



Tervise
Arengu
Instituut

Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring

Lühikokkuvõte

Tallinn 2023

Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring

Lühikokkuvõte

Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu
konsortsium

Tervise Arengu Instituudi **missioon** on olla teaduspõhiste tervislike valikute kujundaja.

Käesoleva kokkuvõtte aluseks on uuringu lõpparuanne:

Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium (2022). Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool.

URL: <https://www.tai.ee/et/rvtu>

Uuringu tellis ja uuringut rahastas Eesti Teadusagentuur Euroopa Regionaalarengu Fondist toetatava programmi „Valdkondliku teadus- ja arendustegevuse tugevdamine“ (RITA) tegevuse 1 „Strateegilise TA tegevuse toetamine“ kaudu. Uuring valmis Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi, Haridus- ja Teadusministeeriumi, Justiitsministeeriumi, Siseministeeriumi ja Riigikantselei eesmärkide elluviimiseks. Uuring viidi läbi perioodil 01.09.2020-28.02.2022.

Sisukord

Mõisted	4
Lühendid	4
Põhitulemused	5
Uuringu taust	6
Kõige enam levinud vaimse tervise häired	7
Pandeemia mõju vaimsele tervisele	9
Vaimse tervise probleemide riski- ja kaitsetegurid	10
Pandeemiaaegse stressiga toimetulek	12
Sõlmprobleemid ja soovitused	13
Sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus	13
Sotsiaalne isolatsioon	13
Noorte vaimse tervise haavatavus	13
Puudulik terviseharitus ning infopuudus teenuste kohta	13
Puudulik info häirete levimuse, mõjude ja riskitegurite kohta	14
Ennetus- ja raviteenuste puudulik kättesaadavus	14

Mõisted

Psüühikahäire

(mental disorder)

kliiniliselt äratuntav kogum vaimse tervisega seotud sümptomitest või käitumisviisidest, millega enamasti kaasneb oluline stress ja mis häirib isiku funktsioneerimist

Risk

(risk)

statistiline hinnang häire või sündmuse tõenäosusele

Sõelküsimustik

(screening questionnaire)

küsimustik, mille eesmärk on selgitada välja isikud, kelle puhul häire esinemise risk (tõenäosus) on mingist kokku lepitud kriteeriumist suurem

Šansside suhe

(odds ratio)

statistiline näitaja, mis iseloomustab mingi tunnuse käitumist kas riski- või kaitsetegurina. Šansside suhte väärtus >1 viitab riskitegurile, väärtus <1 viitab kaitsetegurile

Vaimne tervis

(mental health)

WHO definitsiooni järgi: heaoluseisund, milles inimene realiseerib oma võimeid, tuleb toime igapäevaelu pingetega, suudab töötada tootlikult ja tulemusrikkalt ning on võimeline andma oma panuse ühiskonna heaks

Lühendid

EGV	Eesti Geenivaramu
EHK	Eesti Haigekassa
ETeU	Eesti terviseuuring
RVTU	Rahvastiku vaimse tervise uuring

Põhitulemused

Vaimse tervise häirete levimus ja riskitegurid

Küsitlusuuringu põhjal (inimeste endi hinnangul) oli 2021. aastal kõrgenenud depressioonirisk 28% ja ärevushäire risk 20% rahvastikust. Haigekassa andmetel diagnoositi aastatel 2016–2021 depressiooni 12% ja ärevushäireid 10% täiskasvanutest.

- 15–24-aastastel noortel oli enese hinnangul nii depressiooni kui ärevushäirete risk kuni kaks korda kõrgem kui elanikkonnas keskmiselt.
- Depressioonirisk on suurem naistel, kõrge geneetilise eelsoodumusega ning riskeeriva tervisekäitumisega inimestel.
- Vaimse tervise riskiteguriteks olid koroonakriisi ajal sotsiaalmajanduslik haavatavus (madal haridustase, väike sissetulek, töötus) ja sotsiaalse toe puudumine.

Koroonakriisi mõjud vaimsele tervisele

- Koroonakriisi mõjus rahvastiku vaimsele tervisele negatiivselt: 2021. ja 2022. aastal oli kõrgenenud depressiooni ja ärevuse riskiga inimeste osakaal oluliselt suurem kui pandeemiaeelsel 2019. aastal.
- Suurimaks stressoriks koroonakriisi ajal oli oht haigestuda ning selle tagajärjed.
- Koroonakriisi ajal aitasid stressi ning selle negatiivseid tagajärgi leevendada emotsioonidega toimetuleku oskused ning tervist toetav eluviis (piisav uneaeg ja keheline aktiivsus).
- Koroonakriisi vältel pidas enamik täisealistest vastanutest oluliseks vaimse tervise teenuste kättesaadavuse parandamist, kuid ise vaimse tervise teenuse vajadust tundvaid inimesi oli vastajate seas vähem – psühholoogi või nõustaja vastuvõtust tundis puudust 13%, psühhiaatri vastuvõtust 8%.
- Nendest, kes tundsid vajadust vaimse tervise abi järele, eelistas 70% abi otsimise asemel oodata, et probleemid laheneksid või ise hakkama saada. Peamiste takistustena abi otsimisel toodi välja tervishoiusüsteemist tulenevad piirangud, sh liiga pikad järjekorrad, plaanilise ravi piirangud, teenuste hind. Samuti takistas abi otsimist vähene usk, et teenustest oleks kasu ning teadmatus, kuhu pöörduda.

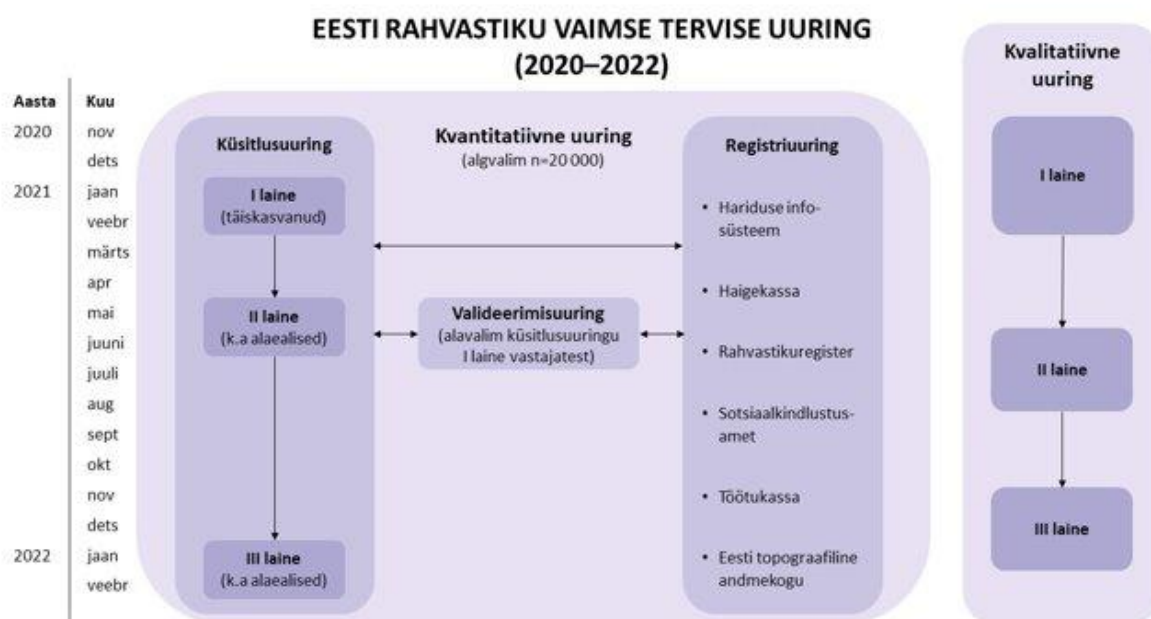
Vaimse tervise abivõimaluste kasutamine

- Aastatel 2016–2021 kasutas psühhiaatri, psühholoogi või psühhoterapeudi teenuseid 13% täisealisest rahvastikust.
- Teenuseid kasutasid rohkem naised (14%) ja noored vanuses 18–24 (26%), samuti madalama haridustaseme ja sissetulekuga inimesed.
- Väga väikese sissetulekuga, sh ametliku sissetulekuta inimesed kasutasid Eesti Haigekassa rahastatavaid vaimse tervise teenuseid oluliselt vähem.

Uuringu taust

Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring (RVTU) on esimene rahvastikupõhine ja laiahaardelise teemaderingiga uuring, mille eesmärk on saada põhjalik ülevaade Eesti elanikkonna vaimse tervise seisundist ning seda mõjutavatest teguritest. Ühtlasi oli uuringu eesmärgiks selgitada välja, millised on kõige haavatavamad rühmad ning milliseid toimetulekumehhanisme kasutavad Eesti inimesed vaimse tervise probleemidega toimetulekul. Lisaks võeti vaatluse alla vaimse tervise valdkonna toetuste ja teenuste vajadus ning koostati indikaatorite pakett Eesti elanikkonna vaimse tervise seisundi hindamiseks.

Uuringu algatamise tõukeks oli 2020. aastal puhkenud koroonakriis ning selle käigus tekkinud vajadus saada põhjalikum ülevaade rahvastiku vaimse tervise seisukorrast ning kriisi mõjudest toimetulekule. Uuring koosnes kahest suuremast osast: kvantitatiiv- ja kvalitatiivuuringust. Mõlemad uuringud viidi läbi kolmes uuringulaines. Kvalitatiivuuringu käigus koguti eesliinitöötajate ja haavatavate rühmade seas poolstruktureeritud intervjuude abil vaimse tervise probleeme ning toimetulekut puudutavat infot, mis oli sisendiks kvantitatiivuuringu ankeedi koroonakriisiga seotud stressorite ja vaimse tervise tugiteenuste plokkide koostamisel. Kvantitatiivuuring koosnes omakorda kolmest osast: Rahvastikuregistri põhjal koostatud juhuvalimiga küsitlusuuringust, registripõhiste andmete analüüsist ning valideerimisuuringust. Küsitlusuuringusse kutsuti 20 000 Eesti elanikku alates 15. eluaastast; see tehti kolmes laines, et jälgida vaimse tervise näitajate muutusi aastatel 2021–2022. Uuringu struktuur ja ajakava on välja toodud **joonisel 1**.



Joonis 1. Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu struktuur ja ajakava

Põhjalikuma ülevaate RVTU taustast ja metoodikast koos kasutatud allikate loeteluga saab uuringu lõpparuandest¹ ning selle lisadest. Käesolevas lühikokkuvõttes toome välja olulisemad tulemused ja peamised sõnumid.

¹ Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium (2022). Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool. URL: <https://www.tai.ee/et/rvtu>

Kõige enam levinud vaimse tervise häired

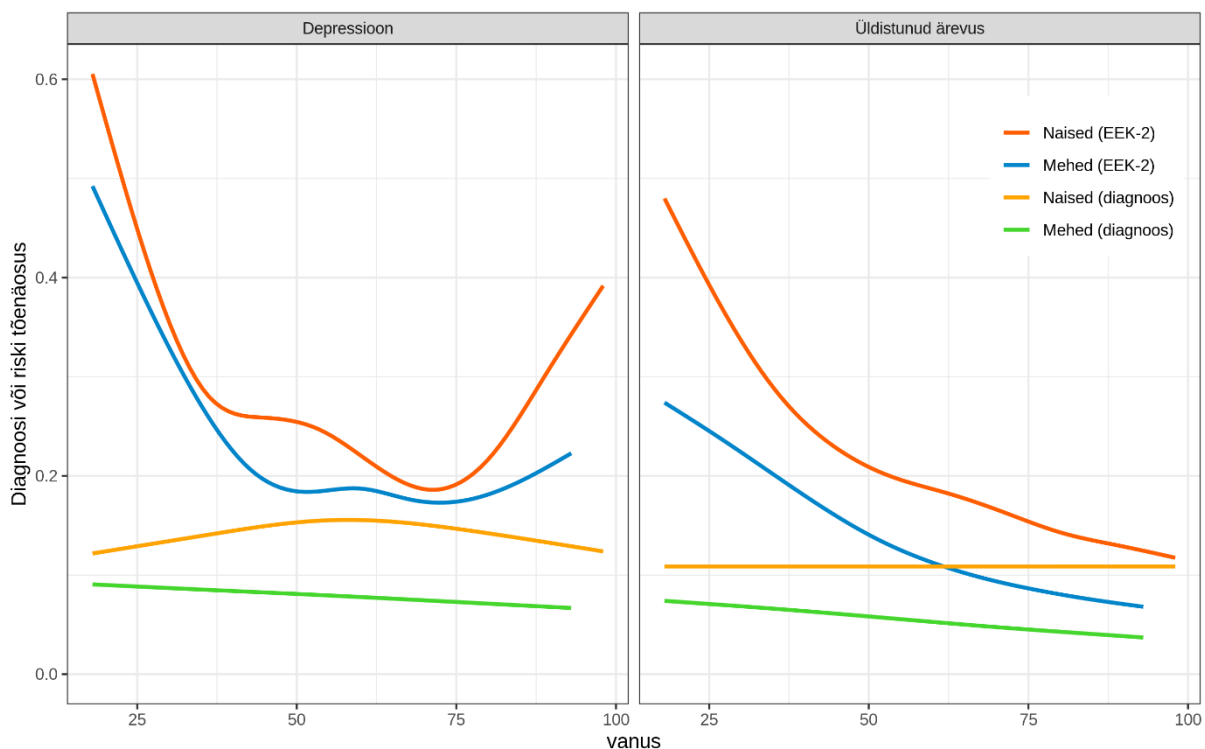
Vaimse tervise häirete levimuse hindamiseks ja probleemide ulatuse täpsemaks hindamiseks kombineeriti enesekohaseid ja registripõhiseid, peamiselt Eesti Haigekassa (EHK) raviarvetel ja retseptide diagnoosidel olevaid andmeid. Uuringu tulemusel selgus, et Eesti elanikkonna seas enamlevinumad vaimse tervise häired nii pandeemiaeelselt kui ka pandeemia ajal olid depressioon ja ärevushäired. Haigekassa andmete alusel diagnoositi perioodil 2016–2021 depressiooni 12%-l ja ärevushäireid 10%-l täiskasvanutest. Enesekohase küsimustiku andmete põhjal oli 2021. aastal kõrgeenenud depressioonirisk 28%-l ja üldistunud ärevushäire risk 20%-l rahvastikust. Noortel (15–24 a) oli enesekohase küsimustiku põhjal nii depressiooni kui ärevushäirete risk kuni kaks korda kõrgem kui elanikkonnas keskmiselt.

Jooniselt 2 näeme, et küsimustiku põhjal hinnatud riskis on vanuselised erinevused palju suuremad kui diagnoosi tõenäosuses. Nii diagnoosi tõenäosus kui ka küsimustiku põhjal hinnatud risk on meestel ja naistel suurem. Küsimustiku põhjal hinnatud risk väheneb nii depressiooni kui ka ärevushäire puhul vanusega, kuid depressioonirisk tõuseb pisut alates 70-ndatest eluaastatest. Küsimustiku põhjal hinnatud risk on igas vanuses suurem kui diagnoosi tõenäosus.

Registriandmete põhjal kuuluvad enam levinud häirete hulka veel rasked stressireaktsioonid ja kohanemishäired (5 aasta levimus 5,2%), somatoformsed häired (4,0%), alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired (1,8%) ning unehäired (4,8%). Küsimustiku põhjal on uneprobleemid küllaltki levinud ning saab öelda, et 39%-l täiskasvanutest esineb unehäire risk. Alkoholi liigtarvitamist esines küsimustiku põhjal hinnates 17%-l naistest ning 34%-l meestest. Üle- ja liigsöömishooge, mis viitavad liigsöömistüüpi söömishäirete riskile, esines küsimustiku põhjal 27%-l vastanutest.

Eeltoodud arvude põhjal on nii vaimse tervise häirete levimus kui ka pandeemiaaegsed levimuse muutused Eestis sarnased teiste Euroopa maadega.

Tulemuste tõlgendamisel tuleb meeles pidada, et riiklikud andmekogud tõenäoliselt alahindavad ja enesekohased küsimustikud ülehindavad probleemide esinemist. Ühe olulise puudusena saab välja tuua, et Eesti Haigekassa andmekogus kajastuvad vaid Haigekassa poolt rahastatud ravijuhud, puudu on eravastuvõtude andmed. Küsimustiku puhul ei tähenda riskilävendi ületamine tingimata psüühikahäire diagnoosi: küsimustikud on mõeldud diagnoosi tõenäosuse (riski) ennustamiseks võimalikult hõlpsalt ning väikse ajakuluga, kuid selle hinnaks on väiksem täpsus võrreldes ajakulukamate meetoditega, näiteks diagnostilise intervjuuga. Näiteks RVTU-s kasutatud EEK-2 depressiooniskaala puhul on teada, et 44% riskilävendi ületajatest (kuid vaid 4% riskilävendi alla jääjatest) saavad kliinilise intervjuu põhjal depressiooni diagnoosi. See teadmine on pärit peaaegu 20 a tagasi läbi viidud uuringust, kus valimiks olid perearsti külastanud patsiendid, mitte juhuslik väljavõte rahvastikust.



Joonis 2. Depressiooni (vasakul) ja üldistunud ärevushäire (paremal) tõenäosuse seos vanusega meestel ja naistel

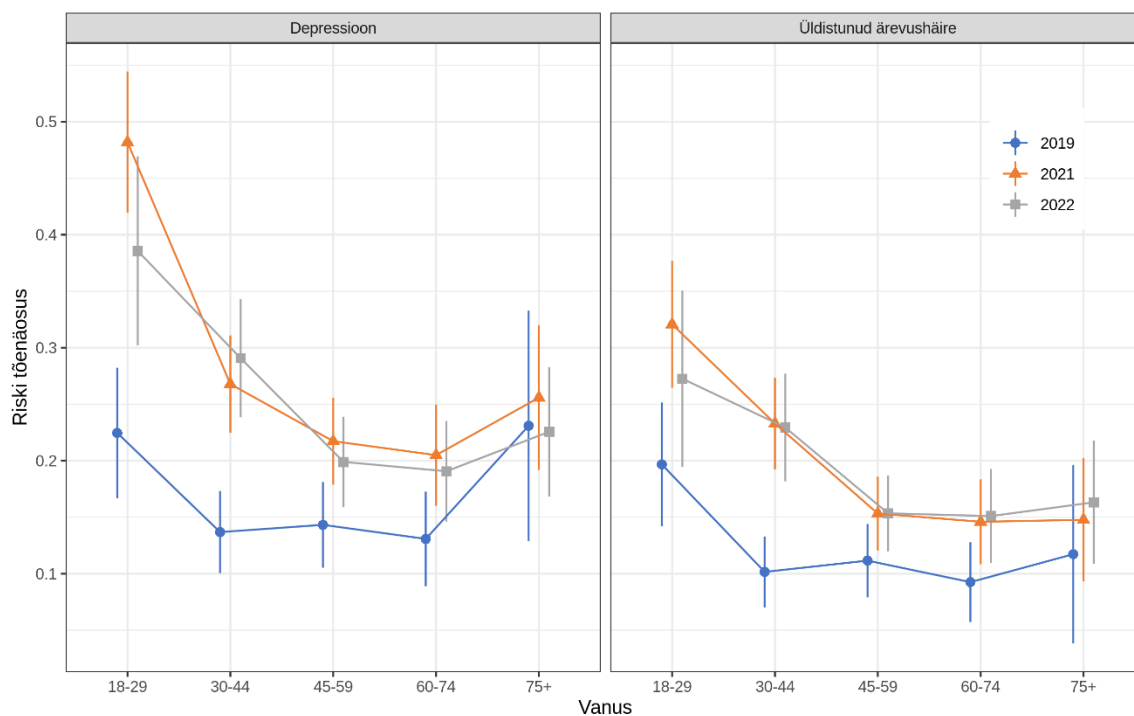
Ülemised jooned: häire risk enesehinnangulise küsimustiku EEK-2 põhjal. Alumised jooned: depressiooni või korduva meeleoluhäire diagnoosi (F32-F34) või ärevushäire diagnoosi (F41) tõenäosus (2016–2020). Alumised kaks joont on registriuuringu põhjal, hõlmates ka seda osa valimist, kes küsitlusuuringule ei vastanud.

Pandeemia mõju vaimsele tervisele

Võrreldes RVTU tulemusi kaks aastat varem läbi viidud Eesti Terviseuuringu (ETeU) tulemustega, saame järeldada, et koroonakriis mõjus rahvastiku vaimsele tervisele negatiivselt: 2021. ja 2022. aastal oli kõrgeenenud depressiooni ja ärevuse riskiga inimeste osakaal oluliselt suurem kui pandeemiaeelselt 2019. aastal.

Uuringute võrdlemisel tuleb arvestada, et ETeU valimist kaks kolmandikku vastas personaalse intervjuu käigus ning umbes kolmandik veebis. RVTU tulemustega on võrreldavad ainult veebivastajate omad, kuna psüühikahäirete kohta käivad küsimused on väga tundlikud ning neile on üks-ühele intervjuu käigus paljudel ebameeldiv vastata. Seega on järgnevas RVTU tulemusi võrreldud ETeU veebivastajatega. Varasemates kokkuvõtetes ei ole ETeU tulemuste vastamisviisi arvestatud ning seega on tõenäoliselt alahinnatud depressiooni ja üldistunud ärevushäire riski levimust.

Jooniselt 3 näeme, et enamikes vanuserühmades on pandeemia ajal depressiooni ja üldistunud ärevushäire levimus suurenenud ning seda eelkõige nooremates vanuserühmades (18-29 ja 30-44); taustana tasub arvestada, et ka pandeemiaeelselt oli levimus varem arvatust suurem.



Joonis 3. Depressiooni ja üldistunud ärevushäire riski seosed vanusega. ETeU (2019 veebivastajad) ja RVTU (2021-2022) täisealise elanikkonna andmete põhjal

Haarad = 95% usalduspiirid. Usaldusvahemik iseloomustab ebatäpsust, mis tuleneb asjaolust, et mõõdetud ei ole kogu elanikkonda (üldkogumit), vaid ainult juhuslikult valitud osa sellest (valimit). Joonisel kujutatud usaldusvahemik katab parameetri väärtust üldkogumis 95% tõenäosusega.

Vaimse tervise probleemide riski- ja kaitsetegurid

Depressioonirisk on suurem naistel, kõrge geneetilise eelsoodumusega inimestel ning riskeeriva tervisekäitumisega elanikel. Tekstikastis 1 on erinevate allikate põhjal kokku võetud olulisemad depressiooni riski- ja kaitsetegurid. **Joonisel 4** on kujutatud mõne olulisema riskiteguri mõju RVTU küsitlusuuringu põhjal.

Tekstikast 1

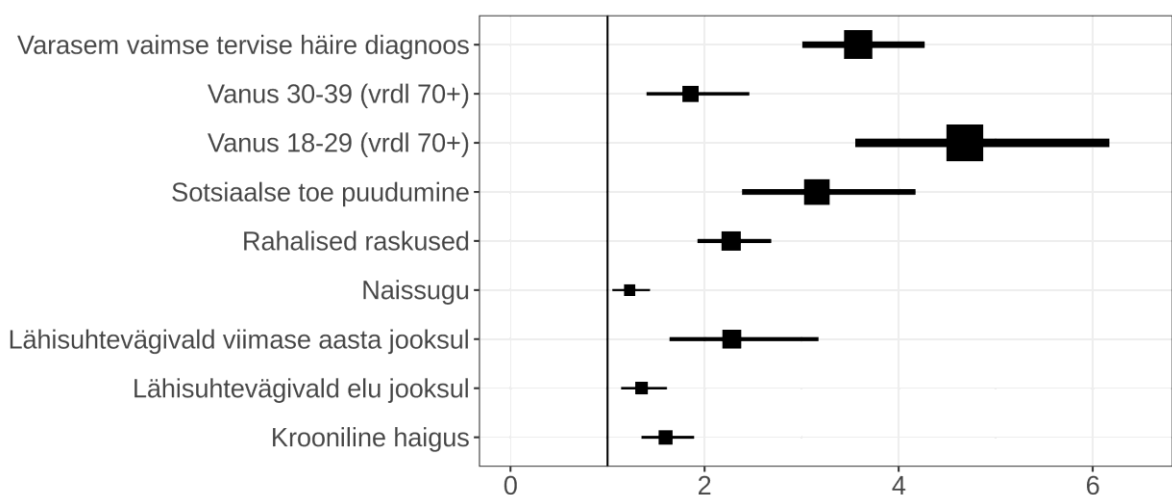
Depressiooni riski- ja kaitsetegurid EGV uuringu ja RVTU põhjal

Riskitegurid

- Kõrge geneetiline eelsoodumus
- Uimastite tarvitamine
- Alkoholiga liialdamine
- Suitsetamine
- Somaatilised haigused
- Sotsiaal-majanduslik haavatavus (nt väike sissetulek, töötus)
- Traumaatilised elusündmused
- Sotsiaalse toe puudumine
- Naissugu
- Vanus (nooremas vanuserühmas on suurem depressioonirisk, kuid ei ole oluliselt rohkem depressiooni diagnoose)

Kaitsetegurid

- Normaalne kehakaal
- Regulaarne keheline aktiivsus
- Piisav uneaeg (7–9 tundi)
- Kõrgem haridus



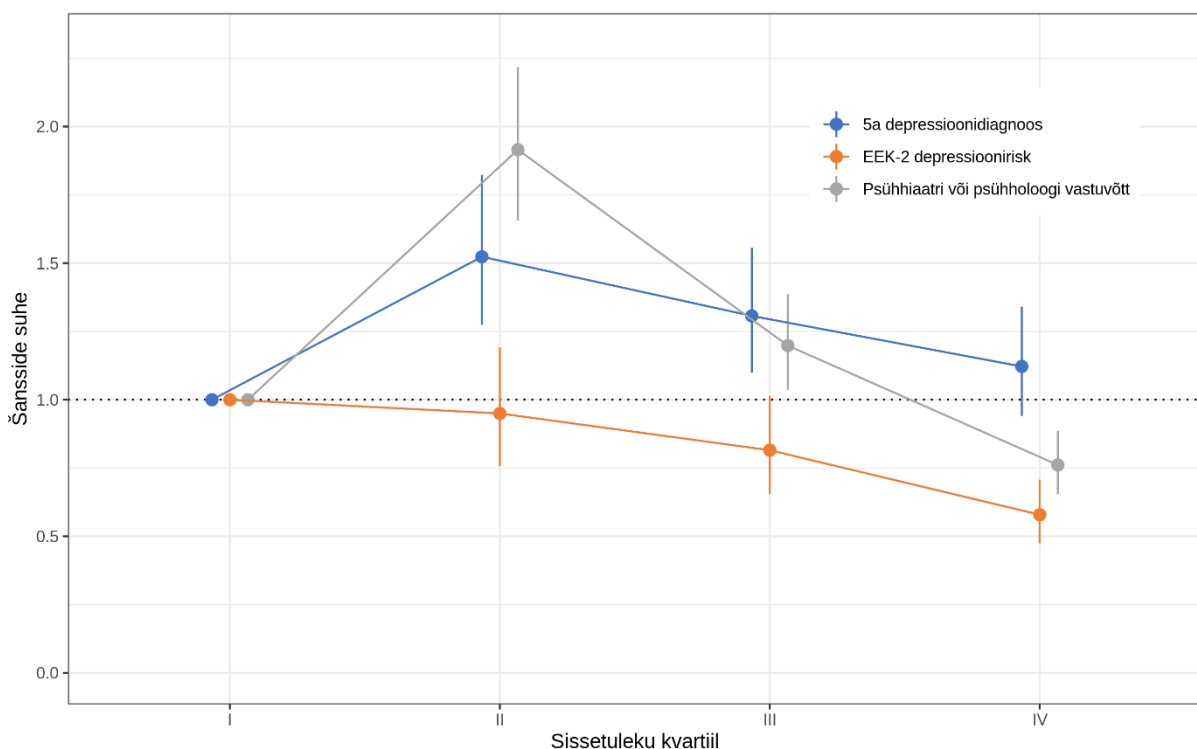
Joonis 4. Näiteid erinevate tegurite mõjust depressiooniriskile

Šansside suhted koos 95% usalduspiiridega.

Riski- ja kaitsetegurite tõlgendamisel tuleb arvestada, et iga põhjus eraldi võetuna seletab ära vaid väikese osa häire riskist; ükski riskitegur ei tähenda häire kindlat esinemist ning ükski kaitsetegur ei tähenda absoluutset garantiid, et häiret ei esine. Samuti ei pruugi riskitegur viidata ühele kindlale põhjusele: näiteks sugu riskitegurina tähendab, et naistel on enamikus uuringutes depressiooni rohkem, kuid selle tulemuse põhjused võivad olla nii sotsiaalsed kui ka bioloogilised.

Nagu paljud teised uuringud, kinnitab ka RVTU mõistliku tervisekäitumise seost vaimse tervisega. Eespool viitasime alkoholi ja uimastite tarvitamisele ja suitsetamisele kui riskiteguritele. Väiksema depressiooni tõenäosusega ning parema heaoluga on seotud ka soovituslikku vahemikku (7–9 tundi ööpäevas) jääv uneaeg ja kehalise aktiivsuse soovituste järgimine (liikumisharrastus või muu mõõdukas kuni intensiivne kehaline tegevus vähemalt 2 korda nädalas). Uneaja ja liikumisaktiivsuse muutused uuringuperioodi jooksul on seotud vastavate muutustega depressiooni tõenäosuses ja heaolus: näiteks vastajatel, kelle uneaeg kahe uuringulaine vahel pikenes või kehaline aktiivsus suurenes, suurenes samal perioodil ka heaolu näitaja ning vähenes depressiivsus.

Joonis 5 kajastab sissetuleku seoseid depressiooniriski ja vaimse tervise teenuste kättesaadavusega. Kui välja jätta I sissetulekukvartiil, siis näeme jooniselt tavapäraselt mustrit: mida suurem sissetulek, seda väiksem depressioonirisk ning (seetõttu ka) seda vähem diagnoose ja visiite vaimse tervise spetsialistide juurde. Kuid oluliseks erandiks on kõige madalam sissetulekukvartiil, kus depressioonirisk küsimustiku põhjal ei ole väiksem kui II ja III kvartiilis, kuid nii diagnoose kui spetsialistide külastusi on oluliselt vähem. See näitab, et väga väikse või puuduva sissetulekuga inimestele on vaimse tervise teenused halvemini kättesaadavad.



Joonis 5. Sissetuleku seos depressiooniriski (EEK-2 põhjal), diagnoosi ja vaimse tervise spetsialistide külastustega

Joonisel on sissetulek kvartiilide (valimi neljandike) kaupa: igas kvartiilis on ligikaudne võrdne arv inimesi; madalaimasse sissetulekukvartiili kuulusid vastajad, kel sissetulek puudus või oli kuni ≤ 450 eurot kuus.

Pandeemiaaegse stressiga toimetulek

Suurimaks stressoriks koroonakriisi ajal oli oht haigestuda koroonasse ning selle tagajärjed. Olulise stressorina mainiti ka kiiresti muutuvat ja vastuolulist informatsiooni rakendatavate meetmete ja nende vajalikkuse osas.

Koroonakriisiga toimetuleku viisidest mainiti kõige rohkem kasulike tele- ja raadiosaadete või veebiseminaride jälgimist, lähedaste poole pöördumist ja internetist oma murede kohta lisainfo otsimist, samuti perearsti poole pöördumist.

Koroonakriisi ajal aitasid stressi ning selle negatiivseid tagajärgi leevendada emotsioonidega toimetuleku oskused ning tervist toetav eluviis (piisav uneaeg ja kehaline aktiivsus).

Psühhiaatri, psühholoogi või psühhoterapeudi teenuseid kasutas perioodil 2016–2021 13% täisealisest rahvastikust; teenuseid kasutasid rohkem naised (14%) ja 18–24 a vanuserühm (26%), samuti madalama haridustaseme ja sissetulekuga inimesed. Erandiks olid väga madala sissetulekuga elanikud, kes kasutasid Haigekassa poolt rahastatavaid vaimse tervise teenuseid oluliselt vähem.

Koroonakriisi vältel pidas enamik täisealistest vastanutest oluliseks vaimse tervise teenuste kättesaadavuse üldist parandamist, kuid isiklikult vaimse tervise teenuse vajadust tundvaid inimesi oli vastajate seas vähem (psühholoogi või nõustaja vastuvõtust tundis puudust 13%, psühhiaatri vastuvõtust 8%).

Nendest, kes tundsid vajadust vaimse tervise abi järele, eelistas 70% abi otsimise asemel oodata, et probleemid laheneksid või ise hakkama saada. Peamiste takistustena abi otsimisel toodi välja tervishoiusüsteemist tulenevad piirangud (sh liiga pikad järjekorrad, plaanilise ravi piirangud, teenuste hind), samuti vähene usk, et teenustest oleks kasu, ning teadmatus sellest, kuhu pöörduda.

Arvestades, kui suur osa rahvastikust on ühe või teise psüühikahäire suhtes kõrgenenud riskis, on oluline soodustada vaimse tervise probleemide õigeaegset märkamist ja kasvatada elanikkonna teadlikkust abivõimalustest. Märkimisväärne lõhe vaimse tervise teenuste vajaduse ja kasutamise vahel ilmnes vanemates vanuserühmades, meestel ja väga väikese või puuduva sissetuleku korral.

Sõlmprobleemid ja soovitus

Uuringutulemuste põhjal selgitati välja Eesti rahvastiku vaimse tervise peamised sõlmprobleemid ning koostati soovitus olukorra leevendamiseks, mida arvestada vaimse tervise poliitika planeerimisel.

Sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus

Väiksem sissetulek ja madalam haridus on nii enesekohaste hinnangute kui ka diagnooside alusel depressiooni ja ärevuse riskiteguriks. Kui töötuks jäämine kujutab endast mööduvat vaimse tervise häirete riski suurenemist, siis püsiv töötus kujutab endast püsivalt suuremat riski. Isikud, kellel puudus ametlik sissetulek, said oluliselt vähem depressiooni ja ärevushäirete diagnoose, kuigi risk nende häirete esinemiseks ei olnud väiksem. Kõige tõenäolisemalt ei toeta nende inimeste sotsiaal-majanduslik olukord nende õigeaegselt vajaliku spetsialisti vastuvõtule pääsemist. Vaimse tervise väiksem heaolu ilmnes uuringus madalama keskmise sissetuleku ja viletsama sotsiaal-majandusliku toimetulekuga piirkondades, Ida-Virumaal ja Kagu-Eestis.

Sotsiaalne isolatsioon

Uuringust ilmnes, et üksi elavatel inimestel esineb rohkem vaimse tervise probleeme ning samuti et kriisiolukord suurendas paljudel üksildustunnet. Tajatud sotsiaalse toe puudumine on üks olulisimaid depressiooni riskitegureid. Üksildustunde ja depressiooni põhjuslikke seoste – kas vaimse tervise probleemid tekitavad üksildust või vastupidi? – täpsustamiseks on vajalik täiendavate longituuduuringute läbiviimine.

Noorte vaimse tervise haavatavus

Enesehinnanguliste küsimustike alusel esineb noortel teiste vanusegruppidega võrreldes suurem risk vaimse tervise häirete esinemiseks, kuigi registriandmete põhjal neil diagnoose teiste vanusegruppidega võrreldes rohkem ei ole määratud. Ühelt poolt tajuvad selle vanusegrupi esindajad kõige enam takistusi abi saamisel – ei teata, kuhu pöörduda, ei usuta, et miski aitaks ning teenuse hinda peetakse kõrgeks. Teisalt aga kasutavad nad vaimse tervise teenuseid kõige aktiivsemalt (käivad rohkem psühholoogi ja psühhiaatri vastuvõttudel).

Puudulik terviseharitus ning infopuudus teenuste kohta

Märkimisväärne osa vastajatest kas „ei usu, et miski aitaks“, „ei tea, kuhu pöörduda“ või „ootab probleemide lahendamist iseenesest“. Abivõimaluste leidmisel takistuste esinemist märkisid oluliselt rohkem need, kes olid EEK-2 põhjal depressiooniriskis või tundsid koroonakriisiga seoses tavalisest suuremat stressi. Stressi ja selle tagajärgi (sealhulgas hirmu tõsiselt haigestuda) võimendavaks teguriks on sageli emotsiooniregulatsiooni probleemid. Madalama vaimse tervise heaoluga seostuvad mitmed suboptimaalsed tervisekäitumised nagu ebapiisav uni ja liikumine ning psühhoaktiivsete ainete tarvitamine. Osalejate poolt toodi sageli välja, et ka kriisiolukorras tunti puudust selgest kommunikatsioonist ning infosegadus oli oluline stressi tekitav asjaolu.

Soovitused

- Kuna vaimse tervise teemadega kaasnev stigma mõjutab nii probleemi teadvustamist, abi otsimist kui ka teenusekasutust, on oluline aidata kaasa vaimse tervise normaliseerimisele ühiskonnas, et vähendada häbimärgistamist. Oluline on integreerida vaimse tervise sekkumised ja teenused sotsiaalhoolekande, kogukonna, kooli, töökohtade jm võrgustikesse ja tegevustesse.

Puudulik info häirete levimuse, mõjude ja riskitegurite kohta

Käesolev uurimus oli alles esimene samm Eesti elanikkonna vaimse tervise olukorra hindamisel. Tulemuste ja hinnangute puhul mängivad olulist rolli saadaolevate andmete ja mõõtmisvahendite kvaliteet. Täpsema hinnangu vaimse tervise häirete levimusele võimaldaksid anda kliinilised intervjuud, kuid sellise meetodi kasutamine epidemioloogilistes uuringutes ei oleks kulutõhus.

Soovitused

- Panustada juba kliinilises kasutuses olevate, aga ka puuduolevate küsimustike valideerimisse ning kliiniliste intervjuude suhtes kalibreerimisse.
- Täiendada andmeid ravi kvaliteedi ja kättesaadavuse osas. Kvaliteetse info põhjal on võimalik hinnata täpsemalt haiguskoormust ning ravi või ravimata jätmise majandusmõjusid, mis omakorda annaksid täpsema sisendi vaimse tervise poliitika (nt teenuste mahtude) planeerimiseks.
- Alaealiste vaimse tervise olukorra kaardistamisel on oluliseks kitsaskohaks uuringus osalemiseks vanema nõusoleku hankimine. Edaspidiseks on oluline lihtsustada vanematelt nõusoleku küsimist, et luua võimalus alaealiste küsitlusandmete turvaliseks sidumiseks registriandmetega.

Ennetus- ja raviteenuste puudulik kättesaadavus

Ennetus ja ravi on teenused, mille osutamist elanikkonnale finantseerib ja korraldab suurel määral riik. Ravi puudulikkude kättesaadavust iseloomustavad näiteks pikad ravijärjekorrad ning liiga sageli ka abivajajate loobumine teenusest pärast ooteaja pikkusest teada saamist. Ennetuse puhul on probleemiks tõhusate ennetustegevuste ebapiisav maht, samuti programmipõhisus ning sellest tulenevad probleemid (tegevuste katkendlikkus ja vähene koordineeritus).

Soovitused

- **IT-lahendused.** Andmevahetuse sujuv korraldus, mis toetaks vaimse tervise probleemiga abivajajat nii ennetuses kui ka raviteekonnal.
- **Kriisivalmidus.** Läbimõeldud kommunikatsioon ja skaleeritavad teenused, sealhulgas logistika teenuste kättesaadavuse tagamiseks (vajadusel suurendamiseks) kriisiolukorras.
- **Süsteemse skriininguinstrumendi** kasutusele võtmine – võimaldab tuvastada riskijuhud ning suunata nad aegsasti vajaliku abini.
- **Ennetus.** Vaimse tervise probleemide ennetamine on odavam ja tõhusam kui ravi ja tagajärgedega tegelemine. Ennetusvaldkonna arendamisel tasuks eelkõige tähelepanu pöörata järgmistele tegevustele: (1) vaimset tervist toetava keskkonna loomine; (2) olemasolevate tõenduspõhiste ennetusprogrammide universaalse kättesaadavuse tagamine ja uute vaimse tervise ennetusprogrammide vajaduspõhine rakendamine, kaasates ennetusprogrammide väljatöötamise või valimise protsessi sihtgruppide esindajaid (nt fookusgrupi intervjuude abil); (3) vaimse tervise aspekti rõhutamine ka füüsilise tervise probleemide ennetuses (sh patsiendijuhendites) ja tervisekäitumise sekkumistes.

