeetoditena.

Psühholoogiline sekkumine - üldtermin sihipärase ja tõenduspõhise tegevuse kirjeldamiseks, mille eesmärk on vaimse tervise säilitamine, vaimse seisundi halvenemise ärahoidmine, igapäevase toimetuleku parandamine, heaolu suurendamine ja/või vaimse tervise häiretega seotud haigustunnuste leevendamine. Sekkumine võib olla inimese poolt juhendatud või juhendamata (nt digitaliseeritud psühholoogiliste sekkumiste puhul).

Psühhoterapia - protsess, mille eesmärgiks on mõtlemise, tunnetuse ja käitumise sihipärane muutmine, et aidata inimesel igapäevaelus toime tulla. Psühhoterapiat viib läbi selleks vastava kvalifikatsiooniga väljaõppe läbinud vaimse tervise spetsialist.

Psühhiaatriline ravi - diagnostika- ja raviteenused, mille sihtrühmaks on kliiniliselt kompleksed või mõõduka kuni kõrge riskiga patsiendid, kes vajavad spetsiifilisi psühholoogilisi sekkumisi, mida osutavad psühhiaatrid, vaimse tervise õed, kliinilised psühholoogid jt tervishoiuspetsialistid eriarstiabis. Spetsialiseeritud psühhiaatrilist ravi osutatakse kas ambulatoorsel või statsionaarsel kujul.

Väheintensiivne psühholoogiline sekkumine (VIPS) - psühholoogilised sekkumised, mille eesmärk on pakkuda varast, väheintensiivset ja operatiivset abi vaimse tervise probleemidega tegelemisel ning mida pakuvad eriväljaõppe saanud inimesed. VIPSide pakkumisel kasutatakse teenusepakkuja aega ja ressursse võimalikult efektiivselt ja minimaalselt. VIPSide eesmärk on suurendada teenusesaajate ligipääsu tõenduspõhisele vaimse tervise abile, kasutades optimaalsete tulemuste saavutamiseks minimaalseid ressursse. VIPSid on eelkõige mõeldud kergete kuni mõõdukate vaimse tervise häirete leevendamiseks, seisundi halvenemise ärahoidmiseks ja/või vaimse tervise häirete ennetamiseks.

¹ Kohandatud allikast: Ilves, K., Kubre, M.A., Saapar, M., Randver, R., Haring, L., & Kastepõld-Tõrs, K. (2023). [Madala intensiivsusega psühholoogiliste sekkumiste ja rakendusmudelite analüüs ja soovitused Eestile.](#)

1. Sissejuhatus

Inimeste heaolu algab heast tervisest. Kahjuks viitavad aga viimastel aastatel läbi viidud uuringud vaimse tervise häirete ulatuslikule levikule Eestis. 2021. aastal avalikustatud rahvastiku vaimse tervise uuringu põhjal on depressioonirisk igal neljandal (27,6%) ning üldistunud ärevushäire risk igal viiendal (20%) täiskasvanul.² Seejuures paistavad eriti teravalt silma noored täiskasvanud (vanus 18-24), kelle puhul on depressioonirisk igal teisel (56,2%) ning ärevushäire risk igal kolmandal (37,2%) inimesel. Riskirühma kuuluvad ka vanemaealised (vanus 75+), kellel esineb võrreldes keskealistega rohkem vaimset kurnatust, surma- või suitsiidimõtteid, unehäireid, somaatilisi kaebusi ja mäluprobleeme. Samal ajal on vaimse tervise abi kättesaadavus ja kvaliteet piirkondlikult killustatud ning mitmel pool ulatuvad ravijärjekorrad kuude pikkuseks.^{3,4} Puudu on tööjõust - nii vaimse tervise õdedest, psühhiaatritest, kutsega psühholoogidest kui ka teistest vaimse tervise valdkonnas töötavatest spetsialistidest.

Olukorra leevendamiseks tuleb vaimse tervise teenused ja selleks suunatud inimressurss süsteemselt ümber korraldada, tuues senisest suurema tähelepanu alla aega ja ressursse säästvad varajase abi võimalused esma- ja kogukonna tasandil.⁵ Mitmed välisriigid, sh Inglismaa, Kanada, Austraalia, Soome ja Taani, on selleks kasutusele võtnud astmelise abi (inglise keeles: *stepped care*) põhimõtted. Välisriikide kogemusel aitab sellise süsteemi kasutuselevõtt parandada vaimse tervise mure korral kiire abi kättesaadavust, ennetada varakult probleemide süvenemist ning vähendada pikemas perspektiivis patsientide juurdevoolu eriarstiasse.⁶

Astmelise abi kohaselt pakutakse inimesele minimaalse intensiivsusega teenust, mis on tema seisundile tõendatud efektiivsusega. Selleks võib olla näiteks iseseisev või juhendatud eneseabioskuste õppimine, digitaliseeritud psühholoogilised sekkumised või muud väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised, mida ei pea läbi viima tingimata vaimse tervise spetsialist, vaid selleks vastava koolituse läbinud inimene. Eestile sobiva astmelise abi mudeli väljatöötamiseks kutsus Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise osakond kokku valdkonna ekspertidest koosneva töörühma, mille eesmärk oli koostada käesolev astmelise abi tegevuskava ning luua seeläbi alus vaimse tervise teenuste kättesaadavuse parandamiseks Eestis. Töörühma liikmeteks olid valdkonna esindajad nii Sotsiaalministeeriumist, Tervisekassast, Tartu Ülikoolist, Peaasjadest, Eesti Psüühikahäiretega Inimeste ja Lähedaste Liidust kui ka mitmetest kutse- ja erialaühendustest (sh perearstid, psühhiaatrid, kliinilised psühholoogid, psühholoog-nõustajad, koolipsühholoogid, vaimse tervise õed, pereõed, töötervishoiuõed). Tegevuskava koostamist juhtis Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise osakond. Lisaks regulaarsetele töörühma aruteludele koguti tegevuskava koostamisel sisendit nii rahvusvahelisest kirjandusest kui ka ühiselt õppevisiidilt Soome astmelise abi mudeliga tutvumiseks.

Tegevuskavas on kirjeldatud astmelise abi esmane mudel, defineeritud selle sihtrühmad, toodud välja prioriteetsed arendustegevused ja eeltingimused mudeli katsetamiseks, nende tegevuste ligikaudne eelarve ning tööplaan tegevuskava elluviimisel. Astmelise abi tegevuskava on oma olemuselt ajas muutuv ja täienev dokument. Suuremahuliste muudatuste korral väljastatakse tegevuskavast uus versioon.

» Käesolev astmelise abi tegevuskava kuulub 2023. aasta Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammi.

2. Eestile kohandatud astmelise abi mudel

2.2. Astmelise abi mudeli põhiprintsiibid katsetamise faasis

Eestile kohandatud astmelise abi mudeli koostamiseks leppis töörühm kokku olulised põhiprintsiibid, millest mudeli ehitamisel ja katsetamisel lähtutakse. Põhiprintsiibid kirjeldavad mudeli eesmärki, sobivaid sihtrühmi, tehnoloogiliste lahenduste rolli, mudeli riiklikku ja piirkondlikku paindlikkust, integratsiooni teiste teenustega ning ligipääsetavust erivajadustega inimeste ja erineva emakeelega kasutajate seas.

2 Tervise Arengu Instituut. Tartu Ülikool. (2021). [Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring. Lõpparuanne.](#)

3 Tervisekassa. (2023). [Eriarstiasse ambulatoorsete vastuvõttude ooteajad.](#)

4 Riigikontrolli aruanne Riigikogule. (2022). [Eesti tervishoiu suundumused.](#)

5 Sotsiaalministeerium. (2022). [Vaimse tervise tegevuskava 2023-2026.](#)

6 Ilves, K., Kubre, M.A., Saapar, M., Randver, R., Haring, L., & Kastepõld-Tõrs, K. (2023).

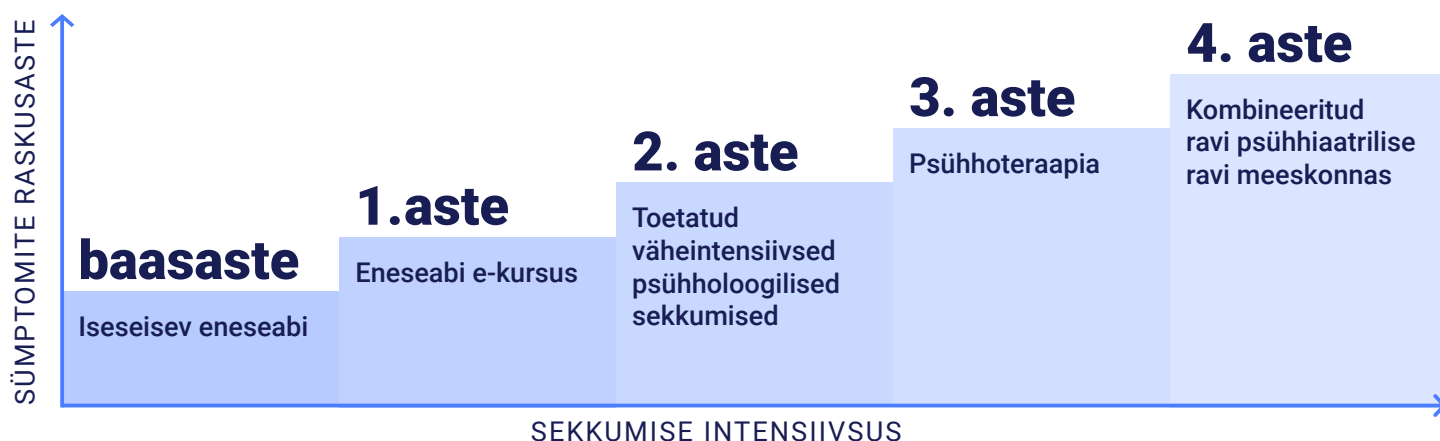
[Madala intensiivsusega psühholoogiliste sekkumiste ja rakendusmudelite analüüs ja soovitused Eestile.](#)

Töörühma kokkuleppel lähtutakse Eestis esmase astmelise abi mudeli loomisel järgmistest põhiprintsiipidest:

- Mudel kirjeldab tõendus põhiste psühholoogiliste sekkumiste ja abi astmelist korraldust.
- Mudeli eesmärk on inimeste toimetuleku ja elukvaliteedi toetamine ning õigeaegse, kvaliteetse abi kättesaadavuse parandamine.
- Mudel töötatakse välja järk-järgulise protsessina, alustades käesolevas tegevuskavas esmase mudeli kirjeldamisest ning seejärel selle katsetamisest ja mõju hindamisest piiratud ligipääsuga pilootuuringu raames. Järk-järgulise arendusprotsessi eesmärk on minimeerida mudeli rakendamisega seotud riske ning juhtida mudeli edasisi arendusi päriselul põhineva tagasiside põhjal.
- Mudeli sihtrühma valikul lähtutakse astmelise abi tõendatud efektiivsusest nende seisundite leevendamisel nii esialgse mudeli loomisel kui ka hiljem mudeli laiendamisel teistele sihtrühmadele.
- Mudeli sihtrühm katsetamise faasis on Eestis enim levinud vaimse tervise häirete ehk meeleolulanguse ja ärevuse sümptomitega inimesed alates 15. eluaastast.
- Mudel ei rakendu rasketele vaimse tervise häiretele ja seisunditele (sh kõrge suitsiidirisk, psühhoos, skisofreenia, bipolaarne häire), mis vajavad kiiret sekkumist ja mille puhul antakse suunised erakorralise abi saamiseks. Mudeliga kaasneb vajaduspõhiselt täiendavate tingimuste (sh saatekirja nõuete) sätestamine, et tagada kiire eriarstiabi kättesaadavus just seda teenust vajavatele inimestele.
- Mudeli toimimise eelduseks on vajaduspõhine ja sujuv liikumine nii madalama astme teenustelt kõrgemale kui ka vastupidi.
- Mudeli raamistik ja nõuded on riiklikult ette määratud. Piirkonniti on võimalik mudelit täiendada lisavõimaluste ja -teenuste osas, mis on kooskõlas etteantud nõuetega. Teiste tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna teenustega integreerituse toetamiseks sõlmitakse esmatasandi ja kohalike omavalitsustega kokkulepped ajas uuenevate piirkondlike kaardistuste tekkeks, mis kirjeldaks kogukonnas kättesaadavad muud teenused, kuhu inimene täiendava abi ja toe saamiseks võiks pöörduda (nt teemapõhised tugigrupid, kogemusnõustamine, huviringid, muud tervislikke eluviise soodustavad kogukonna algatused jne).
- Mudeli madalamatel astmetel kasutatakse eelistatult digilahendusi, minimeerimaks inimressursi vajadust ja tagamaks inimese elukohajärgne abi kättesaadavus.
- Ligipääsetavuse puhul võetakse arvesse ka inimeste erivajadusi ning tagatakse abi kättesaadavus erinevates keeltes (sh eesti, inglise, vene).

2.3. Astmelise abi mudeli esmase versiooni kirjeldus

Eestile kohandatud astmelise abi mudel koosneb neljast astmest, millele eelneb baasastmel iseseisev eneseabi (Joonis 1). Sekkumiste sisu on igal järgneval astmel eelmisest kõrgema intensiivsusega ning kaasab vajaduspõhiselt spetsiifilise väljaõppe läbinud spetsialisti.



Joonis 1. Astmelise abi mudeli esimene versioon.

Mudeli esimestel astmetel pakutakse sekkumisi eelistatult digitaalsel kujul, tagamaks inimressursi minimaalse hõivatuse ning parima ligipääsetavuse elukohast sõltumata. Inimestele, kelle tehnoloogiliste lahenduste kasutamine on piiratud ja/või kelle olukorras pole need sobilikud või tõhusad, pakutakse asjakohaseid alternatiive. Näidustuse olemasolul alustatakse sekkumistega paralleelselt ravimravi, mille väljakirjutamist ja doseerimist koordineerib perearst või psühhiaater.

2.1.1. Baasaste – iseseisev eneseabi

Astmelise mudeli baasaste on iseseisev eneseabi, kuhu on igale inimesele vaba ligipääs. Iseseisev eneseabi keskendub eelkõige vaimse tervise häirete kujunemise ja süvenemise ennetustegevustele ning lihtsamate toimetulekuoskuste õppele sümptomite leevendamiseks. Veebipõhiste eneseabimaterjalide ja soovitusetega tutvumine on anonüümne. Kui selgub, et inimene vajab kiiret sekkumist (nt suitsiidialase teema käsitlemisel), siis suunatakse ta vajaliku abini.

Lisaks jagatakse iseseisva eneseabi juures teavet selle kohta, mil moel saavad lähedased abi vajavat inimest aidata ning millised muud toetavad kogukonna tugiteenused on piirkonnas kättesaadavad (nt teemapõhised tugigrupid, kogemusnõustamine, huviringid, muud tervislikke eluviise soodustavad kogukonna algatused jne). Iseseisva eneseabini võib jõuda inimene kas ise või mõne lähedase, kolleegi, tähelepaneliku kõrvalseisja soovitusel. Baasastmele liikumiseks puuduvad piirangud ning materjale saab läbida endale sobivas tempos.

2.1.2. Seisundi hindamine

Mudeli järgmistele astmetele jõudmine toimub seisundi hindamise kaudu, mille eesmärk on abivajaduse ja sobiva mudeli astme väljaselgitamine. Ainus erand on esimene aste, kuhu võib lisaks spetsialisti suunamisele inimene ka ise pöörduda.

Esmane seisundi hindamine toimub kahes etapis. Alustuseks täidab pöörduja veebipõhise anonüümse enesekohase küsimustiku, mille kaudu saab inimene tagasisidet võimaliku abivajaduse kohta ning informatsiooni olemasolevate kogukonna tugiteenuste kohta (nt teemapõhised tugigrupid, kogemusnõustamine, huviringid, muud tervislikke eluviise soodustavad kogukonna algatused jne). Küsimustikku võib täita inimene iseseisvalt või abilise (nt lähedase, spetsialisti) toel.

Kui inimesel on küsimustiku täitmise järel soov saadud tulemusi isikustada mudeli järgmistele astmetele jõudmiseks, tuleb tal pöörduda täiendavaks hindamiseks esmatasandi perearstikeskuse, kooli- või töötervishoiu spetsialisti poole, kus langetatakse küsimustiku tulemuse, inimese seisundi ning tema eelistuste põhjal otsus talle sobiva sekkumise ja formaadi osas, lähtudes kokkulepitud suunamisalgoritmidest (vt punkt 3.2).

Abi saamiseks võib pöörduda esmatasandi perearstikeskuse, kooli- või töötervishoiu spetsialisti poole ka ilma eelnevalt enesekohast küsimustikku täitmata, kuid sel juhul tuleb küsimustik täita vastuvõttu oodates või selle ajal. Esmane seisundi hindamine on esialgu eeldus mudeli teisele, kolmandale ja neljandale astmele jõudmiseks. Küll aga hinnatakse mudeli pilootuuringu käigus potentsiaali suunata veebipõhise küsimustiku täitnud inimene tulevikus madala riski puhul mudeli teise astme teenustele automaatselt, ilma spetsialisti poolt läbi viidud eelhindamiseta. Kolmanda ja neljanda astmeni jõudmine peab olema alati eelnevalt spetsialisti poolt hinnatud otsus.

Hilisem seisundi jälgimine ja vajaduspõhine edasisuunamine toimub selle astme vastutava läbiviija poolt, kus inimene parajasti viibib ehk esimesel astmel esmatasandi perearstikeskuse, kooli- või töötervishoiu spetsialisti poolt ning hilisematel astmetel vastavate sekkumiste läbiviija või neljanda astme puhul raviarsti poolt.

2.1.3. Esimene aste – eneseabi e-kursus

Eneseabi e-kursus on suunatud inimestele, kellel on tekkinud esmased vaimse tervise häirele viitavad sümptomid ning kes soovivad õppida eneseabivõtteid sümptomite leevendamiseks. E-kursus on eelistatult transdiagnoosilistest põhimõtetest lähtuv ehk mitte konkreetse häire spetsiifiline. E-kursus koosneb struktureeritud kujul psühhohariduslikest materjalidest ja harjutustest, mida inimene saab eneseabivõtete omandamiseks iseseisvalt harjutada.

E-kursust võib alustada nii enese algatusel kui ka spetsialisti suunamisel. E-kursuse lõppedes tuleb läbida seisundi hindamine esmatasandi perearstikeskuse, kooli- või töötervishoiu spetsialisti poolt, et hinnata programmi mõju inimese enesetundele ning liikuda vajadusel täiendava abi saamiseks järgmisele astmele.

2.1.4.. Teine aste – toetatud väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised

Toetatud väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste ehk VIPSide alla kuuluvad struktureeritud, tõenduspõhised ja seisundispetsiifilised sekkumised, mis võivad olla nii veebipõhised kui ka kontaktkohtumise formaadis. Selliste sekkumiste eesmärk on tekitada muutust konkreetset häiret või seisundit alalhoidvas mehhanismis (nt kognitiiv-käitumisteraapial põhinevad lühiajalised sekkumised).

Toetatud VIPSide läbiviijateks on vastava koolituse läbinud inimesed, kelle ülesanne on jälgida ka inimese motivatsiooni ja aktiivsust muutuste elluviimisel, tema seisundit ja selle dünaamikat, vastata tekkinud küsimustele ning suunata inimene vajaduspõhiselt kokkulepitud suunamisalgoritmide alusel edasi kõrgema intensiivsusega astmetele. Sekkumiste läbiviijad peavad töötama regulaarse superviisiooni all, et vähendada läbipõlemise ohtu ning tagada kõrgema väljaõppega spetsialisti tugi keerulisemate juhtumite ja olukordade lahendamisel.

2.1.5. Kolmas aste – psühhoterapia

Psühhoterapia (sh individuaalne ja grupiterapia) on suunatud inimestele, (1) kes on esimese ja/või teise astme sekkumised juba läbinud, kuid nendest võtetest pole piisanud sümptomite leevendamiseks, või (2) kelle seisund nõuab juba esmahindamisel vaimse tervise spetsialisti regulaarset järelevalvet ja intensiivsemat sekkumist vastavalt kokkulepitud suunamisalgoritmidele (vt 3.2.).

Psühhoterapia sisu ja kestus on piiritletud vastavalt transdiagnostiliste ja häirespetsiifiliste sekkumiste raviprotokollidele ning seda viib läbi vastava kvalifikatsiooniga spetsialist. Juhul, kui psühhoterapia käigus hinnatakse vajadust komplekssema ravi järele, suunatakse inimene edasi neljandale astmele psühhiaatrilise ravi meeskonna jälgimise alla.

2.1.6. Neljas aste – kombineeritud ravi psühhiaatrilise ravi meeskonnas

Kombineeritud ravi psühhiaatrilise ravi meeskonnas on suunatud kompleksse ja/või komorbiidse seisundiga inimestele, (1) kes on esimese, teise ja/või kolmanda astme sekkumised juba läbinud, kuid nendest võtetest pole piisanud sümptomite leevendamiseks või (2) kelle seisund nõuab juba esmahindamisel pikaajalist jälgimist ja kombineeritud ravi psühhoterapiast, ravimravist ja teistest raviliikidest vastavalt kokkulepitud suunamisalgoritmidele. Neljanda astme alguses viiakse läbi psühhiaatrilise ravimeeskonna poolt põhjalik seisundi hindamine ning määratakse sobilik ravi ja diagnoos.

3. Eeltingimused mudeli edukaks rakendamiseks

3.1. Ekspertteadmiste kaasamine

Mudeli katsetamiseks vajalike tegevuste edukas elluviimine eeldab laialdast ekspertteadmiste kaasamist nii mudeli sihtrühma esindavate inimeste kui ka kliiniliste spetsialistide poolt. Selleks luuakse ettevalmistavas faasis eraldi kliiniline töörühm, kelle peamiseks ülesandeks on juhtida mudeli sisulist arendusprotsessi, sõlmida kokkulepped sobivate sekkumiste ja suunamisalgoritmide osas ning kirjeldada mudelist lähtuvad raviteekonna stsenaariumid erinevate seisundite, vanuselise jaotuse, tehnoloogilise võimekuse ja elukohaga inimestele.

Lisaks luuakse Sotsiaalministeeriumi juurde mudeli sihtrühma esindav nõuandev koda, kes annab mudelile regulaarset tagasisidet ja sisendit. Nõuandva koja loomisesse kaasatakse nii haiguskogemusega inimesed, nende lähedased kui ka valdkonnas tegutsevad vabatahtlikud. Nõuandva koja koosseisu puhul lähtutakse nii liikmete haiguskogemuse ja tehnoloogilise võimekuse mitmekesisusest kui ka nende vanuselisest ja piirkondlikust jaotusest.

3.2. Sekkumiste valik ning vastavate suunamisalgoritmide väljatöötamine

Mudeli katsetamise üheks oluliseks eeltingimuseks on mudeli astmetele sobivate sekkumiste väljavalimine ning kokkulepped nendele sekkumistele vastavate suunamisalgoritmide osas, mis võtaks arvesse ka sekkumiste piirkondlikku kättesaadavust ning selleks vajalike inimressursside olemasolu. Sekkumiste valikul lähtutakse nii tänasest kliinilisest praktikast, rahvusvahelistest soovistest kui ka 2023. aastal läbiviidud uuringu tulemustest, mis kirjeldavad täna Eestis juba kasutusel olevaid VIPSe, nende teenusmudeleid ja tõenduspõhisust. Samuti tehakse võimalusel koostööd erasektoriga nende poolt pakutavate lahenduste ja/või välismaal kasutusel olevate tõenduspõhiste sekkumiste maaletoomise osas.

Sekkumiste valik, nende kvaliteedistandardid ning vastavad suunamisalgoritmide koos erinevate raviteekonna stsenaariumitega töötatakse välja kliinilise töörühma poolt, kaasates otsustesse ka nõuandva koja liikmeid.

3.3. Kvaliteedistandardite väljatöötamine

Mudeli toimepidevuse ja pakutavate sekkumiste kvaliteedi hindamiseks tuleb välja töötada rahvusvahelistel raamistikel põhinevad kvaliteedistandardid. Kvaliteedi hindamisel tuleb lähtuda samaväärselt nii sekkumiste tõhususest ja mõjust kui ka nende turvalisusest, inimkesksusest, ligipääsetavusest, asjakohasusest kui ka integreeritusest laiemasse tervise- ja sotsiaalvaldkonna süsteemi.⁷ Esmaseid kvaliteedistandardeid valideeritakse mudeli pilootuuringu käigus ning täiendatakse hiljem vastavalt uuringu tulemustele.

⁷ World Health Organization, OECD, and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (2018). [Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage.](#)

3.4. Tehnoloogiliste funktsionaalsuste hankimine ja väljatöötamine

Astmelise abi mudeli katsetamine ja skaleerimine eeldab mitmete tehnoloogiliste funktsionaalsuste olemasolu, mida tänane süsteem võimaldab kas piiratud kujul või üldse mitte. Pikas plaanis peavad antud funktsionaalsused olema integreeritud riiklike infosüsteemide ja teiste tervishoiutöötajate poolt kasutatavate programmidega nii andmete jagamise kui ka inimeste identifitseerimise osas, kuid mudeli katsetamise käigus rakendatakse esmalt minimaalse arendusvajadusega lahendusi, mis soovitud eesmärki täidavad.

Selliste funktsionaalsuste alla kuuluvad:

- Veebipõhine (anonüümne) enesekohane sõelhindamise küsimustik esmaseks abivajaduse hindamiseks. Täpsemalt kirjeldatud punktis 2.2.2.
- Veebipõhiste eneseabi materjalide ning e-kursuse väljatöötamine ja kohandamine kergemate sümptomite leevendamiseks, mille puhul kasutatakse võimaluste piires tehisintellekti võimekust. Täpsemalt kirjeldatud punktides 2.2.1 ja 2.2.3.
- Hindamisvahendite keskkond, mis koondaks kokku nii (1) enesekohaste küsimustike tulemused, (2) sekkumiste läbiviijate poolt tehtud hindamised kui ka (3) indikaatorid abi kättesaadavuse, kvaliteedi ja osapoolte rahulolu kohta. Samuti peab hindamisvahendite keskkond võimaldama kiirelt ja muugavalt jälgida inimese seisundi muutust ajas ning jagada seda õiguste ja vajaduse põhiselt mõne teise astme sekkumise läbiviija, ravimeeskonna, superviisori, perearsti või muu seotud osapoollega.

Sobivate funktsionaalsuste hankimiseks ja väljatöötamiseks tuleb teha tihedat koostööd nii erasektori kui ka erinevate riiklike asutustega ning vajadusel taotleda lisarahastust nii riigieelarvelistest vahenditest kui ka Euroopa Liidu poolt pakutavate toetuste ja projektide kaudu (nt Riigikantselei meede avaliku sektori innovatsioonivõimekuse tõstmiseks).

3.5. Täiendkoolituste ja väljaõppe standardite väljatöötamine

Kvalifitseeritud tööjõu tagamiseks tuleb defineerida mudeli erinevate astmetega kaasnevad pädevuse standardid ning viia läbi vastavad täiendkoolitused sekkumiste läbiviijatele. Potentsiaalsete täiendkoolituste alla kuuluvad näiteks (1) baaskoolitus astmelise abi mudeliga seotud tööprotsessidest, (2) erialane koolitus hindamisvahendite ja suunamisalgoritmide kasutamisest ning selleks vajalike intervjuerimisoskuste omandamiseks, (3) spetsiifiliste sekkumiste alane koolitus VIPS praktikutele, (4) vajaduspõhine supervisiooni täiendkoolitus eri tasandil töötavatele spetsialistidele.

Pakutavad täiendkoolitused peavad olema üle-eestiliselt kättesaadavad, paindlikud täiskohaga töötavatele inimestele ning keskenduma eelkõige praktiliste oskuste omandamisele. Väljaõppe laiema leviku toetamiseks töötatakse välja digitaalsed koolitusmaterjalid, mida toetavad teemapõhised kohtumised koolitusi läbiviiva spetsialistiga. Kvalifitseeritud tööjõu tagamiseks ja väljaõppe optimeerimiseks tuleb suurendada võrgustike põhist koostööd erinevate asutuste vahel sarnaselt esmatasandi ja haiglavõrgu arengukavas seatud eesmärkidele. Näiteks olukorras, kus mõnes perearstikeskuses VIPSide võimekus puudub, tuleb luua võimalused suunata abivajaja teise keskusesse, kus see võimekus on olemas.

3.6. Pilootuuring ja mõju hindamine

Mudeli katsetamiseks viiakse läbi pilootuuring, mille eesmärk on (1) hinnata mudeli toimivust ja vastuvõetavust päriselu keskkonnas, (2) koguda tagasisidet nii pakutavate sekkumiste efektiivsuse kui ka uute tööprotsesside kohta, (3) valideerida koostatud suunamisalgoritme, (4) langetada otsus mudeli ja selle komponentide laiema skaleerimise ja/või kohandamise kohta. Pilootuuringu läbiviimiseks hangitakse eraldi uuringumeeskond, kelle ülesandeks saab olema uuringudisaini koostamine, uuringu läbiviimiseks vajalike tegevuste koordineerimine, koostööpartnerite kaasamine ning uuringu juhtimine. Uuringu lõppedes koostatakse raport koos saavutatud tulemuste ja ettepanekutega mudeli kohandamise ning laiema skaleerimise osas.

3.7. Kommunikatsiooniplaani koostamine ja juhtimine

Astmelise abi tegevuskava elluviimiseks tuleb koostada kommunikatsiooniplaan ning sõnastada selged ootused erinevatele huvirühmadele neid puudutavate tegevuste kohta nii katsetamise kui ka hilisema skaleerimise

protsessi käigus. Kommunikatsiooniplaan peab sihtrühmana katma nii teenuseosutajaid, kohalikke omavalitsusi, erinevaid eriala- ja huvikaitseorganisatsioone, koolitusasutusi, riigiasutusi kui ka teisi seotud osapooli.

3.8. Püsirahastuse tagamine mudeli skaleerimiseks

Projektipõhise rahastuse kõrval tuleb otsida varakult lahendusi mudeli skaleerimiseks vajaliku püsirahastuse tagamiseks. Täna puudub seaduslik alus, mis võimaldaks rahastada mudeli madalamatel astmetel pakutavaid sekkumisi sarnaselt teistele tervishoiuteenustele. Seetõttu on üheks mudeli laiema kasutuselevõtu eelduseks vastava õigusruumi loomine läbi tervishoiu teenuste korraldamise seaduse muutmise, mis paneks aluse nii VIPSidele suunatud rahastusmudeli tekkele kui ka nende sekkumiste reguleerimisele.

Lisaks tuleb tagada püsirahastus ka mudelit toetavate tehnoloogiliste funktsionaalsuste laiemale kasutuselevõtuks ja integreerimiseks tänaste süsteemidega, et tagada hindamisvahendite kättesaadavus ning operatiivne andmete liikumine erinevate teenuseosutajate vahel.

4. Tegevuskava elluviimine (2024-2027)

Tegevuskava elluviimine toimub etapiviisiliselt, alustades ettevalmistavatest tegevustest ja tehnoloogiliste funktsionaalsuste hankimisest ning liikudes seejärel pilootuuringu läbiviimise, selle mõju hindamise ning mudeli skaleerimiseni (Joonis 2).



Joonis 2. Tegevuskava tööplaani etapid.

4.1. Esimene etapp: ettevalmistavad tegevused

Esimeses etapis luuakse ministeeriumi juurde vajalikud ekspertteadmistega töörühmad (kirjeldatud eelnevalt punktis 3.1.), kellega koos valitakse välja mudeli astmetele sobivad sekkumised, töötatakse välja vastavad suunamisalgoritmid, kirjeldatakse raviteekonna stsenaariumid ning kvaliteedistandardid mudeli toimepidevuse hindamiseks.

Lisaks sõlmitakse ministeeriumi eestvedamisel esimeses etapis esmatasandi ja kohalike omavalitsustega kokkulepped piirkondlike tugiteenuste kaardistamiseks ning koostatakse kommunikatsiooniplaan sidusrühmade ja laiema elanikkonna teadlikkuse tõstmiseks.

» Esimese etapi kestus on jaanuar kuni detsember 2024 ning eelarve esialgne prognoos 108 000 eurot.

4.2. Teine etapp: tehnoloogiliste funktsionaalsuste hankimine ja väljatöötamine

Teise etapi elluviimiseks viiakse läbi turu-uuring olemasolevatest digilahendustest, mis võiksid potentsiaalselt mudeli katsetamiseks vajalikke funktsionaalsusi katta ning taotletakse lisarahastust vajalike hangete ja arendustööde läbiviimiseks. Tegevuste elluviimist juhib Sotsiaalministeerium koos Tervise Arengu Instituudi, Tervisekassa ning TEHIKuga. Lisaks tehakse hindamisvahendite keskkonna hankimisel tihedat koostööd vaimse tervise hindamisinstrumentide valideerimisuuringu meeskonnaga.

» Teise etapi kestus on jaanuar 2024 kuni mai 2025 ning eelarve esialgne prognoos 1 450 000 eurot.

4.3. Kolmas etapp: pilootuuring ja mõju hindamine

Kolmanda etapi raames viiakse läbi mudeli katsetamiseks vajalik pilootuuring ja mõju hindamine. Uuringu läbiviimiseks taotletakse lisarahastust vajaliku uuringumeeskonna hankimiseks, kelle ülesandeks saab olema uuringu disaini väljatöötamine, uuringuks vajalike ettevalmistuste tegemine ja uuringu sisuline läbiviimine koos mõju hindamisega (vt 3.6.). Pilootuuringu hankimist juhib Sotsiaalministeerium.

» Kolmanda etapi kestus on jaanuar 2025 kuni detsember 2026 ning eelarve esialgne prognoos 1 000 000 eurot.

4.4. Neljas etapp: mudeli skaleerimiseks vajalikud ettevalmistused

Neljas etapp keskendub mudeli skaleerimisega seotud otsuste ja ettevalmistuste tegemisele, kuhu alla kuulub nii pilootuuringu tulemuste süntees, mudeliga seotud elementide vajaduspõhine kohandamine ja mudeli skaleerimiseks vajalike eeltingimuste täitmine (sh tervishoiu teenuste korraldamise seaduse muutmise, uutele sekkumistele sobiva rahastusmudeli ja teenuskoodide väljatöötamine, riiklike süsteemidega integreeritud tehnoloogiliste funktsionaalsuste tagamine jne). Mudeli skaleerimist ja selleks vajalikke ettevalmistusi juhib Sotsiaalministeerium koostöös oma haldusala asutuste ja sidusrühmadega.

» Neljas etapp algab 2024. aastal tervishoiu teenuste korraldamise seaduse eelnõu koostamisega ning kestab 2027. aastani. Eelarve sõltub varasemates etappides tehtud otsustest ning esialgne prognoos puudub.

