



Riigikogu sotsiaalkomisjoni istungi protokoll nr 192

Tallinn, Toompea ja videosild

Teisipäev, 13. oktoober 2026

Algus 14.00, lõpp 16.00

Juhataja: Signe Riisalo (esimees)

Protokollijad: Terle Kask (konsultant), Riin Lindpere (konsultant)

Võtsid osa:

Komisjoni liikmed: Kalle Grünthal, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind

Komisjoni ametnikud: Heidi Barot (nõunik-sekretariaadijuhataja), Kristi Reindla (nõunik), Helgi Kundla (nõunik)

Puudusid: Jaanus Karilaid, Önne Pillak ja Aleksandr Tšaplõgin

Kutsutud: Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise osakonna vaimse tervise poliitika juht Minni Timberg ja kogukonnatoe koordinaator Kaidy Aljama, Tartu Ülikooli kliinilise psühholoogia professor Kirsti Akkermann, Tallinna Laste Vaimse Tervise Keskuse juhatajad Ere Vasli ja Kerstin Kõiva ning Eesti Koolipsühholoogide Ühingu juhatuse esinaine Karmen Maikalu (1. päevakorrapunkt); Sotsiaalministeeriumi hüvitiste ja pensionipoliitika osakonna nõunik Liidia Soontak (2. päevakorrapunkt); Riigikogu liige Züleyxa Izmailova

Päevakord:

1. Olulise tähtsusega riikliku küsimuse „Laste vaimse tervise olukord ja arengusuunad“ ettevalmistamine
2. Sotsiaaldemokraatliku Erakonna fraktsiooni, Ester Karuse, Tanel Kiige, Züleyxa Izmailova algatatud okupatsioonirežiimide poolt represseeritud isiku seaduse muutmise ja sotsiaalhoolekande seaduse muutmise seaduse eelnõu (represseeritute ja tuumakatastroofi tagajärgede likvideerijate toetuse suurendamine) (980 SE) esimese lugemise ettevalmistamine
3. Sotsiaaldemokraatliku Erakonna fraktsiooni esitatud Riigikogu otsuse eelnõu „Ettepaneku tegemine Vabariigi Valitsusele töötada välja meetmed laste ja noorte vaimse tervise abi kättesaadavuse parandamiseks ning lapsevanemate toetamiseks nutiseadmete ja sotsiaalmeedia kasutuse piiramisel“ (977 OE) esimese lugemise ettevalmistamine
4. Info ja muud küsimused

1. Olulise tähtsusega riikliku küsimuse „Laste vaimse tervise olukord ja arengusuunad“ ettevalmistamine

Signe Riisalo rääkis päevakorrapunkti sissejuhatuseks, et komisjon valmistab Tanel Kiige ettepanekul ja komisjoni heakskiidul ette olulise tähtsusega riikliku küsimuse „Laste vaimse

tervise olukord ja arengusuundad“ arutelu Riigikogu täiskogus. Komisjon käsitleb laste vaimse tervise teemasid selles tsükli teist korda. Eelmisel istungil anti ülevaade laste vaimse tervise uuringust ja Sotsiaalministeeriumi (SOM) valitsemisalas tehtavast. Käesoleval istungil palus ta SOMi esindajatel tutvustada laste vaimse tervise parandamise ettepanekuid ja järeltegevusi, Tallinna Laste Vaimse Tervise Keskuse (LVTK) esindajatel kirjeldada diagnoosimise ja ravi olukorda, prof Kirsti Akkermannil käsitleda laste ja noorte vaimse tervise võimalikke arengusuundi ja Eesti Koolipsühholoogide Ühingu (EKPÜ) esindajal anda ülevaade koolipsühholoogide vaatest.

Minni Timberg andis slaidide (lisa 1) abil ülevaade laste vaimse tervise parandamise ettepanekutest ja järeltegevustest. Vaimse tervise tegevuskavas 2023–2026 nähti ette riigiasutuste tõhus ja koordineeritud koostöö laste ja noorte vaimse tervise edendamisel, probleemide ennetamisel ning eneseabi toetamisel. Vabariigi Valitsus seadis ülesandeks töötada valdkondade koostöös välja lahendused laste ja noorte vaimse tervise parandamiseks ning valdkonnaülese ennetuse nõukogu tegi ülesandeks moodustada kõigi ministeeriumide esindajatest tööriühm. Tööriühm ühendas teaduskirjanduse ja andmete analüüsi, olemasolevate tegevuste kaardistamise ning ekspertide, partnerite ja noorte kaasamise. Töö tulemusena valmis 2024. aastal laste ja noorte vaimse tervise parandamise ettepanekute raport. Raport keskendub eelkõige laste heaolu mõjutavatele keskkonnateguritele ning võimalustele ennetada vaimse tervise probleeme parema füüsilise ja sotsiaalse keskkonna kaudu. Raporti eesmärk ei olnud hõlmata terviklikult kõiki teenuseid ja sekkumisi, sest mitmes valdkonnas on olulised arendused juba käimas. Ettepanekud jaotati kaheksasse valdkonda: lapse heaolu, arengut ja vaimset tervist toetav elukeskkond; lapse heaolu ja arengut toetav õpikeskkond; lapsest lähtuv, kvaliteetne ja kättesaadav lastehoid ja alusharidus; üldharidus; noored kutsehariduses; huviharidus, huvitegevus ja noorsootöö; kogukonna tugi ning digiühiskond. M. Timberg märkis, et raportiga sooviti koondada eri valdkondades kavandatud tegevused, millel on mõju vaimsele tervisele. Ta rõhutas, et laste vaimne tervis kujuneb peres, koolis, huvitegevuses, digikeskkonnas, avalikus ruumis ja kogukonnas ning lahendused peavad sündima samades keskkondades. Raporti soovitusi ei viida ellu eraldiseisva plaani või kavana, vaid eri valdkondade olemasolevate või uute tegevuskavade kaudu. Soovituste järgimise ja laste vaimse tervise näitajatega seoste nähtavaks muutmiseks on loodud seiremetoodika, mida katsetatakse esmalt huvihariduse, huvitegevuse ja noorsootöö valdkonnas. Soovitused seotakse eestvedajate, olemasolevate tegevuste ja jälgitavate tulemustega ning aasta lõpuks valmib katsetamise tulemuste ja meetoodika rakendatavuse analüüs. Eesmärk on leida lahendus laste vaimset tervist toetavate keskkondade arengu seiramiseks, et eri valdkondade probleeme ja vajadusi kiiremini tuvastada. Raporti järelduste kohaselt tuleb kõigis valdkondades oluliste poliitika- ja eelarveotsuste tegemisel arvestada nende mõju laste heaolule ja vaimsele tervisele. Olulisematele tegevustele tuleb määrata selge eestvedaja ja panustajad, leppida kokku järgmised sammud ning tagada jätkusuutlik ressurss ja jälgitavad tulemused.

Signe Riisalo andis sõna LVTK esindajatele.

Ere Vasli kirjeldas slaidide (lisa 2) abil lastepsühhiaatrite peamisi probleeme ja võimalikke lahendusi. Rahvusvaheliste levimusuuringute järgi esineb psüühikahäire ligikaudu 15,5% 5–18-aastastest. Psüühikahäire korral on lapse toimetulek häiritud ning ta vajab psühhiaatrilist või esmatasandi meditsiiniabi. Eestis ei ole vastavat levimusuuringut tehtud, kuid abi vajavate laste ja noorte arv ning pöördumiste hulk on kasvanud. Suurem teadlikkus ja probleemide parem märkamine on positiivsed, kuid tööjõud ja laste abistamise võimalused ei ole samas tempos suurenenud. Eestis võib psüühikahäire esineda ligikaudu 33 000 lapsel ja noorel. Lastepsühhiaatreid töötab Eestis umbes 30 nii Tervisekassa rahastatud süsteemis, erasektoris kui ka mujal, kuid eriala arengukava järgi oleks vaja ligikaudu 100 täiskoormusega lastepsühhiaatrit. Tema sõnul on märgatavalt sagenenud suitsidaalsus ja emotsiooniregulatsiooni raskused. Tema hinnangul on aasta jooksul suitsiidile mõelnud ligikaudu 30% tüdrukutest ning 14% poistest. Tahtliku enesekahjustamise tõttu ravi vajanud juhtude arv on alates 2016. aastast enam kui kahekordistunud. 2023. aastal moodustasid suitsiidid 26,3% kõigist 10–19-aastaste surmadest. E. Vasli rõhutas, et osa emotsiooniregulatsiooni häireid on võimalik ennetada. Suitsiidi tõttu sureb aastas siiski umbes

kümme alaealist. See on üks Euroopa kõrgemaid näitajaid ega ole viimastel aastatel langenud. Vähenenud töövõimega inimestest on ligikaudu 42% põhidiagnoosiks psüühika- või käitumishäire. Olulist osa neist juhtudest oleks samuti võimalik ära hoida ennetustegevuse, varase märkamise ja õigeaegse raviga.

E. Vasli kirjeldas ka vaimse tervise abi püramiidi. Selle tipus on statsionaarne ja ambulatoorne psühhiaatriline eriarstiabi, sellest allpool esmatasandi ravi ning kõige laiemas osas kogukonnatugi, mitteametlikud tugitegevused, enesehoid ja eneseabi. Eestis leidub teenuseid igal tasandil, kuid neid on vähe ja need on killustunud. Ta rõhutas, et mida vähem on alumiste tasandite teenuseid, seda rohkem jõuab patsiente kallisse ja piiratud võimekusega eriarstiasse. Kõik püramiidi tasemed peavad toimima ka raske psüühikahäirega lapse puhul, sest eriarstiabi üksi ei taga lapse ja pere terviklikku toetamist.

Kerstin Kõiva selgitas, et lastepsühhiaatrilist abi osutatakse Tartu Ülikooli Kliinikumis ning Viljandis, Pärnus ja Tallinnas. Tallinnas pakuvad abi kolm keskust, kuid suur osa piirkonna lastepsühhiaatritest töötab erasektoris. Tervisekassa süsteemis töötavate arstide töökoormus ja patsientide surve on väga suur, samal ajal kui töötingimused ja töötasu erinevad erasektori omadest. Lastepsühhiaatri väljaõpe kestab üksteist aastat, mistõttu ei ole võimalik spetsialistide puudust kiiresti uute arstide koolitamisega leevendada. Seetõttu tuleb hoida olemasolevaid arste Tervisekassa süsteemis ja luua väljaõppes olevatele kolleegidele tingimused, mis motiveerivad neid sinna jääma.

Ere Vasli rääkis, et Põhja-Eesti Regionaalhaigla Psühhiaatrikliinikus töötab üks, Marienthali keskuses kaks ja LVTKs kuus lastepsühhiaatrit. Tervisekassa süsteemis geograafilisi piire ei ole ning keskusesse jõuab lapsi kogu Eestist. Harjumaal võib vaimse tervise ja psühhiaatrilist abi vajada ligikaudu 20 000 last ja noort. Neist ligikaudu 7900 vajab spetsialiseeritud kõrgema etapi vaimse tervise abi, kuid see vajadus ületab olemasolevat võimekust. LVTK ei saa vastu võtta kerge toimetulekuhäirega patsiente, kuigi õigeaegse ravita võivad nende probleemid kuhjuda. Kuus lastepsühhiaatrit teenindavad kolme statsionaarset osakonda: noorukite, söömishäirete ja väikelaste osakonda. Põhja-Eestis puudub 7–12-aastaste laste statsionaarne osakond. Seetõttu ei ole näiteks agressiivselt käituvale või raske koolitõrkega 8–11-aastasele lapsele sageli sobivat ravikohta. Võimaluse korral ravitakse last ambulatoorselt või suunatakse ta Tartusse või Viljandisse, kuid Põhja-Eesti elanike arvu arvestades ei ole see piisav lahendus.

Kerstin Kõiva sõnul toimib Tervisekassa ja perearstidega koostöös välja töötatud e-konsultatsiooni süsteem hästi. See võimaldab teha triaazi, leida eriarstiabi vajavad lapsed ning suunata teised sobivale abitasandile. Kui laps vajab ravimravi või põhjalikumat diagnostikat, ei saa konsultatsioon siiski asendada arsti vastuvõttu ja ravi. Alates 1. aprillist 2025 oli Tervisekassaga kokku lepitud mahupiirang 400 e-konsultatsiooni aastas, kuid 2025. aastal laekus Tallinna Lastehaiglale 1847 e-konsultatsiooni ning ravile võeti ligikaudu 600 patsienti. Suur osa e-konsultatsioonidest vastatakse õhtuti ja nädalavahetustel, sest tavapärase tööaja sisse see töömaht ei mahu. Rahastus on ebastabiilne ja e-konsultatsiooni hinnamudel on ülevaatamisel. Kogu raviteekond peab olema püsivalt rahastatud ning kõik teenused ennetusest ambulatoorse ja statsionaarse haiglaravini peavad toimima koos. Projektipõhised üksiklahendused terviklikku süsteemi ei loo. K. Kõiva rõhutas, et isegi väga hea ennetuse ja esmase sekkumise korral jäävad alles rasked psüühikahäired, mida ei saa ennetada ning mis vajavad eriarstiabi.

Ere Vasli lisas, et õigeaegse ravi korral võib ka raske häirega inimene edaspidi hästi toime tulla ja säilitada oma töövõime.

Kerstin Kõiva selgitas, et ühe võimaliku lahendusena näeb Tallinna Lastehaigla LVTK laiendamist kahe korruse võrra. See võimaldaks suurendada ambulatoorse diagnostika ja ravi mahtu ning vastata rohkematele e-konsultatsioonidele. Samuti on vaja luua 7–12-aastaste laste statsionaarne osakond, milleks on tarvis sobivaid ruume, lisapersonali ja püsivat rahastust.

Ere Vasli lisas, et see oleks üldise mõjuga muutus, kui Põhja-Eestis suudetaks adekvaatset abi pakkuda. Leidub noori spetsialiste, kes oleksid valmis süsteemi jääma, kui neil oleks selge ülevaade valdkonna arengusuunast ja töötingimuste paranemisest.

Signe Riisalo andis sõna Kirsti Akkermannile.

Kirsti Akkermann käsitles slaidide (lisa 3) abil vaimset tervist laiemalt. Ta toetas põhimõtet, et vajalikud on kõik vaimse tervise püramiidi tasandid ja ainult eriarstiabi tugevdamisest ei piisa. Vaimne tervis ja heaolu puudutavad kõiki inimesi ja igaühe vaimne heaolu võib aegajalt halveneda. Inimesel on ka vaimne kapital, mis kujuneb kogu elukaare jooksul ja mille oluline alus pannakse lapse- ja noorukieas. Vaimne kapital hõlmab emotsionaalseid ja kognitiivseid ressursse, säilenõtkust, õppimisvõimet ning eneseregulatsiooni. Nende kahjustumine vähendab vaimset heaolu ja võib osal inimestel põhjustada vaimse tervise probleeme.

Parimate olemasolevate teadmiste järgi kujuneb ligikaudu 30% vaimse tervise häiretest enne 14. eluaastat, 50% enne 18. eluaastat ning 60% enne 25. eluaastat. Depressiooni ning ärevus- ja sõltuvushäirete kujunemisel on keskkonnateguritel järjest suurem roll. Häired tekivad bioloogiliste, sotsiaalsete, individuaalsete ja keskkonnategurite koosmõjus. Seetõttu soovitatakse teaduskirjanduses käsitleda noori vaimse tervise teenustes kuni 25. eluaastani. Praegu lõpevad paljud teenused 18. eluaastal ja noor ei pruugi jõuda täiskasvanute psühhiaatria või muu abi süsteemi. Abi järjepidevuse tagamisel tuleb arvestada, et paljud noored õpivad üld-, kutse- või kõrghariduses ja nende küpsemine jätkub kuni 25. eluaastani. Ta rõhutas, et lapse arengut toetavad hooliv ja stabiilne vanemlik kohalolu, autoriteetne kasvatusstiil, toimiv koolielu, eakaaslaste tugi, kindlad rutiinid ja rituaalid, selged piirid, eneseregulatsioon ning hea kehaline tervis. Pädev vanemlus ja autoriteetne kasvatusstiil, milles nõudmised on tasakaalus emotsionaalse soojusega, on õpitavad. Kui vanemal ei ole olnud head eeskuju, vajab ta nende oskuste arendamisel rohkem tuge.

Riski suurendavad väärkohtlemine, ebastabiilne vanemlus, perevägivald, kiusamine ja küberkiusamine, tõrjutus, vähene kuuluvustunne, diskrimineerimine, vaesus, ebaturvaline kasvukeskkond, stigmatiseerimine ning piiratud juurdepääs huvitegevusele ja teenustele. Riskiteguri olemasolu ei tähenda siiski, et häire kujuneb vältimatult, sest kaitsetegurid võivad selle mõju leevendada. Seetõttu tuleb sekkumistes arvestada korraga nii riski- kui ka kaitsetegureid.

Igal arenguetapil on oma keskne ülesanne. Esimestel eluaastatel on olulised turvalise kiindumussuhte kujunemine, eneseregulatsiooni õppimine ja eakohane kognitiivne areng. Ennetustegevuses tuleb tegeleda perevägivallaga, toetada vaimse tervise probleemidega vanemaid, vähendada finantsstressi ning rakendada vanemlusprogramme, näiteks programmi „Imelised aastad“, võimaluse korral kõigis kohalikes omavalitsustes (KOV). Eelkooli- ja algkoolieas on keskne sotsiaalsete oskuste, õppimisoskuse ning enesekontrolli ja -regulatsiooni kujunemine. Siin on oluline vanemate poolne juhendamine ja koostöö kooliga. Vaja on märgata ning hinnata kõne- ja neuroarengulisi raskusi, pakkuda käitumisraskuste korral varajast abi, et ennetada nende kujunemist antisotsiaalseks käitumiseks ja sekkuda kiusamisse varakult. Selles etapis sekkumine toob muutusi.

Hilises lapseeas, 10–14-aastaselt, on keskne sõprussuhete loomine ja sotsiaalse pädevuse kujunemine. Koolikeskkond peab vähendama tõrjutust ja toetama sotsiaal-emotsionaalseid oskusi, päris suhteid ja vanemate koostööd kooliga. Noorukieas, mida võib käsitleda 15.–24. eluaastani, kujundab inimene autonoomiat ning identiteeti. Noorukiea loomulik osa on riskide võtmine, kuid keskkond peab vähendama võimalikke kahjusid. Olulised on väheintensiivne vaimse tervise abi, psühhoaktiivsete ainete kättesaadavuse piiramine, enesevigastamise ja suitsidaalsuse varajane märkamine ja noore kaasamine teda puudutavatesse otsustesse. K. Akkermann rõhutas, et vaimse tervise poliitika ei piirdu diagnoosiga, vaid loob tingimused, milles inimesed elavad, õpivad, töötavad ja vananevad. Teaduskirjandus rõhutab, et rahastus tuleb viia inimesteni. Rahvusvaheline suund on vähendada sõltuvust suurtest institutsioonidest ja tugevdada tõendus põhiseid teenuseid kohalikul ja regionaalsel tasandil. Eriarstiabi on vajalik, kuid rahastusmudel peaks toetama ka ambulatoorset intensiivravi ja päevaravi. Hilise sekkumise asemel tuleb liikuda varajase sekkumise poole. Ennetus, varajane abi, ravi ja taastusravi peavad moodustama ühe lõimitud teenusraja. Praegu on need sageli eraldi ja inimesed langevad teenuste vahelt välja. Kui eriarstiabi rahastamise kõrval ei tugevdata süsteemset ennetust, sotsiaalkaitset ja lastekaitset, ei too lisaraha oodatud muutust. Ennetus jaguneb universaalseks, selektiivseks ja näidustatud ennetuseks ning peab olema tõendus põhine. Iga tegevuse puhul tuleb määrata, millist probleemi soovitakse mõjutada ja

millise mehhanismi kaudu.

Välditavate riskide hulka kuuluvad psühhoaktiivsete ainete ja nikotiini tarvitamine. Samal ajal tuleb tugevdada turvalist pere- ja koolikeskkonda, märgata võimalikult varakult püsivat distressi ja tagada tõendus põhine abi. WHO teenusejuhistele ja UNICEFi raamistike järgi peavad vaimse tervise valdkonda panustama tervishoid, haridus, sotsiaalkaitse ja kohaliku omavalitsuse tasand. KOV vastutab muu hulgas ligipääsu eest huviharidusele, noorte kaasamisele ja kogukonnatoele; sotsiaalkaitse peab vähendama perekoormust, vägivalda ja vaesusriski ning tervishoid tagama kvaliteedistandardile vastava ravi.

Vaimse tervise teenused tuleb lõimida esmatasandiga, sest seal on võimalik probleeme kõige varem märgata ja inimest nõustada. Arutada tuleb nii koolitervishoiu kui ka perearstisüsteemi rolli. Ka kehaliste haigustega tegelevates meditsiinivaldkondades tuleb märgata vaimse tervise probleeme, sest need kaasnevad sageli somaatiliste kaebustega. Pärast ravi peab inimesel olema võimalik naasta toetavasse kogukonda. Selleks on vaja sotsiaal- ja rehabilitatsiooniteenuseid ning tihedat koostööd, et laps ja pere ei jääks abita.

Abi tuleb pakkuda sobiva intensiivsusega. Esmase kontakti, hindamise ja üldsekkumiste järel tuleb eriarstiabi suunata neile, kes seda tõesti vajavad, välja arvatud ägedad kriisid, psühhootilised häired ja agressiooni ohjamine, mis eeldavad kiiret eriarstiabi. Teenuste kavandamisel tuleb vältida ebavõrdsust. Programmid jätavad sageli tähelepanuta maapiirkondade noored, hooldajatest eraldatud lapsed, puudega ja neuroeripäraga noored, vähemusrühmad ja traumakogemusega noored. Nende rühmade puhul tuleb mõju eraldi hinnata.

Ta rõhutas, et vaimse tervise abi ei saa põhineda ühekordsetel projektidel, vaid peab toimima lõimitud ja õppiva süsteemina. Igal Eestisse toodaval ennetus- või raviprogrammil peab olema selge teoreetiline alus ja tõendus selle kohta, millist mehhanismi programm mõjutab.

Ressursside strateegiliseks jaotamiseks on vaja paremaid pseudonüümitud andmeid vaimse tervise probleemide, riski- ja kaitsetegurite ning abi kättesaadavuse kohta.

Kokkuvõtteks ütles ta, et iga laps vajab juba varases eas turvalist suhet, toetavat lasteaeda ja kooli ning turvalist elukeskkonda. Riskide kuhjumisel peab abi saabuma kiiresti ning häire kujunemisel tuleb tagada katkestusteta ja lapse arengutasemele sobiv ravi.

Karmen Maikalu tutvustas slaidide (lisa 4) abil koolipsühholoogide vaadet. Eestis töötab ligikaudu 300 koolipsühholoog, mis katab umbes poole vajadusest. Teenus on olemas 53% koolidest, kuigi seaduse järgi peab see olema tagatud kõigis koolides. Koolipsühholoogiline abi peaks olema esmatasandi kogukonnateenus, mis võimaldab paljusid juhtumeid lahendada enne eriarstiabi vajaduse tekkimist. Psühholoogiharidusega inimesi jätkub, kuid kool ei ole noortele spetsialistidele piisavalt atraktiivne tööandja. Paljud alustavad koolis, omandavad kogemusi ja siirduvad seejärel erapraksisesse.

Laste ja noorte vaimne tervis peegeldab laiemalt ühiskonnas toimuvat. Neid mõjutavad sõda, majanduskriis, COVID-19 pandeemia ja kliimaärevus. Koolis sõltub lapse heaolu suhetest õpetajate ja kaasõpilastega, kiusamisest, kuuluvustundest, õpikoormusest ning õppimisega toimetulekust. Õpetajate ülekoormus vähendab nende võimet lapsi toetada. Uuringute järgi kogeb ligikaudu 20% lastest pidevat kiusamist. Paljud lapsed peavad õpikoormust suureks, kuigi õppekavu on korduvalt üle vaadatud.

Pere on lapse esmane kiindumus- ja kasvukeskkond. Last ei saa käsitleda perest eraldi ega lähtuda arusaamast, et üksnes laps tuleb „korda teha“. Senisest enam tuleb toetada peresid ja vanemaid. Rehabilitatsioonisüsteemi arendamisel tuleks üle vaadata pereterapeutide roll, sest kavandatavates rehabilitatsioonimeeskondades ei ole neile piisavalt kohta, kuigi ka eelnevates ettekannetes rõhutati peresuhete tähtsust.

Noored seavad endale väga kõrgeid eesmärgi ja tajuvad vanemate ootuste survet. Edu ei tähenda neile enam head toimetulekut, vaid soovi olla parim. See suurendab läbipõlemise riski. Riigieksamite ajal vajavad mõned noored ärevuse tõttu isegi kiirabi.

Enesevigastamist esineb praegu märksa rohkem kui paarkümmend aastat tagasi. Vaimset tervist kahjustavad ka vähene liikumine ja uni, ebatervislik toitumine ning liigne passiivne ekraaniaeg.

Üksnes digioskuste õpetamisest ei piisa. Liigne ekraanikasutus seostub keskendumisraskuste, lühikeste tekstide ja videote eelistamise, pikaajalise tähelepanu hoidmise raskuste ning näost

näkku suhtlemise oskuse nõrgenemisega. Digikeskkond suurendab ärevuse, depressiooni, küberkiusamise ja väärkohtlemise riski. Kiusamine ei lõpe koolipäeva lõppedes, vaid jõuab lapsega koju. Sotsiaalmeedia mõjutab minapilti ka siis, kui noor teab, et fotod on töödeldud. K. Maikalu sõnul on viimastel aastatel märgatavalt kasvanud ka toitumishäiretega noorte arv. Lisaks puutuvad noored veebis kokku radikaliseeriva sisu ja mõjutajatega, kes kujundavad nende väärtusi ja hoiakuid.

K. Maikalu esitas kuus ettepanekut. Esiteks tuleb toetada peresuhteid, asendades lapse „parandamise“ keskse lähenemise vanemahariduse, pereteraapia ning töö- ja pereelu parema ühildamisega. Teiseks tuleb toetada õpetajaid, sest ülekoormatud õpetajal on raske õpilaste heaolu hoida. Kolmandaks tuleb parandada vaimse tervise abi kättesaadavust ja tagada koolipsühholoogiline teenus kõigis koolides. Alates 2021. aastast tegutseb koolipsühholoogide tasuta nõuandeliin 1226, mis on mõeldud eeskätt inimestele, kelle koolis psühholoogi ei ole. Koolipsühholoog nõustab õpilaste kõrval ka lapsevanemaid, õpetajaid ja kogu kooliperet. Praegu töötab nõuandeliin annetuste toel ning järgmiseks aastaks puudub püsirahastus. Kui koolis psühholoogi ei ole, peab kool lapsele vajaliku teenuse tagama ja selle eest tasuma; lapsevanem ei pea teenust ise rahastama. Neljandaks tuleb muuta eluoskuste ning sotsiaal-emotsionaalsete oskuste õpetamine kõigis koolides süsteemseks. Viiendaks tuleb säilitada laste ja noorte regulaarse huvitegevuse ja noorsootöö võimalused. Huvitegevus suurendab kuuluvustunnet ja eduelamust ning seostub vaimse tervise probleemide, riskikäitumise ja õigusrikkumiste väiksema esinemisega. Kuuendaks tuleb seada laste ekraanikasutusele põhjendatud piirid. Eesmärk ei ole täielik keeld, vaid eakohased piirangud ja vanemate toetamine nende rakendamisel.

Signe Riisalo nõustus, et kavandatavad sekkumised peavad olema tõenduspõhised. Tervise Arengu Instituudil on kujunenud võimekus hinnata sekkumiste tõenduspõhisust, kuid seda tuleb edasi arendada. S. Riisalo jagas ka hinnangut, et vaimse tervise püramiidi alumiste astmete puudulikkus suurendab eriarstiabi koormust. SOM tegeleb probleemiga ja KOVidele on seadusega ette nähtud esmane ressurs kogukonnatoe pakkumiseks. Valitsus kavatseb saata Riigikogule astmelist abi reguleeriva eelnõu, et luua alus tõenduspõhiste psühholoogiliste sekkumiste ja teraapiate rakendamiseks ning rahastamiseks.

S. Riisalo märkis, et vaesuse kõrval räägitakse üha enam ilmajätusest. Ka väikese sissetulekuga pere võib vanemlike oskuste ja hea toimetuleku abil tagada lapsele vajalikud võimalused, nii et laps ei koge ilmajätust. Seetõttu tuleb sissetuleku kõrval hinnata ka lapse tegelikku ligipääsu arengu vajalikele tingimustele. Seejärel andis ta komisjoni liikmetele küsimusteks sõna.

Kalle Grünthal märkis, et ravi eesmärk peaks olema probleemide algpõhjuste kõrvaldamine, mitte üksnes sümptomite leevendamine. Ta rääkis sellest, et pärast 2020. aastal alanud COVID-19 pandeemiat ja ühiskonna sulgemist järgnes Ukraina sõda ja avalikus infoväljas on jätkuvalt palju sõjaohu ning kliimamuutustega seotud ärevust. K. Grünthal küsis, kas laste vaimse tervise halvenemist võib seostada meedias leviva sõjaohu, kliimamurede ja muu negatiivse infoga. Isegi kui laps ei mõista kõiki sündmusi, jõuavad vanemate pinged ja hirmud temani. Ta soovis teada, kas negatiivse teabe ja propaganda jõudmist lasteni võiks vähendada.

Kirsti Akkermann vastas, et vaimse tervise probleemid sagenesid maailmas juba enne COVID-19 pandeemiat ja sellel on palju põhjuseid. Üks mõjutegur on majanduslik ebakindlus. Inimesed taluvad määramatust erinevalt: osa on selle suhtes väga tundlikud, teistel aitavad varasemad kogemused paremini toime tulla. Pandeemia ajal selgus, et vanemaealised tulid sageli toime paremini kui noored täiskasvanud, sest neil oli rohkem elukogemust. Sõjapropaganda mõju hindamiseks tuleb uurida konkreetseid mehhanisme, näiteks selle seost määramatuse talumise, suhete või agressiivsuse tasemega. Praegu ei ole seda mõju veel piisavalt uuritud.

Irja Lutsar küsis lastepsühhiaatrite väljaõppe kohta. Eestis töötab ligikaudu 30 lastepsühhiaatrit, kuid vajaduseks on hinnatud 90–100. Ta soovis teada, millel see hinnang põhineb, kas residentuuri vastuvõttu tuleks suurendada ning kui palju residentide võiks vastu võtta, ilma et tulevikus tekiks spetsialistide ülepakkumine.

Ere Vasli vastas, et hinnang tugineb eriala arengukavale ning Põhjamaade ja Ühendkuningriigi andmetele. Residentide arvu ei saa piiramatult suurendada, sest olemasolevad lastepsühhiaatrid peavad neid põhitöö kõrvalt juhendama. Arvestada tuleb ka sellega, kui paljud lõpetajad jäävad tööle Tervisekassa rahastatud süsteemi.

Kerstin Kõiva lisas, et erasektoris on töö sageli lihtsam, samal ajal kui avalikus süsteemis tuleb ravida raskemaid ja erakorralisipatsiente. Kuna madalamate abitasandite teenuseid napib, jõuavad koolikiusamise, pereprobleemide ja muude muredga lapsed sageli eriarstiabisse ka siis, kui nad vajaksid eelkõige koolipsühholoogi, pereteraapiat või muud kogukonnateenust.

Minni Timberg lisas, et lastepsühhiaatria residentuurikohtade arvu on suurendatud, kuid ajalooliselt on erialal olnud nii kohti täitmata kui ka residentuuri lõpetanute osakaal väike. Vaimse tervise valdkonda on pikka aega peetud teistest meditsiinierialadest vähem atraktiivseks, mis on vähendanud eriala mainet. Kriiside järel on huvi siiski kasvanud ja viimati õnnestus kõik vastuvõtukohad täita. Ta juhtis tähelepanu ka sellele, et sündimuse vähenemisest hoolimata on 10–19-aastaste arv märgatavalt kasvanud, kuid kriitiliste teenuste kavandamisel ei ole seda alati arvestatud.

Irja Lutsar küsis, kas aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) diagnoosimist ja ravi võiks senisest enam suunata lastearstidele või perearstidele, et vabastada lastepsühhiaatrite ressursi raskemate patsientide jaoks.

Ere Vasli selgitas, et ATH on lastepsühhiaatriline häire, mille peab diagnoosima ja mille ravi alustama lastepsühhiaater, kuid edasist ravi saab jätkata perearst. Kuna keskendumisraskused võivad kaasneda paljude vaimse tervise häiretega, tuleb ATHd teistest seisunditest eristada. Diagnoosiks ja ravi alustamiseks piisaks sageli kahest lastepsühhiaatri vastuvõtust, kuid praegu napib nii spetsialiste kui ka vastuvõturuumi.

Helmen Kütt tänas istungi külalisi põhjalike ettekannete ja pühendunud töö eest. Ta küsis koolipsühholoogide nõuandeliini aastase rahavajaduse kohta. Samuti soovis ta teada, kas koolipsühholoogide tööd oleks otstarbekam korraldada koolipõhiselt või KOVi ühise keskusena. Näiteks kasutatakse koolipsühholooge erinevates koolides või ka lasteaedades asendusõpetajatena põhiõpetaja haigestumise korral. Ta soovis teada, kumb lahendus toimib paremini.

Karmen Maikalu vastas, et nõuandeliini aastane rahavajadus on 35 000–40 000 eurot. KOVi ühine keskus sobib eelkõige piirkondadesse, kus on palju väikeseid koole ja üks kool ei suuda täiskohaga spetsialisti palgata. Ka keskuse mudeli korral peaks koolipsühholoog töötama suure osa ajast koolis kohapeal. K. Maikalu sõnul kasutatakse koolipsühholooge asendusõpetajatena üha harvem ning levinud arusaam selle praktika ulatusest on liialdatud, sest nii spetsialistide kui ka koolijuhtide teadlikkus koolipsühholoogi ülesannetest on paranenud.

Helmen Kütt täpsustas, et Viljandis kasutatakse keskuse mudelit ka suurte koolide puhul ja psühholoogid töötavad samuti lasteaedades, et alustada probleemide märkamist ja lahendamist võimalikult vara.

Kirsti Akkermann lisas, et tugispetsialistideta koolides võivad olla mõjusad väljastpoolt tellitud tõenduspõhised ennetusprogrammid. Ta rõhutas, et ülimalt oluline on spetsialistide kvalifikatsioon: laste ja noortega töötaval psühholoogil peaks olema vähemalt psühholoogia magistrikraad, sest üldine sotsiaalteaduslik ettevalmistus ei ole psühholoogi töö tegemiseks piisav.

Karmen Maikalu märkis, et osa koole võtab nõuetele mittevastavaid inimesi tööle muu ametinimetuse, näiteks õpilasnõustaja või psühholoogilise nõustajana, kuid annab neile sisuliselt koolipsühholoogi ülesanded. Haridus- ja Teadusministeeriumi töörühm tegeleb praegu kvalifikatsiooninõuetega.

Mihkel Lees küsis, millist abi said need lapsed, keda 2025. aastal ligi 1850 e-konsultatsiooni järel ravile ei võetud. Ta soovis teada ka seda, kuidas saaks vaimse tervise õdede, psühholoogide ja perearstide olemasolevat ressursi paremini kasutada, et vähendada lastepsühhiaatrite tipukoormust.

Kerstin Kõiva selgitas, et e-konsultatsioon on mõeldud eriarstilt nõu saamiseks. Selle kaudu saab eriarst korrigeerida ravimravi, anda perearstile soovitusi, suunata laps sobivale teenusele

või selgitada, et laps ei vaja lastepsühhiaatrilist ravi. Ravile võetakse need lapsed, kes vajavad diagnostikat ja eriarstiabi. E-konsultatsiooni tulemuslikkus sõltub perearstilt saadud teabe sisukusest.

Ere Vasli lisas, et LVTKs töötavad lastepsühhiaatrite kõrval kliinilised psühholoogid ja teised meeskonnaliikmed, kuid diagnoosi panemise ja ravi määramise eest vastutab lastepsühhiaater. Osas perearstikeskustes töötavad vaimse tervise õed, kuid neid on veel vähe. E-konsultatsioonides soovitatakse sageli suunata laps vaimse tervise õe juurde või pereteraapiasse.

Kerstin Kõiva rõhutas, et praegu ei ole võimalik vastu võtta kõiki kergemate psüühikahäiretega lapsi, kuigi õigeaegne diagnoos (näiteks ATH korral) ja ravi võiks ennetada haridusprobleeme, võimalikke õigusrikkumisi ning muid hilisemaid raskusi.

Ere Vasli lisas, et LVTK tegeleb aktiivselt töö tõhustamisega, kasutades muu hulgas transkribeerimise lahendusi ja otsides võimalusi venekeelsete patsientide abistamiseks olukorras, kus venekeelseid spetsialiste on vähe.

Tanel Kiik küsis e-konsultatsioonide hinnamudeli kavandatava muudatuse ja Tervisekassa süsteemis töötavate lastepsühhiaatrite motiveerimise kohta. Ta soovis teada, kas hinnakirja korrastamise ja teenuse mahu suurendamise asemel kavandab Tervisekassa rahastuse vähendamist.

Kerstin Kõiva vastas, et hinnamudeli ülevaatamisel on kaalutud e-konsultatsiooni hinna olulist vähendamist juhul, kui patsient võetakse eriarsti ravile. LVTK ei pea seda põhjendatuks, sest e-konsultatsioon on mahukas töö, mis sisaldab sageli lasteaija- ja koolipsühholoogide, Rajaleidja ja teiste spetsialistide teabe läbivaatamist. Tervisekassa vaatab kogu hinnakirja koostöös eriala esindajatega üle.

Tanel Kiik küsis K. Akkermannilt, kui suur osa enne 25. eluaastat kujunevatest psüühikahäiretest oleks ennetatav. Ta soovis teada, millised häired on bioloogilise või geneetilise tausta tõttu vältimatud ning milliseid probleeme saaks parema kodu- ja koolikeskkonnaga ennetada.

Kirsti Akkermann vastas, et neuroarengulisi häireid ei ole võimalik ennetada ja ka psühhootilistel häiretel on suur bioloogiline komponent. Depressiooni, ärevus-, sõltuvus- ja käitumishäireid on aga võimalik suurel määral ennetada. Ka pärast esimest haigusjuhtu tuleb ennetada kordumist. Depressiooni korral saab adekvaatset ravi hinnanguliselt vaid üks inimene viiest ja ravimata või ebapiisavalt ravitud häire võib korduda ja krooniliseks muutuda. K. Akkermann rõhutas, et õigem on rääkida kergetest ja rasketest seisunditest, mitte kergetest ja rasketest häiretest, sest ka depressioon võib olla väga raske ja korduv. Samuti tekib neist ühiskonnale väga suur majanduslik kahju. K. Akkermann hindas, et ligikaudu 4% elanikkonnast esinevad neuroarengulised ja umbes 1% psühhootilised häired, mida ei saa ennetada. Õigeaegse ja sobival tasemel ennetusega võiks siiski ära hoida ligikaudu 40% enne 25. eluaastat kujunevatest psüühikahäiretest.

Ere Vasli lisas, et ennetus mõjutab oluliselt ka neuroarenguliste häiretega laste edasist elukäiku ja seda, kui suureks kujuneb häire mõju inimese elule.

Eero Merilind küsis, milline mõju oleks psühhiaatria e-konsultatsiooni kohustuslikuks muutmisel olukorras, kus astmelise vaimse tervise abi teenused ei ole piisavalt kättesaadavad. Ta osutas ohule, et perearst ja eriarst suunavad patsiendi teineteise juurde, kuid laps ei saa lõpuks vajalikku abi.

Kerstin Kõiva vastas, et LVTK on viimased neli aastat võtnud esmaseid patsiente vastu üksnes e-konsultatsiooni kaudu, välja arvatud erakorralised juhud. Seetõttu ei muudaks kohustuslik e-konsultatsioon LVTK töökorraldust oluliselt. Probleem tekib siis, kui laps ei saa madalamatel abitasanditel vajalikku tuge, sest sel juhul suureneb erakorraliste patsientide arv.

Irja Lutsar küsis probleemide põhjuste kohta. Ta soovis teada, mida ütleb teaduskirjandus vabakasvatuse ja kaasava hariduse mõju kohta. Ta märkis, et õpetajad kirjeldavad sageli raskusi kaasava hariduse rakendamisel.

Kirsti Akkermann selgitas, et autoriteetne kasvatusstiil ei tähenda vabakasvatust. See hõlmab lapsele realistlike nõudmiste ja piiride seadmist ning samal ajal emotsionaalset

kättesaadavust. Nooruki arenguline ülesanne on piire katsetada, mistõttu vajab ta vanemaid, õpetajaid ja treenereid, kes aitavad piire kehtestada. Nii kujuneb lapse eneseregulatsioonivõime. Vabakasvatus võib mõnikord tähendada ka lapse hooletusse jätmist või talle liigse vastutuse andmist. K. Akkermanni sõnul võib ärevuse ja depressiooni sagenemine olla seotud eneseregulatsioonivõime nõrgenemisega ja tähelepanu pideva ümberlülitamisega meedia ja päriselu keskkondade vahel. Kaasava hariduse mõte on hea, kuid õpetajatel ei ole alati oskusi laste käitumise juhtimiseks.

Karmen Maikalu lisas, et kaasavat haridust on paljudes koolides tõlgendatud nii, et erivajadusega laps pannakse tavaklassi ja õpetaja peab ilma lisatoeta toime tulema. Kaasava hariduse tegelik eesmärk on leida üldhariduskoolis neile lastele sobiv õpikeskkond ja sobivad õpitingimused. Vajaduse korral tähendab see abiõpetajat, väikeklassi või individuaalõpet, mitte üksnes lapse paigutamist tavaklassi.

Signe Riisalo tänas külalisi põhjalike ettekannete ja sisuka arutelu eest.

2. Sotsiaaldemokraatliku Erakonna fraktsiooni, Ester Karuse, Tanel Kiige, Züleyxa Izmailova algatatud okupatsioonirežiimide poolt represseeritud isiku seaduse muutmise ja sotsiaalhoolekande seaduse muutmise seaduse eelnõu (represseeritute ja tuumakatastroofi tagajärgede likvideerijate toetuse suurendamine) (980 SE) esimese lugemise ettevalmistamine

Helmen Kütt andis ülevaate eelnõust [980 SE](#), mille eesmärk on suurendada represseeritutele ja represseeritutega võrdsustatud isikutele, samuti Eestist sunniviisiliselt tuumakatastroofi tagajärgede likvideerimisele saadetud isikutele makstavat toetust 292 eurolt 350 euroni kalendriaastas. H. Kütt selgitas, et kõik represseeritud, kellel on represseeritu tunnistus, saavad represseeritu toetust ning toetust saavate isikute hulk väheneb igal aastal. SKA andmetel maksti 2025. aastal represseeritu toetust ja tuumakatastroofi tagajärgede likvideerija toetust kokku 7503 inimesele. Represseeritu toetust maksti 7065 inimesele ja Tšornobõli tuumakatastroofi tagajärgede likvideerijate sotsiaaltoetust 438 inimesele. Toetuse suurus 292 eurot kehtib alates 2023. aasta 1. jaanuarist.

H. Kütt selgitas, et eelnõu esitamine oli ajendatud vajadusest toetada represseerituid. Tema sõnul oli selleks varem ette nähtud 90 000 eurot, mida ühingud jagasid represseeritutele sanatoorse ravi ja ravimite soetamise toetuseks. Ta märkis, et kaitseminister H. Pevkur oli põhjendanud nimetatud vahendite suunamist kaitsevõime tugevdamisse seoses Ukrainas toimuvaga. Represseeritud olid sellega nõustunud, mõistes riigi kaitsmise vajadust ning olles ise kogenud sõjakoledusi. H. Kütt märkis, et kõnealuse toetuse maksmine on peatunud ning toetuse saajad ootavad, et riik neid mees peaks. Ta rõhutas vajadust pöörata tähelepanu represseeritutele, viidates nende panusele Eesti taasiseseisvumisse. Ta lisas, et kui eelnõu esimesel lugemisel tagasi ei lükata, on võimalik esitada muudatusettepanekuid kümne tööpäeva jooksul.

Liidia Soontak tutvustas Vabariigi Valitsuse seisukohta. Ta märkis, et valitsus otsustas eelnõu mitte toetada. Valitsus väärtustab eelnõus käsitletud isikuid, kuid leiab, et toetuse suurendamist tuleb hinnata koos riigieelarve võimalustega. Kavandatav toetuse suurendamine tooks riigieelarvele kaasa täiendava püsikulu, mille katmiseks ei ole riigieelarves ega riigi eelarvestrateegias vahendeid ette nähtud. Ka eelnõu seletuskirjas ei ole lisakulu rahastamiseks konkreetset katteallikat esitatud. Seetõttu leidis valitsus, et toetuse suurendamist ja sellest tulenevate täiendavate rahaliste kohustuste võtmist tuleb hinnata riigi eelarvestrateegia ja riigieelarve koostamise käigus koos teiste sotsiaalvaldkonna vajaduste ja prioriteetidega.

Signe Riisalo tänas ettekandjaid ja pani menetluslikud otsused hääletusele.

Otsustati:

2.1. Teha ettepanek võtta eelnõu täiskogu päevakorda 21.10.2026 (konsensus: Kalle Grünthal, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Signe Riisalo).

2.2. Teha ettepanek eelnõu tagasi lükata (poolt 4: Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind,

Signe Riisalo; vastu 3: Kalle Grünthal, Tanel Kiik, Helmen Kütt; erapooletuid 0).

2.3. Määrata juhtivkomisjoni esindajaks Signe Riisalo (konsensus: Kalle Grünthal, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Signe Riisalo).

Signe Riisalo andis teada, et vastavalt Riigikogu kodu- ja töökorrasedusele on muudatusettepanekute esitamise tähtaeg 10 tööpäeva.

3. Sotsiaaldemokraatliku Erakonna fraktsiooni esitatud Riigikogu otsuse eelnõu „Ettepaneku tegemine Vabariigi Valitsusele töötada välja meetmed laste ja noorte vaimse tervise abi kättesaadavuse parandamiseks ning lapsevanemate toetamiseks nutiseadmete ja sotsiaalmeedia kasutuse piiramisel” (977 OE) esimese lugemise ettevalmistamine

Helmen Kütt andis ülevaate otsuse eelnõust [977 OE](#), millega tehakse valitsusele ettepanek töötada välja tegevuskava laste ja noorte vaimse tervise abi kättesaadavuse parandamiseks ning lapsevanemate toetamiseks laste nutiseadmete ja sotsiaalmeedia kasutuse piiramisel.

H. Kütt märkis, et ka tänase sotsiaalkomisjoni istungi 1. päevakorrapunkti arutelu näitas, et otsuse eelnõus 977 OE käsitletav teema on aktuaalne. Ta lisas, et valitsusel oleks võimalik koostada kahe kuu jooksul otsuse vastuvõtmisest tegevuskava, mis jääks järgmisele valitsusele ja mida uus koosseis saaks vajaduse korral muuta. Probleemide lahendamiseks tuleks alustada kohe, mitte jätta seda järgmise valitsuse ülesandeks. Tegevuskava koostamine näitaks, et probleemi ja selle tõsidust teadvustatakse.

Irja Lutsar märkis, et pooldab tegevuskava koostamist, kuid senine praktika on näidanud, et sageli jäetakse eelmise valitsuse koostatud tegevuskava kõrvale ja alustatakse uue koostamist. Ta leidis, et uus valitsus peaks tegevuskava koostama kohe ametiaja alguses ja asuma seda ellu viima. Praegu ei pruugi tegevuskava koostamiseks enam aega jääda.

Helmen Kütt rõhutas järjepidevuse olulisust ning märkis, et tegevuskavad ja plaanid on olulised, et jätkuks tegevus mingisugustel kokkulepitud tingimustel. Ta leidis, et praegune valitsus on oma nelja-aastase töökogemuse põhjal kõige pädevam seda tegevuskava koostama. Uus valitsus saab tegevuskava vajaduse korral täiendada ja muuta. Ta märkis, et ametisse asuvad uue valitsuse liikmed ja uued Riigikogu liikmed vajavad sisseelamiseks aega. Seetõttu võib juhtuda, et terviklahenduste valmimist jäädakse taas ootama. Samal ajal vaimse tervise probleemid püsivad ja vajavad lahendust.

Kalle Grünthal ei nõustunud I. Lutsari seisukohaga. Ta märkis, et koostöö annab alati parema ja ulatuslikuma tulemuse. Ta leidis, et kui praegune valitsus soovib jätkuvalt teha Riigikogus tööd kooskõlas ametivandega lubatuga, ei ole tegevuskava ettevalmistamine üksnes palve, vaid valitsuse kohustus.

Helmen Kütt märkis, et esimese päevakorrapunkti arutelul ei selgunud, millised on edasised plaanid seoses vaimse tervise tegevuskavaga 2023–2026 ja kas valmistatakse ette uut tegevuskava. Ta lisas, et sama küsimus puudutab ka arutlusel olevat tegevuskava. Kui tegevuskava koostamist praegu ei alustata, on uus valitsus samas olukorras ja peab alustama selle koostamist. Juba ettevalmistatud materjalid toetaksid töö jätkamist.

Signe Riisalo lausus, et vaimse tervise, eelkõige laste vaimse tervise tegevuskava osas eriarvamusi ei ole. Ministeerium koostab tegevuskavad sõltumata sellest, kas ja mida Riigikogu otsustab. Riigikogu suunised annavad valitsusliikmetele ja ministeeriumile täiendavaid juhiseid tegevuskavade sisu kohta. Ta lisas, et peaminister on kokku kutsunud ekspertide kogu, kes esitab novembri lõpuks sotsiaalmeediat puudutavad seisukohad ja tõenduspõhised tegevussuunised.

S. Riisalo juhtis tähelepanu, et otsuse eelnõu 977 OE vastuvõtmiseks on nõutav Riigikogu koosseisu häälteenamus (vähemalt 51 poolthäält). Seejärel pani ta menetluslikud otsused hääletusele.

Otsustati:

3.1. Teha ettepanek võtta eelnõu täiskogu päevakorda ja viia läbi lõpphääletus 21.10.2026 (konsensus: Kalle Grünthal, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Signe Riisalo).

3.2. Määrata juhtivkomisjoni esindajaks Mihkel Lees (konsensus: Kalle Grünthal, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Signe Riisalo).

4. Info ja muud küsimused

4.1.1. Lähetada Irja Lutsar Belgia Kuningriiki Brüsselisse Euroopa Parlamendi rahvatervise komisjoni korraldatavale kohtumisele koroonapandeemia õppetundide teemal 10.-11.11.2026 (konsensus: Kalle Grünthal, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Signe Riisalo).

4.1.2. Lähetusega seotud kulud katta sotsiaalkomisjoni välislähetuste eelarvest (konsensus: Kalle Grünthal, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Signe Riisalo).

(allkirjastatud digitaalselt)
Signe Riisalo
juhataja

(allkirjastatud digitaalselt)
Terle Kask
protokollija

(allkirjastatud digitaalselt)
Riin Lindpere
protokollija