

Vaimse tervise astmeline abi

Protsessianalüüs

Sisukord

Sissejuhatus	3
Taust	3
Lühendid ja mõisted	4
Metoodika	4
Hetkeolukorra analüüs	5
Täna sed võimalused psühholoogilise abi saamiseks	5
Puudused täna ses süsteemis	5
Väheintentsiivsed psühholoogilised sekkumised (VIPSid)	6
Seotud osapooled/teenuse pakkujad ja nende rollid	7
Hindamisvahendid ja sekkumised	8
Õigusruumi analüüs	9
Rahvusvahelise praktika ülevaade	10
Inglismaa	10
Belgia	11
Soome	11
Andmed	13
Andmete koosseis ja liikumine	13
Klassifikaatorid ja standardid	14
TO-BE lahendus	16
Keskne protsess	16
Baasaste – iseseisev eneseabi	17
Esimene (1) aste – eneseabi e-kursus/digitaalsed rakendused	17
Teine (2) aste – toetatud väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised	18
Kolmas (3) aste – psühhoteraapia	18
Neljas (4) aste – kombineeritud ravi psühhiaatrilise ravi meeskonnas	18
Seisundi hindamine ja liikumine astmete vahel	19
Kasutajaliides ja võimalikud keskkonnad	20
Tervisemurega inimese teekond	20
Esmase hindamine	20
Spetsialisti teekond	24
VIPS spetsialisti teekond	24

Tervishoiutöötaja teekond	25
Süsteemi eeldused ja nõuded	25
<i>Kokkuvõte, järeldused ja ettepanekud.....</i>	<i>27</i>
Järeldused	27
Ettepanekud.....	27
<i>Kasutatud allikad</i>	<i>29</i>

Sissejuhatus

Taust

Viimastel aastatel läbi viidud uuringud viitavad 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.¹ Vaimse tervise teenuste kättesaadavus ja kvaliteet on piirkondlikult killustatud ja rõhuasetusega eriarstiabile. Spetsialistide koguhulk on väike, mis põhjustab ravijärjekorra kuude pikkuseks venimist ja raskendab abi kättesaadavust.^{2,3}

Olukorra leevendamiseks on vajalik vaimse tervise teenuste süsteemne ümber korraldamine, kasutades aega ja ressursse säästvad varajase abi võimalusi.⁴ Mitmetes välisriikides on selleks kasutusele võetud astmelise abi (inglise keeles: *stepped care*) põhimõtted. Välisriikide kogemusel aitab sellise süsteemi kasutuselevõtt parandada vaimse tervise mure korral kiire abi kättesaadavust, ennetada probleemide süvenemist ning vähendada pikemas perspektiivis patsientide juurdevoolu eriarstiasse.⁵

Astmelise abi kohaselt pakutakse inimesele **minimaalse intensiivsusega** teenust, mis on tema **seisundile tõendatud efektiivsusega**. Selleks võib olla näiteks iseseisev või juhendatud eneseabiõppimise, digitaliseeritud ja/või juhendatud psühholoogilised sekkumised või muud **väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised** (edaspidi VIPS). VIPS ei pea läbi viima tingimata vaimse tervise spetsialisti, vaid selleks vastava väljaõppe läbinud inimene. Abimeetmete pakkumine ja liikumine mudeli astmetel põhineb seisundi hindamisele.

Eestile sobiva astmelise abi mudeli väljatöötamiseks kutsus Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise osakond kokku valdkonna ekspertidest koosneva töörühma. Töörühma töö tulemusel valmis astmelise abi tegevuskava.⁶ Mudeli järkjärguliseks rakendamiseks töötati Sotsiaalministeeriumi poolt kokku kutsutud kliinilise töörühma poolt välja astmelise abi miinimummudel. Miinimummudel kirjeldab esimese ja teise astme hindamisvahendid, VIPS spetsialistide pädevused ja väljaõppe ning VIPS kriteeriumid.

Astmelise abi laialdaselt ja kulutõhusalt kättesaadavaks muutmine vajab muu hulgas selleks sobivaid digitaalseid lahendusi, mis:

- võimaldaksid hinnata seisundit ühtsete ja võrreldavate standardite põhjal;
- võimaldaksid hinnata sekkumiste tulemusi ja seisundi dünaamikat;
- anda ülevaade toimunud sekkumistest nii teenusesaajale kui –osutajale (spetsialisti märkmed ja tagasiside, (digi)sekkumiste progress);
- hõlbustada koostööd spetsialistide vahel (tervishoiutöötajad ja mitte tervishoiutöötajad);
- automatiseerida teekonna koordineerimine (suunamised, info jagamine spetsialistilt spetsialistile);
- parandada teenuste kättesaadavust.

Lühendid ja mõisted

VIPS	Väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised
TAI	Tervise Arengu Instituut
TIS	Tervise Infosüsteem
TTKS	Tervishoiuteenuste korraldamise seadus
TP	Terviseportaal
TJT	Tervisejuhtimise töölaud
IAPT	<i>Improving Access to Psychological Therapies</i> programm (Inglismaa astmelise abi programmi nimi)
KKT	Kognitiiv-käitumuslik teraapia

Metoodika

Analüüs põhineb dokumentatsiooni ülevaatel ja rahvusvahelise praktika analüüsil. Fookuses on praeguse olukorra, õigusruumi, sihtrühmade vajaduste ning tulevikulahenduste kaardistamine.

Hetkeolukorra analüüs

Tänaõsed võimalused psühholoogilise abi saamiseks

Kergemate vaimse tervise sümptomite leevendamiseks ja ennetuseks puuduvad täna riiklikult pakutavad lahendused.⁸ Riiklikult pakutavad abivõimalused on kaldu eriarstiabi poole, kus abi saamiseks pöörduakse peamiselt vaimse tervise õe, perearsti või psühhiaatri vastuvõtule. Abini jõutakse ka läbi EMO (erakorralise meditsiini osakond) või muu eriarsti.⁷ Üldjuhu puutub inimene diagnoosi asjus edaspidi kokku spetsialistiga, kes teda diagnoosis ehk puudub süsteemne suunamine spetsialistide vahel.⁷ Alates 2017. aastast on perearstil võimalik kasutada e-konsultatsiooni psühhiaatriga, kuid selle võimaluse kasutamine jääb depressiooni raviteekonna kaardistuse raporti hinnangul suurusjärku üks sajast.⁷ Samuti puuduvad ühtselt kokkulepitud standardid, mille alusel seisundit hinnata ja patsienti suunata erinevate spetsialistide või sekkumisteni.

Psühholoogilist abi osutavad Eestis vaimse tervise õed, kliinilised psühholoogid ja psühhiaatrid, kelle pädevused ja/või kutsestandardid on riiklikult reguleeritud.⁸ Samas toob Eestis kasutatavate väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste ülevaade (edaspidi VIPSide ülevaade)⁸ välja mitmeid tervishoiusüsteemi väliseid psühholoogilise abi pakkujaid, kelle pädevused ei vasta riiklikult reguleeritud standarditele, sh kutseta psühholoogid, nõustajad, erinevad terapeudid, superviisorid jne. Kutsete jagunemine erinevate erialade vahel on killustatud ja tekitab probleeme nii teenuseosutajatele kui ka -saajatele, sest on ebaselge, milliseid teenuseid nad pakkuda saavad.⁸ Samuti on hindamata enamuste sekkumiste efektiivsus ning abi saamine ei ole riiklikult rahastatud. Riikliku rahastuse puudumise tõttu võivad majanduslikult vähem kindlustatud abivajajad jääda ilma õigeaegsest sekkumisest. Mitmete VIPSide, mis ei täna kvalifitseeru tervishoiuteenusteks, rahastus on projektipõhine. Projektipõhine rahastus ohustab nende teenuste jätkusuutlikkust.

Peamised probleemid:

- **Killustatus ja keerukad raviteekonnad:** Patsiendid ei tea, kuhu pöörduda, mis põhjustab viivitusi ja tõrkeid abisaamises. Puudub sujuv ja selge suunamisprotsess.
- **Piirkondlikud erinevused:** Teenuste kvaliteet ja kättesaadavus varieeruvad oluliselt, eriti maapiirkondades. Ressursside jaotus on ebaühtlane.
- **Ebapiisav ressursside kasutus:** Vaimse tervise spetsialistide vähesus koormab süsteemi ja pikendab ravijärjekordi. Puuduvad tõhusad digitaalsed lahendused protsesside optimeerimiseks.
- **Tõenduspõhiste sekkumiste piiratud rakendamine:** Ei ole piisavalt standardiseeritud hindamisvahendeid ega tõenduspõhiseid sekkumisi, mis vastaksid patsientide vajadustele.

Puudused tänaõses süsteemis

Alljärgnev ülevaade põhineb „Depressiooniga tööealise inimese raviteekond – kaardistamise ja analüüsi tulemused” raportil, mis käsitleb küll ainult depressiooni raviteekonda, kuid samaväärsed probleemid esinevad ka teiste psühhiaatriliste haiguste raviteekondades, sh ärevushäirete ravimisel. Meeleolu- ja ärevushäirete raviteekond (MÄRT) on 2025 jaanuari

seisuga arendamisel ja osalemas Tervisekassa kiirendiprogrammis. MÄRT teekond on osa astmelise vaimse tervise abi süsteemist, paigutudes 3. ja 4. astmele.

Depressiooni raviteekonna kaardistuses on puudusena välja toodud vaimse tervise probleemide ravimisel ühtse käsitlese puudumine Eestis.⁷ Selle tõttu on saadav abi erineva tasemega ning õige abini jõudmine raskendatud.

Depressiooni raviteekonna kaardistusel kasutatud persoonade näitel on kitsaskohtadeks:

- Raviteekondade killustatus ja keerulisus;
- Koostöö ja selge rollijaotuse puudumine;
- Inimkesksuse puudumine;
- Kodu- ja kogukonnateenuste sekkumisvõimaluste vähesus.

Persoonade näitel määratakse või soovitatakse patsiendile erinevaid ravivõimalusi kas perearsti või psühholoogi poolt. Sageli puuduvad tegevused tagasilanguse ennetamiseks ja raviteekond ei ole jälgitav – puudub ühtne standard hindamiseks ja dünaamika jälgimiseks, hindamisvahendeid kasutatakse erinevalt ning kõik info ei jõua TISi, sest osa spetsialiste ei tegutse tänases tervishoiusüsteemis. Selle tõttu on ravi katkendlik ja seisundi parandamisega tegelevad erinevad spetsialistid omamata kõikehõlmavat ülevaadet eelnevatest tegevustest, puudub koordineerija.

Arsti poolt määratakse mõningatel juhtudel psühholoogi vastuvõtt, kuid parameetrid vastuvõtu määramiseks ei ole standardiseeritud ning üheselt arusaadavad. Samuti võib sobiva spetsialisti leidmine või spetsialisti vastuvõtule pääsemine olla raskendatud – põhjusteks võib olla muu seas asukoht ja ligipääsetavus, keelebarjäär, teenuse kõrge hind ja pikad ootejärjekorrad. Tervisekassa rahastusega on võimalik patsiendil saatekirja alusel pöörduda koostööpartnerist kliinilise psühholoogi vastuvõtule, kuid sageli kasutatakse tervishoiusüsteemist välja jäävaid spetsialiste ja sekkumisi (nt psühholoog-nõustaja, kutseta psühholoogid jne). Kliinilise psühholoogi teenus on rahastatud Tervisekassa hinnakirja alusel ja ei pruugi olla alati piisav, et katta vastuvõtu tasu – vajalik võib olla ka patsiendi omaosalus.

Vaimse tervise häired esinevad sageli episoodiliselt, kuid pikkade ravijärjekordade tõttu ei pruugi abivajaja jõuda õigel hetkel spetsialisti juurde. Depressiooni raviteekonna andmetel on 37% inimestest korduvad depressiooni episoodid. Juhul, kui inimene jõuab arsti vastuvõtule perioodil, mil vaimse tervise häiret ei esine, ei alustata ravi. Samal ajal on oht uueks episoodiks, mille vältimiseks saaks kasutada ennetus- või väheintensiivse sekkumisega meetmeid. Kergemate vaimse tervise sümptomite leevendamiseks ja ennetuseks puuduvad täna riiklikult pakutavad lahendused.

Väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised (VIPSid)

VIPSid on psühholoogilised sekkumised, mille eesmärk on pakkuda varast, väheintensiivset ja operatiivset abi. VIPSe pakuvad eriväljaõppe saanud spetsialistid. VIPS spetsialistide pädevused ja väljaõpe on kirjeldatud astmelise abi miinimummudelil. VIPSide all peetakse silmas lühendatud psühhoteraapia vorme, juhendatud eneseabi ja digisekkumisi. Eesmärk on

suurendada tõendus põhise ja seisundile efektiivse vaimse tervise abi kättesaadavust, kasutades minimaalseid ressursse nii teenusekasutaja kui teenuse perspektiivist. VIPSid on mõeldud enamlevinud, kerge kuni mõõdukate, vaimse tervise probleemide ennetamiseks, leevendamiseks ja seisundi halvenemise ärahoidmiseks.

Ressursisäästlik lähenemine teenib nii teenusepakkuja kui –saaja huve. Ressursse säästvate lahenduste kasutamine on kulutõhus nii riigile kui teenusepakkujale, kuid vähem oluline ei ole siinjuures ka teenusesaaja kiirem ja tõhusam sümptomite leevendus. Hetke seisuga riiklikult VIPSe abivajajale ei pakuta, kuid 2024. aasta algusest on TAI alustanud kahe tõendus põhise sekkumise välja töötamist ja kohandamist. VIPSide riiklikul tasandil pakkumise jaoks on Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise osakonna juhtimisel, koostöös kliinilistest ekspertidest koosneva töörühmaga, töötatud välja vaimse tervise astmelise abi miinimummudel, mis on aluseks VIPS teenuste ja nende pakkujate jaoks standardite loomist. Standardiseeritud lähenemine võimaldab selgelt mõõta ja hinnata sekkumiste mõju ning tagada ühtne kvaliteet. Täna on turul mitmeid VIPSide pakkujaid, kuid puudub ühtne standard.

Täna ei ole VIPS pakkujad TTKSis reguleeritud. Hetkel on Sotsiaalministeeriumis töös TTKSi muudatuste eelnõu, mis võimaldaks tulevikus ka vastava kvalifikatsiooniga spetsialistidel pakkuda VIPSe tervishoiu-/ennetusteenustena. Muudatused võimaldavad tulevikus VIPSide pakkujatele õiguspäraselt ligipääsu teenuse pakkumiseks vajalikele terviseandmetele ja tagada riiklik rahastus.

Seotud osapooled/teenuse pakkujad ja nende rollid

Teenusesaaja/patsient – vaimse tervise abi teenuseid vajav inimene. Täna sed võimalused abi saamiseks on pöördumine perearsti, vaimse tervise õe, psühhiaatri, muu eriarsti või tervishoiusüsteemi välise pakkuja poole. Seisundi hindamine ja jälgimine ei ole ühtlustatud. Teenusesaajale on oluline omada ülevaadet oma vaimse tervisega seonduvatest tegevustest, lihtsustada sobivate sekkumisvõimaluste leidmist ja saada vastuvõttudega/sekkumistega seotud informatsiooni (meeldetuletused, kohtumisele eelnevad tegevused jne).

Tervishoiutöötajad – vaimse tervise teenuseid pakkuvad töötajad tervishoiusüsteemis (arstid, vaimse tervise õed ja kliinilised psühholoogid). Tervishoiutöötajatele on vajalik muuta kättesaadavaks raviteekonna ajalugu – info eelnevate seisundi hindamiste ja sekkumiste kohta.

VIPSide pakkujad – vähe intensiivsete psühholoogiliste sekkumiste pakkujad, kes ei ole tervishoiutöötajad. Täna pakuvad teenuseid väljaspool tervishoiusüsteemi. Kliendiga tehtud tegevused ei ole tervishoiutöötajale jälgitavad. Puudub riiklik rahastus teenuste pakkumiseks, mis ohustab jätkusuutlikkust. Teenuse hinnad võivad olla kõrged, mille tõttu ei ole need kättesaadavad majanduslikult vähem kindlustatud inimestele. Samuti esineb piirkondlikku ebavõrdsust, kus teenused on kättesaadavad vaid suuremates keskustes.

Hindamisvahendid ja sekkumised

Eestis on kasutusel erinevad vaimse tervise hindamiseks mõeldud küsimustikud, mis ei ole digitaliseeritud. Mitmed kasutatavad küsimustikud on Eestile valideerimata või osaliselt valideeritud. Tervisekassa eestvedamisel on valideerimisel hindamisinstrumendid, mida hakatakse tulevikus mudelis kasutama, valideerimisprojekti tähtaeg on 2025 aasta lõpp. Vaimse tervise astmelise abi kliiniline töögrupp on välja töötanud esimese ja teise astme hindamisvahendid, milles kasutatavad instrumendid on valideerimisel eelpool nimetatud projekti raames.

Digilahendused

Täna ei ole riiklikult valmidust pakkuda digitaalselt vaimse tervise teenuseid astmelise abi põhimõttel. TP-s ja TJT-s on käimas arendused kajastamiseks diagnoose ja ravimravi skeemi, kuid puuduvad vahendid seisundi hindamiseks ja jälgimiseks ühtsetel põhimõtetel. Samuti puudub võimalus potentsiaalsetele VIPSide pakkujatele tagada vajaduspõhiselt ligipääs inimese andmetele, seega ei saa teenusepakkujad asjakohaseid andmeid näha ega lisada – kirjeldatud funktsionaalsuse olulisus on aktuaalne terve raviteekonna vältel (sh eriarstistasand) ja rehabilitatsiooniteenuste arendamisel. Osadel mitteriiklikel VIPSidel on olemas digitaalsed platvormid, millele on ligipääs vaid teenuse pakkujale ja -saajale, tulevikus soovime integreerida ka mitteriiklikud, tõenduspõhised VIPSid astmelise abi süsteemi. See võimaldaks mitmekesisemat sekkumiste valikut ja paremat teenuse kättesaadavust. Tervishoiusüsteemi väliste sekkumiste info täna TISis ei kajastu, kuid efektiivse raviteekonna vaatest on see info vajalik. Tabelis 2 on ülevaade tervishoiusüsteemi osapoolte hetkeolukorrast.

Osapool/teenus	Kirjeldus	Tänapäevane olukord
Tervishoiutöötajad	Perearst, psühhiaater, muu eriarst, kliiniline psühholoog, vaimse tervise õde	Kvalifikatsiooninõuded on kirjeldatud, vastuvõtule pääseb ilma saatekirjata (va kliiniline psühholoog Tervisekassa rahastusega), diagnoosid ja retseptiravimid kajastatud riiklikus infosüsteemis.
VIPS pakkujad	VIPS pakkujad, kes ei ole tervishoiutöötajad (kutseta psühholoogid, muu väljaõppe saanud spetsialistid)	VIPSi ja selle pakkuja standardid on reguleerimata; riiklikus tervishoiusüsteemis VIPSe ei pakuta. Andmete kogumine inimese seisundi ja sekkumise kohta puuduvad riiklikus infosüsteemis.
Hindamisvahendid	Vahendid, mida kasutatakse inimese vaimse tervise seisundi hindamiseks.	Puudub täielik ülevaade, millised hindamisvahendid on valideeritud ja mida spetsialistid kasutavad. Valideerimist viiakse läbi enamasti akadeemiliste uurimistööde raames. Hindamisvahendid ei ole digitaliseeritud ja tulemused ei ole võrreldaval kujul talletatud ega taasesitatavad.

TABEL 1 HETKEOLUKORD TERVISHOIUSÜSTEEMI VAATEST

Õigusruumi analüüs

TTKS sätestab tervishoiuteenuste osutamise korralduse, juhtimise ja järelvalve korra. Astmelise abi kontekstis on oluline, et seadus looks aluse VIPSide pakkumiseks tervishoiusüsteemis. TTKS § 2 määratleb tervishoiuteenuse tervishoiutöötaja tegevusena, mis võib olla suunatud ennetamiseks, diagnoosimiseks, ravimiseks või vaevuste leevendamiseks.

Tervishoiutöötajana määratleb TTKS (§ 3):

- Terviseametis registreeritud arsti, hambaarsti, õde ja ämmaemanda;
- Üld- või haiglaapteegis apteegiteenust osutavad proviisor ja farmatseut;
- Tervishoiutöötaja on võrdsustatud ravi osutav ja tervishoiukorralduse infosüsteemis registreeritud füsioterapeut, kliiniline psühholoog ja logopeed.

Vaimse tervise astmelise abi VIPS teenuste pakkumiseks riiklikul tasandil on Sotsiaalinisteriumis käesolevalt töös TTKSi muudatuste eelnõu, mille osa on VIPS teenuste ja VIPSi pakkuvate spetsialistide defineerimine TTKSis. Nimetatud muudatused loovad ka võimaluse teenuste rahastamiseks.

Rahvusvahelise praktika ülevaade

Alljärgnevad ülevaated põhinevad "[Madala intensiivsusega psühholoogiliste sekkumiste ja rakendusmodelite analüüs ja soovitused Eestile](#)" raportile.⁵

Inglismaa

Inglismaa on astmelise psühholoogilise abi pakkumisel Euroopas esirinnas, olles integreerinud madala intensiivsusega tõenduspõhised psühholoogilised sekkumised riiklikku tervishoiusüsteemi (*National Health Services, NHS*). Depressioon ja ärevushäired, mis koormavad oluliselt indiviide, ühiskonda ja majandust, moodustavad programmi peamise sihtgrupi. Nende häiretega seotud kulud moodustavad hinnanguliselt 4–5% riigi SKP-st, mõjutades töövõimekust, haridust ja tervishoiukulud. 2008. aastal käivitatud **IAPT** programmi eesmärk on tagada kvaliteetne ja kättesaadav psühholoogiline abi:

- Suurendada tõenduspõhiste psühholoogiliste sekkumiste kättesaadavust.
- Tagada teraapiate kvaliteet, tõhusus ja kulutõhusus.
- Võimaldada pidevat teenuste mõju ja tulemuslikkuse jälgimist.

IAPT mudel põhineb astmelisel lähenemisel:

- **Madala intensiivsusega sekkumised:** juhendatud eneseabi, digiteraapia ja KKT-põhised lühisekkumised.
- **Kõrgema intensiivsusega sekkumised:** pikemaajalised ja intensiivsemad KKT-põhised teraapiad ning muud tõenduspõhised teraapiad.

Mudelis kasutatakse „*hub-and-spoke*“ lähenemist, kus keskne administratiivüksus (*hub*) koordineerib kohaliku teenuste osutamist piirkondlikes keskustes (*spokes*), mis asuvad patsiendile lähemal. Teraapiate pakkumine põhineb NICE-standarditel (*National Institute for Care Excellence*), mis määravad sekkumiste kvaliteedi ja tõenduspõhisuse.

Teenuste osutamine ja hindamine:

- Esmase hindamise käigus määratakse inimese probleemide tõsidus ja sobiv teraapiatase.
- Teenuste efektiivsust mõõdetakse regulaarselt läbi kliiniliste mõõdikute (GAD-7, PHQ-9 jne).
- Patsientidel on võimalik valida endale sobivaim teraapiavorm.
- Teenust osutavad IAPT praktikud (madala intensiivsusega sekkumised) ja KKT terapeudid (kõrgema intensiivsusega sekkumised) läbivad spetsiaalse väljaõppe.

2022. aastal jõudis 50,2% IAPT teenusesaajatest kliiniliselt määratletud paranemiseni. KKT-põhised sekkumised moodustavad 72,7% teraapiatest ja näitavad parimaid tulemusi. Teenuse kaudu paranenud töövõime ja vähenevad tervishoiukulud on üks programmi peamised edutegureid. Süsteemne andmekogumine ja analüüs on olnud programmi oluline osa, võimaldades teenuste kvaliteedi pidevat jälgimist ja parendamist.

Vaatamata edusammudele tuuakse kitsaskohana välja komorbiidsuse ja somaatiliste haigustega mitte arvestamise, mille tõttu jääb osa abivajajatest süsteemist välja. Probleemiks on olnud ka füüsilise ruumi nappus, spetsialistide suurenev töökoormus ja digilahenduste kasutamise kasv, mis ei sobi patsientidele, kel puudub digipädevus või vajalikud seadmed.

Belgia

Belgia vaimse tervise reformi (Artikkel 107) ajendasid probleemid, mis tulenesid killustunud tervishoiusüsteemist, kus vastutus jagunes föderaal- ja regioonitasandi vahel. Süsteem oli keerukas, aeglane ja ebaefektiivne, pakkudes peamiselt statsionaarseid lahendusi, mis ei vastanud patsientide vajadustele. Suur hospitaliseerimiste määr ja piiratud kogukonnapõhised teenused tõid esile vajaduse muuta vaimse tervise süsteem patsiendikeskseks ja kogukonnapõhiseks, vähendades samal ajal eriarstiabi koormust.

Reformi eesmärgiks oli muuta vaimse tervise abi süsteem võrgustikupõhiseks, st süsteemi deinstitutionaliseerida ja toetada inimesi juba kogukondlikul tasemel, mitte ainult haiglates. Reformi loomisel võeti eeskujuks mudelid Ühendkuningriigist, Hollandist, Itaaliast ja teistest riikidest. Reformi tulemusel loodi üleriigiline võrgustik, mis liitis olemasolevad kohalikud üksused, vaimse tervise teemadega tegelevad MTÜd, (ravi)asutused, vaimse tervise meeskonnad haiglates ja ka erasektoris töötavad professionaalid.

Praktikas töötab süsteem läbi interdistsiplinaarse võrgustiku, kus patsient saab abi kas ise pöördudes või perearsti suunamisel. Akrediteeritud teenusepakkujad tagavad kvaliteetse ravi, mida toetab regulaarselt uuendatav andmebaas. Lisaks on rõhk psühhoharimisel ja vähese intensiivsusega sekkumistel, nagu tugigrupid ja veebinõustamine. Patsientide tagasisidet ja kogemusi kasutatakse süsteemi pidevaks täiustamiseks.

Reformi tulemusel on psühhiaatriaiglate voodikohtade arv on vähenenud, hospitaliseerimised on lühemad ja patsientide rahulolu kogukonnapõhiste teenustega on suurenenud. Samuti on langenud suitsiidimäär, kuigi täpseid tulemusi mõjutavad mitmed tegurid. Uue süsteemi üks suurimaid saavutusi on olnud madala intensiivsusega sekkumiste kättesaadavuse ja mitmekesisuse parandamine, mis aitab vähendada esmatasandi teenuste koormust ja lühendab ooteaegu.

Kuigi reform on toonud olulisi parandusi, on esinenud ka väljakutseid, nagu infovahetuse ja ühtsete standardite puudumine eri regioonide vahel ning skeptitsism spetsialistide ja patsientide seas. Belgia kogemus on siiski hea näide sellest, kuidas kogukonnapõhised lahendused ja interdistsiplinaarne koostöö võivad muuta vaimse tervise süsteemi kättesaadavamaks, tõhusamaks ja patsientidele sobivamaks.

Soome

Soome vaimse tervise teenuste reformi ajendas vaimse tervise probleemide levik ja nende mõju, sealhulgas töövõimetustoetuste kasvu ja töölt puudunud päevade suurenemist. Põhieesmärk oli parandada teenuste kättesaadavust ja vähendada sotsiaal-majanduslikku kahju, keskendudes integreeritud ja tõenduspõhisele astmelisele abile.

Soome astmelise vaimse tervise abi mudel on üles ehitatud viiele astmele:

- **0. aste:** digitaalsed eneseabiprogrammid, mis on kättesaadavad anonüümselt ja tasuta.
- **1. aste:** 1–3 seansi juhendatud eneseabi spetsialisti toel – nõustamine, online-teraapiad, grupiteraapiad, lühikesed pere- ja paarisekkumised.
- **2. aste:** kognitiivne lühi-/eesliiniteraapia, interpersonaalne psühhoteraapia, omaksvõtmise ja pühendumise teraapia.
- **3. aste:** lühikesed psühhoteraapiad, isiksusehäirete ravi, kroonilise või korduva depressiooni ravi, suunatud psühholoogilised sekkumised. Põhjalikum ravi mõõduka kuni raske seisundiga patsientidele, hõlmates spetsialiseerunud terapeute ja põhjalikumaid meetodeid.
- **4. aste:** spetsialiseerunud psühhiaatriline abi, Intensiivne ravi raskete ja krooniliste seisundite korral, sealhulgas rehabilitatsioon ja multidistsiplinaarne meeskonnatöö.

Mudeli rakendamine tugineb digitaalsele infrastruktuurile ja spetsialistide koolitusele. Soomes on loodud vaimse tervise portaali alajaotused nii patsientidele kui ka spetsialistidele, pakkudes ressursse ja tööriistu. Teraapiavaliku algoritmid aitavad esmatasandi arste, suunates patsiendid sobivatele sekkumistele. Rahastus põhineb maksurahal ja fikseeritud pearahal, mis tagab jätkusuutliku toimimise.

Astmelise abi mudel on parandanud abi kättesaadavust, eriti kergete ja mõõdukate vaimse tervise häirete korral. Online-teraapiad on näidanud positiivseid tulemusi – 98% kasutajatest soovitaks neid teisteni ja sümptomite leevenemine ulatub kuni 61%-ni ärevushäirete ja 53%-ni depressiooni puhul. Mudel on võimaldanud vähendada hospitaliseerimiste arvu ja suurendada taastumise võimalusi kogukonnapõhiste lahenduste kaudu. Digitaalse infrastruktuuri olemasolu ja spetsialistide paindlik väljaõpe on võimaldanud süsteemi kiiremat laienemist ja kohanemist.

Andmed

Astmelise abi selgrooks on seisundipõhiselt optimaalse sekkumise kasutamine. Selle jaoks on vajalik, et andmed seisundi hindamisest ja sekkumistest jõuaksid vajalike osapoolteni. Andmete alla kuuluvad hetkel teadaolevalt hindamistulemused, sekkumiste progress ja spetsialisti poolt tehtavad märkmed, mis on olulised edasiste sammude koordineerimiseks. Esimestel astmetel (1. ja 2. aste) on vaja teatud andmed kättesaadavaks muuta rollipõhiselt ka mittetervishoiutöötajale, kes vastab VIPS pakkuja kvalifikatsiooni nõuetele. Andmete nägemine ja lisamine peab olema piiratud vastavalt spetsialisti rollile. Kõrgematel astmetel on andmetele ligipääs vajalik tervishoiutöötajatele, sh andmetele, mis on kogutud esimestel astmetel – andmete olemasolu võimaldab tervishoiutöötajal teha informeeritud raviotsuseid ja patsiendi vaatest on vähem dubleerivaid tegevusi, samuti võimaldab see lähenemine kasutada samu hindamisinstrumente, mis on oluline dünaamika jälgimisel.

Ülevaade oma terviseseisundist peab olema nähtav ka inimesele endale – hindamised, seisundi muutus ajas ja läbitud sekkumised.

Lisaks hindamistulemustele on vajalik ülevaade ka sekkumiste läbimisest ja nende mõjust – see annab ülevaate, mis sekkumised on olnud mõjusad ja aitab vältida olukorda, kus inimene jääb nõ kinni tema jaoks mitesobivale sekkumisele. Tegevused mudeli astmetel on sisendiks suunamisele – kõrgemale astmele liigutakse juhul, kui madalama astme sekkumised ei ole toonud oodatavat tulemust.

Digitaalsed sekkumised, näiteks e-kursused, ei pruugi olla riikliku infosüsteemi osa, kuid teekonna jälgimiseks ja täieliku ülevaate saamiseks on tõenäoliselt vajalik andmevahetus väliste keskkondadega (näiteks Digiriigi Akadeemia aga tulevikus ka teised teenusepakkujad, platvormid). Vajalikud andmed ei ole täna defineeritud, kuid hetkel teadaolevalt on tarvilik omada ülevaadet sekkumise läbimise progressist (alustamine, läbimine ja lõpetamine).

Andmete koosseis ja liikumine

Vajalik kaardistada koostöös TEHIKuga, esialgsed mõtted:

VIPSide andmed:

- VIPS teenuste loetelu
- VIPS teenuse sihitatus (inimese murekoht - alanenud meeleolu, ärevushäire sümptomid)
- Seosed VIPS spetsialistide ja pakutavate sekkumiste vahel – kellel on pädevus konkreetset sekkumist läbi viia
- Seosed VIPSi ja seda läbiva tervisemurega inimese vahel

VIPS spetsialistide andmed:

- Isikuandmed
- Roll

- Rolli staatus
- Pakutavad VIPS sekkumised
- Seos spetsialisti ja tervisemurega inimese vahel

Tervisemurega inimese andmed:

- Isikuandmed
- Määratud mudeli aste
- Viited sekkumiste ajaloole
- Viide aktiivsele sekkumisele
- Viited läbitud hindamiste tulemustele
- Seos VIPS spetsialistiga
- Spetsialisti märkmed

Hindamisvahendid:

- Instrumendid (PHQ-2, PHQ-9, GAD-2, GAD-7, WHO-5, KIDSCREEN-10, MOS-SSS, WSAS, NIDA, S2BI jne)
- Küsimused
- Vastusevariandid
- Äralõikepunktid

Instrument:

- Tüüp/nimetus
- Küsimused
- Vastusevariandid
- Äralõikepunktid

Läbitud hindamised:

- Hindamisvahend
- Tulemused
- Seotud isik
- Kuupäev

Sekkumiste ajalugu:

- Sekkumise tüüp
- Algusaeg
- Lõpetamise aeg
- Progress
- Viimaste tegevuse toimumise aeg
- Hinnang tulemusele/staatus

Klassifikaatorid ja standardid

Vajalik kaardistada koostöös TEHIKuga.

TO-BE lahendus

Keskne protsess

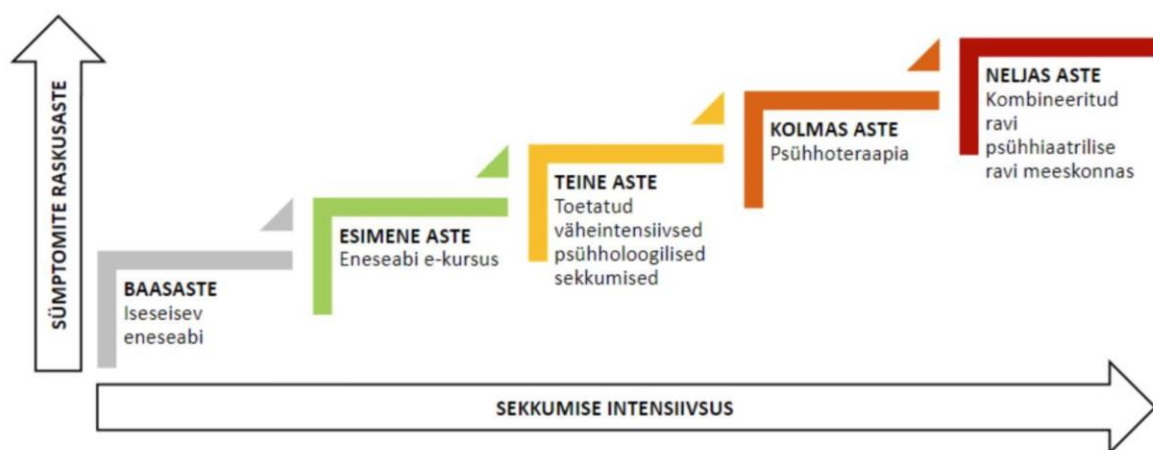
Eesmärgiks on rakendada astmelise abi põhimõtteid vaimse tervise teenuste pakkumisel. Astmelise abi põhimõtte järgi alustatakse vaimse tervise probleemide lahendamist vähem intensiivsetest sekkumistest, mille tõhusus seisundi parandamiseks on **optimaalne**. Eestile kohandatud mudel koosneb neljast astmest, millele eelneb baastasemel iseseisev eneseabi (Joonis 1). Iga järgneva astme sekkumised on kõrgema intensiivsusega ja viiakse läbi vastava väljaõppe saanud spetsialisti poolt.

Astmeline abi lähtub *stepped-care* põhimõttest ehk vaimse tervise probleemi ilmnemisel alustab tervisemurega inimene mudeli madalamast astmest, liikudes vajadusepõhiselt edasi. Astmelises abis osutatakse esmalt kõige väiksema intensiivsusega sekkumist või abi, jälgitakse teenusesaaja seisundit ning suunatakse vastavalt vajadusele intensiivsemate (või ka tagasi väiksema intensiivsusega) sekkumisteni. Täpsed suunamisalgoritmid on välja töötamisel 2025 I poolaastal.

Astmeline abi ei ole sobiv inimestele, kelle seisund viitab kõrge riski või raskekujuliste häirete olemasolule. Sellisel juhul esitatakse inimestele käitumissoovitused õige abini jõudmiseks. Kõrge riski alla kuuluvad inimesed, kellel on kõrge suitsiidi- või psühhoosirisk, psühhoos, traumaatiline kogemus, raskekujuline depressiooni ja ärevushäirete, söömishäirete, sõltuvushäirete jne sümptomaatika (kõrge riski kriteeriumid on täpsustamisel).

Astmelise abi fookuses on aidata tervisemurega inimesi, kel esinevad alanenud meeleolu ja ärevushäirete sümptomid. Sümptomite esinemise tuvastamiseks kasutatakse mudelisse sisenemisel **esimese astme hindamist** ehk **sõelhindamist**. Astme läbimisel viiakse läbi **järelhindamine**, mis annab võrreldavad tulemused mõju hindamiseks ja dünaamika jälgimiseks. **Järelhindamine sekkumise järel viiakse läbi sama küsimustikku kasutades, mida inimene läbis enne sekkumisega alustamist.**

Esimestel astmetel kasutatakse eelistatult digitaalseid sekkumisi (*digital first* printsiip), mis vähendab inimressursi vajadust ja suurendab ligipääsetavust sõltumata piirkonnast. Asjakohaseid alternatiive pakutakse inimestele, kelle jaoks on tehnoloogiliste lahenduste kasutamine piiratud. Ravimravi alustatakse sekkumisega paralleelselt, kui selleks on näidustus. Ravimravi määrab ja koordineerib perearst või psühhiaater.



JOOINIS 1. VAIMSE TERVISE ASTMELISE ABI ASTMED

Baasaste – iseseisev eneseabi

Baasastmele on igale inimesele isikustamata vaba ligipääs ja ei eelda sümptomite esinemist. Baastasemel viiakse läbi esmane sõelhindamine ja sekkumine keskendub eelkõige vaimse tervise häirete kujunemise ja süvenemise ennetustegevustesse ja lihtsamate toimetulekuoskuste õppimisele, mis aitavad leevendada sümptomeid. Kiire sekkumise vajadusel (nt suitsiidiriski olemasolu) suunatakse inimene vajaliku abini. Baastasemel läbitud sõelhindamise tulemused on anonüümselt talletatud ja inimene saab need soovi korral isikustada (esimeses etapis on isikustamine võimalik kohe peale läbimist, hiljem võib kaaluda Soome lähenemist, kus inimene saab koodi, mille abil on tulemusi võimalik ka hiljem isikustada).

Lisaks sisaldab baastase juhiseid abivajaja lähedastele abi pakkumiseks ja ülevaadet toetavatest kogukonna tugitegevustest.

Esimene (1) aste – eneseabi e-kursus/digitaalsed rakendused

Suunatud inimestele, kellel on sõelhindamise (esimese astme hindamise) käigus ilmnunud esmased vaimse tervise häirele viitavad sümptomid ning kes soovivad õppida eneseabivõtteid sümptomite leevendamiseks. Esimene aste lähtub *digital first* põhimõttest ehk sekkumised on läbitavad digitaalselt ja iseseisvalt. Sekkumise läbimise toetamine on automatiseeritud, et minimeerida inimkomponendi vajadust. Esimese astme sekkumisega võib alustada nii enese algatusel kui ka spetsialisti suunamisel, kuid sekkumise läbimiseks on vajalik isikustamine ja sõelhindamise (esimese astme hindamise) läbimine. Sekkumise lõppedes tuleb läbida seisundi järelhindamine, et hinnata programmi mõju inimese enesetundele ning liikuda vajadusel täiendava abi saamiseks järgmisele astmele.

Teine (2) aste – toetatud väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised

Suunatud inimestele, kes on läbinud mudeli esimesed astmed, kuid sekkumistest pole piisanud sümptomite leevendamiseks. Samuti on siia võimalik suunata inimesi kõrgematelt astmetelt ehk intensiivsemalt sekkumiselt madalama intensiivsusega sekkumisele (MÄRT).

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 KKTl 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 supervisiooni all, et vähendada läbipõlemise ohtu ning tagada kõrgema väljaõppega spetsialisti tugi keerulisemate juhtumite ja olukordade lahendamisel.

Kolmas (3) aste – psühhoteraapia

Suunatud inimestele, kes vajavad intensiivsemat/ravitasandi sekkumist. Astmelise abi mudelis liikudes on eelduseks esimeste astmete läbimine, ja juhul, kui inimesel on kõrgele riskile viitavad sümptomid (kõrge suitsiidirisk, psühhoos jne). Kõrge riskiga inimeste esmatasandile suunamiseks on esimestel astmetel käitumissoovitused, **kõrget riski ei määrata sõelhindamise teel**.

Kolmanda astme sekkumiste alla kuulub psühhoteraapia (sh individuaalne ja grupiteraapia). Psühhoteraapia sisu ja kestus on piiritletud vastavalt transdiagnostiliste ja häirespetsiifiliste sekkumiste raviprotokollidele ning seda viib läbi vastava kvalifikatsiooniga spetsialist. Juhul, kui psühhoteraapia käigus hinnatakse vajadust komplekssema ravi järele, suunatakse inimene edasi neljandale astmele psühhiaatrilise ravi meeskonna jälgimise alla. Kolmanda ja neljanda astme vahelised suunamised defineerib MÄRT standard (arendusjärgus).

Neljas (4) aste – kombineeritud ravi psühhiaatrilise ravi meeskonnas

Kombineeritud ravi psühhiaatrilise ravi meeskonnas on suunatud kompleksse ja/või komorbiidse seisundiga inimestele:

- kes on madalamate astmete sekkumised juba läbinud, kuid nendest võtetest pole piisanud sümptomite leevendamiseks;
- kelle seisund nõuab juba esmahindamisel pikaajalist jälgimist ja kombineeritud ravi psühhoteraapiast, ravimravist ja teistest raviliikidest vastavalt kokkulepitud suunamisalgoritmidele.

Ülevaade astmete sihtgruppidest ja sisust on toodud tabelis 3.

Mudeli aste	Sihtgrupp	Isikustatud	Eeldus	Sekkumise tüüp
Baasaste	Kõik inimesed	Ei	-	Psühhoarimine
Esimene aste	Sõelhindamine viitab sümptomite* olemasolule	Jah	Sõelhindamine viitab sümptomite olemasolule	Iseseisev ebeseabi automatiseeritud juhendamisega
Teine aste	Esimene aste läbitud, kuid sümptomid* on püsima jäänud	Jah	Esimese astme sekkumised on läbitud, järelhindamisel sümptomid* püsivad	VIPS
Kolmas aste	Eelnevad astmed läbitud, kuid sümptomid* on püsima jäänud; kõrge risk**	Jah	Eelnevad sekkumised on läbitud, kuid järelhindamisel sümptomid* püsivad; kõrge risk**	Psühhoteraapia
Neljas aste	Eelnevad astmed läbitud, kuid sümptomid* püsivad; kõrge risk**	Jah	Eelnevad sekkumised on läbitud, kuid järelhindamisel sümptomid* püsivad; kõrge risk**	Kombineeritud ravi psühhiaatrilise ravi meeskonnas

TABEL 2 ASTMETE SIHTGRUPID

Seisundi hindamine ja liikumine astmete vahel

Liikumine astmete vahel lähtub seisundi hindamise tulemustest ja eelnevate sekkumiste läbimisest. Erandiks on esimene aste, kuhu võib inimene ka iseseisvalt pöörduda.

Seisundi hindamiseks kasutatakse valideeritud või valideerimisel olevat mõõtmisvahendit (valideerimisprojekt on käimas). Seisundi hindamisel kasutatakse veebipõhist küsimustikku ning vajaliku väljaõppe saanud spetsialisti. Eesmärk on hindamine automatiseerida võimalikult suures mahus. Digitaalsed hindamisvahendid muudavad andmete kogumise, talletamise ja taaskasutamise efektiivsemaks.

Esmase seisundi hindamiseks täidab pöörduja veebipõhise anonüümse enesekohase küsimustiku, mille kaudu saab inimene tagasisidet võimaliku abivajaduse kohta ja 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. Inimesel on võimalik küsimustiku täitmise järel isikustada tulemused liikumaks mudeli järgmistele astmetele.

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 ja sekkumise läbimine on eeldus mudeli teisele, kolmandale ja neljandale astmele jõudmiseks.

Hilisem seisundi jälgimine ja vajaduspõhiselt 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.

Hindamisvahendid on kirjeldatud vaimse tervise astmelise abi miinimummudelil.

Kasutajaliides ja võimalikud keskkonnad

Kasutaja teekond astmelise abi teenuste mudelis peab olema võimalikult lihtne, inimkeskne ja spetsialistide koostööd soodustav. Üheks murekohaks, mida varasemad uuringud ja analüüsid on välja toonud, seisneb segaduses, kelle poole pöörduda ja kust kohast abi saada. Inimese jaoks peaks olema üks keskne keskkond, kus on koondatud tema vaimse tervisega seotud tegevused. Samuti tuleb silmas pidada ka alternatiivsete abivahendite kättesaadavus inimestele, kelle digipädevused või ligipääs on piiratud. Baasastmel on võimalik abi saada anonüümselt, kuid soovi korral on inimesel võimalik oma hindamise tulemused isikustada.

Võimalikeks keskkondadeks, kus hoida vaimse tervise informatsiooni on Terviseportaal (TP) ja Tervisejuhtimise töölaud (TJT).

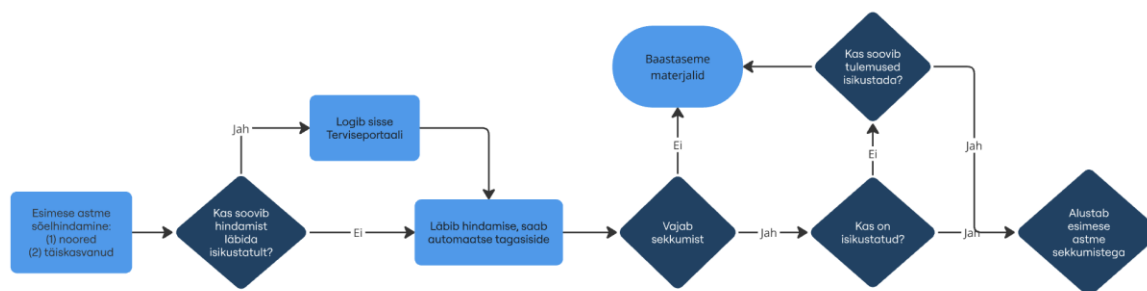
Tervisemurega inimese teekond

Esmane hindamine

Esmast hindamist on võimalik teha isikustatud ja isikustamata kujul, lihtsustatud skeem on toodud Joonisel 2.

Isikustatult, kui inimene on **eelnevalt TPsse sisse logitud** pääseb küsimustikule ligi sisselogitud vaatest, vaimse tervise kategooria alt (mis võiks asuda tulevikus vasakul asuvas menüüs, sarnaselt "hammaste tervis" kategooriale). Inimesele jääb võimalus oma hindamisetulemused hoida soovi korral varjatuna.

Isikustamata, kui inimene **ei ole eelnevalt sisse logitud**, avaneb võimalus sisse logimiseks enne küsimustikuga alustamist. Kui küsimustikule vastamist alustatakse isikustamata, tekib uuesti võimalus tulemuse isikustamiseks peale küsimustiku täitmist. Inimene saab isikustamisest loobuda, kuid sellisel juhul ei teki tal ligipääsu esimesele astmele. Sellegi poolest võiksid ka isikustamata tulemused olla anonüümselt talletatud (vähemalt piloteerimise faasis), et võimaldada ülevaadet, kas ja kui palju tervisemurega inimesi loobub astmelise abi teenusest peale sõelhindamise läbimist.

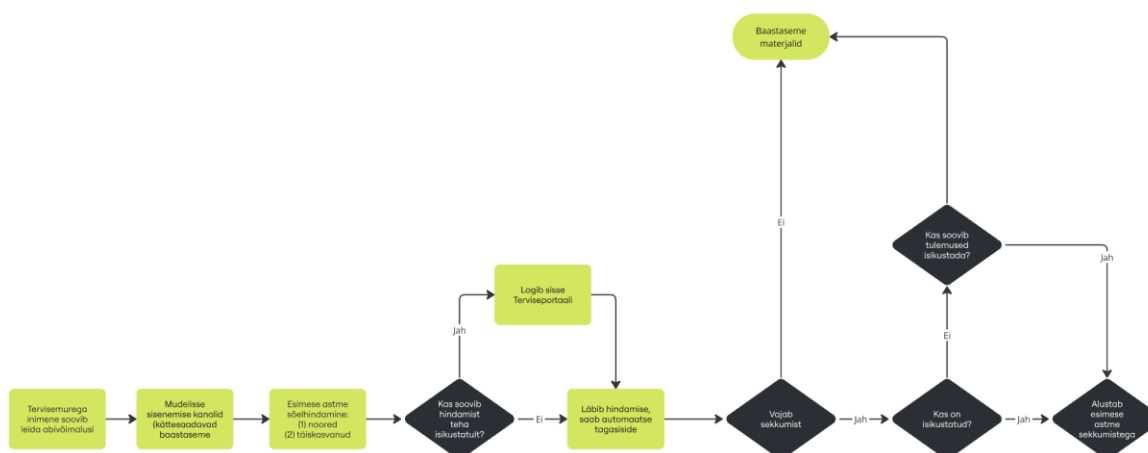


JOONIS 2 ESMASE SÕELHINDAMISE LÄBIMINE ISIKUSTATULT JA ISIKUSTAMATA

Tervisemurega inimese teekonna kirjeldus

Joonisel 3 on ülevaade baastasemest, kus on kättesaadavad vabalt ligipääsetavad psühhoharivad materjalid ja sõelhindamine. Vaimse tervise murega inimene soovib leida infot abivõimaluste kohta. Mudelisse sisenemise kanalid on kaardistamisel, kuid need võiksid suunata TPI, mis on astmelise vaimse tervise abi mudeli keskne kanal. TP-s on võimalik alustada esmast sõelhindamist, tabelis 3 on ülevaade sõelhindamise tegevustest:

- Valik 1: vanuses 15-18 või 18+
- Valik 2: isikustatud või isikustamata



Baastase (psühhoharivad materjalid)

JOONIS 3 BAASTASE

Sõelhindamine 15-18 ja 18+	
Isikustatud	Isikustamata
Autendib	-
Alustab küsimustiku täitmist (vastavalt vanusegrupile)	

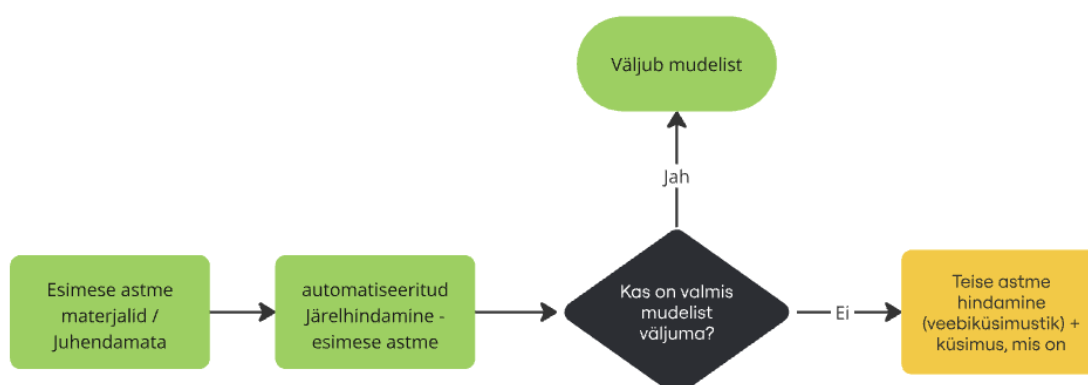
Automaatne tagasiside

Tulemuste äralõikepunktide põhjal otsus, kas vajab 1. astme sekkumist			
Ei, suunatakse baasastmele	JAH, siis jätkab mudeli 1. astmel	Ei, suunatakse baasastmele	JAH, suunatakse isikustama

TABEL 3 SÕELHINDAMISE TEGEVUSED

Esimesel astmel (Joonis 4) määratakse juhendamata eneseabi, millel on automatiseeritud jälgimine (eneserefleksioon) ja meeldetuletused/müksamine. **Kui inimene on teinud talle määratud tegevusi**, siis saab ta automaatteavitusi protsessi osas (kõik kulgeb hästi, peale sekkumise läbimist toimub järelhindamine jne). **Kui inimene ei ole teinud määratud tegevusi**, siis saadetakse automaatne meeldetuletus. Juhul, **kui inimene ei ole teinud määratud tegevusi pikema aja jooksul**, siis sellest teavitatakse VIPS spetsialiste, kes saavad inimesega ühendust võtta. Peale sekkumise läbimist toimub automaatne järelhindamine (sama sõelküsimumstik, mis enne sekkumisega alustamist). Järelhindamise põhjal tekib otsus, kas inimene on valmis mudelist väljuma:

- JAH, teekond lõpeb
- EI, siis liigub teisele astmele



Esimene aste (juhendamata eneseabi) Teine aste (VIPS)

JOONIS 4 ESIMENE ASTE JA LIIKUMINE TEISELE

Teisel astmel (Joonis 5) läbitakse põhjalikum teise astme hindamine (vastavalt vanusegrupele) veebiküsimumstik ja inimene märgib oma peamise murekoha/probleemi (*drop-down* listist). Murekohast/probleemist lähtudes määratakse inimesele sobivat VIPSi pakkuv spetsialist. VIPS spetsialisti ja tervisemurega inimese vahelise vestluse teel otsustatakse, kas VIPS on inimesele sobiv:

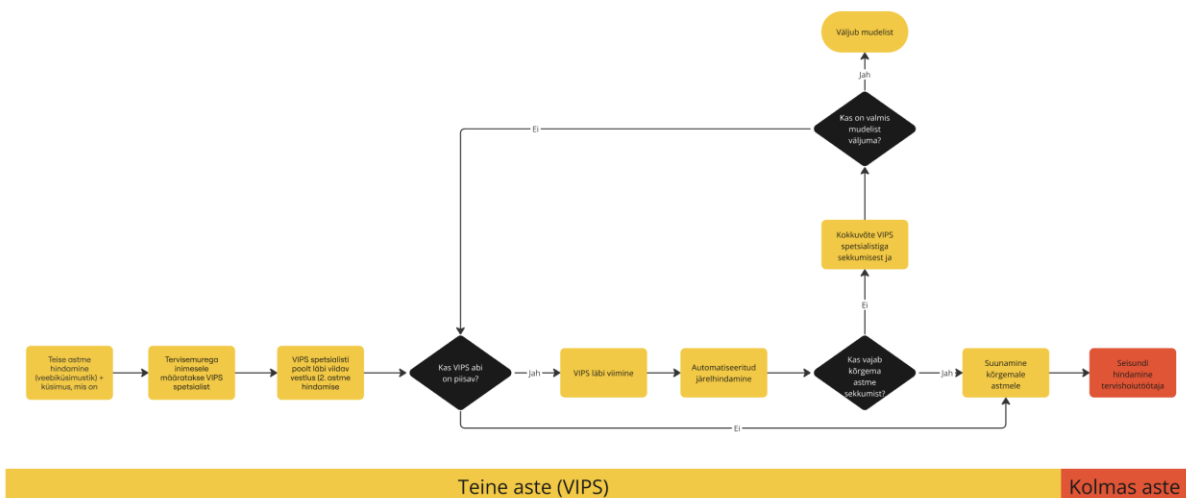
- Ei, siis toimub suunamine kõrgemale astmele (esmatasand) abivajaduse määramiseks ja seisundi täpsustamiseks (MÄRT), koostatakse ohutusplaan
- JAH, siis alustatakse VIPS sekkumisega

VIPSi läbi viimine toimub vastavalt spetsiifilise VIPSi protokollile – võib olla veebipõhine või kontaktkohtumine. Inimesel võiks olla võimalik VIPS spetsialistiga suhelda läbi TP (sisseehitatud funktsionaalsus, bürokratt vms). Nii tervisemurega inimesele kui ka VIPS spetsialistile on nähtav ülevaade VIPSi läbimise progressist.

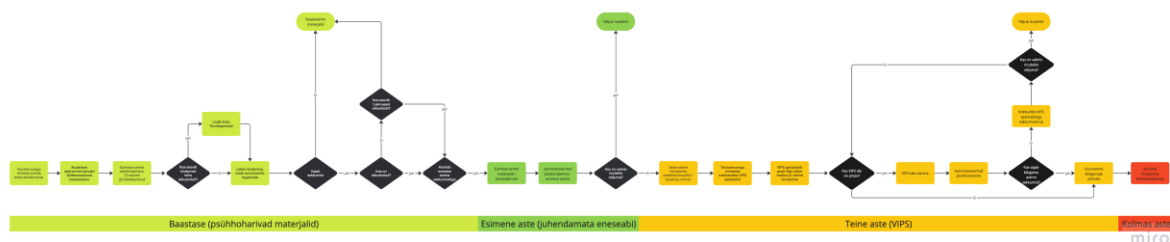
VIPSi mõju/seisundi hindamine ehk järelhindamine toimub peale VIPS sekkumise läbimist, kasutades sama hindamisvahendit, mida sekkumise eelselt (2. astme hindamine). Järelhindamise tulemusel ja VIPS spetsialisti hinnangul põhinevalt otsustatakse, kas inimene vajab kõrgema astme sekkumist (suunamisalgoritmid täpsustamisel). Kui järelhindamise tulemusel ei hinnata teekonna jätkamist vajalikuks, siis uusi tegevusi ei tule. VIPS spetsialist:

- lõpetab sekkumise;
- annab juhendi, kuidas baastaseme materjalide abil vältida tagasilangust.

Kui järelhindamise tulemus **osutab edasisele ravivajadusele**, siis toimub suunamine kõrgemale astmele (3. aste, esmatasand) ja koostatakse ohutusplaan. Joonisel 6 on ülevaade lihtsustatud astmete vahel liikumise skeemist.



JOONIS 5 TEINE ASTE JA SUUNAMINE KOLMANDALE



JOONIS 6 ASTMELISE ABI LIIKUMISE SKEEM

Spetsialisti teekond

VIPS spetsialisti ja tervishoiutöötaja sujuv koostöö eeldab integreeritud keskkonda, mis toetab nende tööd ja tagab tõhusa ning kvaliteetse abi pakkumise. Allpool on kirjeldatud esmane hinnang vajalikule tehnilisele võimekusele vastavalt spetsialisti rollile ja tegevustele.

VIPS spetsialisti teekond

Väljaõpe ja kvalifikatsioon: VIPS spetsialistid läbivad väljaõppe ning neile määratakse VIPS sekkuja roll, mis tagab neile ligipääsu astmelise abi süsteemis tegutsemiseks. VIPS spetsialisti rolli säilitamiseks on vajalik läbida regulaarseid supervisioone, see peaks olema jälgitav ja hallatav. Vajab täpsustamist/analüüsi, millises keskkonnas peaks toimuma VIPS spetsialistide haldamine ja kellel on selleks õigused.

Andmete ligipääs ja haldamine: VIPS spetsialistil on juurdepääs vastava inimese andmetele rollipõhiselt. Kõikide sekkumiste progress ja hindamised salvestatakse tervisesüsteemi, tagades info järjepidevuse.

- **Rollipõhine juurdepääs** – VIPS spetsialistil peab olema juurdepääs **ainult** nende inimeste andmetele, keda nad teenindavad. Juurdepääs sisaldab:
 - varasemaid hindamisi,
 - sekkumiste ajalugu,
 - progressi ja järelhindamiste tulemusi.
- **Andmete logimine ja jälgitavus** – iga tegevus (nt andmete vaatamine, sisestamine, muudatused) peab olema logitud, et tagada jälgitavus ja andmete turvalisus.

Hindamise ja sekkumiste läbiviimine: VIPS spetsialist viib läbi struktureeritud, tõenduspõhiseid ja seisundispetsiifilisi sekkumisi, näiteks lühiajalisi teraapiavorme või digitaalsete lahendusi, millele vastav väljaõpe on tal olemas ja tõendatud. VIPS spetsialist hindab inimese motivatsiooni ja dünaamikat ning pakub juhendamist. Sekkumised võivad toimuda nii kontakt- kui veebikohtumise teel. Kohtumise detailid ja kokkulepped on võimalik teha läbi TP.

- VIPS spetsialist peab saama suhelda endale määratud inimesega (tugi sekkumise läbimisel, kokkulepete tegemine);

- VIPS spetsialist peab saama teha märkmeid sekkumise kohta, mis on nähtavad ka teistele asjakohastele spetsialistidele;
- VIPS spetsialist näeb endale määratud inimese hindamistulemusi ja sekkumise progressi;
- VIPS spetsialist saab teavituse, kui on vaja pakkuda tuge esimese astme sekkumist läbivale inimesele (siin võiks lahendust pakkuda bürokratt rakendus, kus on võimalik luua töölaud VIPS spetsialistidele inimestega suhtlemiseks, kui TP ja TJT sellist lähenemist ei võimalda);
- VIPS spetsialist saab ühendust võtta kolmanda astme tervishoiutöötajaga inimese edasi suunamiseks.

Sõnumivahetus ja suhtlusvahendid: Integreeritud suhtlusvahendid (nt turvaline sõnumivahetusplatvorm), mis võimaldavad spetsialistidel patsientidega otse suhelda, pakkuda tagasisidet ja juhiseid.

Tervishoiutöötaja teekond

Esmane hindamine ja suunamine: kui patsient liigub ravitasandile läbi astmelise abi, ei pea uuesti sõelhindamist läbi viima, eelnevalt läbitud hindamiste ja sekkumiste tulemused on tervishoiutöötajatele nähtavad. Eelnevate hindamiste ja sekkumiste tulemuste põhjal tehakse otsus järgmiste tegevuste osas vastavalt MÄRT standardile.

- Valideeritud hindamisinstrumendid:
 - Keskkonnas peab olema saadaval valideeritud küsimustikud, mida kasutatakse dünaamika hindamiseks astmete üleselt.
 - Hindamistulemused peavad olema automaatselt salvestatud ja seotud patsiendiga.
- Ravi koordineerimine ja jälgimine:
 - Tervishoiutöötajal peab olema juurdepääs patsiendi täielikule raviprofiilile, sealhulgas varasematele hindamistele ja sekkumiste tulemustele.
 - Koostöövõime teiste spetsialistidega: platvorm peab hõlbustama suhtlust teiste spetsialistidega, nt VIPS spetsialistidega, psühholoogidega ja psühhiaatritega. Andmejälgimine peab olema turvaline ja rollipõhine.

Astmete vahel liikumine: Kui seisund ei parane madalama intensiivsusega sekkumisega, koordineerivad tervishoiutöötajad inimese liikumise kõrgema intensiivsuse tasemele vastavalt MÄRT standardile.

Süsteemi eeldused ja nõuded

- Digiteeritud hindamisinstrumendid ja -vahendid, mis on läbitavad TPs
- Hindamistulemused on kättesaadavad TPs ja TJTs, seotud vastava patsiendiga
- Digitaalsetele sekkumistele suunamine/ligipääs on TPs, kontaktkohtumisi on võimalik planeerida/kokku leppida läbi keskkonna
- Andmed koonduvad keskkonda, kus need on inimesega/patsiendiga seotud ja kättesaadavad nii VIPS spetsialistidele kui tervishoiutöötajatele
- Patsiendi vaatest on üks keskne keskkond, milles liikuda

- Andmed peavad olema rangelt rollipõhised – VIPS spetsialist ei tohi ligipääseda tema pädevuse piiridest välja jäävatele andmetele või inimeste andmetele, kellega tal puudub seos
- Andmete säilitamine vastavalt GDPR-ile ja kohalikele õigusaktidele
- Astmeline abi on üles ehitatud riikliku e-tervise keskkonda (TP, TJT, TIS), võimaldades andmete jagamist eri tasandi spetsialistide vahel
- Süsteem võimaldab suhtlust osapoolte vahel:
 - VIPS spetsialist – tervisemurega inimene
 - VIPS spetsialist - esmatasand

Kokkuvõte, järeldused ja ettepanekud

Astmelise vaimse tervise abi mudel pakub tõhusa lahenduse, et parandada vaimse tervise teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti Eestis. Selle mudeli rakendamiseks on vaja integreeritud digitaalset platvormi, standardiseeritud hindamisvahendeid ja jätkusuutlikku rahastust. Rahvusvahelised praktikad näitavad, et varajane ja vajaduspõhine sekkumine vähendab survet eriarstiabile, suurendab inimeste heaolu ning optimeerib tervishoiusüsteemi ressursse. Mudeli edukas rakendamine nõuab süsteemset lähenemist, koolitusi ja riiklikke investeeringuid.

Järeldused

Süsteemi killustatus ja puudused:

Praegune vaimse tervise abi süsteem Eestis on killustunud ja rõhuasetusega eriarstiabile, mis pikendab ravijärjekordi ning raskendab abi kättesaadavust. Täna puuduvad tervishoiusüsteemis standardiseeritud hindamisvahendid ja sekkumised vaimse tervise probleemide tõhusaks ennetamiseks, varajaseks sekkumiseks, leevenamiseks ja ravimiseks. Standardiseerituse puudumine muudab ravi ja teenuste kvaliteedi ebaühtlaseks. Vaimse tervise spetsialistide ja väheintensiivsete sekkumiste puudus koormavad süsteemi ning vähendavad teenuste kättesaadavust.

Astmeline abi mudel kui lahendus:

Astmelise vaimse tervise abi mudel pakub tõhusat raamistikku, mis põhineb madala intensiivsusega sekkumistele ja varajasele abile, vähendades survet eriarstiabile. Mudel võimaldab kuluefektiivset ja optimaalset abi, alustades madala intensiivsusega sekkumistest ning liikudes vajadusel kõrgematele astmetele. Digitaalsed lahendused, nagu juhendatud eneseabi ja veebipõhised teraapiad, on keskne osa mudelist, võimaldades laiemat kättesaadavust ja tõhusust.

Tehniliste lahenduste puudumine:

Täna puudub integreeritud digitaalne süsteem, mis toetaks astmelise abi mudeli rakendamist. Tervise Infosüsteem (TIS), Terviseportaal (TP) ja Tervisejuhtimise töölaud (TJT) vajavad täiendusi, et hõlmata hindamisinstrumente, sekkumisi ja nende dünaamika jälgimist.

Rahvusvahelised praktikad:

Inglismaa, Belgia ja Soome on näidanud, et astmelise abi mudel võib oluliselt parandada vaimse tervise teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti, tingimusel, et on olemas digitaalsed tööriistad, standardiseeritud protsessid ja jätkusuutlik rahastus.

Ettepanekud

- Luua riiklik digitaalne platvorm, mis toetab astmelise vaimse tervise abi mudelit. Platvorm peab võimaldama:
 - Hindamisvahendite ja -tulemuste digitaliseerimist.
 - Teenuseosutajate ja -kasutajate vahelist koostööd, sealhulgas turvalist andmevahetust.

- Tõenduspõhiste sekkumiste jälgimist ja tulemuste mõõtmist.
- VIPSide kättesaadavuse ja rahastuse tagamine:
 - VIPSide rahastamine riiklikul tasandil, et need oleksid kättesaadavad kõigile abivajajatele sõltumata nende majanduslikust olukorrast või elukohast.
 - Tõenduspõhiste VIPSide integreerimine tervishoiusüsteemi, et pakkuda optimaalset ja kulutõhusat vaimse tervise abi.
- Standardiseerida hindamisvahendid, suunamised ja sekkumiste protokollid, et tagada ühtne lähenemine kõigil astmetel ja lihtsustada patsientide liikumist süsteemi sees.
- Edendada spetsialistide koostööd läbi rollipõhise juurdepääsu, mis tagab andmete turvalise jagamise ja efektiivse töövoo.
- Viia lõpule tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (TTKS) muudatused, et VIPS teenused ja spetsialistid oleksid ametlikult tunnustatud ning neil oleks ligipääs vajalikele terviseandmetele.

Kasutatud allikad

- ¹ Tervise Arengu Instituut. Tartu Ülikool. (2021). Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring. Lõpparuanne. <https://sm.ee/media/2315/download>
- ² Tervisekassa. (2023). Eriarstiabis ambulatoorsete vastuvõttude ooteajad. <https://www.tervisekassa.ee/ravijarjekorrad#tab-eriarstiabis-ambulatoorsete-vastuvottude-ooteajad>
- ³ Riigikontrolli aruanne Riigikogule. (2022). Eesti tervishoiu suundumused. <https://www.riigikontroll.ee/LinkClick.aspx?fileticket=tFmw-xteFvw%3d>
- ⁴ Sotsiaalministeerium. (2022). Vaimse tervise tegevuskava 2023-2026. https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2023-03/Vaimse%20tervise%20tegevuskava%202023-2026_l%C3%BChiversioon.pdf
- ⁵ Ilves, K., Kubre, M.A., Saapar, M., Randver, R., Haring, L., & Kastepõld-Tõrs, K. (2023). Välisriikide madala intensiivsusega psühholoogiliste sekkumiste rakendusmodelite analüüs ja soovitused Eestile. https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2023-04/Madala%20intensiivsusega%20ps%C3%BChholoogiliste%20sekkumiste%20ja%20rakendusmodelite%20anal%C3%BCC%C3%BCs%20ja%20soovitused%20Eestile_1.pdf
- ⁶ Sotsiaalministeerium. (2023). Vaimse tervise astmelise abi tegevuskava 2024-2027. <https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2023-12/Vaimse%20tervise%20astmelise%20abi%20tegevuskava.pdf>
- ⁷ Eesti Haigekassa. (2021). Depressiooniga tööelise inimese raviteekond – kaardistamise ja analüüsi tulemused. https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/Raviasutused/Depressiooni%20raviteekond/depressiooniga_tooealise_inimese_raviteekond.pdf
- ⁸ Ilves, K., Kubre, M.A., Timberg, M., Tubelt, E., Haring, L., Randver, R. (2023). Eestis kasutatavate väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste ülevaade. https://skytte.ut.ee/sites/default/files/2024-01/RAKE_VIPS_raport_ISBN.pdf