



TARTU ÜLIKOOL
RAKE

VÄLISRIIKIDE MADALA INTENSIIVSUSEGA PSÜHHOLOOGILISTE SEKKUMISTE RAKENDUSMUDELITE ANALÜÜS JA SOOVITUSED EESTILE

RAPORT



2023

Jaanuar



**VÄLISRIIKIDE MADALA
INTENSIIVSUSEGA PSÜHHOLOOGILISTE
SEKKUMISTE RAKENDUSMUDELITE
ANALÜÜS JA STSENAARIUMITE
VÄLJATÖÖTAMINE ASTMELISE
PSÜHHOLOOGILISE ABISÜSTEEMI
RAKENDAMISEKS EESTIS**

Tellinud Sotsiaalministeerium

UURINGU AUTORID:

Kerli Ilves

Mary-Ann Kubre

Minni Saapar

René Randver

Liina Haring

Kaia Kastepõld-Tõrs

Raporti visuaalset pilti aitas luua Ene Tubelt

RAKE

RAKE on võrgustikutüüpi rakendusuringute keskus. Meie missioon on edendada teadmisel põhinevat otsustamist Eesti ühiskonnas. Lisaks RAKE meeskonnale kaasame kõrgeima kvaliteedi tagamiseks oma uuringutesse valdkondlikke eksperte nii Tartu Ülikoolist kui vajadusel ka väljastpoolt. RAKE võrgustikust leiab nii sotsiaalteadlasi kui meditsiini-, loodus-, tehnika- ja humanitaarteaduste valdkonna esindajaid.

KONTAKTANDMED:

Lossi 36-303, 51003, Tartu

kerli.ilves@ut.ee

59092881

<http://rake.ut.ee>

ISBN: 978-9985-4-1371-5 (pdf)

SISUKORD

MÕISTED, LÜHENDID JA TERMINID	6
1. SISSEJUHATUS JA UURINGU EESMÄRK	13
2. MEETODID	17
2.1. DOKUMENDIANALÜÜS	17
2.2. TEADUSKIRJANDUSE ANALÜÜS.....	18
2.3. INDIVIDUAALINTERVJUUD	18
2.4. ARUTELUSEMINAR	19
3. ASTMELISE PSÜHHOLOOGILISE ABI SÜSTEEM	20
4. VÄLISRIIKIDE RAKENDUSMUDELITE ANALÜÜS	25
4.1. INGLISMAA	25
4.2. BELGIA.....	39
4.3. SOOME	54
5. JÄRELDUSED JA RAKENDUMISETTEPANEKUD EESTILE	69
5.1. JÄRELDUSED JA SOOVITUSED	69
5.2. NÄIDISMUDELI KIRJELDUS.....	80
5.3. SOOVITUSED JÄTKUANALÜÜSIDEKS	83
KASUTATUD KIRJANDUS.....	85
LISAD.....	100
LISA 1: EESTI ARUTELUSEMINARIL OSALENUTE NIMEKIRI.....	100
LISA 2. SOOMES RAKENDATAVA AVATUD DIALOOGI METOODIKA.....	101

MÕISTED, LÜHENDID JA TERMINID

MÕISTE JA LÜHEND	SELGITUS
SEKKUMINE <i>INTERVENTION</i>	Sekkumise all käsitleme selles uuringus sihipärast ja tõenduspõhist tegevust, mille eesmärk on vaimse tervise säilitamine, vaimse seisundi halvenemise ärahoidmine, igapäevase toimetuleku parandamine, heaolu suurendamine ja/või vaimsete häiretega seotud haigustunnuste leevendamine. Sekkumine võib olla spetsialisti poolt juhendamata või juhendatud. Juhendamata sekkumisena käsitletakse siinkohal ka tegevusi, mida inimene läbib iseseisvalt, toetudes juhendmaterjalidele.
TEENUS	Teenusena käsitleme selles uuringus sihipärast ja tõenduspõhist tegevust, mida teenusepakkuja osutab teenusesaajale.
TEENUSESAAJA	Teenusesaajana käsitleme siin uuringus inimesi, kes saavad (madala intensiivsusega psühholoogilist) sekkumist/teenust.
TEENUSEPAKKUJA	Teenusepakkuja on sekkumiste, mh madala intensiivsusega psühholoogiliste sekkumiste, osutaja.
ASTMELISE VAIMSE TERVISE ABI OSUTAMISE SÜSTEEM <i>STEPPED CARE (MODEL) FOR MENTAL HEALTH</i>	Astmelise abi osutamine on süsteem, mille puhul algab abi pakkumine lihtsamatest, vähempiiravatest, madalama intensiivsusega ja/või odavamatest sekkumis(t)est. Astmelises abis osutatakse esmalt kõige madalama intensiivsusega teenust või abi, jälgitakse teenusesaaja seisundit ning suunatakse vastavalt vajadusele intensiivsemate (või ka madalama intensiivsusega) teenusteni ¹ . Teenuse pakkumine juhindub mitte ainult teenusesaaja (psüühikahäire) diagnoosist, haigustunnuste olemusest või raskusastmest, vaid ka sekkumise oodatavast mõjust ja teenusesaajaga kooskõlastatud sekkumise plaanist. Madala intensiivsusega teenuseid on võimalik pakkuda laiale elanikkonnale, viies nii abisüsteemi tõhusamalt abivajajateni ning samal ajal luua tingimused kõrgema intensiivsusega sekkumiste optimaalsemaks

¹ [Centre for Innovation in Campus Mental Health](https://campusmentalhealth.ca/toolkits/campus-community-connection/models-frameworks/stepped-care-model/). (s.a.). *Stepped Care Model*. <https://campusmentalhealth.ca/toolkits/campus-community-connection/models-frameworks/stepped-care-model/>

MÕISTE JA LÜHEND	SELGITUS
<p>PSÜHHOLOOGILINE ABI <i>PSYCHOLOGICAL HELP</i></p>	<p>kasutamiseks. Seeläbi on võimalik toetada ka teenusesaajate enesejuhtimist ja krooniliste haiguste ravi aktiivset jälgimist².</p> <p>Psühholoogiline abi on teadus- ja tõenduspõhiste psühholoogiliste sekkumiste rakendamine psühholoogia alase väljaõppega spetsialisti poolt. Sekkumise abil püütakse esile kutsuda soovitud muutuseid inimese käitumises, emotsionaalses seisundis, tunnetes ja/või mõtetes. Sekkumisstrateegiad on eripalgelised ning need on suunatud erinevat tüüpi ja erineva raskusastmega probleemide lahendamisele. Psühholoogiline abi sisaldab psühholoogilist nõustamist, kriisinõustamist, erinevaid psühhoterapeutilisi sekkumisi. Üldjuhul on psühholoogilise abi osutajal psühholoogia valdkonna kutse või kutsetega samaväärne väljaõpe ja töökogemus. Tervishoiuteenusena osutab psühholoogilist ravi ambulatoorse või statsionaarse tervishoiuteenusena kliiniline psühholoog koos pere- ja/või eriarstiga või iseseisvalt. Enamus elanikkonnast ei vaja vaimse heaolu tõstmiseks psühholoogilist ravi, kuid nad võivad vajada madala intensiivsusega vaimset tervist toetavaid tegevusi, mida on võimalik pakkuda psühholoogi professionaalse abina või psühhosotsiaalset heaolu parandavate tõenduspõhiste tegevustena, mida pakuvad oma pädevuse piires selleks asjakohase ettevalmistuse saanud isikud.</p>
<p>MADALA INTENSIIVSUSEGA PSÜHHOLOOGILISED SEKKUMINED (EDASPIDI MIPS) <i>LOW-INTENSITY PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS</i></p>	<p>Psühholoogilised sekkumised, mille eesmärk on pakkuda varast, väheintensiivset ja operatiivset abi vaimse tervise probleemidega tegelemisel ning mida pakuvad eriväljaõppe saanud spetsialistid. MIPSide pakkumisel kasutatakse nii teenusesaaja kui teenusepakkuja aega ja ressursse võimalikult efektiivselt ja minimaalselt. Selliste sekkumiste hulka kuuluvad näiteks lühendatud psühhoteraapia vormid (sh nii individuaalsed kui grupis), eneseabimaterjalide ning spetsialisti minimaalselt kaasavad sekkumised (nt juhendatud eneseabi) ning digisekkumised võrguplatvormidel. MIPSide eesmärk on suurendada teenusesaajate juurdepääsu tõenduspõhisele vaimse tervise abile/ravile, kasutades optimaalsete (ravi)tulemuste saavutamiseks minimaalseid ressursse³. MIPSid on eelkõige mõeldud kergete kuni mõõdukate vaimse tervise probleemidega isikute tervisemurede leevendamiseks, seisundi halvenemise</p>

² Hollandlaste lähenemine, fookuses 'krooniline haigus' (sh nt kestev meeleolu alanemine). Von Korff, M., & Tiemens, B. (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *Western Journal of Medicine*, 172(2), 133.

³ McEvoy, P., Landwehr, E., Pearcy, C., & Campbell, B. (2021). A clinician's guide to low intensity psychological interventions (LIPIs) for anxiety and depression. Western Australian Primary Health Alliance. https://www.wapha.org.au/wp-content/uploads/2021/06/210308_WAPHA_LIPI-Clinical-Manual.pdf lk 7 leiab ka MIPS-de omaduste loetelu

MÕISTE JA LÜHEND	SELGITUS
	<p>ärahooldmiseks ja/või vaimse tervise häire ennetuseks, seega raskemate häirete ja/või sümptomitega inimestele tuleks vastavalt diagnoosile ja vajadusele pakkuda intensiivsemaid sekkumisi.</p>
<p>JUHENDAMATA ENESEABI <i>UNGUIDED SELF-HELP</i></p>	<p>Juhendamata eneseabi on sekkumine, mida inimene rakendab spetsialisti kaasabit, kasutades tõenduspõhiseid eneseabimaterjale. Materjalid võivad sisaldada näiteks lugemist, töölehti, hindamisvahendeid ning harjutusi iseseisvaks läbimiseks. Eneseabi materjalid võivad olla nt töövihiku, voldiku, veebilehe või rakenduse vormis.</p>
<p>JUHENDATUD ENESEABI <i>GUIDED SELF-HELP</i></p>	<p>Juhendatud eneseabis kasutatakse tõenduspõhiseid eneseabimaterjale, õppimaks tulema toime erinevate vaimse tervise seisundite ja sümptomitega, nt depressiooni, ärevuse, paanikahoogude, foobiate ja stressisümptomitega⁴. Vajalikke oskusi aitab teenusesaajal omandada vastava väljaõppe saanud teenusepakkuja. Teenusesaajal tuleb vastuvõttude vahel lahendada iseseisvalt oma probleempõhiseid n-ö koduseid ülesandeid või harjutusi. Sekkumise rõhuasetus on tehnikate ja toimetulekstrateegiate õppimisel, mida teenusesaaja edaspidi analoogsetes või ka teistes olukordades kasutada saaks. Tihti kasutatakse juhendatud eneseabis ka digitaalseid lahendusi. Enimlevinud on kognitiiv-käitumuslikul teraapial (edaspidi KKT) põhinevad materjalid ja programmid.</p>
<p>DIGITERAAPIA <i>DIGITAL THERAPY</i></p>	<p>Digiteraapia⁵ vaimse tervise spetsialisti või väljaõppe läbinud teenusepakkujaga asendab tavapärase kontaktkohtumise (video)kõne, (asünkroonsete) tekstisõnumite kasutamise või täielikult automatiseeritud digilahendustega. Need on alternatiiviks kontaktkohtumisele ning võimaldavad efektiivsemalt rahuldada vaimse tervise abi nõudlust. Seda eriti olukordades, kus abi vajadus ilmneb nt väljaspool tavapärasest tööaegast ja/või abi kättesaadavus on piiratud kliendi elukoha tõttu. Tekstisõnumid võimaldavad nt teenusesaajal võtta ühendust teenusepakkujaga endale sobival hetkel ning samuti teenusepakkujal vastata teenusesaajale endale sobival hetkel. Lisaks on võimalik kasutada digiteraapias ka vestlusroboteid (ingl k <i>chatbots</i>), video- ning tekstimaterjale, mängulisi harjutusi ning digitaalseid programme. Digiteraapiale on ligipääs paindlikum kui kontaktkohtumistele ning neid meetmeid on võimalik kasutada kas koos tavateraapiaga või ka iseseisvalt kergemate sümptomite puhul. Üha enam kombineeritakse digilahendusi tavateraapia ja/või -raviga, suunates vajadusel klient edasi vastava teenusepakkuja poole.</p>

⁴ iCope NHS. (2022). *Guided self help*. <https://www.icope.nhs.uk/camden-islington/what-we-offer/guided-self-help/>

⁵ Harvard Business Review. (2020). *Digital Tools Are Revolutionizing Mental Health Care in the U.S.* <https://hbr.org/2020/12/digital-tools-are-revolutionizing-mental-health-care-in-the-u-s>

MÕISTE JA LÜHEND	SELGITUS
<p>KOGUKONNA VAIMSE TERVISE ABI <i>COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICES</i></p>	<p>Kogukonnateenused on teenused, mille eesmärk on vaimse tervise hoidmine, toetamine ja parandamine kohalikul tasandil, kusjuures olulised märksõnad on teenuste sidusus ja koostöö⁶. Kogukonnatasandi vaimse tervise tegevuste eesmärk on parandada inimeste teadlikkust ja võimekust seoses vaimse tervise hoidmisega ning aidata arendada oskuseid osutamaks kogukonna tasandil (vaimse tervise) tuge endale ja teistele. Teenuseid tuleks pakkuda piirkondlikul tasemel sidusalt ning ka osutada psüühiliste erivajadustega inimestele nende vajadustele vastavaid teenuseid. Kogukonna vaimse tervise abi organiseerija peaks olema kohalik omavalitsus, kellel on võimalik panustada vastavate kogukondades vaimse tervise probleemide ennetusse ja tugitegevustesse ning -teenustesse. Kogukonnapõhiste vaimse tervise teenuste arendamise ja kättesaadavuse parandamise vajadusele on viidatud ka WHO vaimse tervise raportis⁷.</p>
<p>VAIMSE TERVISE ABI TERVISHOIU ESMATASANDIL</p>	<p>Esmatasandi tervishoid on iga inimese tervise probleeme lahendav töö-, kooli- ja elukohajärgselt kättesaadav esmavajalike ambulatoorsete teenuste kogum. Esmatasandi tervishoiu teenuste hulka kuuluvad perearsti ja pereõe teenused, koduse õendusabi teenus, füsioteraapia teenus, ämmaemandusabi teenus, koolitervishoiu teenus, apteegi teenus, töotervishoiu teenus, hambaravi teenus ja vaimse tervise õe teenus. Esmatasandi tervishoid toimib tihedas koostöös teiste tervishoiuteenuste ja sotsiaalhoolekande ning haridussüsteemidega⁸. Vaimse tervise abi tervishoiu esmatasandil on ambulatoorsed diagnostika- ja raviteenused, mille sihtrühmaks on madalama kompleksuse astmega patsiendid, kes vajavad lühiajalisi vaimse tervise alaseid sekkumisi. Juhtumikoordinatsiooni ja tagasilanguse ennetuse vajadus on madal kuni mõõdukas.</p>
<p>PSÜHHOTERAAPIA <i>PSYCHOTHERAPY, TALK-THERAPY</i></p>	<p>Psühhoteraapia on üldtermin teaduspõhiste teooriate alusel psühholoogiliste vahendite kasutamise kohta psühholoogiliste, emotsionaalsete ja käitumuslike probleemide või isiksusliku kasvu eesmärgil⁹. Teraapia on häirele iseloomulike haigustunnuste leevendamiseks kasutatav tõenduspõhine protseduur, mis üldjuhul hõlmab vaimse tervise probleemidega tegelemist läbi vestluse psühhiaatri, psühholoogi või mõne muu vaimse tervise teenust pakkuva spetsialistiga sõltudes sekkumise intensiivsuse vajadusest. Psühhoteraapiat viib läbi selleks väljaõppe saanud vaimse tervise spetsialist valides sobiva, st individuaalse või grupi, formaadi. Vestlusterapia ehk psühhoteraapeutilise protsessi käigus rakendab väljaõppe saanud spetsialist</p>

⁶ Sotsiaalministeerium. (s.a.). *Vaimse tervise abi*. <https://www.sm.ee/tervise-edendamise-ravi-ja-ravimid/vaimne-tervis/vaimse-tervise-abi>

⁷ World Health Organization. (2022). World mental health report: transforming mental health for all.

⁸ Sotsiaalministeerium. (2009). Perearstiabi arengukava. <https://dspace.ut.ee/handle/10062/85141>

⁹ National Institute of Mental Health. (s.a.). *Psychotherapies*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies>

MÕISTE JA LÜHEND	SELGITUS
	teaduslikult tõendatud metoodikat, et aidata inimesel välja töötada ja kasutusele võtta tema jaoks tervislikumad ja tõhusamad käitumismustrid.
<p>PSÜHHOLOOGILINE NÕUSTAMINE <i>PSYCHOLOGICAL COUNSELING</i></p>	<p>Psühholoogiline nõustamine (vahel peetakse samaväärseks psühhoteraapiaga, vahel tuuakse välja erisused) rakendab psühholoogilisi vahendeid, et aidata inimestel parandada nende heaolu, ennetada ja leevendada stressi ja kohanemishäireid, lahendada kriise ja suurendada nende üldist toimetulekut vaimse tervise probleemide kontekstis¹⁰. Nõustamine keskendub inimese elukaarele tervikuna, pöörates erilist tähelepanu probleemide ennetamisele ja psühhoharimisele, aga selle kõrval ka sekkumisele probleemide lahendamiseks. Nõustamine käsitleb nii üksikisikuid kui ka süsteeme või kontekste, milles nad toimivad. Psühholoogilise nõustamise rakendajal on erialane väljaõpe.</p>
<p>KOGNITIIV-KÄITUMISTERAAPIA (EDASPIDI KKT) <i>COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY</i></p>	<p>KKT baseerub ideel, et meie mõtted, tunded ja käitumised on omavahel seotud ning üht neist mõjutades saame tekitada muutust teises¹¹. KKT on enim teaduslikult tõestatud efektiivsusega psühhoteraapia meetodite koolkond, mh ka kõige sagedasemate psüühika- ja käitumishäirete, nagu depressioon ja ärevushäired, ravis. KKT tehnikaid saab kasutada nii individuaalselt kui grupimeetoditena. KKT on tulemusele orienteeritud ja suhteliselt lühike, keskendub probleeme säilitavatele teguritele ning teenusesaajale endale uute oskuste õpetamisele. Seansside vahelisel ajal on teenusesaaja aktiivne omandatud oskuste harjutaja ja eneseanalüüsija.</p>
<p>AMBULATOORNE SPETSIALISEERITUD PSÜHHIAATRILINE ABI</p>	<p>Ambulatoorsed diagnostika- ja raviteenused, mille sihtrühmaks on mõõduka kuni kõrge riskiga või kompleksuse astmega patsiendid, kes vajavad spetsiifilisi vaimse tervise alaseid sekkumisi, mida osutavad psühhiaatrid, vaimse tervise õed, kliinilised psühholoogid jt tervishoiu tugispetsialistid eriarstiabitasandil. Ambulatoorset arstiabi osutatakse raviasutuses, kuid patsient ei vaja pikemat raviasutuses viibimist. Juhtumikoordinatsiooni ja tagasilanguse ennetuse vajadus on mõõdukas.</p>
<p>STATSIONAARNE SPETSIALISEERITUD PSÜHHIAATRILINE ABI</p>	<p>Statsionaarsed diagnostika- ja raviteenused, mille sihtrühmaks on kõrge riskiga ja kliiniliselt kompleksed patsiendid, kes vajavad spetsiifilisi vaimse tervise alaseid sekkumisi, mida osutavad psühhiaatrid, vaimse tervise õed, kliinilised psühholoogid jt tervishoiu tugispetsialistid eriarstiabitasandil. Statsionaarset</p>

¹⁰ American Psychological Association. (s.a.). *Counseling Psychology*. <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/counseling>

¹¹ EKKA. (s.a.). *Mida kujutab endast KKT?* <https://ekka.ee/lugemiseks/mida-kujutab-endast-kkt>

VAIMSE TERVISE ASTMELISE ABI
MUDEL

MÕISTE JA LÜHEND

SELGITUS

arstiabi osutatakse raviasutuses ning patsient peab seal ööbima või pikemalt viibima. Juhtumikoordinatsiooni ja tagasilanguse ennetuse vajadus on kõrge¹².

¹² Wellbeinginfo. (s.a.) *The stepped care process.* <https://wellbeinginfo.org/self-help/mental-health/stepped-care/>

VAIMSE TERVISE ASTMELISE ABI
MUDEL

LÜHEND	SELGITUS
IAPT	Improving Access to Psychological Therapies programm (Inglismaa astmelise abi programmi nimi)
KKT	kognitiiv-käitumuslik teraapia
MI(P)S	madala intensiivsusega (psühholoogiline) sekkumine; kusjuures ka mitte-psühholoogilised madala intensiivsusega sekkumised võivad olla olulised vaimse tervise abi pakkumisel (sh nt kogukondlikud tugitegevused)
NICE	National Institute for Care Excellence (Inglismaa instutsioon)
PWP	psühholoogilise heaolu praktik (<i>psychological well-being practitioners</i>), Inglismaal riikliku IAPT programmi raames MIPS teenusepakkuja
RTA	rahvastiku tervise arengukava
TAI	Tervise Arengu Instituut
WHO	World Health Organisation

1. SISSEJUHATUS JA UURINGU EESMÄRK

Maailma Terviseorganisatsiooni (*World Health Organisation*, edaspidi WHO) andmetel **on vaimse tervise probleemid üheks suurimaks rahvatervise ohuks**¹³, kusjuures eriti esile on kerkinud meeleolu-, ärevus-¹⁴ ning sõltuvushäired^{15,16}, mille levimused on viimastel aastatel (mh Covid-19 pandeemia valguses) kasvanud. Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring toob välja, et sõeltesti alusel on suure depressiooniriskiga 28% Eesti täiskasvanutest ning vastava diagnoosiga (F32–34) raviarveid-retsepte oli ajavahemikus 2016–2021 (I kvartal) 12%-l täisealisest rahvastikust¹⁷; uuringu vanimas vanusegrupis ehk 85-aastaste ja vanemate hulgas oli levimus 21%, uuringu noorimas vanusegrupis ehk 18–24-aastaste seas 16%. Veidi väiksem oli ärevushäirete risk: sõeltesti alusel oli kõrge risk üldistunud ärevushäireks 20%-l täiskasvanutest ning vastavat diagnoosi (F41) esines 10%-l täisealistest. **Seega on uuringu alusel Eesti inimestest rohkem kui neljandikul kõrge depressioonirisk ning viiendikul kõrge ärevushäirete risk. Küll aga on vaimse tervise probleemide kõrge levimusega kontrastis vaimse tervise spetsialistide teenuste oluliselt madalam kasutamine:** vaid 6–8% selles küsitluses osalenud täiskasvanutest olid mõnda vaimse tervise teenust kasutanud.

Eestis on suureks murekohaks ka sõltuvushäired: 2015. aasta andmete põhjal oli Eestis uimastitarvitamisest põhjustatud surmajuhtumite üldarvuks 30 surma ühe miljoni elaniku kohta aastas ning ligi kolmandik alkoholi tarvitavatest täiskasvanutest (ca 60 000 inimest) on liigtarvitajad^{18,19}. Tõenäoliselt need grupid (ärevust või depressiooni kogenud ning alkoholi ja/või narkootikumide liigtarvitajad) osaliselt kattuvad, kuna alkoholi ning narkootikumide tarvitamine võib tuua kaasa terviseprobleemide (sh psüühikaprobleemide) tekke ja/või ägenemise^{20,21,22}. Samuti on uuringud näidanud, et inimesed võivad kasutada nt alkoholi ja/või narkootikume oma vaimse tervise

¹³ WHO (2014). Noncommunicable diseases (NCDs) and mental health: Challenges and solutions.

<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/infographics-pdf/ncds/ncds-and-mental-health-sdg-in-action.pdf>

¹⁴ WHO. (2022). World mental health report. Transforming mental health for all. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>

¹⁵ Yeo, Y. H., He, X., Ting, P.-S., Zu, J., Almario, C. V., Spiegel, B. M., & Ji, F. (2022). Evaluation of trends in alcohol use disorder-related mortality in the US before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 5(5).

¹⁶ United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). World Drug Report 2022. <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>

¹⁷ Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium (2022). Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool

¹⁸ Terviseinfo. (2022). Alkoholi liigtarvitamise ennetamine. <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol>

¹⁹ Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus. (2021). Euroopa uimastiprobleemide aruanne.

Suundumused ja arengud. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_ET_02.pdf

²⁰ Terviseinfo. (2022). Alkoholi liigtarvitamise ennetamine. <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol>

²¹ Mental Health Foundation. (2022). Alcohol and mental health. <https://mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/a-z-topics/alcohol-and-mental-health>.

²² American Addiction Centers. (2022). Mental Health and Drug Abuse. <https://drugabuse.com/mental-health-drug-abuse/>.

probleemide n-ö leevendamiseks²³. Tegelikult on ainete tarvitamise efekt aga oodatust vastupidine, st pigem vaimse tervise probleeme süvendav²⁴. **Seega on vaimse tervise probleemid, sh mitme vaimse tervise häire koosinemine, ka Eestis oluliseks rahvatervist mõjutavaks teguriks.**

Eesti Rahvastiku tervise arengukavas (edaspidi RTA) 2020–2030²⁵ on eesmärgiks, et „Eesti elanikud elavad kaua ja on võimalikult terved kogu elukaare jooksul ning nende tervis ja heaolu on hoitud ja toetatud elukeskkonna ja tervisesüsteemi kujundamise kaudu avaliku, kolmanda ja erasektori koostöös“, mille puhul on üheks prioriteediks „teenuste integreerimine ja valdkondade-ülese koostöö arendamine, et teenused oleksid kättesaadavad ja kvaliteetsed [...] ja toetaksid järjepidevalt nii vaimse tervise probleemidega inimesi kui nende lähedasi“. Lisaks on arengukavas toodud eraldi välja nii vaimse tervise edendamine kui ka uimastite (sh alkoholi) tarvitamise ennetamine ning vähendamine. **Seega on RTA 2020-2030 eesmärkide täitmiseks oluline vaimse tervise abi pakkumise süsteemi edendamine Eestis, sh kogukonna tasandil psühholoogilise- ja eneseabi pakkumise tõhustamine.**

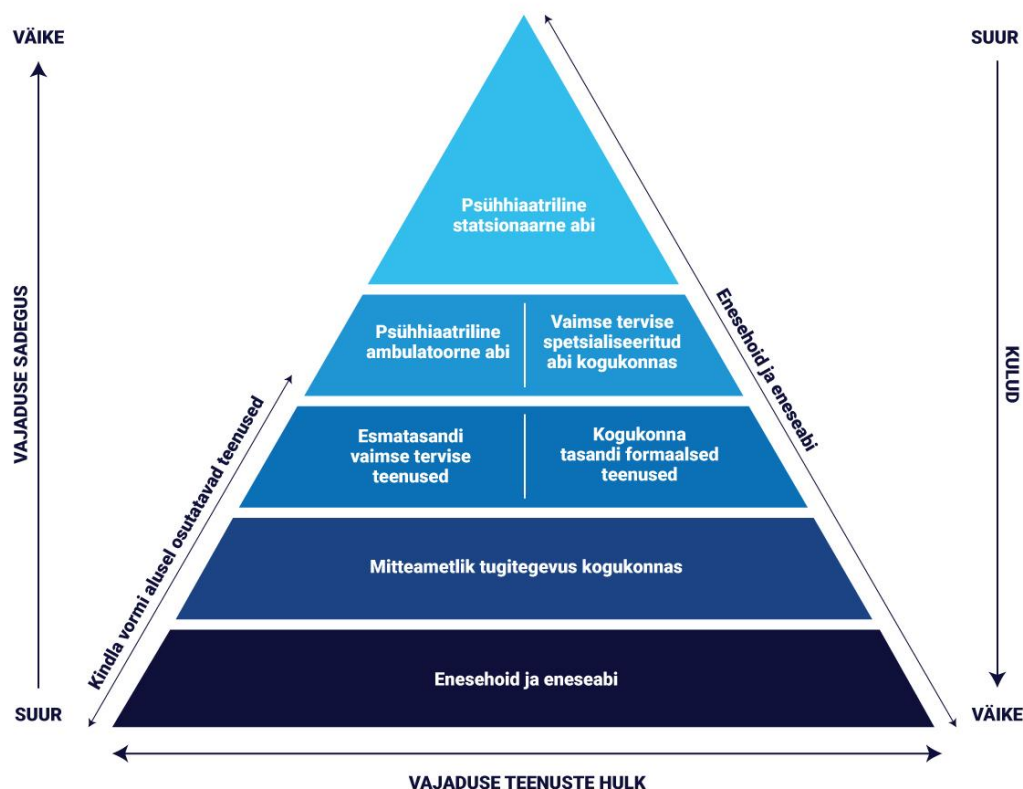
Sotsiaalministeeriumi koostatud Vaimse tervise rohelises raamatus on toodud välja, et lisaks inimese üldisele vaimse tervise teadlikkusele, enesetoetamisele, -abile ja oskustele **moodustavad vaimse tervise osutamise püramiidi** (vt Joonis 1) **alustala ka kogukonna tugiteenused** (nt perenõustamiskeskused, kogudused, külaliikumised)²⁶. Koos õigeaegse ja kvaliteetse eneseabi ning planeeritud sekkumistega on võimalik toetada inimeste vaimse tervise kiiremat taastumist. Kogukonnateenuste arendamine aitaks vähendada ka vaimse tervise probleemidega kaasnevat stigmat, diskrimineerimist ning sotsiaalset tõrjutust, mis võib olla üheks põhjuseks, miks inimesed mure korral abi ei otsi. Kogukondlikud teenused ja eneseabi ei asenda aga tervishoiuteenuseid, psühholoogilist või psühhiaatrilist abi, vaid **tegemist peab olema astmelise abi süsteemiga, mis hõlmab vajadusest lähtuvalt kõiki tasandeid. Selleks, et püramiid toimiks ja „püsti püsiks“ peab sellel olema tugev vundament, st, et tugevdades ja arendades madalamate tasemete teenuseid, toetame seeläbi ka kõrgemate tasemete teenuseid.** Seega aitab nt kogukondlikesse teenustesse panustamine vähendada tervishoiusüsteemi (üle)koormust, kuna inimesed saavad vajalikku abi ja toetust võimalikult vara, enne, kui probleemid süvenevad.

²³ Feingold, D. & Weinstein, A. (2021). Cannabis and Depression. *Cannabinoids and Neuropsychiatric Disorders*, 1264, 67–80. https://doi.org/10.1007/978-3-030-57369-0_5.

²⁴ McHugh, R. K. & Weiss, R. D. (2019). Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(1). <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>.

²⁵Sotsiaalministeerium. (2020). Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf

²⁶ Sotsiaalministeerium. (2020) Vaimse tervise roheline raamat. <https://www.sm.ee/uudised/vaimse-tervise-roheline-raamat-sai-valitsuse-heakskiidu>



Joonis 1. Eesti vaimset tervist toetavate tegevuste ja teenuste korraldamise visioon.
Allikas: Sotsiaalministeeriumi Vaimse tervise tegevuskava 2023-2026 (2023)

Samas on Eestis endiselt vaimse tervise abi ja teenuste osutamine korralduslikult killustatud ning erinevate abi tasandite vaheline koostöö on reguleerimata²⁷. See teeb raviteekonna patsiendi jaoks keeruliseks, millele lisandub **kodu- ja kogukonnateenuste ning teiste toetavate sekkumisvõimaluste vähesus**²⁸. Esineb ka märkimisväärne sotsiaalmajanduslik ebavõrdsus vaimse tervise abi kättesaadavuse osas ning elanikkonna terviseharitus ja teadlikkus abivõimalustest on madalad²⁹. Selleks, et Eestis vaimse tervise abi edendada, on vajalik aga süsteemse, erinevate tasandite vahelist koostööd reguleeriva lähenemise väljatöötamine ja järjepidev edasiarendamine.

Psühhiaatria eriala arengukava toob prioriteetsete arengusuundade all välja **järgjärgulise liikumise institutsioonilistelt teenustel kogukonnapõhiste vaimse tervise teenuste pakkumise suunas, mille positiivseteks tagajärgedeks on mh patsientide parem ühiskonda integreeritus ning nende tööturule tagasipöördumise soodustamine**³⁰. Heaks võimaluseks Eestis sellise süsteemi

²⁷ Veldre, V., Aaben, L., Nurm, Ü-K. (2017). Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Vaimse tervise valdkonna aruanne. Praxis. https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/03/RTA-hindamisraport_Praxis.pdf

²⁸ Eesti Haigekassa. (2021). Depressiooniga tööelise inimese raviteekond – kaardistamise ja analüüsi tulemused.

²⁹ Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium (2022). Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool

³⁰ Eesti Psühhiaatrite Selts (2020) Psühhiaatria eriala arengukava aastateks 2020–2030. <https://www.sm.ee/media/2155/download>

väljatöötamiseks on toetuda välisriikide kogemusele. Ka RTAs 2020-2030³¹ on toodud välja, et Euroopa Liidu liikmesriigina tuleb Eesti tervisepoliitika kujundamisel arvesse võtta rahvusvahelise tasandi arengusuundi ning tugineda parimale rahvusvahelisele praktikale. Seega, oli käesoleva uuringu eesmärgiks luua ülevaade kolme välisriigi (Inglismaa, Belgia ja Soome) madala intensiivsusega psühholoogiliste sekkumiste rakendamise astmelise vaimse tervise abina (vt ptk 4) ja luua kogutud info põhjal soovitusel Eestile sarnaste praktikate rakendamiseks (vt ptk 5).

Teiste riikide praktikates on positiivse vaimse tervise abi süsteemse korralduse näiteks tihti astmeline tervishoiumudel (ingl k *stepped care*) koos elukaarepõhise lähenemisega, kusjuures sekkumistesse kaasatakse multidistsiplinaarsed meeskonnad ja/või erinevaid sekkumisi osutavad teenusepakkujad (sh nii registreeritud tervishoiutöötajad kui ka muud riiklikul tasandil koordineeritult väljaõppe saanud spetsialistid). Eestis osutavad psühholoogilist abi kutsestandardiga psühholoogid (st kliinilised psühholoogid, koolipsühholoogid ja psühholoog-nõustajad) ning **psühhosotsiaalse abi alla kuuluvad teiste teenusepakkujate psühholoogilise toe teenused, sh ka madala intensiivsusega sekkumised**. On teada, et kõik vaimse tervise muredega inimesed ei vaja tingimata (korduvat) n-ö kõrgema tasandi vaimse tervise tervishoiutöötaja teenust, vaid tihti piisab ka vastava väljaõppega spetsialistist, kes osutab madala(ma) intensiivsusega sekkumisi, mis on võrreldes kõrgema tasandi sekkumistega ka odavamad ja tihti abivajaja jaoks kättesaadavamad.

Lisaks on madala intensiivsusega (psühholoogiliste) sekkumiste spetsialistide koolitamine tihti võrreldes kutseliste psühholoogide koolitamisega nii kiirem kui odavam. Üheks selliseks võimalikuks sekkumiseks oleks kogukonnapõhised lähenemised (nt kohalikud tugigrupid või -isikud), mis toetavad nii teenuste paremat kui ka regionaalselt laiaulatuslikumat kättesaadavust.

Teenuste kättesaadavuse parandamine kodukandis või kogukonnas vähendab ka elupaigast tingitud abi saamise võimalus(t)e ebavõrdsust riigis. Mitmeid selliseid sekkumisi on seni Eestis katsetatud projektipõhiselt ja/või teatud ea- või häiregruppide põhiselt, kuid on pärast toetusperioodi lõpetatud tulenevalt nt rahastus- ja/või kättesaadavuse probleemidest. Seetõttu tuleks Eestis juba vaimse tervise teenuste kavandamisel mõelda kindlasti teenuse jätkusuutlikkusele ning rakendada praktikaid süsteemset ja üleriiklikult. Samuti peaks arvestama teenuste sidususega, st abivajaja liikumine (ka eri intensiivsusega) teenuste vahel ehk tema raviteekond peaks olema sujuv ja toetuma tõhusale ja jätkupidevale koostööle erinevate osapoolte vahel nii kogukondlikul kui riiklikul tasandil. Tuginedes teiste riikide kogemustele on võimalik minimeerida – või ka ennetada – potentsiaalseid kitsaskohti, mis uute sekkumiste juurutamisel tekkida võivad. Lisaks on kasulik teha koostööd riikide või regioonidega, kes on juba konkreetsete teenuste arendamise, juurutamise ja/või parendamisega juba tegelenud ning kes saaksid aidata Eestis muutusi võimalikult efektiivselt ja kulutõhusalt ellu viia.

Sellest kõigest tulenevalt oli uuringu eesmärgiks:

- 1) kirjeldada ja analüüsida selliste välisriikide psühholoogilise astmelise abi mudeleid, kus madala intensiivsusega psühholoogilised sekkumised on integreeritud tervishoiusüsteemi ja
- 2) kirjeldada lähtuvalt sellest analüüsist potentsiaalseid stsenaariume ja soovitusi Eestis vaimse tervise abi süsteemi arendamiseks.

³¹Sotsiaalministeerium. (2020). Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030.

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf

2. MEETODID

Välisriikide praktikatest ülevaate saamiseks kasutasime välisriikide praktikate analüüsi meetodit, mida toetasid teoreetilise taustakirjanduse analüüsi, dokumendianalüüsi ja välisekspertintervjuude meetodite kasutamine. Teaduskirjanduse ja dokumendianalüüsi põhjal **kirjeldasime ka olulisemaid tähelepanekuid astmelise abi süsteemi rakendamises riigi tervishoiusüsteemis** ning madala intensiivsusega psühholoogiliste sekkumiste võimalustest ja kogemustest riikide üleselt (vaata peatükk 3). Sünteesides valimisse kuuluvate välisriikide (**Inglismaa, Belgia ja Soome**) kohta käivate asjakohaste teadusartiklite, dokumentide ja välisekspertintervjuude analüüsides tulemusi, kirjeldasime, kuidas on antud riikides korraldatud astmelise abi süsteem vaimse tervise abi pakkumiseks ning millised on madala intensiivsusega psühholoogilised sekkumised, mida riiklikul tasandil pakutakse (vaata peatükk 4). Valisime analüüsitavateks riikides 1) Inglismaa, kes on üks esimesi vaimse tervise astmelise abi mudeli riiklikul tasandil rakendajaks, 2) Belgia, kus on viimastel aastatel oluliselt laiendatud ja süstematiseeritud MIPSide pakkumist ning 3) Soome, kus on samuti äsja toimunud vaimse tervise astmelisele abile üleminek ja MIPSide pakkumise üleriiklik laiendamine. Tuginedes välisriikide kogemustele, analüüsisime ja kirjeldasime võimalikke soovitusi ja stsenaariume Eestis astmelise abi süsteemi arendamiseks ning arutasime neid Eesti ekspertidega aruteluseminari vormis. Sellest lähtuvalt koostasime järelused ja soovitused ning koostasime näidismudeli Eestis astmelise abi süsteemi rakendamiseks ja madala intensiivsusega psühholoogiliste sekkumiste pakkumiseks meie tervishoiusüsteemi raames (vaata ptk 5). **Kõigi analüüsimeetodite kasutamisel lähtusime uurimisküsimustest.**

Uuringu esimeses etapis keskendusime valitud riikide põhiselt teaduskirjanduse- ja dokumendianalüüsides tegemisele (ehk *desk research*), mille põhjal kirjeldasime Inglismaa, Belgia ja Soome psühholoogilise abi mudeleid ja madala intensiivsusega sekkumisi, mida antud riikides psühholoogilise abi pakkumisel kasutatakse (sh analüüsides ja kirjeldades, kuidas on nendes riikides psühholoogilise abi süsteem korraldatud, millised osapooled on seotud, mis on rakendamise eelised ja kitsaskohad). Kirjalike materjalide analüüsi valideerimiseks ja täiendamiseks viisime läbi ka **välisekspertintervjuud esindusisikutega igast valitud riigist**. Esimese etapi tulemusel valminud välisriikide süsteemide kirjeldused olid sisendiks uuringu teiseks etapiks, kust toimus teadmiste süntees ja Eesti süsteemi arendamiseks stsenaariumite kirjelduste loomine. Tuginedes välisriikide praktikatele analüüsisime võimalikke stsenaariume Eesti psühholoogilise abi süsteemi parandamiseks ning kirjeldasime näidismudeli astmelise abi süsteemist Eestile. **Võimalikke stsenaariume ja soovitusi arutasime ka Eesti ekspertide ja praktikutega aruteluseminari vormis**. Teise etapi vältel jätkus täiendav astmelist psühholoogilist abi ja madala intensiivsusega sekkumisi puudutav teaduskirjanduse- ja dokumendianalüüs.

2.1. Dokumendianalüüs

Selleks, et analüüsida riikide astmelise abi mudelit, selle olemust, korraldust, eeliseid ja puudusi ning kasutusel olevaid MIPS-e tuginesime eeskätt antud riigi tervisesüsteemi puudutavate asjakohaste dokumentide analüüsile. Dokumendianalüüsi eesmärk oli luua ülevaade Inglismaa, Belgia ja Soome astmelise abi süsteemist nende riikide tervishoiusüsteemi kontekstis, sh kirjeldada:

- milline on nende riikide psühholoogilise abi seadusandlikud alused ja eeldused;
- millist vormi madala intensiivsusega sekkumisi riikides rakendatakse, milliste sihtrühmade jaoks ning milline on nende sekkumiste mõju;
- millised osapooled on seotud mudeli ja sekkumiste rakendamisega ning millised on erinevate osapoolte eeldused (koolitus ja standardid);
- milline on süsteemi rahastusmudel;
- kas ja kuidas on hinnatud süsteemi kuluefektiivsust;
- millised on süsteemi rakendamise peamised kitsaskohad;
- kas ja kuidas on süsteemi rakendamisel kasutatud digitaalseid lahendusi ja kuidas on võetud arvesse ning tegeletud andmekaitseküsimustega;
- milline on riigi tervisesüsteemi integreerituse tase.

Dokumendianalüüsidesse kaasasime riikide psühholoogilise abi ja tervishoiupoliitika seotud õigusaktid, psühholoogilise abi süsteemi, mudelite ja sekkumistega seotud kirjeldused, juhised, manuaalid ja standardid, asjakohased (riiklikud) veebilehed, (rahvatervise) organisatsioonide aruanded, uuringud ja soovitusel ning teemakohased rahvusvahelised raportid. Vajadusel kasutasime materjalide analüüsimisel tõlkemootorite abi.

2.2. Teaduskirjanduse analüüs

Täiendamaks dokumendianalüüsi ning selleks, et tagada uuritava info tõenduspõhisus, viisime paralleelselt dokumendianalüüsiga läbi ka teaduskirjanduse analüüsi madala intensiivsusega sekkumiste ja astmelise psühholoogilise abi kohta. Asjakohast kirjandust otsisime nii lähtudes välisriikide valimist (Soome, Belgia ja Inglismaa märksõnade järgi) kui ka otsides ja kaasates riikide-ülelt üldist teemakohast kirjandust. Uurisime teemakohaseid teadusuuringuid, sh nii nendes riikides kui mujal ilmunud teadusartikleid, milles kirjeldatakse, võrreldakse ja analüüsitakse erinevaid psühholoogilise abi mudeleid ja eri intensiivsusega sekkumisi. Asjakohaste artikliteni aitasid meil jõuda uuringutiimi kaasatud eksperdid, lisaks kasutasime nn lumepalli meetodit ehk uute artikliteni jõudsime asjakohaste materjalide viidete kaudu. Teaduskirjanduse analüüsiks vajalikud materjalid otsisime teadusandmebaasidest (nt Google Scholar, Web of Science). Otsingul kasutasime ingliskeelseid märksõnu (nt *stepped care*, *stepped care model*, *low-intensity psychological interventions*, *stepped psychological care*).

2.3. Individuaalintervjuud

Välisriikide praktika kirjalike materjalide analüüsi täienduseks ja kogutud info valideerimiseks viisime läbi ka neli individuaalintervjuud väliseksperitidega. Intervjuudesse kutsusime igast riigist ekspert-esindusisikud, kelle käest kogusime vahetut infot, kogemusi ja nõuandeid seoses astmelise abi rakendamisega psühholoogilise abi pakkumisel (nende riigis) ning MIPSide kohta. Intervjuud toimusid poolstruktureeritud meetodil, st nende läbiviimisel toetusime oma uurimisküsimustele ning eelnevalt kirjalike materjalide analüüsi põhjal loodud kavandile, mida vastavalt intervjuueeritule kohandasime ning millele lisaks võimaldasime vaba jutuvoogu lähtudes sellest, mida intervjuueeritu

ise antud teemadel oluliseks peavad. Intervjuud toimusid inglise keeles veebiplatvormil Microsoft Teams.

Inglismaa IAPT astmelise abi programmi väljatöötamise ja praktilise rakendamise kohta täiendava info saamiseks viisime läbi intervjuu inglise eksperdi dr **Sarah Ellardiga**, kes 2008ndal aastal liitus IAPT programmi väljatöötamise ja käivitamise tiimiga ning on selle programmi juures algusest peale tegev olnud. Alates 2021. aastast on dr Ellard Haringey (see on üks 32st Londoni linnaosast) haldusüksuses IAPTi kliinilise juhtkonna asetäitja (ingl k *deputy clinical lead*). Belgia riikliku vaimse tervise abi võrgustiku väljatöötamise ja praktilise rakendamise kohta täiendava info saamiseks viisime läbi intervjuu dr **Sarah Morsinkiga**, kes töötab Belgia föderaalvalitsuses tervise, toiduahela ohutuse ja keskkonna (*Federal Public Service Health, food chain safety and environment*) osakonnas vaimse tervise osakonnas vaimse tervise reformi eksperdina. Soome vaimse tervise astmelise abi süsteemi ja selle välja töötamise kogemuse mõistmiseks viisime läbi kaks intervjuud, riikliku Eesliini teraapiate algatuse (*Terapiat etulinjaan*) osas projekti juhi ja Turu Ülikooli kliinilise meditsiini dotsendi **Samuli Saarniga** ning MTÜde vaate ja Linity mudeli kohta suitsiidiennetuses Soome vanima vaimse tervise MTÜ Mieli alla kuuluva SOS-kriisikeskuse juhi **Reija Tuomisaluga**. Lisaks toimus ka eestikeelne intervjuu **Ingrid Ots-Vaikiga**, kes kuulub Sotsiaalministeeriumi Eesti bioetika ja inimuuringute nõukogusse, osales Eesti vaimse tervise rohelise raamatu loomisel ning on aastaid tegelenud MIPSide Eestisse toomisega.

2.4. Aruteluseminar

Eestis astmelise psühholoogilise abi süsteemi arendamiseks kogusime infot ja hinnanguid erinevatelt teemakohastelt Eesti ekspertidelt ja praktikutelt aruteluseminari vormis. Aruteluseminari formaat võimaldas teemale eksploratiivsemat lähenemist – kuigi seminari moderaator jälgib seminariks ette valmistatud kavandit teemade ja küsimustega, ei ole see rangelt fikseeritud ning osalejatel on endil võimalus vabamalt teemasid algatada ja suunata. Aruteluseminari kaasime erinevate pädevuste ja kogemustega osapooli (vaata lisa 1), kes võiksid Eestis olla olulisteks osapoolteks astmelise vaimse tervise abi ja madala intensiivsusega sekkumiste laiemal pakkumisel. Ka püüdsime osalisi seminari kutsudes pidada silmas regionaalset mitmekesisust. Kahetunnine aruteluseminar toimus Microsoft Teams platvormil ning seminari juhtis uuringutiimi juht Kerli Ilves.

Seminarijärgselt oli kõigil seminaris osalenuil võimalus jagada oma mõtteid täiendavalt vastates **küsitlusankeedile, mis sisaldas küsimusi aruteluseminaris käsitletud teemade kohta**. Tagasisidet koguti ja käideldi Yale'i ülikooli hallatava REDCapi elektrooniliste andmekogumistööriistade abil^{32,33}. Seminaril osalejad said sinna oma mõtteid jätta anonüümselt ning ankeedi täitmine oli vabatahtlik. Täiendavaid mõtteid jagas meiega seminarijärgselt ankeedi kaudu viis inimest.

³² Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., Conde, J. G. Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support, *Journal of Biomedical Informatics*. 2009, 42(2):377–381.

³³ Harris, P. A., Taylor, R., Minor, B. L., Elliott, V., Fernandez, M., O'Neal, L., McLeod, L., Delacqua, G., Delacqua, F., Kirby, J., Duda, S. N. REDCap Consortium, The REDCap consortium: Building an international community of software partners, *Journal of Biomedical Informatics*. 2019, 9 [doi: 10.1016/j.jbi.2019.103208]

3. ASTMELISE PSÜHHOLOOGILISE ABI SÜSTEEM

2005. aastal esitles WHO Euroopa Vaimse Tervise Deklaratsiooni³⁴, mille eesmärk oli propageerida üleminekut haiglapõhiselt vaimse tervise tervishoiusüsteemilt kogukonnapõhisele ehk vaimse tervise abi deinstitutionaliseerimist³⁵. Ka WHO 2013–2030 aasta vaimse tervise tegevusplaani üheks eesmärgiks **on laiendada ja parandada inimeste ligipääsu vaimse tervise- ja sotsiaalhoolekandeteenustele** (ingl k *social care services*) **kogukonnatasandil**^{36,37}. Selleks soovitab WHO 1) luua kogukonnatasandil mitmekülgsed ja laiaulatuslikud vaimse tervise ja sotsiaalhoolekandeteenused, 2) integreerida need teenused tervishoiusüsteemiga, 3) luua ja hõlbustada koostööd eri teenusepakkujate vahel, 4) tagada pidev koostöö erinevate tervishoiusüsteemi teenuste ja tasandite vahel ning 5) edendada eneseabi, nt elektrooniliste ja mobiilsete tervisetehnoloogiate kasutamise ja edendamise kaudu. Üheks soovituslikuks sammuks nende eesmärkide saavutamiseks on teenuste ümberorganiseerimine ning laiendamine, **rakendades seejuures astmelise abi pakkumise põhimõtteid**.

Psühholoogilise abi pakkumisel astmelise abi süsteemi rakendamist on peetud üheks võimaluseks **vähendada lõhet vaimse tervise abivajajate vajaduste ja tervishoiusüsteemi võimekuse vahel neile abi pakkuda**³⁸. Laialt levinud probleem vaimse tervise hoius on tööjõu puudus: ei ole piisavalt vaimse tervise spetsialiste ja tervishoiutöötajaid, et vastata samas üha kasvavale nõudlusele vaimse tervise abi järele^{39,40}. Samas on leitud, et tõhusat (madalama intensiivsusega) vaimse tervise abi saavad pakkuda ka mitte tervishoiutöötajatest teenusepakkujad, seda nt kogukonnapõhiste tegevuste ja teenuste raames – selle ressursi laiem ja asjakohasem ära kasutamine aitaks leevendada vaimse tervise spetsialistide ülekoormust ning seda, et rohkem inimesi jõuaks õigeaegselt enda vaimse tervise abini⁴¹. Astmelise abi mudelid toetuvad lihtsustatult põhimõttele „õiged teenused õigel ajal, õiges kohas, pakutuna õige spetsialisti poolt“ **ehk nende eesmärgiks on viia vajalik abi abivajajateni võimalikult efektiivselt ja minimaalsete kuludega**^{42,43}. Võimalikult madal kulu

³⁴ WHO. (2022). Comprehensive mental health action plan. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

³⁵ Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E. & Thornicroft, G. (2007). Mental health policy and practice across Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/96451/E89814.pdf

³⁶ WHO. (2022). Comprehensive mental health action plan. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

³⁷ World Health Organization. (2022). World mental health report: transforming mental health for all.

³⁸ Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. *The British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11-17.

³⁹ Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., & Whiteford, H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *The lancet*, 370(9590), 878-889.

⁴⁰ Bruckner, T. A., Scheffler, R. M., Shen, G., Yoon, J., Chisholm, D., Morris, J., ... & Saxena, S. (2011). The mental health workforce gap in low-and middle-income countries: a needs-based approach. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 184-194.

⁴¹ Kakuma, R., Minas, H., Van Ginneken, N., Dal Poz, M. R., Desiraju, K., Morris, J. E., ... & Scheffler, R. M. (2011). Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet*, 378(9803), 1654-1663.

⁴² Wellbeinginfo. (s.a.) *The stepped care process*. <https://wellbeinginfo.org/self-help/mental-health/stepped-care/>

⁴³ Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11–17. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.11>

tähendab nii seda, et pakutav abi on võimalikult soodne ja mugav (nt asukohta mõttes) abivajavale inimesele, kuid ka teenusepakkujale, kuna madalama intensiivsusega sekkumisele kulub spetsialistil võrreldes tavateraapiaga vähem töötunde. Lisaks on oluline süsteemi võime isereguleeruda, mis tähendab seda, et inimestele osutatavaid vaimse tervise **teenuseid ja nende efektiivsust ning sobilikust hinnatakse järjepidevalt**, mis mh aitab spetsialistidel märgata, kui teenus ei vasta (enam) inimese vajadustele. Sellisel juhul suunatakse inimene vastavalt vajadusele kas madalama või kõrgema astme teenuseni. **Astmelise abi mudel aitab standardiseerida nii eri intensiivsusega sekkumisi kui ka klientide-patsientide suunamisi, muutes tervishoiusüsteemi kulutõhusamaks.** Seega võiks astmeline abi aidata vähendada kulutusi vaimse tervise teenustele ning samuti parandada pakutavate teenuste kvaliteeti ja asjakohasust⁴⁴. Sekkumiste kasu ilmneb pika aja peale ning näiteks Saksamaa depressiooni astmelise abi mudelit uurides ei leitud, et see oleks rohkem või vähem kulutõhus kui tavapraktika.⁴⁵ Astmelise abi pakkumist on mitmel pool edukalt rakendatud nt suitsiidienetuses⁴⁶, suitsetamise⁴⁷ ja alkoholi tarvitamise vähendamises või lõpetamises⁴⁸ ning ärevus-⁴⁹, depressiooni-⁵⁰ ja söömishäirete sümptomite⁵¹ vähendamises.

Austraalia valitsuse terviseosakond⁵² on 2019. aastal oma Esmajärgu Tervise Võrgustiku (*Primary Health Network*, edaspidi PHN) juhisdokumendis sõnastanud, et **astmeline abi on hierarhia erineva intensiivsusega tõenduspõhiseid sekkumisi, kus sekkumine valitakse lähtuvalt inimese vajadustest**. Juhisdokumendis on toodud välja, et astmelise abi mudel ei tohiks toimida n-ö eraldisesivate sõltumatute teenustena, vaid pakutavad teenused peaksid asetsema pigem integreeritud spektrumil, kus üleminek ühelt teenusel teisele saaks toimuda inimese vajadustest ja soovidest lähtuvalt. Kuigi madala intensiivsusega sekkumisi on psühholoogilise abi pakkumisel kasutatud juba pea 20 aastat, pole nende süsteemset integreerimist (vaimse tervise) tervishoiusüsteemi eriti laialdaselt tehtud. Peamised pioneerid astmelise abi rakendamisel ning tõenduspõhiste MIPSide integreerimisel riikliku psühholoogilise abi süsteemi on olnud Inglismaa ja

⁴⁴ Berner M, Gunzler C, Frick K, Kriston L, Loessl B (2008) Finding the ideal place for a psychotherapeutic intervention in a stepped care approach: A brief overview of the literature and preliminary results from the Project PREDICT. *Int J Methods Psychiatr Res* 17(1): 60-64

⁴⁵ Brettschneider C, Heddaeus D, Steinmann M, Härter M, Watzke B, König HH. Cost-effectiveness of guideline-based stepped and collaborative care versus treatment as usual for patients with depression - A cluster-randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2020 Aug 28;20(1):1-14.

⁴⁶ Jobes, D. A., Gregorian, M. J., & Colborn, V. A. (2018). A stepped care approach to clinical suicide prevention. *Psychological services*, 15(3), 243.

⁴⁷ Smith, S. S., Jorenby, D. E., Fiore, M. C., Anderson, J. E., Mielke, M. M., Beach, K. E., Piasecki, T. M., & Baker, T. B. (2001). Strike while the iron is hot: Can stepped-care treatments resurrect relapsing smokers? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 429-439. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.69.3.429>

⁴⁸ Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 573-579. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.4.573>

⁴⁹ Newman, M. G. (2000). Recommendations for a cost-offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorder as an example. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 549-555.

⁵⁰ Scogin, F. R., Hanson, A., & Welsh, D. (2003). Self-administered treatment in stepped-care models of depression treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 59(3), 341-349. <https://doi.org/10.1002/jclp.10133>

⁵¹ Wilson, G. T., Vitousek, K. M., & Loeb, K. L. (2000). Stepped care treatment for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 564-572. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.4.564>

⁵² Australian Government Department of Health. (2019). PHN Primary Mental Health Care Flexible Funding Pool Programme Guidance. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/04/primary-health-networks-phn-primary-mental-health-care-guidance-stepped-care.pdf>

Austraalia⁵³, kelle eeskujul on oma vaimse tervise teenuste süsteemi ümber teinud ka nt Belgia ja Soome. Selles raportis kirjeldame lähemalt, kuidas toimib astmelise abi süsteem Inglismaal, Belgias ja Soomes vaimse tervise abi ja MIPSide pakkumisel.

Klassikaliselt kirjeldatakse astmelise abi mudelites vaimse tervise teenuste pakkumisel 3-5 astet (vaata nt Joonis 2), kuid **esinevad siiski olulised (riiklikud) erinevused selles, kuidas täpselt erinevaid astmeid eristatakse, milliseid tegevusi erinevatel astmetel pakutakse ning mille põhjal inimene astmete vahel liigub**, nt Kanada mudel jagab sekkumised lausa üheksa astme peale⁵⁴. Üldjoontes on siiski mudeli esimes(t)e astme(te)na käsitletud ennetustegevust ja/või tõendus põhiste eneseabivahendite jagamist tervele populatsioonile, sh võivad need sisaldada endas ka madala intensiivsusega sekkumisi (nt juhendamata eneseabimaterjalid ja eneseabiprogrammid), kusjuures kõik madala intensiivsusega sekkumised ei pruugi olla psühholoogilised, vaid võivad sisaldada ka laiemalt eneseabi- ja tugitegevusi ja -teenuseid. Järgmisel astmel käsitletakse enamasti juba konkreetsete vaimse tervise **häire sümptomite ja/või probleemidega inimesi, kes aga tihti ei vaja intensiivset (tervishoiuteenuse põhist) sekkumist, vaid kes võivad olulist abi saada madala intensiivsusega (juhendatud) sekkumistest**, kus oluline roll on **digilahendustel ja juhendatud eneseabisekkumiste kasutamisel**. Sellest järgmisele astmele asetuvad tihti kõrgema intensiivsusega sekkumised, kus on oluliselt tihedam vajadus vastava väljaõppe saanud spetsialistiga koostumiseks, kuid kus endiselt on abi ka madala intensiivsusega sekkumiste kaasamisest. Viimastele astmetele asetuvad tõsisemad ja/või komplekshäiretega inimesed, kes vajavad intensiivsemat ja tihti mitmete tervishoiuteenuste kombineeritud ja/või statsionaarset abi⁵⁵. Saksamaal Hamburgis uuritakse praegu üht astmelise abi mudelit⁵⁶, mis koosneb neljast astmest⁵⁷, ning esmased tulemused näitasid, et kuigi mudel võeti hästi vastu oli probleeme efektiivse infovahetuse ja koostööga⁵⁸. Igas riigis ja süsteemis on teatud erisused selles, mida täpsemalt käsitletakse madala intensiivsusega sekkumiste all ning kuidas eristatakse erinevaid astmeid. Inglismaa, Belgia ja Soome süsteemide ning astmete kohta saab täpsemalt lugeda vastavatest peatükkidest. **Inimese liikumisel astmelise abi mudelis on oluline juhendada nii tema vajadustest kui ka soovidest, st inimene peaks osalema teenuse(teekonna) otsustusprotsessis.**

⁵³ Australian Psychological Society. (s.a.). *Stepped care for mental health treatment. A system in need of psychological expertise*. <https://psychology.org.au/for-members/publications/inpsych/2018/december-issue-6/stepped-care-for-mental-health-treatment-a-system>

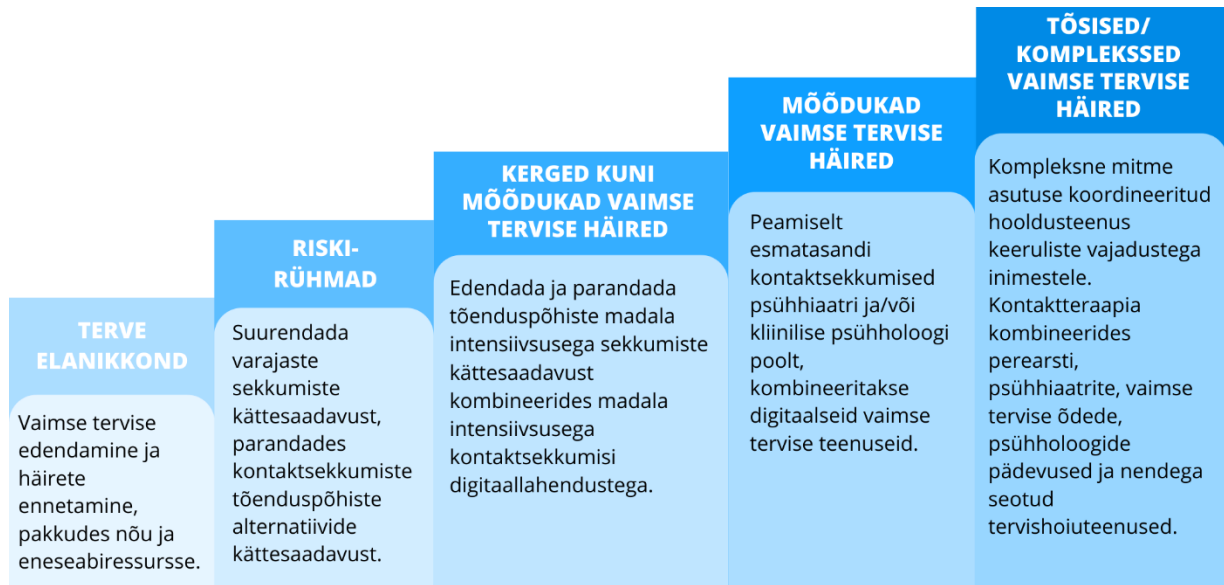
⁵⁴ Stepped Care Solutions. (2022). *SC2.0 Model* <https://steppedcaresolutions.com/methodology/>

⁵⁵ PHN Murray. (s.a.) *A stepped care approach to mental health*. <https://www.murrayphn.org.au/information-and-resources-for-health-professionals/mentalhealth/steppedcare/>

⁵⁶ Heddaeus, D., Dirmaier, J., Bretschneider, C., Daubmann, A., Grochtdreis, T., von dem Knesebeck, O., ... & Härter, M. (2019). Study protocol for the COMET study: a cluster-randomised, prospective, parallel-group, superiority trial to compare the effectiveness of a collaborative and stepped care model versus treatment as usual in patients with mental disorders in primary care. *BMJ open*, 9(11), e032408.

⁵⁷ Hamburg MHTRN. (2022). *Stepped Care Model in Primary Care (COMET)*. <https://www.mentalhealth-hamburg.com/stepped-care-model-in-primary-care-comet/>

⁵⁸ Maehder, K., Werner, S., Weigel, A., Löwe, B., Heddaeus, D., Härter, M., & von dem Knesebeck, O. (2021). How do care providers evaluate collaboration? -qualitative process evaluation of a cluster-randomized controlled trial of collaborative and stepped care for patients with mental disorders. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-12.



Joonis 2. Astmelise abi mudeli (Austraalia) näide.

Algallikas: An Australian Government Initiative Murray Primary Health Networks.

MIPSid kujutavad endast sekkumisi, mille eesmärk on pakkuda varast, väheintensiivset ja operatiivset psühholoogilist abi vastavalt inimese vajadusele. Samas on tegemist siiski tõenduspõhiste sekkumistega, nt juhendatud/juhendamata eneseabi või digiteraapia. Sekkumised on üldiselt transdiagnostilised (ehk diagnooside-üleised) ning neid pakuvad vastava väljaõppe saanud isikud, kes ei ole tingimata vaimse tervise spetsialistid ega tervishoiutöötajad. **MIPSide peamine eesmärk on õpetada teenusesaajatele vajalikke oskusi enesejuhtimiseks** (ingl k *self-management skills*), mis aitaks neil toime tulla nii praeguste kui ka tulevaste vaimse tervise probleemidega. Samuti aitavad enesejuhtimise oskused ka teatud määral ennetada edasiste vaimse tervise alaste kaebuste tekkimist⁵⁹. Viimastel aastatel on kasvanud huvi MIPSide vastu riikides, kus on kasutusel astmeline vaimse tervise abi osutamise süsteem ning kus laiendatakse ja parandatakse kogukonnapõhist vaimse tervise abi pakkumist^{60,61}. Üha enam uuringuid näitab, et taolised sekkumised ja mudelid aitavad edukalt vähendada nt stressi-, depressiooni- ja ärevussümptomeid

⁵⁹ Levin, M. E., Hayes, S. C., Pistorello, J., & Seeley, J. R. (2016). Web-based self-help for preventing mental health problems in universities: Comparing acceptance and commitment training to mental health education. *Journal of clinical psychology*, 72(3), 207-225.

⁶⁰ Barbato, A., Vallarino, M., Rapisarda, F., Lora, A., & de Almeida, J. M. C. (2016). EU compass for action on mental health and well-being. *Access to mental health care in Europe. Scientific paper. Funded by the European Union in the frame of the 3rd EU Health Programme (2014–2020)*.

⁶¹ Killapsy, H., McPherson, P., Samele, C., Keet, R., & Caldas de Almeida, J.M. (2018). EU Compass for action on mental health and well-being. *Providing community-based mental health services. Position Paper. Funded by the European Union in the frame of the 3rd EU Health Programme (2014–2020)*.

ning on näidatud, **et MIPSid võivad olla sama efektiivsed kui traditsioonilised (kõrgema intensiivsusega) sekkumised**, kus vaimse tervise spetsialisti kaasatus on suurem^{62,63,64,65,66}.

MIPSid sobivad eriti just majanduslikult vähemjõukamatele kogukondadele, kuna nende sekkumiste rakendamiseks on vaja vähem ressursse võrreldes tavateraapiaga, **mistõttu on väiksema hulga ressursside abil võimalik aidata rohkemaid abivajajaid**. Uuringud näitavad, et nt KKTl ning interpersonaalsel teraapial põhinevad madala intensiivsusega sekkumised on efektiivsed ka eri kultuurides, kui sekkumine kultuurile ja/või riigile sobivaks kohandatakse⁶⁷, kuid MIPSide alla kuuluvad ka teised tõenduspõhised teraapiad, programmid ja tegevused, mille eesmärk on teenusesaaja psühholoogilise seisundi, igapäevase toimetuleku ja/või heaolu parandamine. **MIPSe saavad pakkuda selleks vajaliku väljaõppe saanud teenusepakkujad**, kes ei pruugi ega pea alati olema tervishoiutöötajad, kutselised psühholoogid ega mõni muu vaimse tervise spetsialist. Siiski on oluline, et pakutavad MIPSid vastaksid tõenduspõhisuse kriteeriumitele ning et neid pakuksid vastava väljaõppe saanud inimesed.

⁶² Cremers, G., Taylor, E., Hodge, L., & Quigley, A. (2022). Effectiveness and acceptability of low-intensity psychological interventions on the well-being of older adults: a systematic review. *Clinical gerontologist*, 45(2), 214-234.

⁶³ Walters, B., H., Suasnabar, J. H., & Petrea, I. (2018). *Good practices in mental health and well-being: Mental Health Services in the Community. Booklet. Funded by the European Union in the frame of the 3rd EU Health Programme (2014-2020)*.

⁶⁴ Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2016). *A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions*. National Library of Medicine.

⁶⁵ Gellatly, J., Bower, P., Hennessy, S., Richards, D., Gilbody, S., & Lovell, K. (2007). What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*.

⁶⁶ Griffiths, K.M., Farrer, L., & Christensen, H. (2010). *The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: a review of randomised controlled trials*. *Medical Journal of Australia*, 192, S4-S11.

⁶⁷ MHN. (2015). „Where there is no psychologist“: implementing low intensity psychological interventions for people in communities affected by adversity. <https://www.mhinnovation.net/blog/2015/apr/22/where-there-no-psychologist%E2%80%9D-implementing-low-intensity-psychological-interventions>

4. VÄLISRIIKIDE RAKENDUSMUDELITE ANALÜÜS

4.1. Inglismaa

Inglismaa on astmelise psühholoogilise abi mudeli rakendamise lipulaevaks Euroopas, kus madala intensiivsusega tõenduspõhised psühholoogilised sekkumised on integreeritud riiklikku tervishoiusüsteemi. Nagu ka mujal maailmas, on Inglismaal enimlevinud vaimse tervise häireteks depressioon ja ärevushäired, mis koormavad nii indiviide, ühiskonda kui riiklikku tervishoiuteenuste pakkujat (*National Health Services*, edaspidi NHS) ning põhjustavad ka töö- ja haridusvaldkonnas suuri kahjusid ja kulutusi. Depressiooni ja ärevushäirete mõju Inglismaa SKP-le on hinnanguliselt 4-5% (ca 80 miljonit naela aastas) nimetatud häiretest tingitud töötuse, töölt ja koolist puudumiste ja produktiivsuse vähenemise tõttu^{68,69}. Hoolimata häirete suurest levimusest, leiti 2009. aastal tehtud uuringus, et Inglismaal jõuab psühhoteraapieni vaid 10% ärevushäire ja/või depressiooniga inimestest⁷⁰. Teisalt oli 2014. aastal tehtud uuringu põhjal probleemiks ka saadud teraapiate kvaliteet: tõenduspõhiste teraapiateni jõudnute arv oli 5% või vähem⁷¹. **Seega on olnud probleemiks nii psühholoogilise abi kättesaadavus kui ka saadava abi kvaliteet ja tõhusus.** Kuna (tõenduspõhiseid) psühhoteraapiaid⁷² peavad oluliseks nii vaimse tervise eksperdid ja teenusepakkujad kui ka patsiendid kes psühhoteraapiaid ravivõimalusena eelistavad ja neid väärtustavad⁷³, siis on Inglismaal tehtud märkimisväärseid pingutusi võimaldamaks võimalikult paljudele ärevushäire ja/või depressiooniga inimestele tõenduspõhiste teraapiate kättesaadavus. **Selleks töötati välja riiklik tegevusplaan, mille eesmärk on parandada tõenduspõhiste psühholoogiliste teraapiate, mis on kvaliteetsed, mõjusad ja kulutõhusad, kättesaadavust.**

Tõenduspõhiste madala intensiivsusega psühholoogiliste teraapiatele ligipääsetavuse parandamiseks **juhindutakse riiklikust tegevusplaanist**, mida nimetatakse **IAPTiks** (lühend ingliskeelsest programminimest *Improving Access to Psychological Therapies*, eesti keeles Psühholoogiliste Teraapiatele Ligipääsetavuse Parandamine). Programmi eesmärk on **tagada**

⁶⁸ Organisation for Economic Co-operation and Development. (2014). *Making mental health count: The social and economic costs of neglecting mental health care*. OECD Publishing.

⁶⁹ Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. (2011). *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*.

⁷⁰ McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P. E., & Jenkins, R. (2009). *Adult psychiatric morbidity in England: results of a household survey*. Health and Social Care Information Centre.

⁷¹ Layard, R., & Clark, D. M. (2015). *Thrive: How better mental health care transforms lives and saves money*. Princeton University Press.

⁷² Inglismaal kasutatakse nende kohta ekvivalentselt väljendeid *psychological therapies, talking therapies, NHS therapies*

⁷³ McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(6), 13979.

võimalikult paljudele ärevushäirete ja/või depressiooni sümptomitega inimestele⁷⁴ nende vajadusele vastavat riiklikult reguleeritud kvaliteetset vaimse tervise teenust ning ka pidevalt jälgida nende teenuste mõju ja kulutõhusust. Neid psühholoogilisi teenuseid nimetatakse Inglismaal nii NHS teraapiateks, IAPTi teraapiateks või teenusteks kui ka riikliku tervise ja heaolu pädevuste instituudi (*National Institute for Health and Care Excellence*, edaspidi NICE) ehk **NICE-standarditele vastavateks teraapiateks⁷⁵.** NICE tööks on terviseteenuste tõendus põhise ja tulemuslikkuse jälgimine ning instituudi töö (st uuringute ja hindamiste) põhjal töötatakse välja sekkumistele ja/või terviseteenuste kliinilised juhised ja ka konkreetsed soovitusel, kuidas sekkumist või teenust sihtrühmadele pakkuda. Seega on NICE seadnud standardid ka IAPT programmis pakutavatele teenustele, teenusepakkujatele ja teenuse saamise protseduurile⁷⁶. Kuna psühhoteraapiat (*talk therapy*) peetakse Inglismaal uuringute põhjal üheks olulisimaks sekkumise vormiks vaimse tervise häiretega inimeste ravis ning on ka leitud, et patsiendid ise eelistavad teraapiat ravimravile⁷⁷, on NICE alates 2004ndast aastast avaldanud oma nimekirja tõendus põhistest soovituslikest teraapiavormidest depressiooni ja ärevushäirete raviks. **Enim tõendus põhist toetus on leidnud KKT, mistõttu on enamikul NICE kriteeriumitele vastavatel teraapiavormidel KKT-komponent ja/või ongi tegemist ühe KKT vormiga.**

IAPT astmelise abi süsteemi loojaks on dr David Clark, kes töötas välja mudeli prototüübi, tutvustas mudeli rakendamise tulenevat oodatavat kasu toonasele briti valitsusele (2007ndal aastal) ning asus IAPTi käivitama juhtrühmaga, mis koosnes vaimse tervise ekspertidest ja praktikutest. Esmalt toimusid IAPT programmi pilootprojektid kahes inglise tervishaldusüksuses (ingl k *local health areas*): Doncasteris ja Newhamis. Kuna projektid osutusid edukaks (st üle 3500 teenusesaaja suunati IAPTi, nende indikaatoreid mõõdeti nii enne kui pärast teraapia saamist ning teenusel osalemine ilmutas märkimisväärset tulemuslikkust)⁷⁸, asuti IAPTi laiendama üle terve riigi. **IAPT on seega riiklik programm, mida rahastab valitsuse terviseosakond.**

IAPT korraldusel on rakendatud nn *hub and spoke* mudelit, mis tähendab seda, et eksisteerib küll keskne administratiivüksus (n-ö keskus, ingl k *hub*), kuid praktiline kohalik teenuse korraldus ja pakkumine toimub üle piirkonna erinevates, patsiendile lähemal asuvates üksustes (mudelis n-ö kodarad/kiired, ingl k *spokes*), milleks tihti on perearstipraksised või kogukonnakeskused. Need on **kohalikud IAPT teenusekeskused, kus töötavad IAPT õppekava läbinud IAPT teenusepakkujad ehk IAPT praktikud.** Intervjuueeritud eksperdi sõnul oli üheks esimeseks väljakutseks IAPT programmi käivitamisel ruumipuudus – terve linnaosa⁷⁹ peale oli vaid üks ruum sekkumiste läbiviimiseks. Osati leevendas ruumipuuduse probleemi see, et mudeli madalama astme teenustel

⁷⁴ Lisaks loetakse programmi sihtrühma ka inimesed, kel on lisaks ärevushäirele ja/või depressioonile komorbiidselt ka pikaajaliselt füüsilise tervise häired (*long-term physical health conditions*) ja/või meditsiiniliselt seletamatud sümptomid (*medically unexplained symptoms*), loetelu IAPT programmi sihtrühmadest on toodud programmi manuaalis lk 7 <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/the-iapt-manual-v5.pdf>

⁷⁵ NHS. (s.a.). *NHS talking therapies*. <https://www.nhs.uk/mental-health/talking-therapies-medicine-treatments/talking-therapies-and-counselling/nhs-talking-therapies/>

⁷⁶ NHS. (s.a.) *Service standards*. <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/service-standards/>

⁷⁷ McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. 2013. Patient preference for psychological versus pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J. Clin. Psychiatry* 74:595–602

⁷⁸ Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R. & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behavioural research and therapy*, 47(11), 910–920.

⁷⁹ Inglise haldusüksus *borough*, nt Londonis on 32 linnaosa

alustati vaid telefonipõhise nõustamisega. Siiski ei ole see alati sobilik meetod kõigi teenusesaajate jaoks ning ka osaliselt telefoni või (täna üha enam) digitaalsel teel nõustamist saavatele patsientidele peaks olema tagatud võimalus aeg-ajalt näost näkku terapeudiga kohtumiseks. Seega oli inglise eksperdi soovitus kindlasti süsteemselt läbi mõelda, **millised füüsilised ruumid saaksid toimida teenusekeskustena ja/või kus toimuksid füüsilised kohtumised teenusepakkuja ja teenusesaaja vahel.**

IAPT teenuseid organiseerisid 2012-2022 perioodil kohalikul tasandil piirkondlikud tervishoiuteenuste pakkujad ehk CCGd (lühend ingliskeelsest *clinical commissioning group*, inglise tervise teenuste haldusüksus)⁸⁰. Alates 2022. juulist on CGG-d Inglismaal asendatud integreeritud tervishoiusüsteemi (*integrated care system*, edaspidi ICS) ehk ICS üksustega, kes edaspidi tegelevad kohalikul tasandil tervise- ja hooldusteenuste planeerimise ja reguleerimisega, sh IAPT teenuste korraldusega. **Kohaliku tasandi tervishoiuteenuse pakkujad vastutavad ka rahastuse tagamise ja jagamise eest IAPT teenuse kohalikuks pakkumiseks.** Neile eraldavad selleks valitsuse terviseosakonnalt IAPTi jaoks eraldatud raha vaimse tervise volinikud (ingl k *mental health commissioners*).

Kuigi IAPT programmi eksperdi dr Sarah Ellardi sõnul loodi see eeldusega, et ca 60% suunamistest vajab madala intensiivsusega sekkumisi on IAPT-i integreeritud ka kõrgema intensiivsusega sekkumised. **Teraapiavormid, mille hulgest abivajaja IAPT-teekonna (ehk teenus(t)e) valik tehakse, on NICE-standarditele vastavad tõenduspõhised teraapiad, mis paigutatakse IAPT mudelis kahele astmele** – madala ning kõrgema intensiivsusega psühholoogilised sekkumised (vaata tabel 1). MIPSide tasemel **domineerivad KKT-põhised teraapiavormid, kus oluline on teenusesaaja enda iseseisev töö, mida toetavad kohtumised IAPT teenusepakkujaga, ehk suuresti pakutakse madalama astme IAPT teenusesaajatele juhendatud eneseabi.** Kõrgema taseme sekkumised toetuvad aga pikema perioodi vältel (12-20 sessiooni) toimuvatele ning ka ühe sessiooni kestuselt pikematele (minimaalselt 1h) kohtumistele IAPT teenusepakkujaga, kusjuures teenusepakkujaks kõrgemal tasemel on IAPT terapeudid, kes peavad olema omandanud vastava teraapia väljaõppe⁸¹. Lisaks KKT-vormidele kuuluvad NICE standarditele vastavate ja seega ka IAPT teraapiavormide hulka ka nt interpersonaalne psühhoteraapiat (edaspidi IPT), nõustamine, paariteraapia, lühiajaline psühhodünaamiline teraapia (*brief psychodynamic therapy*) ja teadveloleku-põhine kognitiivteraapia (*mindfulness based cognitive therapy*). IAPTi suunamisel toimub esmane hindamine, mille põhjal otsustatakse, millise astme teenusele inimene suunata: kui madala kuni mõõduka depressiooniga inimestele soovitatakse alustada MIPSidest, siis nt mõõduka kuni raske depressiooniga inimestele ja post-traumaatilise stressihäire (edaspidi PTSH) puhul peaks NICE seatud juhiste alusel alustama kohe kõrgema intensiivsusega vahetute kontaktsekkumistega. Juhul kui NICE juhiste alusel on ühe häire puhul pakutud võimalikeks ravivormideks mitu erinevat teraapiat, **antakse kliendile võimalus nende teraapiavormide vahel valida endale meelepärasem.** Siinkohal on oluline ka IAPT teenusepakkuja oskus erinevaid teraapiavorme talle tutvustada, et ta saaks langetada informeeritud otsuse.

Tabel 1. Inglismaa IAPT mudeli astmed, häired ja (NICE soovitusel põhinevad) teraapiavormid*

*Inglismaa materjalides loetakse esimeseks astmeks esmatasandi arstiabi ja abi väljaspool IAPT-teenuseid ning IAPT

⁸⁰ NHS Confederation. (2021). *What are clinical commissioning groups?* <https://www.nhsconfed.org/articles/what-are-clinical-commissioning-groups>

⁸¹National Collaborating Centre for Mental Health. (2018). *The improving access to psychological therapies manual. UK: NCCMH.*

modelis eristatakse teist ja kolmandat astet sekkumisvormide intensiivsuse järgi (madalama vs kõrgema intensiivsusega soovituslikud sekkumised)

ASTMELISE ABI MUDELI ASTE	HÄIRE	NICE-SOOVITUSLIK SEKKUMISVORM
<p>ASTE 2:</p> <p>madala taseme sekkumine</p> <p>*IAPT teenusepakkuja panus on vähem intensiivne kui kõrgema taseme sekkumisel: enamasti saavad teenusesaajad juhised eneseabi programmiks, mida toetavad regulaarsed ja lühikesed juhised ning toetus teenusepakkuja poolt</p>	Depressioon	<ul style="list-style-type: none"> • KKT-põhine individuaalne juhendatud eneseabi (nt käitumuslik aktivatsioon, kognitiivne restruktureerimine) • Arvutipõhine KKT (nt käitumuslik aktivatsioon jmt) • Struktureeritud füüsilise aktiivsuse grupiprogramm
	Paanikahäire	<ul style="list-style-type: none"> • KKT-põhine juhendatud eneseabi • Arvutipõhine KKT • Psühhoariduslikud grupid
	Generaliseerunud ärevushäire	<ul style="list-style-type: none"> • KKT-põhine juhendatud eneseabi • Arvutipõhine KKT • Psühhoariduslikud grupid
	Sotsiaalärevushäire	MIPSid ei ole sotsiaalärevushäire puhul reeglina soovituslikud, kuid võivad olla esmaseks variandiks inimestele, kes ei ole valmis näost näkku KKTks. On kolmanda taseme soovitus psühhodünaamiliseks sekkumiseks, mis on spetsiifiliselt välja töötatud sotsiaalärevuse jaoks juhul, kui inimene on keeldunud individuaalsest KKT-st ja juhendatud eneseabist
	Obsessiiv-kompulsiivne häire	KKT-põhine juhendatud eneseabi
<p>ASTE 3:</p> <p>kõrgema intensiivsusega sekkumine</p> <p>*peamiselt iganädalane üks ühele kontakt-teraapiasessioon konkreetseks teraapiavormi väljaõppega kliinilise IAPT terapeudiga; mõne häire puhul toimub KKT grupivormis; paariteraapia hõlmab</p>	Mõõdukas kuni raske depressioon	<ul style="list-style-type: none"> • KKT või IPT koos ravimraviga⁸² • KKT või IPT <ul style="list-style-type: none"> ◦ Käitumuslik aktivatsioon⁸³ • Paariteraapia⁸⁴ • Depressiooni nõustamine • Lühike psühhodünaamiline teraapia
	Kerge kuni mõõdukas depressioon	
	Depressiooni tagasilanguse ennetus	<ul style="list-style-type: none"> • KKT • Teadveloleku-põhine KT⁸⁵
	Paanikahäire	KKT
	Generaliseerunud ärevushäire	KKT
	Sotsiaalärevuse häire	KKT

⁸²KKT protseduurid varieeruvad olenevalt kliinilisest seisundis; NICE soovib häirepõhist KKT vormi, mitte üldist/geneerilist KKT sekkumist

⁸³ Käitumuslik aktivatsioon on KKT alavorm; NICE juhised küll soovivad seda kerge kuni mõõduka depressiooni ravis, kuid märgivad ära, et tõendus põhisis ei ole nii tugev kui KKT või IPT puhul

⁸⁴ Paariteraapiat soovitatakse kui suhet peetakse depressiooni alalhoidvaks faktoriks ning kui mõlemad osapooled soovivad teraapiaprotsessist osa võtta; IAPTis pakutakse kaht üsna sarnast paariteraapia vormi, kus ühes järgitakse käitumuslikku paariteraapia mudelit, teises on lähenemine süsteemsem ja laiem

⁸⁵ NICE ei soovita teadvelolekut esmaseks teraapiavormiks akuutse depressiivse episoodi puhul

terapeuti, patsienti ja
tema partnerit

PTSD	<ul style="list-style-type: none"> • KKT • EMDR⁸⁶
Obsessiiv-kompulsiivhäire	KKT
Keha düsmorfiline häire	KKT

Algallikas: Clark, D. M. (2018). Realising the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual review of clinical psychology*, 14, 159.

IAPT raames pakuvad neid psühholoogilisi sekkumisi vastava kvalifikatsiooni ja väljaõppega teenusepakkujad (Inglismaal nimetatakse neid tihti IAPT terapeutideks ja/või IAPT praktikuteks, ingl *IAPT practitioners, IAPT therapists*), **kelle välja koolitamine ja värbamine üle riigi, on olnud IAPTi programmi keskseks osaks**. IAPT teenusepakkujaks saamiseks peab läbima IAPT õppekava mille lasi spetsiaalselt selle programmi jaoks välja töötada valitsuse terviseosakond⁸⁷. IAPT programmis eristatakse kõrgema ning madalama intensiivsusega teenusepakkujaid, seega on vastavalt ka kaks erinevat IAPT õppekava:

- 1) **KKT terapeutide** õppekava on mõeldud IAPTi mudelis kõrgema intensiivsusega sekkumiste teenusepakkujate⁸⁸ ning
- 2) **psühholoogilise heaolu praktikute** (*psychological well-being practitioners*, edaspidi **PWP**) õppekava madala intensiivsusega sekkumiste teenusepakkujate koolitamiseks⁸⁹.

Nii KKT-terapeutide kui PWPde **väljaõpe kombineerib ülikooli ja superviseeritud praktikaõppe**: õppekava raames saavad tulevased IAPT teenusepakkujad ülikoolis loenguid ja töötube ning osalevad supervisioonides (PWPd ühel korral nädalas, KKT-terapeutid kahel korral nädalas). Ülejäänud ajal töötavad (nii madalama kui kõrgema astme) praktikandid IAPT teenusepakkujate juures, kus nad saavad superviseeritud praktikat, kusjuures teenusepakkujat õhutatakse võimaldama praktikantidele ka teraapiaseanssides vaatlejana osalemist.

Koolitusprogramm kõrgema intensiivsusega sekkumiste pakkumiseks ehk KKT-terapeudi väljaõpe on loodud inimestele, kellel on varasemast mitmeaastane kogemus vaimse tervise teenuste pakkumisest (eelkõige kliinilistele psühholoogidele, sotsiaaltöötajatele ja vaimse tervise õdedele). KKT-terapeutide koolitusprogramm baseerub valdavalt NICE standarditele vastavate teraapiavormide omandamisel, mida pakutakse IAPTi kõrgema intensiivsusega sekkumiste astmel. Tulevased KKT-terapeutid peavad omandama spetsiifiliste teraapiavormide väljaõppe, mida nad edaspidi IAPT programmi raames pakkuma hakkavad, st õppekava raames on kohustuslik omandada vähemalt kahe NICE loetelus toodud kõrgema intensiivsusega tõendus põhise sekkumise väljaõpe depressiooni raviks ning vähemalt ühe sekkumise väljaõpe ärevushäirete raviks. Tulevaste IAPT madalama astme teenusepakkujate ehk **PWP õppekaval osalejatel** on üldjuhul psühholoogiaharidus ja/või varasem kokkupuude vaimse tervise alaste teenuste pakkumisega (kuigi

⁸⁶ Silmaliigutuste desensitisatsioon ja töötlemise (EDMR) teraapiat peetakse tihti KKT üheks alavormiks

⁸⁷ Õppekavade üksikasjalikumad kirjeldused on avalikult kättesaadavad lehel <https://www.hee.nhs.uk/>

⁸⁸ NHS. (2022). *National curriculum for High Intensity Cognitive Behavioural Therapy Courses. Fourth Edition (updated and revised July 2022)*.

⁸⁹ NHS. (2022). *National curriculum for Psychological Wellbeing Practitioner (PWP) Programmes. Fourth Edition (updated and revised July 2022)*.

kummagi puhul pole tegemist nõudega)⁹⁰. Seega ei ole MIPSide koolitusprogrammi osalejatele **võrreldes KKT sekkumiste programmiga nii ranged eeldused**. Kui IAPT programmi algupäevil oli suurim rõhk just KKT pädevuste väljaõppel, siis üha enam ja olulisemaks on peetud ka teiste NICE soovitusel toodud teraapiaoskuste väljakoolitamist. Pädevuste omandamist hinnatakse läbi viidud teraapiasessiooni salvestuste (sessiooni hinnatakse kasutades Kognitiivteraapia Hindamisskaalat⁹¹), juhtumiuuringute ja esseede põhjal, **seega IAPT õppekava eduka lõpetamise ja IAPT teenusepakkujaks saamise eelduseks on omandatud teadmiste ja oskuste tõendamine praktikas**.

Lisaks KKT-terapeutidele ja PWPdele ehk madalama ja kõrgema astme IAPT teenusepakkujatele, on olulisteks osapoolteks ka:

- IAPT teenusekeskuste kliinilised juhtkonnad (kes reguleerivad ja vastutavad IAPT teenuste korralduse eest kohaliku teenusekeskuse tasandil),
- tööhõive nõunikud (ingl k *employment advisers*), kes aitavad IAPT teenusesaajatel tööhõivesse jõuda ja/või seal püsida;
- andmeanalüütikud, kes vastutavad IAPT teenusepakkujate poolt teenuse kohta kogutud andmete pädeva analüüsi ja tulemuste esitamise eest ning
- administratiivtöötajatel ning assistent-psühholoogidel, kes aitavad IAPTi teenusepakkujatel viia läbi projekte ning auditeid.

Igas kohalikus IAPT teenusekeskuse meeskonnas peab olema iga kaheksa terapeudi kohta üks tööhõive nõunik, kes pakuvad IAPT teenusesaajatele praktilist nõu ja vajalikku abi, et nad jõuaksid tööhõivesse ja/või säilitaksid seal püsivuse. Tööhõive vanemnõuniku (ingl k *senior employment advisers*) ülesandeks on jälgida, et **IAPT teenused on korrapäraselt integreeritud kohalikul tasandil asjakohaste tööandjatega** (ingl k *employment bodies at a local level*). **Seega on Inglismaa astmelise abi süsteem integreeritud ka töövaldkonnaga** ning IAPTi üheks oluliseks tulemuslikkusnäitajaks on muuhulgas ka see, kas teenusesaaja jõuab ja/või säilitab teenusejärgselt töökoha – tööstaatus muutetakse indikaatorina nii enne kui pärast teenuse saamist.

IAPTi ülesehitamisel ja pakkumisel on olnud intervjueritud eksperdi sõnul äärmiselt oluline suhete loomine ja hoidmine erinevate IAPTi mudelis osalevate osapooltega. **Selleks, et IAPTi teenused oleksid potentsiaalsetele teenusesaajatele laialdasemalt kättesaadavad, tehakse koostööd erinevate sektoritega, kes saavad inimest vajadusel** (st ärevushäire ja/või depressiooni sümptomite ilmnemisel) **suunata IAPTi hindamisele**. Samas on mudeli toimimise eelduseks see, et abivajaja jõuaks õigeaegselt kohase teenuseni, st on oluline, et erinevad osapooled oskaksid inimest õigeaegselt IAPT teenusele sisenemisele suunata. Intervjueritud eksperdi sõnul **nõuab erinevate osapooltega usaldusliku ja toimiva koostöö üles ehitamine aastate pikkust järjepidevat (võimalusel silmast silma) suhtlust ja teavitustööd**. Inglismaal alustati koostööd esmalt perearstikeskustega (*GP surgeries*), kusjuures eksperdi sõnul olid perearstid esialgu koostöö suhtes vastumeelsed ja skeptilised ning koostöö üles ehitamine nõudis aastatepikkust intensiivset lobitööd. Lisaks perearstikeskustele saavad abivajaja(t) IAPT teenusele sisenemiseks suunata ka teised tervishoiu- ja/või sotsiaalhoolekande sektori töötajad ja spetsialistid, teise tasandi arstiabi, erinevad

⁹⁰ NHS. (2022). *Psychological wellbeing practitioner*. <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/psychological-therapies/roles/psychological-wellbeing-practitioner>

⁹¹ Blackburn, I. M., James, I.A., Milne, D.L., Baker, C., Standart, S., Garland, A. & Reichelt, F. K. (2001). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): psychometric properties. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 29(4), 431-446.

kohaliku tasandi ehk kogukonna institutsioonid ning haridusasutused (kusjuures eksperdi sõnul oli koolidega koostöö ülesehitamisel oluliseks osapooliks õpilaste heaolu teenuste osakond). Eksperdi sõnul lähenesid nad koostöö ülesehitamisel erinevatele osapooltele ja organisatsioonidele nii ülalt alla kui alt üles meetodiga, nentides et olulisem sellest, kelle konkreetse poole institutsioonist pöörduetakse, on see, et koostöö üles ehitamisega tegeletakse järjepidevalt ja individuaalsel tasandil.

Kuna IAPTi teenused on mõeldud abivajajatele alates 16. eluaastast, tehakse koostööd haridusasutustega, kus õpivad 16-aastased ja vanemad õpilased – **haridusasutustega integreerituse eesmärk on eeskätt, et ka sealt teatakse ja osatakse abivajajaid õigeaegselt IAPTi suunata**. Lisaks algatati aga 2011. aastal ka lastele ja noortele eraldi IAPT programm nimega *The Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies* (edaspidi CYP-IAPT), kus alates 2019ndast aastast on üheks praktikute rühmaks ka koolide juures töötavad IAPT praktikud (lisaks kogukonnapõhiste MIPS-e pakkuvatele IAPT praktikutele ja kõrgema intensiivsusega sekkumisi pakkuvatele IAPT praktikutele), keda nimetatakse ka **õppeasutuste vaimse tervise praktikuteks** (*Educational Mental Health Practitioners, EMPHs*)^{92,93}.

IAPT programmi suunamiseks on seega tänaseks mitu varianti: peamised programmi suunajad on **perearstid**, aga vaimse tervise probleemide ilmnemisel **saab inimene end ka ise suunata** (*self-referral*)⁹⁴. Lisaks saavad **suunamisi teha ka teised tervishoiu- ja/või sotsiaaltöötajad, eriarstid, kogukonna institutsioonid ja/või haridusasutused**. IAPTi suunamiseks peab olema vähemalt 16-aastane ning kui suunajaks on keegi teine (st et inimene ei ole ennast ise suunanud), siis on suunamiseks vajalik suunatu informeeritud nõusolek.

Programmi suunamine ei tähenda aga automaatselt IAPT teenuse saamist (vaata joonis 3). Selleks, et selgitada, kas ja milline IAPT teraapiavorm on süsteemi suunatud abivajajale asjakohaseim, toimub esmalt hindamisprotseduur, mille viivad läbi IAPT kliinilised praktikud (ehk PWPd või KKT-terapeudid). Intervjueeritud IAPT ekspert kinnitas, **et hindamisoskuste omandamine on äärmiselt oluline osa nii PWPde kui KKT-terapeutide väljaõppes, kuna IAPTi suunamise esmakohtumisel toimuv hindamine kujundab abivajaja edasise teenuse teekonna**. Kuna IAPT teenused on mõeldud eeskätt madala kuni mõõduka depressiooni ja/või ärevushäirete sümptomitega inimestele, siis on **esimene samm peale IAPTi suunamist professionaalne patsiendikeskne hindamine**, kus identifitseeritakse IAPT-i suunatud inimese probleemi olemus, tema vajadused ja soovid, eesmärgid ja riskid ning tehakse otsus edasise tegevuskava osas⁹⁵. **Hindamise näol on tegemist vestlusega, kus teenusele suunatud inimene kirjeldab IAPT praktikule vabas vormis oma probleemi olemust** ja muid sellega seotud tegureid, kusjuures IAPT praktik saab küsida täpsustavaid küsimusi. Lisaks kirjeldab praktik inimesele IAPT programmi ja teenuste olemust ning annab vajadusel esmast nõu probleemiga hakkamasaamiseks (ja/või muudele sobilikele teenustele jõudmiseks). Vestlus toimub tavapäraselt telefoni teel ning selle kestuseks on

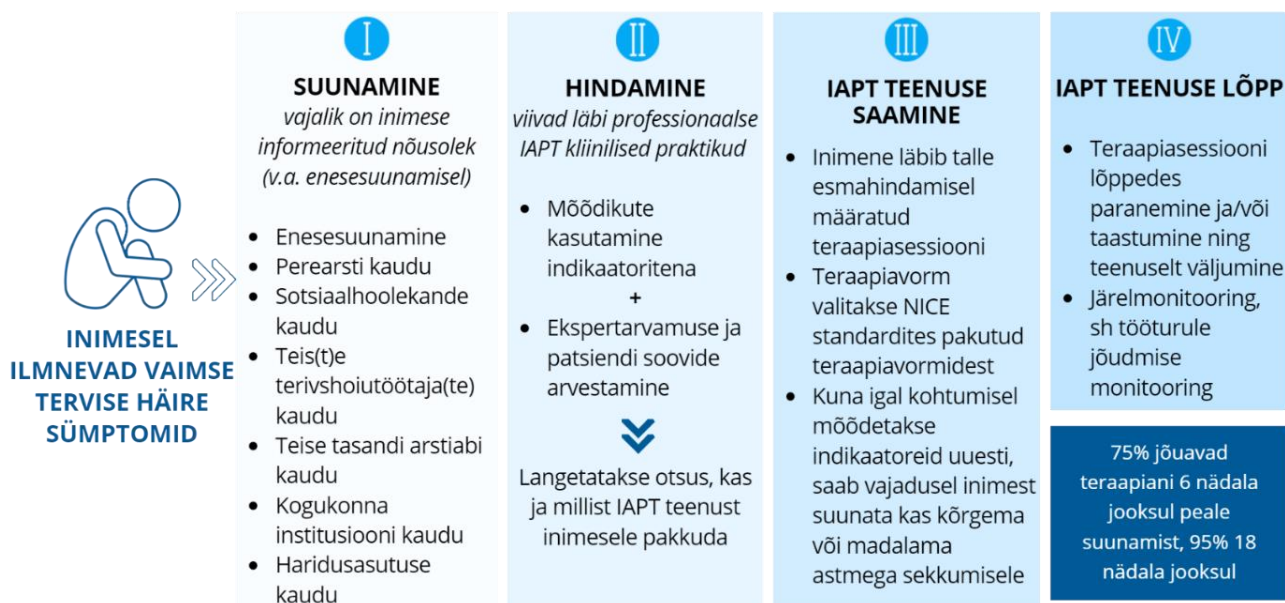
⁹² Fonagy, P., Pugh, K., & O'Herlihy, A. (2017). The children and young people's improving access to psychological therapies (CYP IAPT) programme in England. Wiley.

⁹³ Ludlow, C., Hurn, R., & Lansdell, S. (2020). A current review of the children and young people's improving access to psychological therapies (CYP IAPT) program: Perspectives on developing an accessible workforce. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 11, 21.

⁹⁴ NHS. (s.a.) *Let's Talk IAPT*. <http://www.lets-talk-iapt.nhs.uk/make-a-referral/>

⁹⁵ Clark, D. M. (2018). Realising the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual review of clinical psychology*, 14, 159.

30-45 minutit⁹⁶. Hindamisprotseduuril kasutatakse ka NICE-standarditest lähtuvaid mõõdikuid indikaatoritena inimese vaimse tervise seisundi hindamiseks, kuid otsuse tegemisel IAPT teenusele sisenemise ning teraapiateekonna valiku üle võetakse arvesse ka hindamist läbiviiva IAPT praktiku ekspertteadmisi vaimse tervise probleemidest, ning IAPTi suunatud inimese enda soove (eriti kui valida on mitme alternatiivse teraapiavormi vahel). Seega on oluline eksperdi oskus arvestada inimese soovide, vajaduste ja motiveeritusega. Hindamisprotseduuri tulemusel langetatakse otsus, kas ja millist IAPT teenust inimesele pakkuda.



Joonis 3. IAPT teenuse teekond

Perioodil 01.04.2021 kuni 31.03.2022 ehk viimase iga-aastase raporti kohaselt **jõudis kõigist IAPTile suunamistest (1,81 miljonit inimest) teenusele 1,24 miljonit inimest ehk 68,5% suunamistest.**⁹⁷ Ülejäänud inimesed, kes ei kvalifitseeru esmase hindamise põhjal IAPT-teenusele, saavad selle esmase protseduuri käigus kas oma vajadustele vastava nõustamise ja/või juhtnöörid edasiseks tegevuseks (nt sobiva tugigrupi, vabatahtlike organisatsioonide tugiteenuste jmt poole pöördumiseks). IAPTile on seatud standardiks, et 75% juhtudest peaks ooteaeg teraapiani jõudmiseks olema kuus nädalat ning 95% juhtudest peaks inimesed jõudma hindamisprotseduuril valitud teraapiasessioonini 18 nädala jooksul peale hindamise toimumist. Hindamise näol on tegemist vestlusega, kus teenusele suunatud inimene kirjeldab IAPT praktikule vabas vormis oma probleemi olemust ja muid sellega seotud tegureid, kusjuures IAPT praktik saab küsida täpsustavaid küsimusi. Lisaks kirjeldab praktik inimesele IAPT programmi ja teenuste olemust ning annab vajadusel esmast nõu probleemiga hakkamasaamiseks (ja/või muudele sobilikele teenustele jõudmiseks). Vestlus toimub tavapäraselt telefoni teel ning selle kestuseks on 30-45 minutit⁹⁸.

Enne ja pärast teenust on kohustuslik mõõta teenusesaaja depressiooni, ärevuse ja töö ja sotsiaalse funktsioneerimise võimekust. IAPT peamine eesmärk on pakkuda kvaliteetset ja kättesaadavat abi

⁹⁶ <https://www.insightiapt.org/how-to-access-our-help/assessment-process/>

⁹⁷ Population Health, Clinical Audit and Specialist Care Team, NHS Digital. (2022). Psychological Therapies: Annual report on the use of IAPT services England 2021-22. <http://www.digital.nhs.uk/pubs/psycther2022>

⁹⁸ <https://www.insightiapt.org/how-to-access-our-help/assessment-process/>

peamiselt ärevushäire ja depressiooniga patsientidele, kuna need vaimse tervise häired on rahvastiku tasandil enimlevinud mõjutades ligi 15% elanikkonnast ning põhjustades ka kõige enam töövõimetust tööealises elanikkonnas⁹⁹. IAPT teenusel osalenute **töövõimekuse paranemine ja teenusejärgselt teiste tervisekulutuste vähenemine on olnud ka üheks põhiargumendiks ja tulemuslikkuse näitajaks, miks briti valitsus on juba 14 aastat IAPT rakendamist toetanud ja rahastanud**^{100,101}. Seega on lisaks vaimse tervise seisundi hindamisele oluline koguda infot ka inimese sotsiaalse funktsioneerimise ja töövõimekuse kohta. Peamised mõõdikud, mida esmahindamisel, teraapiasessioonidel ja teenuse lõppedes kasutatakse on:

- Üldistunud Ärevushäire Küsimustik 7 (*Generalised Anxiety Disorder 7 questionnaire*, edaspidi **GAD7**) kasutatakse **ärevushäire sümptomite mõõtmiseks** ning kuigi tegemist on (nimegi poolest) üldistunud ärevushäire mõõdikuga, võimaldab see hinnata ka teiste ärevushäirete sümptomite esinemist ja ulatust;
- Rahvatervise Küsimustik 9 (*The Public Health Questionnaire-9*, edaspidi **PHQ-9**) kasutatakse **depressiooni sümptomite mõõtmiseks**;
- lisaks soovitatatakse vastavalt ärevushäire liigile kasutada järgmisi spetsiifilisemaid ärevushäirete mõõdikuid: *Agoraphobia-Mobility Inventory* (MI), *Body Image Questionnaire* (BIQ), *Chalder Fatigue Questionnaire* (CFQ), *Francis Irritable Bowel Syndrome Symptom Severity Scale* (IBS-SSS), *Patient Health Questionnaire-15*, *Posttraumatic Checklist* (PCL-5), *Social Phobia Inventory* (SPIN).
- Töö ja Sotsiaalse Funktsioneerimise Skaala (*Work and Social Adjustment Scale*, **WSAS**) on oluliseks lisamõõdikuks, mida **kasutatakse hindamaks IAPT teenusele jõudnud inimese toimetulekut ja funktsioneerimist tööl, kodus, vabal ajal ja suhtlusolukorras**.

Programmi suunamisel on oluline iga inimese kohta täita ankeet, mis loob võimaluse koguda andmeid ja indikaatoreid ka teenuse tulemuslikkuse kohta. See on üheks keskseks omaduseks IAPT süsteemi toimimisel – andmeid kogutakse ja analüüsitakse regulaarselt konkreetsete standardite alusel ning iga-aastaselt avaldatud andmete põhjal on võimalik hinnata teenuse tulemuslikkust erinevate tegurite (seisundite, teraapiavormide, regioonide, teenusekeskuste, teenusesaaja omaduste jms) lõikes. IAPTi praktikute puhul on andmete (regulaarne ja süstemaatiline) kogumine üheks väga oluliseks pädevuseks, mida ka nende väljaõppes koolitatakse ning **intervjueeritud eksperdi sõnul on just IAPTi andmekogumise protsess ja platvorm üheks oluliseks eduteguriks kogu süsteemi toimimise juures**, millest tasuks ka teistel riikidel eeskujuga võtta. Kuna IAPT teenusesaajate kohta kogutakse mitmekülgseid indikaatoreid **igal visiidil**, on ehitatud üles üksikasjalik andmebaas, mis on IAPT programmi selgrook. Märkimisväärne on ka see, et programmi indikaatoreid on igaühel võimalik leida avalikul veebilehel, kus on kasutatud Power BI põhise interaktiivse tahvli lahendust¹⁰². Esmakohtumisel kogutakse andmebaasi infot muuhulgas järgneva kohta, kusjuures inimesel on võimalik esmakohtumise eelselt need andmed sisestada

⁹⁹ Layard, R., Clark, D. M. (2014). *Thrive: How Better Mental Health Care Transforms Lives and Saves Money*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

¹⁰⁰ Clark, D., Knapp, M., Layard, R., & Mayraz, G. (2007). *Cost-Benefit Analysis of Psychological Therapy* (No. dp0829). Centre for Economic Performance, LSE.

¹⁰¹ Toffolutti, V., McKee, M., Clark, D., & Stuckler, D. (2019). The economic and mental health impact of IAPT: Pragmatic trial in three English Regions. *European Journal of Public Health*, 29(Supplement_4), ckz185-047.

¹⁰² NHS Digital. (s.a.) *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) data set reports*. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-collections-and-data-sets/data-sets/improving-access-to-psychological-therapies-data-set/improving-access-to-psychological-therapies-data-set-reports>

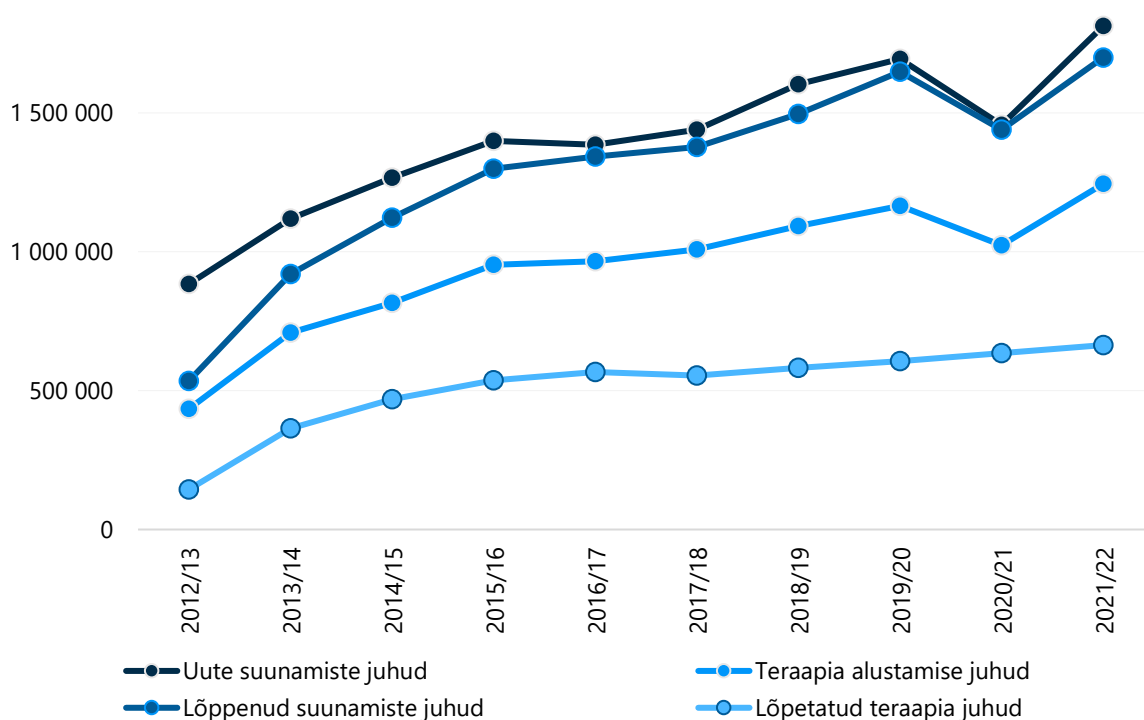
veebisüsteemi ka iseseisvalt¹⁰³: NHS number ja patsiendi ID, nimi, sünniaeg, sugu (lisaks võimalus märkida, kas sugu on sama, mis sünnil), seksuaalne orientatsioon, perekonnaseis ning lapsevanemastaatus, keeleoskus, kontaktandmed (telefon ja meiliaadress), tööstaatus, haridusstaatus, pikaajalised füüsilise tervise seisundid (sh valikutes ka COVIDI-järgsed sümptomid), Briti relvajõudude ehk *Armed Forces* indikaator¹⁰⁴. Andmete kogumiseks küsitakse inimese nõusolek, lisaks palutakse eraldi nõusolek andmete edastamiseks valitsuse tervishoiuosakonnale ja eraldi nõusolek andmete kasutamiseks teadustöös. Samuti palutakse inimestel nii esmase hindamiseseansi kui teenuse saamise lõppedes täita tagasisideküsimustik (*patient experience questionnaire*, edaspidi PEQ), et **koguda infot nende teenusega rahulolu kohta.**

Igal kohtumisel (st igal teraapiasessioonil) **sisestavad IAPT teenusepakkujad (nii KKT-terapeutid kui PWPd) andmed kesksele digiplatvormile, mida kutsutakse IAPT Andmestikuks** (ingl k *IAPT Dataset*). Teenusepakkujal on igal sessioonil kohustus sisestada andmed igal teenusesaaja GAD7, PHQ-9 ja WSAS mõõdikute skooride, teenusesaaja tööstaatus, teenusesaaja valitsusest saadavate toetuste osas (kas inimene saab haigus/töövõimetustoetusi, ingl k *sick pay* ehk *SSP*, *Benefit Receipt indicator*) ning **selle kohta, millisel mudeli astmel klient asub**. IAPT teenusepakkujatel on kohustuslik hoolikalt jälgida ja võtta arvesse mitte ainult häiresümptomite muutusi teenuse saamise perioodi vältel, vaid ka WSAS skoori muutusi ajas ning kindlustada, et inimesel oleks teraapiaperioodi lõppedes maksimaalne indiviidist lähtuv funktsioneerimise võimekus.

2022. aasta aprillis avaldatud andmete põhjal **suunati IAPT hindamisele aasta jooksul 1,81 miljonit inimest ning IAPT teenuseni jõudis 1,24 miljonit inimest** (vaata joonis 4). Teenusele suunati ja jõudis kõige enam 26-64-aastaste vanuserühm, misjärel 18-25-aastaste vanuserühm. Samas on teenusele jõudnud ka alla 18-aastaste ning üle 90-aastaste vanuserühm ehk IAPTi suunatakse inimesi üle elukaare. Teenusele jõuab viimaste andmete kohaselt aga poole rohkem naisi kui mehi. Kogutud andmete põhjal jälgitaksegi ka seda, milliste sihtrühmadeni teenused kõige enam jõuavad ning hinnatakse, millistes sihtrühmades tuleks ligipääsu teenusele parandada. Kohaliku tasandi teenusekeskused saavad andmete tuginedes korrigeerida oma teavitus- ja/või koostööd erinevate osapooltega lähtudes sellest, **milliste sihtrühmadeni IAPTi teenused jõuavad ning milliseid sihtrühmi tuleks kas teavitustöö või suunamiste abil rohkem kaasata**. Näiteks tõi intervjuueeritud ekspert välja, et nende linnaosas on nähtunud, et IAPTi programmi jõuab võrreldes teiste gruppidega vähe tumedanahalisi mehi (ingl k *African men*), kes moodustavad olulise osa linnaosa elanikest, seega tegeldakse sellega, et rohkem selle sihtrühma esindajaid edaspidi programmi jõuaks.

¹⁰³ Inimesel on õigus keelduda vastamast ükskõik millisele küsimusele

¹⁰⁴ Neil on eelisvõimalus teenusele jõudmiseks ootejärjekorda korral, lisaks ka alla 2-aastaste laste vanematel



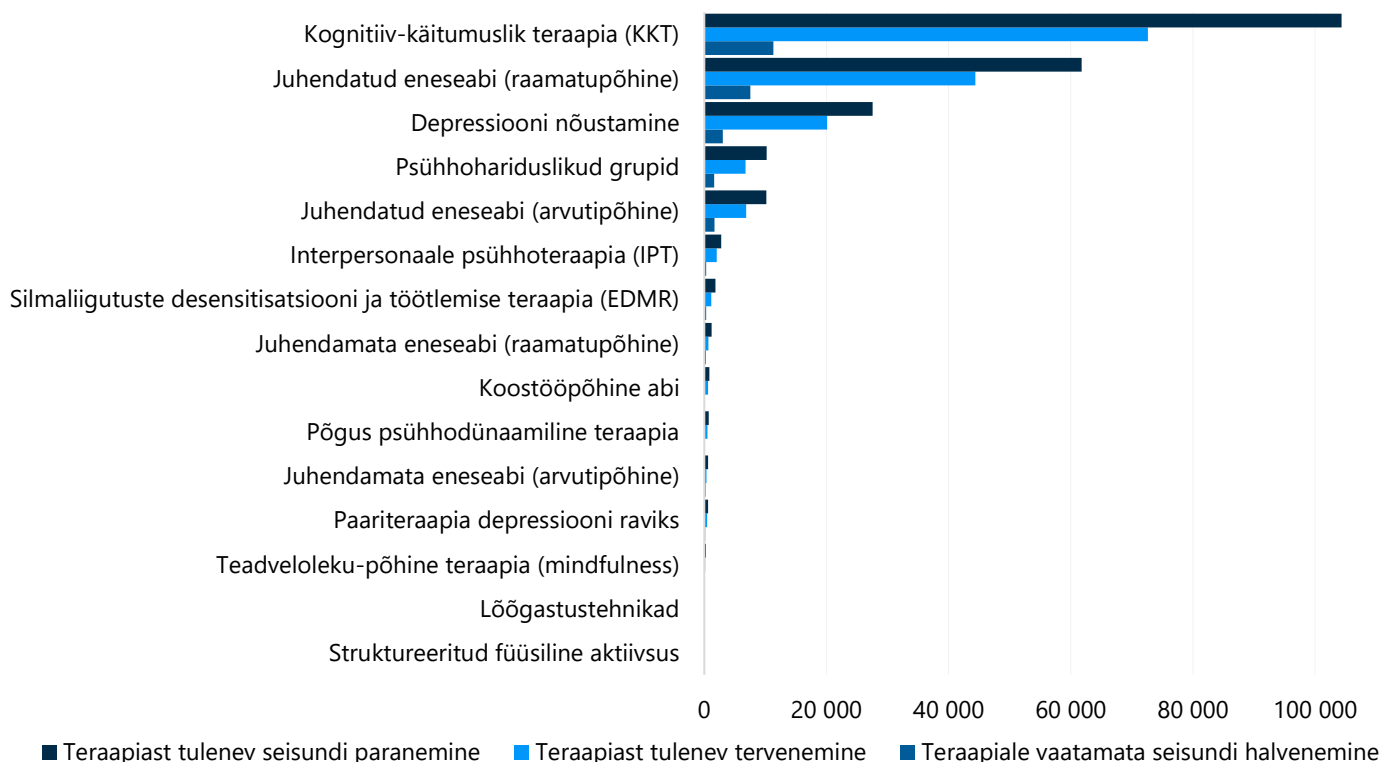
Joonis 4. IAPT teenusele suunamiste ja teenusele jõudmiste statistika perioodil 2012-2022.
Algallikas: *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Dataset, NHS Digital.*

2022. aastal avaldatud tulemusraporti kohaselt jõudis 50,2% suunamistest häirest taastumiseni¹⁰⁵. Aasta aastalt on kasvanud nii nende inimeste hulk, kes jõuavad IAPT teenusele kui ka nende inimeste hulk, kes teraapia läbides paranevad ja/või tervenevad. Kõige enam suunatakse IAPT teenusele sisenejaid endiselt KKT-põhistesse teraapiavormidesse, millel on ka kõige paremad paranemis- ja taastumisinäitajad (vaata joonis 5). 2022. aasta kevadel avalikustatud tulemuste alusel moodustavad KKT ja juhendatud (raamatupõhine) eneseabi 72,7% kõigist teraapiatest, mida IAPT raames pakutakse. Siiski on nii IAPT ametlikes dokumentides mainitud kui kommenteeris ka intervjuueeritud ekspert, et soovitakse laiendada ka teiste IAPT raames pakutavate teraapiavormide kasutamist. Selleks on IAPT andmetel toetudes tehtud ka teadusuuringuid, et hinnata ja võrrelda erinevate teraapiavormide tulemuslikkust, nt leiti 2021. aastal avaldatud artiklist, et nõustamise üks vorm, inimkeskne kogemuslik teraapia (*person-centred experiential therapy*, edaspidi PCET) võib kuue kuu vaates peale IAPT teenuse lõppu olla tulemuslikult samaväärne KKTga¹⁰⁶.

¹⁰⁵NHS Digital. (2022). *Psychological Therapies, Annual report on the use of IAPT services, 2021-22.*

<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/psychological-therapies-annual-reports-on-the-use-of-iapt-services/annual-report-2021-22#highlights>

¹⁰⁶ Barkham, M., Saxon, D., Hardy, G. E., Bradburn, M., Galloway, D., Wickramasekera, N., ... & Brazier, J. E. (2021). Person-centred experiential therapy versus cognitive behavioural therapy delivered in the English Improving Access to Psychological Therapies service for the treatment of moderate or severe depression (PRaCTICED): a pragmatic, randomised, non-inferiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 487-499.



Joonis 5. IAPT pakutud teenusevormide statistika 2022.

Algallikas: *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Dataset, NHS Digital.*

Legend: sinine tulp = teraapia jooksul paranenud; tumehall = teraapia jooksul tervenenu; helehall = teraapiale vaatamata teraapiaperioodi jooksul

Intervjueeritud eksperdi sõnul toimub täna ligikaudu 3/5 IAPT teenustest digitaalsel teel ning vaid 2/5 kontaktkohtumiste vormis. **See tähendab, et üha olulisem ja levinum on IAPT teenuste juures digitaalsete lahenduste kasutamine.** Selleks, et otsustada, millised digitaalsed lahendused sobivad IAPT raames pakumiseks, on NICE 2019. aastal koostanud ja avaldanud raporti „*Process and methods statement for the production of NICE IAPT assessment briefings (IABs)*“¹⁰⁷, mis annab ülevaate põhimõtetest ja protsessist, mille alusel IAPTi raames ärevuse ja depressiooniga tegelemiseks digiteraapiate juhendid välja töötatakse. NICE lähtub digitaalsete sekkumiste hindamisel sellest, kas need võimaldavad tõhustada teenuse pakumist teenusepakkuja aja säästmise kaudu ja **kas need pakuvad tõendus põhiselt vähemalt sama head või paremat abi kui NICE-soovituslikud mittedigitaalsed teraapiad.** Koostöös NHS Inglismaaga viib NICE läbi digitaalteraapia juhise hindamise ja IAPT programmi jaoks heaks kiitmise protsessi, mis koosneb kolmest etapist:

- valik ja hindamine** – hõlmab hinnanguid tõendus põhisusele, kulutõhususele, tehnilistele standarditele ja sisule kliiniliste ekspertide poolt, kes teevad otsuse anda soovitus digitaallahenduse pakumiseks IAPT raames või mitte
- arendustoetus** (nt vajalike digitaalsete vahendite ja juhiste ning pädevuste võimaldamine digitaallahenduste pakumiseks IAPT teenusekeskustele) ja
- praktikas hindamine** – NHS Inglismaa eraldab sobivad tooted kohalikele IAPT teenusekeskustele, kes on näidanud üles huvi toote kasutamise vastu ning kelle IAPT

¹⁰⁷ NICE. (s.a.). *IAB process and methods statement.* <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/NICE-advice/IAPT/IAB-process-and-methods-statement.pdf>

tulemuslikkusnäitajad vastavad teenuse standarditele. Iga kohalik teenusekeskus vastutab teenusepakkujate koolitamise eest digitaallahenduste pakkumiseks. Andmeid digitaallahenduste tulemuslikkuse kohta kogutakse rutiinse IAPTi andmekogumise osana ning kogunenud andmetele annab hinnangu IAPT ekspertide paneel kahe aasta jooksul kord kvartalis, kusjuures analüüs toimub teenusesaaja seisundi enne-ja-pärast võrdlustel.

IAPT hindamisjuhised digilahenduste kasutamiseks IAPT teraapiate pakkumisel (IAPT *assessment briefings*, edaspidi IAB) koostab meditsiini ja tehnoloogiaprogramm (*medicines and technologies programme*, edaspidi MTP), mis on NICE alaüksus. IABd koosnevad digitaalse teraapialahenduse sisu, tehniliste standardite, kliinilise tõhususe ja kulutõhususe hindamise kokkuvõttest. IAB eesmärk on anda ekspertrühmale ülevaade, et hinnata, kas digitaalne lahendus on IAPT teraapia raames kasutamiseks sobiv, vajab edasiarendamist või ei sobi praktikas. Sobivaks hinnatud digitaalse toega ravimeetodeid hinnatakse praktikas IAPT programmi raames kuni kahe aasta jooksul. **IAPT programmi jaoks koostatud ja kasutusel olevad digitaalteraapia juhendid on avalikult kättesaadavad NICE kodulehel**¹⁰⁸. Sobilike tehnoloogiat valikult juhendatakse ärevushäirete ja depressiooni ravis kasutusel olevate digiteraapiate kohta olemasolevast kirjandusest, NICE enda digitaal- ja teaduspädevusega tiimidega eksperthinnangutest ning ettevõtetega koostööst saadud teadmistest.

IAPTi loomisest peale 2008ndal aastal on mudeli rakendamist toetanud läbi aja kõik briti valitsused. Programmi looja dr Clark ja dr Layard tutvustasid 2007ndal aastal toonasele valitsusele uuringute tulemusi seoses vaimse tervise häiretest tingitud kahjude ja kulutustega ning teisalt tõenduspõhiste psühholoogiliste sekkumiste võimekusega neid kahjusid ja kulutusi korvata¹⁰⁹. 2008ndal aastal kui programmiga alustati oli terviseminister Alan Johnson, kes seadis programmi eesmärgiks, et 50% patsientidest leiaks sellest abi ehk taastuks häirest ning jõuaks pikas perspektiivis (tagasi) tööturule. See hinnang baseerus oletusel, et IAPT mudelis pakutavad teenused on nende praktikas rakendamisel samavõrd efektiivsed kui need juhuslikustatud kliinilistes kontrolluuringutes (*randomized controlled trials*, RCT) on üles näidanud. Tuginedes programmi oodatavale mõjule ja astmelise abi pakkumise tõenduspõhisusele ärevushäirete ja depressiooniga inimeste ravimisel ning pärast edukaid pilootprojekte Doncasteris ja Newhamis (mõlema pilootprojekti jaoks võimaldati 1,3-1,5 miljonit naela toetust, et laiendada psühholoogilise abi teenuste pakkumist), eraldas valitsus programmi käivitamiseks täiendavalt 173 miljonit naela.

2016ndal aastal ilmunud Vaimse Tervise Töörühma (*Mental Health Taskforce*) raportit „The Five Year Forward View for Mental Health“¹¹⁰ (edaspidi 5YF for Mental Health), briti valitsuse vastust sellele¹¹¹ ja selle põhjal välja töötatud NHS tegevuskava „*Implementing the Five Year Forward View for Mental*

¹⁰⁸ NICE. (s.a.) *Digital therapies assessed and accepted by the Improving Access to Psychological Therapies Programme (IAPT)*. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-advice/improving-access-to-psychological-therapies--iapt-submitting-a-product-to-iapt#published-IABs>

¹⁰⁹ Layard, R., Clark, D., Knapp, M., & Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202(1), 90-98.

¹¹⁰ Mental Health Taskforce. (2016). *The Five Year Forward View for Mental Health*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf>

¹¹¹ Department of Health and Social Care, Public Health England, NHS England. (2017). *Five Year Forward View for Mental Health: government response*. <https://www.gov.uk/government/publications/five-year-forward-view-for-mental-health-government-response>

*Health*¹¹² on peetud üheks olulisimaks verstapostiks valitsuse pühendunud tegutsemisel vaimse tervise teenuste süsteemi (p)arendamisel, millest on nüüdseks saanud üks enimdiskuteeritud ja olulisim dokument briti tervishoiupoliitikas. **Siiski on tänaseks vähe avaldatud infot selle tegevuskava tulemuste kohta** ning intervjueeritud briti eksperdi sõnul pole selle tulemuslikkust laiemale avalikkusele avaldatud. IAPT programmi edu ja laienemine on aga antud dokumentides toodud välja kui üks vaimse tervise poliitika ja 5YF for Mental Health tegevuskava suurimaid edusid¹¹³. Intervjueeritud eksperdi sõnul on enim progressi olnud märgata 5YF for Mental Health tegevuskavas toodud punkti osas mis puudutab NHS tööjõu vaimse tervise ja töörahulolu (ingl k *staff wellbeing*) edendamist, **sh on viimastel aastatel olnud kriitiliselt oluline parandada IAPT teenusepakujate** (ehk KKT-terapeutide ja PWPde) **töörahulolu**. Eksperti sõnul on IAPT teenusepakujate töörahulolu hoidmine ja parandamine kriitiliselt oluline, et tagada teenuste jätkuv kättesaadavus ja kvaliteet, kuna **teenusepakujate koolitamine, (adekvaatselt) tasustatud tööle palkamine ja töö hoidmine on IAPT teenuste laiaulatusliku pakkumise tuumaks**.

Kuigi IAPT on suurepäraseks näiteks sellest, kuidas süsteemselt organiseerida ja jälgida astmelise psühholoogilise abi pakkumist riiklikul tasandil, on ka sel programmil oma väljakutsed ja kitsaskohad. Kuigi IAPT programmi loomise juures juhtrühmas osalenud eksperdi dr Ellardi sõnul loodi programm pidades silmas eeskätt kerge kuni mõõduka ärevushäire ja/või depressiooniga inimesi, siis on tänaseks IAPTis **üha rohkem tähelepanu pööratud ka kaasuvatele füüsilistele häiretele ning üha olulisemaks peetakse IAPT teraapiate integreerimist ka füüsilise tervise raviteekondadesse** (ingl k *physical healthcare pathways*), milleks loodi 2018ndal raport, mis kirjeldab spetsiifiliselt kaasuvate füüsilise tervise häiretega inimeste IAPT-teenuse korraldust¹¹⁴. MIPSe pakkuvatel PWPdel on seega nüüd võimalus lisaks oma põhikoolitusele läbida ka 6-kuulisi lisaprogramme, mis õpetavad ja valmistavad ette füüsiliste haigustega kaasuva depressiooni ja/või ärevushäirete puhul inimesi toetama¹¹⁵. Arendamisel on ka astmelise abi süsteem raskete vaimse tervise häiretega inimeste toetamiseks¹¹⁶. Eriti kroonilistel haigetel on tihti kaasuvaks vaimse tervise häired, seega on ka IAPT tulevikusuunaks üha tihedam koostöö ja integreeritus füüsilise tervise raviga. Lisaks, kuigi IAPT teenuse sihtrühma moodustavad peamiselt ärevushäirete ja/või depressiooniga inimesed, on neil inimestel tihti ka kaasuvad muud vaimse tervise probleemid. Uuringute põhjal on näiteks leitud, et IAPTi teenust saanud kaasuva alkoholi tarvitamise häirega (ingl k *alcohol use disorder, AUD*) inimeste IAPT teenuse tulemuslikkusnäitajad on võrdväärsed ilma kaasuva alkoholiprobleemita IAPT

¹¹² NHS. (2016). *Implementing the Five Year Forward View for Mental Health*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/07/fyfv-mh.pdf>

¹¹³ All-Party Parliamentary Group on Mental Health. (2018) *Progress of the Five Year Forward View for Mental Health: On the road to parity* <https://www.rethink.org/media/2579/on-the-road-to-parity-final-report.pdf>

¹¹⁴ England, N. H. S., & Improvement, N. H. S. (2018). The Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) pathway for people with long-term physical health conditions and medically unexplained symptoms. *NHS England, London*. https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/nccmh/iapt/nccmh-iapt-ltc-short-guide.pdf?sfvrsn=12dcc7b2_2

¹¹⁵ England, N. H. S., & Improvement, N. H. S. (2018). The Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) pathway for people with long-term physical health conditions and medically unexplained symptoms. *NHS England, London*.

¹¹⁶ <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/psychological-therapies/roles-psychological-therapies/mental-health-and-wellbeing-practitioner/mental-health-and-wellbeing-practitioner>

teenusesaajate omadega¹¹⁷, samas on teises uuringus leitud, et ärevushäire ja/või depressiooniga kaasuvate psühhootiliste episoodidega IAPT teenusesaajate (ravi)tulemused ei ole nii head kui teistel¹¹⁸. Üldiselt ongi peetud IAPT süsteemi kitsaskohaks selle rangust ja spetsiifilisust: kuigi NICE on loonud väga süsteemsed kliinilised standardid ja juhised IAPTi suunatute skriinimiseks, teraapiavormi valikuks ning ka IAPT praktikud läbinud spetsiaalselt IAPTi teenuste pakkumiseks mõeldud õppekava, **on reaalsuses vaimse tervise abi vajajatel tihti märksa keerukamad ja mitmekülgsemad probleemid ja seisundid, millele selline range mudel ei pruugi vastata**. See tähendab, et kohati võivad IAPT mudeli teenustest jääda ilma inimesed, kes tegelikult neid väga vajaksid ja/või võivad IAPTi teenusesaajad vajada mitmekülgsemat abi kui IAPTi praegune mudel pakkuda suudab¹¹⁹. Lisaks on selline süsteemne astmelise abi pakkumine Inglismaal seni endiselt suunatud valdavalt ärevushäirete ja depressiooniga inimestele ning teenusele ei jõua teised vaimse tervise probleemidega inimesed, kes ometi võiksid samuti madala intensiivsusega sekkumistest kasu saada (nt on leitud, et MIPSidest on abi ka stressi, sõltuvus- ja söömishäirete ennetuses ja ravis, vaata ka ptk 3). Kuigi IAPT esmakohatumisel antakse ka sellistele inimestele (kes n-ö ei kvalifitseeru IAPT teenusesaajaks) esmast nõustamist ja juhised edasiseks tegevuseks (nt millise teenuse poole edasi pöörduda), ei ole hetkel riigis ekvivalentset süsteemi teiste häirete ja vaimse tervise probleemidega inimestele.

Ka intervjueritud ekspert nentis, et IAPT baseerub ja toimib väga täpsete NICE juhiste ja standardite alusel, kuid reaalsus on alati palju mitmekesisem ja keerulisem kui loodud mudelid ja kriteeriumid. Seega on tema sõnul tegelikult ka täna praktikas IAPTi rakendamine märksa paindlikum kui dokumenteeritud sammupõhistes juhendites, ent siiski võib inglise astmelise abi mudel jääda liialt rangeks ja ühekülgseks. **Seega on ka eriti oluline IAPT teenusepakkuja pädevus ja võimekus leida tasakaalupunkt riiklike IAPTi juhiste ja NICE standardite ning päriselt süsteemi suunatud inimese vajaduste, võimaluste ja konkreetse olukorra vahel.**

4.2. Belgia

Belgia on riik, mis on jaotatud vastavalt riigis olevatele regioonidele kolmeks: Flandria, Valloonia ning Brüsseli pealinnaregioon¹²⁰. Samuti jaotatakse riik kolmeks ka kultuurikogukondade ja keelte baasil: prantsuse-, flaami-(või hollandi-) ja saksakeelne kogukond. Lisaks on iga regioon iseseisev, ehk igas regioonis eksisteerib iseseisev valitsus ja ministriumid, mis korraldavad elu vastavas regioonis. Sellest tulenevalt on ka Belgia riiklikud süsteemid keerukamad, kuna lisaks föderaalvalitsusele ja selle ministriumitele osalevad riiklikes süsteemides ka regioonide ministrium(id): nt reguleerivad riigi

¹¹⁷ Buckman, J. E. J., Naismith, I., Saunders, R., Morrison, T., Linke, S., Leibowitz, J., & Pilling, S. (2018). The impact of alcohol use on drop-out and psychological treatment outcomes in improving access to psychological therapies services: An audit. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 46(5), 513-527.

¹¹⁸ Knight, C., Russo, D., Stochl, J., Croudace, T., Fowler, D., Grey, N., ... & Perez, J. (2020). Prevalence of and recovery from common mental disorder including psychotic experiences in the UK primary care improving access to psychological therapies (IAPT) programme. *Journal of Affective Disorders*, 272, 84-90.

¹¹⁹ Martin, C., Iqbal, Z., Airey, N. D., & Marks, L. (2022). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) has potential but is not sufficient: How can it better meet the range of primary care mental health needs?. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(1), 157-174.

¹²⁰ Belgian Health Care Knowledge Centre. (2019). *Organisation of Mental Health Care in Belgium* 33. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_318_Mental_Health_care_Report.pdf

tervishoiusüsteemi nii föderaalvalitsus ja selle vastav ministeerium (ingl k *Federal Public Service Health, Food Chain and Safety and Environment; the Federal Public Service Social Security; the National Institute for Health and Disability Insurance*) kui ka flaami-, prantsuse- ja/või saksakeelse regiooni vastavad ministeeriumid. On oluline ka välja tuua, et nii regioonide kui ka föderaalvalitsus(ed) ja nende ministeeriumid on riiklikus hierarhias samal tasemele, st, et nt föderaalvalitsusel ei ole ametlikult rohkem võimu võrreldes regioonide valitsustega. Föderaalvalitsus küll loob regioonide valitsustele ettekirjutused ja ettepanekud, kuid regioonide valitsused peavad nendega ka nõustuma, et tehtud ettekirjutised-ettepanekud nii föderaaltasandil kui ka vastavates regioonides jõustuksid¹²¹. Sellest tulenevalt on ka riigi tervishoiusüsteem üpris keerukas (nt on 2022. aasta seisuga on riigis 9 ministrit, kelle töö on seotud tervise valdkonna ja riikliku tervishoiusüsteemiga¹²²) ning hõlmab mitmeid eri osapooli. Sellest tulenevalt on selles peatükis toodud välja Belgia vaimse tervise tervishoiusüsteemi korraldus üldisemalt ning on selle ilmestamiseks toodud välja mõned konkreetsed näited.

Aastate vältel on viidud läbi mitmeid muudatusi Belgia riiklikus vaimse tervise teenuste süsteemis: nt loodi üheksakümnendatel psühhiaatriahaiglate kohtade vähendamiseks psüühiliste erivajadustega inimestele kohandatud hooldekodud, toetatud elamisteenused, alustati vähesel määral ka psühhiaatrilise koduõendusega ning pandi alus nn **konsultatsiooniplatvormide loomele. Platvormide eesmärgiks oli hõlbustada regioonidevahelist koostööd ja seeläbi lihtsustada inimeste ligipääsu vajalikele meditsiinilistele ja psühhosotsiaalsetele teenustele.** 2002. aastal otsustas Riiklik Haiglate Nõukogu (ingl k *National Council for Hospitals*) viia läbi vajalikud muudatused, et Belgia vaimse tervise tervishoiusüsteem oleks (veelgi) patsiendikeskemine ning raviteenused oleksid integreeritud paremini nii teiste tervise- ja hoolekande teenustega kui ka teenusesaajate igapäevaelu korraldusega ning vastaks indiviidi konkreetsetele vajadustele.

Selle saavutamiseks allkirjastas Belgia föderaalvalitsus koos regioonide valitsustega 2010. aastal dokumendi Reform 107 või Artikkel 107, mille eesmärgiks oli muuta vaimse tervise abi süsteem **võrgustikupõhiseks, st süsteemi deinstitutionaliseerida¹²³ ning toetada inimesi juba kogukondlikul tasemel, mitte ainult haiglates.** Reformi loomisel võeti eeskju mitmetest riikidest: 1) Ühendkuningriikide kogukondlikest vaimse tervise meeskondadest, 2) Hollandi *Flexible Assertive Community Treatment* mudelist, 3) Itaalias Trieste linnas olevast kogukonnapõhisest vaimse tervise tervishoiusüsteemist, 4) Prantsusmaal Lille'i linna eri osapooltest koosnevast süsteemist ning kogukonna mobiilsetest vaimse tervise meeskondadest ning 5) Šveitsis Lausanne'i linna eri asutuste vahelise koostöö ja järjepideva ravi mudelist. Reformi jõustumisel võeti vaimse tervise valdkonnas kasutusele kogukondlik süsteem, mille eesmärgiks oli tugevdada kogukonnapõhiste teenuste kättesaadavust ning parendada spetsialistide integratsiooni, klientide-patsientide sotsiaalset rehabilitatsiooni ja vähendada statsionaarse psühhiaatrilise abi vajadust (2008. aastal oli riigis 152

¹²¹ Belgium.be. (s.a.). About Belgium. The structure of the Federal State and the power levels.

https://www.belgium.be/en/about_belgium/government/federale_staat/structure

¹²² De Maeseneer, J. ja Galle, A. (2022). Belgium's healthcare system: The way forward to address the challenges of the 21st century comment on "integration or fragmentation of health care? examining policies and politics in a Belgian case study". *International Journal of Health Policy and Management*.

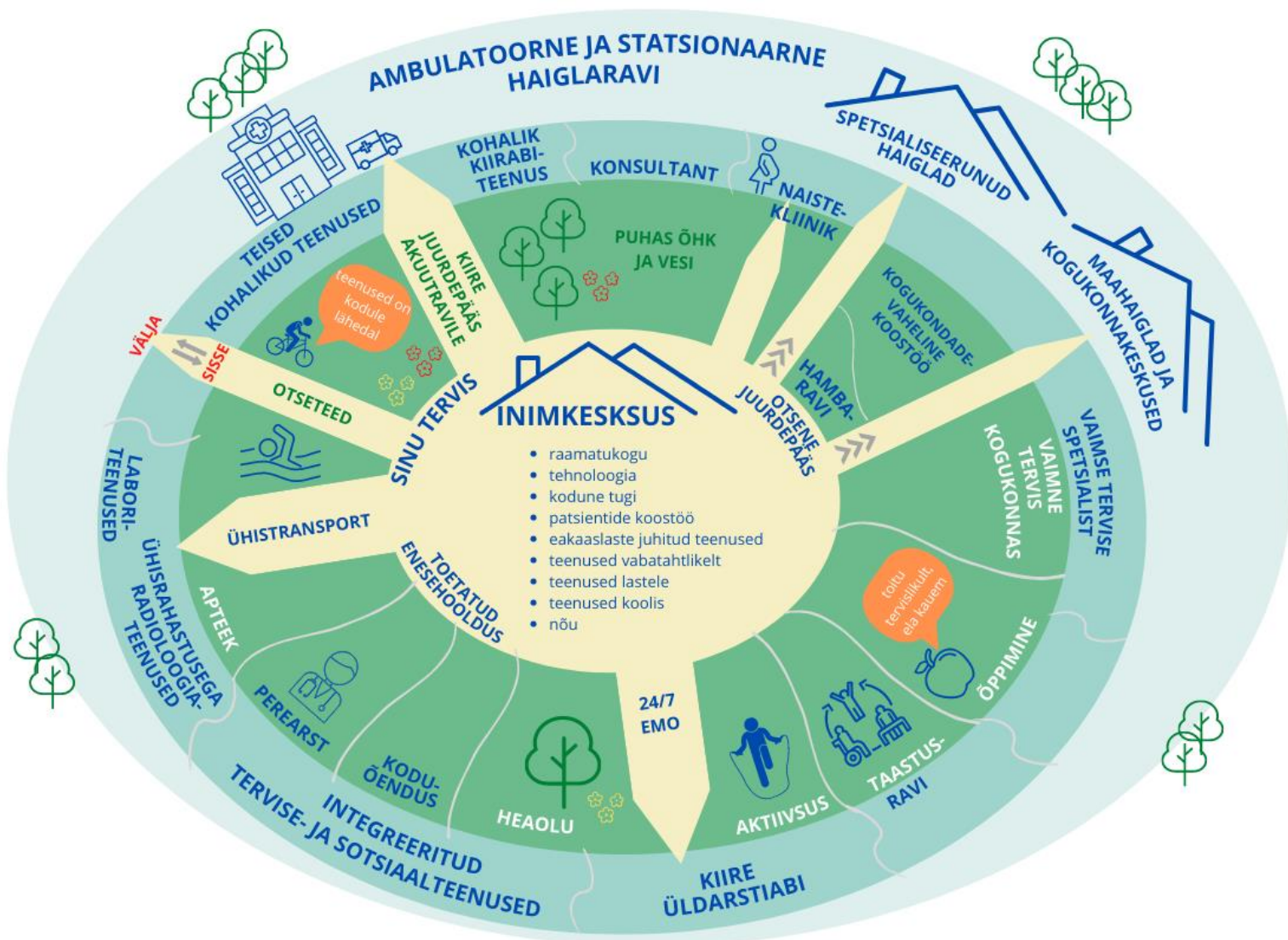
<https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.7070>

¹²³ Centre for Public Impact A BCG Foundation. (2019). Reform 107: Belgium's transition to a community-based approach to mental healthcare. <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/reform-107-belgiums-transition-community-based-approach-mental-healthcare>

voodikohta psühhiaatriahaiglates 100 000 elaniku kohta, 2017. aastal oli voodikohtade arvuks 136¹²⁴). Selle saavutamiseks loodi igasse riigi regiooni igale keelegrupile – flaami, prantsuse ja saksa keelt kõnelejatele – vaimse tervise üksused nii noortele kui täiskasvanutele.

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. Võrgustiku kujundamisel lähtuti lisaks eelnevalt nimetatud linnadele ja riikidele ka suuresti Uus-Meremaa Canterbury tervishoiuteenuste mudelist (vt Joonis 6), kus enamik teenuseid osutatakse kogukonnas, st suur rõhk on MI(P)Sidel. Juhul kui konkreetsest MI(P)Sist ei piisa, siis suunatakse teenusesaaja edasi kas teise MI(P)Si või hoopis nn kõrgema intensiivsusega teenustele.

¹²⁴ Eurostat. (2019). Mental health care- psychiatric hospital beds. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20191009-1>



Joonis 6. Canterbury tervishoiuteenuste mudel¹²⁵

Loodud võrgustiku eesmärgiks on soodustada interdistsiplinaarset koostööd spetsialistide, (ravi)asutuste ja MTÜde vahel ja suurendada vajalike vaimse tervise teenuste kättesaadavust. Seega loodeti reformi käigus suurendada Funktsioon 1, 2 ja ka 3, st madala intensiivsusega (psühholoogiliste) sekkumiste, osakaalu ning seeläbi vähendada Funktsioon 4 (eriarstiabi ja ravi-asutuste teenuste) osakaalu (vaata Joonis 7). Tihti on teenusesaaja esimeseks n-ö kontaktpunktiks võrgustikus tema perearst, kes teenusesaaja vajadusel sobivatele teenustele suunab, kuid lisaks on võimalus teenusesuunajat edasi suunata ka teistel raviarstidel ning teenusesaajal endal. Seega kui saadav teenus ei vasta teenusesaaja vajadustele, siis saab teenusesaajat edasi suunata kas ravi- või perearst või teenusesaaja ise. Suunamine toimub riigis tegutsevate võrgustikku kuuluvatele akrediteeritud teenusepakujatele ning ülevaate neist akrediteeritud ja kvalifikatsioonidega

¹²⁵ Dwyer, J. (2019). JOHN DWYER The "Canterbury Model" in health. <https://johnmenadue.com/john-dwyer-the-canterbury-model-in-health/>

spetsialistidest, kes kuuluvad ka nimetatud vaimse tervise võrgustikku, saab Belgia kindlustusameti kodulehelt^{126,127}. Vaimse tervise võrgustikku kuuluvate riiklike akrediteeritud raviasutuste kontaktid on toodud välja ka riigi föderaalvalitsuse ministeeriumi lehel¹²⁸. Lisaks kaasati intervjueritud belgia eksperdi sõnul võrgustikku suuresti ka endised teenusesaajad, kes annavad vaimse tervise võrgustikku ja saadud teenuste kohta tagasisidet, et valitsus(t)el oleks võimalik võrgustiku tööd veelgi parendada. Oluline roll on võrgustikus ka ombudsmanidel, kelle ülesandeks on (ravi)asutuste teenusesaajate nõustamine ning teenusesaaja ja -pakkuja vahelise suhtluse¹²⁹. Võrgustikus osalevad aktiivselt ka eri patsientide ühingud, kes osalevad lisaks patsientide ja teenusesaajate toetamisele ja nõustamisele üha aktiivsemalt nii lobitöodes kui ka strateegiate ja eeskirjade loomises¹³⁰.

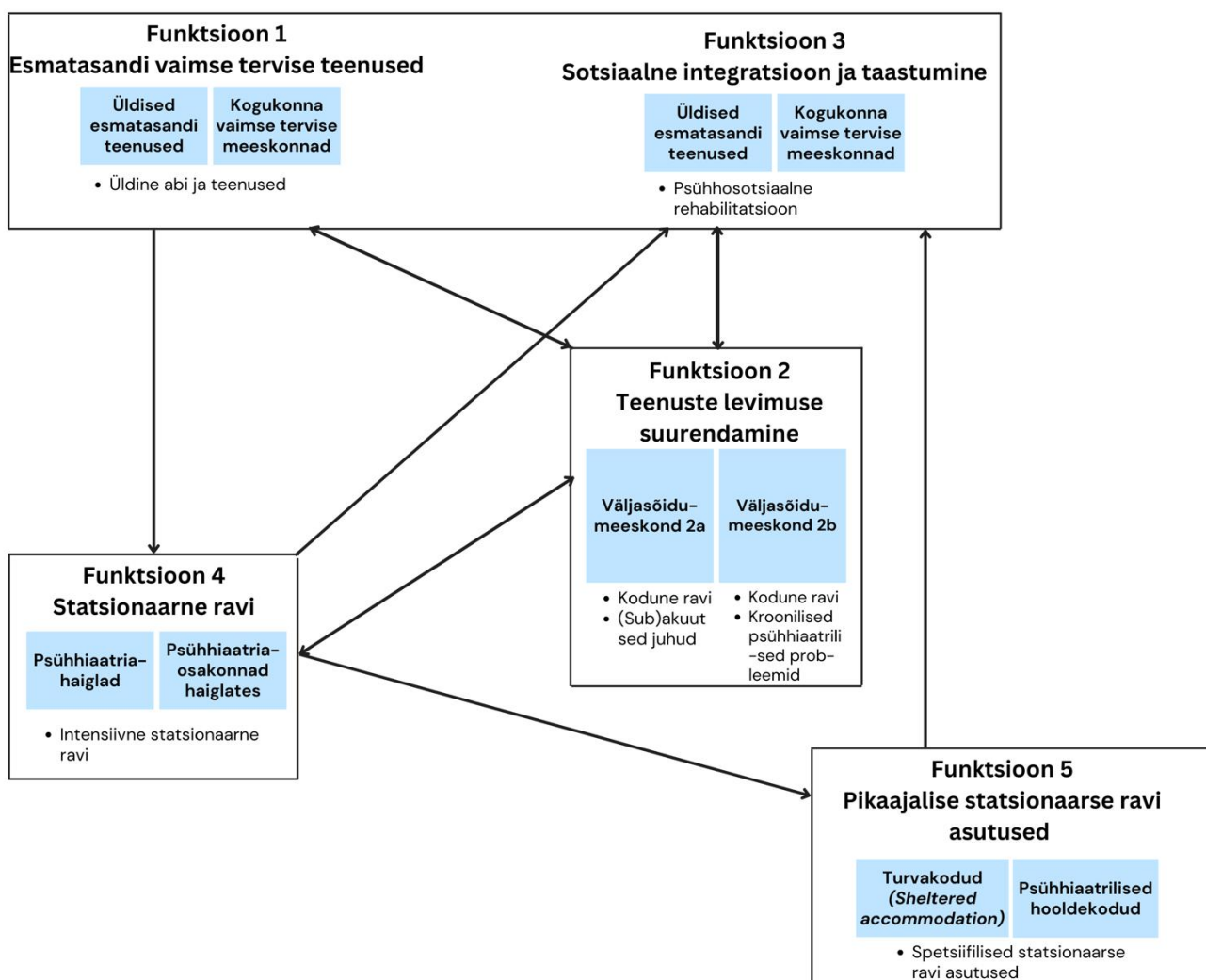
¹²⁶ Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (s.a.). RIZIV – Zoeken. <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/silverpages/>

¹²⁷ EU-healthcare. (s.a.). Belgium. <https://www.eu-healthcare.fi/health-services-abroad/country-specific-information-about-health-services/belgium/>

¹²⁸ Federale overheidsdienst. Volksgezond, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. (2022). Gezondheidszorginstellingen. <https://www.health.belgium.be/en/node/25589>

¹²⁹ Federal Public Service. (2016). The ombudsman services in hospitals or mental healthcare consultation platforms. <https://www.health.belgium.be/en/ombudsman-services-hospitals-or-mental-healthcare-consultation-platforms>

¹³⁰ Martens, M., Danhieux, K., Van Belle, S., Wouters, E., Van Damme, W., Remmen, R., Anthierens, S., & Van Olmen, J. (2021). Integration or fragmentation of health care? examining policies and politics in a Belgian case study. *International Journal of Health Policy and Management*. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.58>



Joonis 7. Belgia astmelise abi süsteem^{131,132}

Võrgustiku tööd üldisemalt koordineerib föderaalvalitsus ning vastavad ministriumid (st üldisemad eesmärgid võrgustiku tööks pannakse paika ning nende täitmist riigis kontrollitakse föderaaltasandil), kuid igas regioonis **koordineerivad võrgustiku tööd regiooni valitsus ning vastavad ministriumid, kes panevad paika, kuidas föderaalvalitsuse seatud eesmärgid saavutada (st, kes ja kuidas eesmärgini viivate sammudega tegelema hakkavad) ja monitoorivad seatud eesmärkide täitmist enda regioonis. Lisaks koordineerivad ja kontrollivad regioonide võrgustike tööd ka võrgustiku koordinaatorid**, kelle tööd reguleerivad ja kontrollivad nii vastav munitsipaliteet, vastava regiooni valitsus ja ministrium(id) kui ka

¹³¹ WHO. (2018). Good Practice Brief. Multisectoral mental health networks in Belgium: An example of successful mental health reform through service delivery redesign.

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/365607/gpb-mental-health-belgium-eng.pdf

¹³² Van der Jeugt, P. (2015). Connecting mobile mental health teams expertise in Europe. April 2012 – April 2015.

Mobile mental health teams in Belgium – formation programme based on expertise in other countries.

<http://www.mobileteamsconnecting.eu/reports/Connecting%20mobile%20teams%20in%20Europe%20-%20English.pdf>

föderaalvalitsus ja selle ministeerium(id). Interdistsiplinaarsuse hoidmiseks korraldatakse intervjueritud eksperdi Sarah Morsinki sõnul võrgustiku osapooltele ka vastavaid (jätku)koolitusi, et tõsta teadlikkust ja anda teadmisi-oskusi ennetustöö ja madala intensiivsusega sekkumiste olulisusest ja rakendamisest ning ka võrgustiku toimimisest. **Kuna riiklikesse otsustesse on kaasatud lisaks föderaalvalitsusele ka regioonide valitsused, siis on vajalike muudatuste elluviimine nii vaimse tervise kui üldiselt tervishoiusüsteemis võtnud aega ja paljude osapooltega kooskõlastamist.** Lihtsustamaks koordineerimist regioonide sees asutati nt Flandrias eraldi instituut (flaami/hollandi keeles *Steunpunt Geestelijke Gezondheid*), mis regiooni vaimse tervise asutuste tööd ja teenuseid koordineeriks ja Valloonias instituut (prants k *Agence wallonne de la sante, de la protection sociale, du handicap et des familles*), mille ülesandeks sai terviseharituse edendamine ja tervisedenduse strateegiate loomine. Lisaks reguleerib ja monitoorib akrediteeritud raviasutuste tööd regulaarselt¹³³ nii asutuse enda nõukogu või komitee (Genti Ülikooli Haigla näitel flaami/hollandi keeles *Bestuurscomité*, Täitevkomitee) kui ka vastava regiooni valitsus ja/või minister¹³⁴. Regioonide valitsused teevad omakorda tööd nii omavahel kui ka riigi föderaalvalitsusega¹³⁵. Tervishoiusüsteemi rahastatakse peamiselt sotsiaalhoolekande ja maksude abil. **Kogukondlikuid sekkumisi korraldavad (ja rahastavad) riigis valdavalt vastavate regioonide valitsuses ja/või ministeeriumid, vastavad üksused(nt kommunid või munitsipalteedid) asutused, või on rahastus saadud mõne projekti raames; riiklike raviasutuste (sh haiglate) tööd rahastab aga riigi föderaalvalitsus ja -asutused**^{136,137}.

Suureks reformist tulenevaks muutuseks oli ka multidistsiplinaarsed erinevatest **vaimse tervise spetsialistidest koosnevad nn väljasõidumeeskonnad** (ingl k *mobile teams*), kes üldiselt kuuluvad mõne haigla koosseisu, kuid meeskond on eraldiseisev üksus. **Meeskonnad teevad koduvisiite, mis on mõeldud igas vanuses patsientidele, kellel on (sub)akuutsed vaimse tervise mured** (meeskond 2a) **või kroonilised vaimse tervise mured** (meeskond 2b)¹³⁸. 2018. aasta seisuga oli riigis 59 sellist meeskonda – 24 meeskonda, kes tegelesid kriisiolukordadega (meeskond 2) ning 35 meeskonda, kes tegelesid krooniliste vaimse tervise probleemidega (meeskond 2b)¹³⁹. Teenusesaajatel on võimalik pöörduda meeskondade poole ise, kuid meeskonna juurde saab suunata ka nt perearst või mõni teine vaimse tervise või tervishoiuspetsialist. Lisaks toimub töö elavas järjekorras, ehk (potentsiaalsetel) teenusesaajatel on võimalik ise vajaliku teenuse (Community Help

¹³³ EU-healthcare. (2022). Belgium. <https://www.eu-healthcare.fi/health-services-abroad/country-specific-information-about-health-services/belgium/>

¹³⁴ Universitet Ziekenhuis Gent. (s.a.). Bestuurscomité van het UZ Gent. <https://www.uzgent.be/bestuurscomite-van-het-uz-gent>

¹³⁵ Belgium.be. (2022). About Belgium. The structure of the Federal State and the power levels. https://www.belgium.be/en/about_belgium/government/federale_staat/structure

¹³⁶ Nicaise, P., Dubois, V., & Lorant, V. (2014). Mental Health Care Delivery System Reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115(2-3), 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.007>

¹³⁷ EU-healthcare. (2022). Belgium. <https://www.eu-healthcare.fi/health-services-abroad/country-specific-information-about-health-services/belgium/>

¹³⁸ Sarapik, L.-M. (2021). An overview of: Mental health services at the local government and community levels: Organization and good practice in the U.S., Belgium, and Nordic countries – Norway and Finland. <https://www.sm.ee/media/79/download>

¹³⁹ Sarapik, L.-M. (2021). An overview of: Mental health services at the local government and community levels: Organization and good practice in the U.S., Belgium, and Nordic countries – Norway and Finland. <https://www.sm.ee/media/79/download>

Service keskuse näitel psühholoogilise hindamise, individuaalteraapia, pereteraapia, paariteraapia, konsultatsiooni, nõustamise, psühhiaatri vastuvõtu¹⁴⁰) saamiseks keskusesse minna. Lisaks viiakse konkreetses keskusel läbi ka eri huviringe ja tegevusgrupe, koolitusi ja üritusi, kus on võimalik uusi tutvusi luua¹⁴¹. Väljasõidumeeskondadel on ka nimistu teenusesaajatest, kellele korraldatakse vastuvõtte või koduvisiite regulaarselt¹⁴².

Üheks riigis tegutsevaks väljasõidumeeskonnaks on Brüsseli regioonis tegutsev HERMESplus, mis jaguneb **2a väljasõidumeeskonnaks TANDEMplusiks** (mis loodi n-ö nullist) ning **2b meeskonnaks Antonin Artaud'ks** (loodi juba kogukonnas eksisteerivatest MTÜdest ja üksusest)¹⁴³. Tasub aga märkida, et HERMESplus ei kuulu erinevalt enamikest riigis tegutsevatest mobiilsetest meeskondadest ühegi haigla koosseisu, ehk meeskond tegutseb täiesti iseseisvalt ja kuulub Antoine Artaud-nimelise ambulatoorse keskuse koosseisu. Meeskonna tööd rahastab Brüsseli regiooni valitsus ning algselt suunasid teenusesaajaid meeskonna teenustele vaid teised vaimse tervise teenuste pakkujad, kuid nüüd on teenusesaajatel võimalik võtta meeskonnaga ise ühendust ning broneerida koduvisiit või vastuvõtt keskusel helistades nende abiliinile. Meeskonna sihtgrupiks on üldjuhul 16 – 65aastased isikud.

TANDEMplusi näol on tegemist kriisitoe ja sotsiaalvõrgustikku arendava meeskonnaga (ehk 2a meeskonnaga)¹⁴⁴. Meeskonna teenused on eelkõige suunatud neile, kes on äsja kogunud mingit kriisi ning on (taas)ehitamas oma sotsiaal- ja/või tugivõrgustikku. **Meeskond aitab lisaks kriisitoele ja -nõustamisele selgitada välja teenusesaaja spetsiifilised vajadused ja määrata ära, millised teenusepakkujad ja/või teenused võiks aidata neid vajadusi rahuldada (st vajadusel suunata teenusesaaja kindla teenusepakkuja või teenuse poole)**¹⁴⁵. Näiteks võivad suunavad meeskonna liikmed suunata abivajaja vastavalt tema vajadustele finantsnõustaja, mõnda kohalikku vaimse tervise keskusel mõnele konkreetsele teenusele, kriisimajja või mõnele muule riiklikus võrgustikus olevale teenusele.

Lisaks kriisitoele ja -nõustamisele aitab TANDEMplusi meeskond abivajajatel õppida ja omandada vajalikke toimetulekustrateegiaid, tulemaks toime eri probleemidega, mis on abivajaja kas kriisini viinud (nt töö või partneri kaotus) või kriisi tõttu tekkinud (nt probleemid rahaga või suhetes). Sekkumise sihtgrupiks on 18. aastased ja vanemad ning meeskond tegutseb Brüsseli regioonis nii flaami/hollandi kui prantsuse keeles. Meeskonnaga liitumise eelduseks ei ole küll vaimse tervise alase hariduse olemasolu, küll aga on tugev rõhk probleemi- ja olukordade efektiivsel lahendamisel ning suhtlemis- ja koostööoskustel. Meeskonda võivad kuuluda nii (kliinilised) psühholoogid,

¹⁴⁰ Community Help Service. (2022). Problems We can Help With. <https://www.chsbelgium.org/en/index.php/mental-health-services-centre/mental-health-centre-how-we-can-help-you/problems-we-can-help-with>

¹⁴¹ Circuit. (s.a.). What is Circuit. <https://circuitantoninartaud.be/en/offer/what-is-circuit/>

¹⁴² Alevanti, E. (2020). *Mental Healthcare Reform in Belgium: a qualitative study of mobile teams* [Doktoritöö, Faculty of Health, Education and Life Sciences, Birmingham City University]. BCU Open Access Repository. <https://www.open-access.bcu.ac.uk/12383/1/Eleni%20Alevanti%20Thesis%20eSubmission.pdf>

¹⁴³ Alevanti, E. (2020). *Mental Healthcare Reform in Belgium: a qualitative study of mobile teams* [Doktoritöö, Faculty of Health, Education and Life Sciences, Birmingham City University]. BCU Open Access Repository. <https://www.open-access.bcu.ac.uk/12383/1/Eleni%20Alevanti%20Thesis%20eSubmission.pdf>

¹⁴⁴ Council of Europe. (s.a.). Community-Based Initiatives. TANDEMplus: Mobile Crisis Support and Social Network Development – Belgium. <https://www.coe.int/en/web/bioethics/-/tandemplus-mobile-crisis-support-and-social-network-development-belgium>

¹⁴⁵ Alevanti, E. (2020). *Mental Healthcare Reform in Belgium: a qualitative study of mobile teams* [Doktoritöö, Faculty of Health, Education and Life Sciences, Birmingham City University]. BCU Open Access Repository

sotsiaaltöötajad, (psühhiaatria)õed, vaimse tervise koolitajad ning psühhiaatrid, st puudub kindel nõue, milliste konkreetsete valdkondade spetsialistid peaksid meeskonda kuuluma, kuid meeskonnaliikmetel peab olema mingisugune taust vaimse tervise valdkonnas. Kui meeskonda kuulub ka psühhiaater, siis on tihti (kuid mitte tingimata) tema tööks meeskonna järelvalve, st vastavalt vajadusele otseselt superviseerida meeskonna tööd või suunatakse teenusesaaja vastavalt vajadusele psühhiaatri vastuvõtule, kui teiste meeskonnaliikmete ekspertiis ei ole olnud piisav.

2b väljasõidu meeskonna Antonin Artaud' ülesandeks on aidata krooniliste vaimse tervise probleemidega patsiente, et vähendada hospitaliseerimiste arvu ning lühendada raviperioodi pikkust selle läbi, et raviteenust pakutakse koduses keskkonnas¹⁴⁶. Meeskond on tegelikult tegutsenud juba pea 40 aastat, kuna enne teiste MTÜde ja üksustega liitmist oli tegemist samanimelise MTÜga, kes pakkus samas keskkonnas sarnaseid vaimse tervise abi teenuseid¹⁴⁷. Antonin Artaud' eeskonda kuuluvad eri vaimse tervise taustaga spetsialistid: psühhiaatriaõde, psühholoogid, sotsiaaltöötaja ja psühhiaatrid. Peamiselt tegelevad abivajajatega sotsiaaltöötajad ja psühhiaatriaõed ja vajadusel ka psühholoogid ja psühhiaatrid teevad üldjuhul üks-ühele vastuvõtte oma kabinetis.

Üldjuhul kuuluvad aga riigis tegutsevad väljasõidumeeskonnad mõne regioonis asuva haigla koosseisu ja hõlmavad nii haiglates töötavaid spetsialiste kui ka teisi vaimse tervise võrgustiku partnereid ning meeskondade tööd rahastavad haiglad, mille koosseisudesse nad kuuluvad. Vaatamata sellele, et enamikke väljasõidumeeskondasid rahastavad konkreetsete haiglad, tegutsevad meeskonnad iseseisvalt ning tegelevad peamiselt ambulatoorsete rehabilitatsiooniteenustega, st madalate kuni mõõdukate sümptomitega isikutega. **Tänu meeskondade tööle on vähenenud hospitaliseerimiste arv ning suurenenud väljaspool raviasutusi pakutavate (ravi)teenuste, ambulatoorsete rehabilitatsioonide ja rehabilitatsioonikeskuste arv eri kommunides**. 2019. aastal läbiviidud **TANDEMplus teenuste hindamine näitas, et meeskond suunas hinnanguliselt 49% abiliinile helistajatest vajalikele teenustele ja/või teenusepakujatele, sh nii haigla- kui ka kogukonnateenustele**. Ülejäänud helistajad kas ei soovinud-vajanud edasist abi või lõpetasid omaalgatuslikult suhtluse meeskonnaga. Helistajatel on võimalik jääda täiesti anonüümseks ning abi saamiseks ei ole vajalik ei tervisekindlustus ega isikut tõendav dokument. 2016. aasta uuring näitas, et **tänu riigis loodud väljasõidumeeskondadele langes psühhiaatria voodikohtade arv hinnanguliselt 20%**¹⁴⁸.

Pilootprojekti raames rahastati nii väljasõidumeeskondade kui riigi vaimse tervise võrgustiku tööd psühhiaatria haigla voodikohtade külmutamise arvelt: intervjueritud eksperdi sõnul viidi riigis läbi pilootprojekt, mille eesmärgiks oli psühhiaatria haigla voodikohtade n-ö külmutamine, st, et neid voodikohtasid kasutati teiste, mitte vaimse tervise, murede-diagnoosidega patsientide tarbeks. **Nende külmutatud voodikohtade arvelt rahastati** – ja rahastatakse intervjueritud eksperdi sõnul endiselt – **nii kogukondlikke sekkumisi** (väljasõidumeeskondasid, grupisessioone

¹⁴⁶ Alevanti, E. (2020). *Mental Healthcare Reform in Belgium: a qualitative study of mobile teams* [Doktoritöö, Faculty of Health, Education and Life Sciences, Birmingham City University]. BCU Open Access Repository

¹⁴⁷ Alevanti, E. (2020). *Mental Healthcare Reform in Belgium: a qualitative study of mobile teams* [Doktoritöö, Faculty of Health, Education and Life Sciences, Birmingham City University]. BCU Open Access Repository

¹⁴⁸ Jacob, B. (2016). *The Belgian reform in mental health care: Where are we now? A short overview and state of progress*. [Videoettekanne]. 5th International Conference on Psychiatrist, Geriatric Psychiatry and Counseling Psychology, San Antonio, USA. <https://www.walshmedicalmedia.com/conference-abstracts-files/2378-5756.C1.014-017.pdf>

eri gruppidele)¹⁴⁹, **kuid ka üldiselt riiklikku vaimse tervise võrgustiku** (sh vaimse tervise ekspertidest koosnevate komiteede, võrgustike koordinaatorite ja kohalike üksuste) **tööd**. Nii pilootprojekti kui ka praegu on projektis osalevatele haiglatele antud vabad käed, st iga haigla saab ise panna paika vajalikud sammud, et eesmärk (rahastuse ümber suunamine kogukonnapõhistesse sekkumistesse, sh väljasõidumeeskondadesse) saavutada¹⁵⁰.

Võrgustikus on lisaks varajasele sekkumisele olulisel kohal ka psühhoariduslik teavitustöö, millega tegelevad nii vaimse tervise meeskonnad, kohalik kogukondlik võrgustik (kogukonnakeskused, tervisekeskused, töötukassad, MTÜd, huviringid, ühingud) kui ka vaimse tervise teenusepakkujad. Teavitustööga (kuid tihti ka madala intensiivsusega sekkumistega) tegelevad ka nt kogukondlikud vaimse tervise keskused. Keskustes osutatakse eri nõustamisteenuseid ning sinna on **igal tervishoiusüsteemis töötavalt spetsialistil ja teenusepakkujal, (üli)õpilaste nõustamiskeskusel, esmaliinitöötajatel, teenusesaaja pereliikme(te)l või tuttava(te)l võimalik teenusesaajat suunata**^{151,152,153,154}. Lisaks on teenusesaajal võimalik ennast ise võimalik vajalikule teenusele suunata. Keskustes pakuvad multidistsiplinaarsed meeskonnad biopsühhosotsiaalsel käsitlusel põhinevat ambulatoorset eriarstiabi teenust. Need meeskonnad koosnevad vähemalt psühhiaatrist, psühholoogist, sotsiaaltöötajast ning vastuvõtu töö koordinaatorist. Kui meeskonnas on psühhiaater, siis tihti suunatakse teenusesaaja eriarsti vastuvõtule juhul kui madalama intensiivsusega sekkumised ei ole olnud teenusesaajale piisavad ja/või sobivad. On ka meeskondasid, kus psühhiaatril on meeskonna koordineeriv roll ehk meeskond kooskõlastab oma töö meeskonda juhtiva psühhiaatriga. Küll aga ei ole igas väljasõidumeeskonnas psühhiaatrit ehk meeskonna ülesehitus võib meeskonniti varieeruda.

Meeskonna raviteenuste peamiseks eesmärgiks skriinimine vaimse tervise probleemide varajaseks avastamiseks ja õigeaegne (esmane) ravisekkumine – neid sekkumisi pakutakse kõikidele vanusegruppidele. Keskuste tegevust koordineerivad ja korraldavad kas vastavad regioonid, munitsipaliteet või kogukonnad. Lisaks on igal Belgia elanikul õigus saada sotsiaalabi ja -integratsiooni teenuseid¹⁵⁵. Selle tarbeks on loodud igasse munitsipaliteeti nn sotsiaalse heaolu keskused (ing k *Public Centres for Social Welfare*), kus pakutakse abi ja vastavaid nõustamisteenuseid nii finants-, ravi-, majutus- kui ka juriidilistes küsimustes.

¹⁴⁹ WHO. (2007). Mental health policy and practice across Europe.

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/96451/E89814.pdf

¹⁵⁰ Nicaise, P., Dubois, V., & Lorant, V. (2014). Mental Health Care Delivery System Reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115(2-3), 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.007>

¹⁵¹ The Bulletin. (2019). Mental health care in Belgium: useful links for support. <https://www.thebulletin.be/mental-health-care-belgium-useful-links-support>

¹⁵² Te Gek!?. (s.a.). Dringend hulp nodig?. <https://www.tegek.be/psychische-problemen/hulp-nodig/waar-kan-je-terecht/dringend-hulp-nodig->

¹⁵³ Belgian Health Care Knowledge Centre. (2019). *Organisation of Mental Health Care in Belgium* 33.

https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_318_Mental_Health_care_Report.pdf

¹⁵⁴ Community Help Service. (2022). MHSC – Frequently Asked Questions. Where is the Mental Health Services Centre? <https://www.chsbelgium.org/en/mental-health-services-centre/mental-health-services-centre-faqs>

¹⁵⁵ Alevanti, E. (2020). *Mental Healthcare Reform in Belgium: a qualitative study of mobile teams* [Doktoritöö, Faculty of Health, Education and Life Sciences, Birmingham City University]. BCU Open Access Repository.

Samuti on psühholoogilise abi osutamiseks loodud nt kompulsivse hasartmängurluse¹⁵⁶, alkoholisõltuvuse¹⁵⁷ ja depressiooniteemalised¹⁵⁸ veebilehed, kus pakutakse lisaks üldisele teaduspõhisele infole ja mõõdikutele ka (nt psühho-dünaamilist, KKT-, motiveeriva intervjuu ja/või *Acceptance and Commitment Therapy* põhist) nõustamist ja eneseabiprogramme. Veebilehed on loonud erinevad vaimse tervise võrgustikku kuuluvad osapooled (nt MTÜd, ülikoolid, liidud) ning lehtede loomist on rahastanud vastavalt Flandria ja/või Valloonia valitsus(ed). **Samuti on loodud veebilehti, mida rahastab ka kindla regiooni valitsus ning partnerid erasektorist, mille vahendusel pakutakse akrediteeritud kliiniliste psühholoogide veebikonsultatsioone¹⁵⁹ ja veebilehti, mille vahendusel on võimalik osaleda nt stressi-, läbipõlemis-, ärevus- või depressiooniteemalistes (tasulistest) eneseabiprogrammides¹⁶⁰.**

Lisaks viivad vaimse tervise võrgustikku kuuluvad MTÜd läbi erinevaid madala intensiivsusega psühholoogilisi sekkumisi. Üheks selliseks ühinguks on 2019. aastal asutatud *Te Gek!?* (eesti k Liiga hull!?), mis korraldab peamiselt Flandrias erinevaid madala intensiivsusega sekkumisi, nt tugigruppe^{161,162} vaimse tervise probleemidega isikutele ja/või nende lähedastele. Ühingu loodud Taastumisplatvorm (flaami/hollandi k *Herstelplatform*) korraldab umbes iga kahe kuu tagant Gentis kokkusaamisi neile, kes on taastunud või taastumas mõnest vaimse tervise häirest, kuid ka neile, kelle lähedane on taastumas või taastunud mõnest psühholoogilisest häirest. Tugigruppi on oodatud ka eri teenusepakkujad, kes tegelevad rehabilitatsiooniteenuste pakkumisega. Platvormist on omakorda väljaarenenud eraldi töögrupid, nt *Kwartiermaken*, mis korraldab nii grupikohtumisi ja -tegevusi neile, kes tunnevad end oma vaimse tervise probleemide või häirete tõttu abituna, üksildaselt või ühiskonnast kõrvalejätuna. Töögrupis on olulisel kohal vabatahtlikud, kes aitavad eri tegevusi ja kohtumisi koordineerida. Ühistegevuse näiteks on naabruskonna jõulukaunistuste ülesriputamine või mõne naabruskonnas toimuva ürituse ettevlamistamine ja/või organiseerimine¹⁶³. Eesmärgiks on ühest küljest vähendada stigmat vaimsete häirete suhtes, kuid ka aidata vaimse tervise probleemide või häiretega isikutel (re)integreeruda ühiskonda ja luua uusi tutvusi.

Taastumisplatvormist on eraldi välja kasvanud ka Flandrias ja Brüsseli regioonis tegutsev töögrupp Taastumisakadeemia (flaami/hollandi k *HerstelAcademie*), mis pakub nii vaimse tervise probleemidega isikutele ja nende lähedastele kui ka (tulevastele) teenusepakkujatele erinevaid psühholoogilise taastusravi veebikoolitusi^{164,165}. Töögrupp teeb ka koostööd 13 munitsipalteediga suurendamaks teenuse kättesaadavust riigis. Kursused keskenduvad peamiselt küll rehabilitatsioonile, kuid ka ühiskonda (re)integreerumisele. Koostöös Soomega on loodud ka töögrupp Avatud Dialoog (ing k *Open Dialogue*), kes korraldab tugigruppe inimestele, kes taastuvad psühhoosist, ning nende

¹⁵⁶ Gok Hulp. (2016). Gokken, kansspelen, gokproblemen, gokverslaving, minderen of stoppen met gokken | online zelfhulp. <https://gokhulp.be/>

¹⁵⁷ Aide Alcool. (2012). Infos Alcool - Problèmes liés à l'alcool et alcoolisme | Réduire sa consommation ou arrêter de boire | Accompagnement en ligne. <https://aide-alcool.be/>

¹⁵⁸ Depressiehulp. (2016). Depressiehulp | info - gratis online zelfhulp en begeleiding. <https://depressiehulp.be/>

¹⁵⁹ MyPsy. (s.a.). Consultation psy end ligne. <https://mypsy.online/>

¹⁶⁰ Mijn Kwartier. (2022). Zelfhulpprogramma bij Stress, Angst, Depressie, Burn-out - Mijn Kwartier. <https://www.mijnkwartier.be/>

¹⁶¹ Te Gek!?. (s.a.). Herstelplatform. <https://www.tegek.be/herstelplatform>

¹⁶² Te Gek!?. (s.a.). Kwartiermaken. <https://www.tegek.be/herstel/kwartier-maken>

¹⁶³ Te Gek!?. (2021). Te Gek!? Maakt van het hoofd een zaak: kwartiermaken. <https://youtu.be/kjx5iugLk4>

¹⁶⁴ Te Gek!?. (s.a.). HerstelAcademie. <https://www.tegek.be/herstel/herstelacademie>

¹⁶⁵ HerstelAcademie. (s.a.). About us. <https://www.herstelacademie.be/workgroup/>

lähedastele¹⁶⁶. Kohtumiste eesmärgiks on toetada inimeste rehabilitatsiooniprotsessi läbi turvalise keskkonna, kus inimesed saavad vahetada oma kogemusi, mis võivad omakorda olla abiks teistele, kuid võib aidata jõuda ka inimesel endal mingite arusaamade ja/või lahendusteni. Kohtumiste läbiviijad läbivad vastava koolituse ning teenuseosutajatele korraldatakse ka täiendkoolitusi¹⁶⁷. Tugigrupi kooridneerimise väljaõpe ning täiendkoolitused põhinevad tõenduspõhistel materjalidel ning töögrupp teeb koostööd lisaks Soomele ka Taani, Ühendkuningriikide, Saksamaa ja Rootsi spetsialistidega. Tugigrupi sekkumine on mõeldud kasutamiseks paralleelselt psühhiaatrilise raviga, ehk toetava teenusena¹⁶⁸. Tugigrupiga soovitatakse liituda esimesel võimalusel, et patsiendid ega nende lähedased psühhoosi tõttu ühiskonnast võõrduma ei hakkaks. Avatud Dialoogi sekkumise kohta saab täpsemalt lugeda Soome peatükist.

Samuti tegelevad madala intensiivsusega sekkumiste pakkumisega eri vanuses teenusesaajatele ka erinevad (üli)õpilasiidud, ülikoolid (konkreetsemalt nõustajad, psühholoogid, kuid ka üliõpilaste algatatud tugigrupid¹⁶⁹), huviringid, kirikugrupid jms, kes intervjueritud eksperdi sõnul samuti riiklikku vaimse tervise võrgustikku kuuluvad. Lisaks teavitustööle tegelevad võrgustiku liikmed ka nt tugigruppide organiseerimise ja (kogemus)nõustamisteenuste pakkumisega. Samuti kuuluvad võrgustikku ka organisatsioonipsühholoogid, kelle pärusmaaks on (psühholoogiliselt) soodsa töökeskkonna loomine kollektiivis. Kuna igas regioonis ja iga regiooni munitsipaliteetides esineb eripärasid, kuidas abivajajad vaimse tervise võrgustikku (st, teenusetele) satuvad, siis ei ole ühte kindlat viisi, kuidas abivajaja töö- või haridussektoris vajaliku abini jõuab. Samuti sõltub vajaliku teenuseni jõudmine ka asutusest (töökohast või haridusasutusest), ehk kas asutuses töötab nt psühholoog, nõustaja või mõni teine teenuseosutaja ja kas abivajajal on ligipääs vajalikule teenusele.

Riigis tegutseb ka Tõenduspõhiste sekkumiste võrgustik (*Evidence-Based Practice*, edaspidi EBP), mis koordineerib ravijuhendite loomist terves riigis ning mis loob ka tõenduspõhise infoga materjale tervishoiutöötajatele ja teistele tervisespetsialistidele¹⁷⁰. Info tõenduspõhisust kontrollib riigi tõenduspõhise meditsiini keskus (*Belgian Centre for Evidence-Based Medicine*, edaspidi CEBAM), kellepoolne akrediteering on Belgias märk, et tegemist on tõenduspõhise infoga¹⁷¹. Materjalide efektiivseks levitamiseks ja kättesaadavuse suurendamiseks lõi EBP vastava kakskeelse andmebaasi, kust leiavad tervishoiutöötajad ja teised spetsialistid lisaks ravijuhenditele ka ravisoovitusi, ülevaateartikleid, küsimustikke, brošüüre ja infolehti¹⁷². Portaali kasutamine on tervishoiutöötajatele ja teistele sektoris töötavatele ekspertidele tasuta ning portaali haldab Belgia föderaalvalitsus. Lisaks lõi ka CEBAM kakskeelse veebilehe tõenduspõhise terviseinfoga, mis on kättesaadav patsientidele ja neile, kes ei tööta tervishoius¹⁷³. Veebilehe eesmärgiks on teha tervist puudutav info inimestele kättesaadava(ma)ks ja esitada see info inimestele arusaadavas keeles. Näiteks on lehel lisaks

¹⁶⁶ Te Gek!?. (s.a.). Open Dialogue. <https://www.tegek.be/herstel/herstelplatform/open-dialogue>

¹⁶⁷ Open Dialogue. (s.a.). Verder met Open Dialogue. <http://www.verbindendsprekenmetpsychose.com/verder-met-open-dialogue.html>

¹⁶⁸ Open Dialogue. (s.a.). Open Dialogue – achtergrond. <http://www.verbindendsprekenmetpsychose.com/open-dialogue-achtergrond.html>

¹⁶⁹ KU Leuven. (2022). Mental Health. <https://www.kuleuven.be/english/stuvo/health/mental-health>

¹⁷⁰ KCE. (s.a.) Annual Report 2021. https://annualreport.kce.be/2021/PDF/EN/annual_report_2021.pdf

¹⁷¹ CEBAM. (2022). Validatie. <https://www.cebam.be/validatie>

¹⁷² EBPracticenet. (2022). Over ons. <https://ebpnet.be/nl/over-ons>

¹⁷³ Gezondheid en wetenschap. (2022). Over het project. <https://www.gezondheidenwetenschap.be/over-het-project>

lihtsustatud esmaabijuhistele¹⁷⁴ (mis on loodud koostöös Belgia Punase Ristiga) ja patsiendijuhenditele¹⁷⁵ ka eraldi sektsioon „Tervise käsitlemine meedias“ (flaami/hollandi keeles *Gezond in de media*), kus analüüsitakse eri meediaväljaannetes kajastatud tervise teemalisi artikleid. Lehel tuakse lisaks artikli lühikokkuvõttele välja ka teaduspõhine info antud teemal (nt toitumine) ning analüüsitakse kas või mil määral artiklis kajastatu on koosõlas teaduslike uuringute tulemustega¹⁷⁶. CEBAMi tööd rahastab suuresti Flaami valitsus, Belgia Punane Rist ning Antwerpeni Ülikool, kuid veebileht on suunatud kõikidele riigi elanikele.

Samuti tegutseb riigis 2003. aastal asutatud Tervishoiuteadmiste keskus (*Belgian Health Care Knowledge Centre*, edaspidi KCE), mille tööd on KCE ise võrrelnud Ühendkuningriikides tegutseva NICE, Prantsusmaal tegutseva *Haute Autorité de Santé* ja Hollandis tegutseva *Zorginstituut Nederlandiga*¹⁷⁷. Keskus viib läbi uuringuid, mille tulemuste põhjal jagab tõenduspõhiseid nõuandeid a) tervishoiu korralduse ja rahastamise, b) meditsiinitehnoloogiate kasutamise, c) ravijuhendite loomise, d) kliiniliste uuringute ning e) tervishoiutöötajate, -spetsialistide ja teadlaste meetodite-sekkumiste osas¹⁷⁸ nt riigi föderaal- kui regioonide valitsus(t)ele, ülikoolidele ja terviseasutustele¹⁷⁹. Lisaks osaleb KCE ka rahvusvahelistes projektides. KCE tööd rahastab küll Belgia föderaalvalitsus¹⁸⁰, kuid keskus tegutseb iseseisvalt (keskuse kulud ning tulud on toodud välja ka iga-aastastes tegevusaruannetes). KCE koosneb spetsialistidest, kes kuuluvad valdavalt ühte gruppi viiest:

1. kliinilise taustaga spetsialistid (nt õed, füsioterapeudid, hambaarstid, psühholoogid, arstid), kellel on üldjuhul doktorikraad ja/või kes töötavad või on töötanud oma valdkonnas;
2. tervishoiuökonomika (taustaga) spetsialistid, kes viivad läbi majandusanalüüse ja kes hindavad tervishoiusüsteemi ülesehitust ja rahastust;
3. sotsiaalteaduste taustaga spetsialistid (nt sotsioloogid), kes viivad läbi kvalitatiivuuringuid ja/või analüüsivad juriidilisi ning eetilisi küsimusi;
4. andmeanalüütikud, statistikud ja teised spetsialistid, kes analüüsivad nii Belgia kui ka teiste riikide (kvantitatiiv)andmeid ning vastutavad andmekaitse eest;
5. infojagamise ja -vahendamise spetsialistid, kelle tööks on tagada, et koostatud materjalid oleks sihtgrup(pide)le sobilikus ja arusaadavas keeles ning tagada, et materjalid sihtgrup(pide)ni jõuaksid¹⁸¹.

¹⁷⁴ Gezondheid en wetenschap. (2022). Eerste hulp. <https://www.gezondheidenwetenschap.be/eerste-hulp>

¹⁷⁵ Gezondheid en wetenschap. (2022). Richtlijnen. <https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen>

¹⁷⁶ Gezondheid en wetenschap. (2022). Gezondheid in de media.

<https://www.gezondheidenwetenschap.be/gezondheid-in-de-media>

¹⁷⁷ Belgian Health Care Knowledge Centre. (2021). Why a Belgian Healthcare Knowledge Centre?

<https://kce.fgov.be/en/about-us/wat-is-het-kce/why-a-belgian-healthcare-knowledge-centre>

¹⁷⁸ Belgian Health Care Knowledge Centre. (2020). Our activity domains. <https://kce.fgov.be/en/about-us/wat-is-het-kce/our-activity-domains>

¹⁷⁹ Belgian Health Care Knowledge Centre. (2020). Missions and values. <https://kce.fgov.be/en/about-us/missions-and-values>

¹⁸⁰ Belgian Health Care Knowledge Centre. (2020). Funding. <https://kce.fgov.be/en/about-us/wat-is-het-kce/funding>

¹⁸¹ Belgian Health Care Knowledge Centre. (2020). Our team. <https://kce.fgov.be/en/about-us/wat-is-het-kce/our-team>

Alates 2020. aasta juunist tegeleb KCE aktiivselt lisaks pilootprojektide läbiviimisega ka kasutusel olevate projektide ja riigi tervishoiusüsteemi eri sektorite töö tulemuslikkuse hindamisega¹⁸². Ülevaate KCE projektidest leiab KCE veebilehelt, kuid ka KCE iga-aastastest aruannetest ning interaktiivsetelt KCE Trials veebilehelt¹⁸³, mida uuendatakse igal nädalal. Samuti on kõik keskuse aruanded ingliskeelsed ning veebilehel kõigile kättesaadavad.

Kuna riigis toimiv vaimse tervise võrgustik on kompleksne, erineb regiooniti ja sõltub suuresti kindla regiooni valitsusest ja regioonis tegutsevatest asutustest, MTÜdest ja muudest osapooltest, siis **sõltuvad teenusepakujate väljaõpe ja eeldused nii regioonist kui ka sekkumisest endast: föderaalvalitsus paneb kokku üldised eesmärgid, mille poole regioonid püüdlema peaks, kuid eesmärkideni jõudmine on iga regiooni, kohati ka iga asutuse, MTÜ ja osapoolte, enda teha ja määratleda**. Spetsialistide (ja raviastutuste) akrediteerimisega tegelevad aga nii föderaal-, regionaalvalitsus(ed) kui ka erialaliidud.

Reformi rakendamisel oli väljakutseks inimeste – nii professionaalide kui patsientide – skeptitsism. Seda kinnitas ka intervjueritud ekspert, kes tõi oma intervjuus välja, et see on olnud reformi üks peamisi väljakutseid. Tema sõnul **on aga eelkõige keskendunud (piloot)projektide käivitamisel neile, kes on alati muutusi vastu võtma ja alustada muutuste ellu viimist neist osapooltest ja teenusepakujatest**¹⁸⁴. Seeläbi on viidud projektid samm-sammu haaval ka teiste teenusepakujate, asutuste ja teiste osapoolteni. Nt alustati Belgia eksperdi sõnul ennetuse ja madala intensiivsusega sekkumiste teemalisi (jätku)koolitusi, soodustamiseks ning aitamaks kaasa ekspertide- ja teenusepakujatevahelisele koostööle. Alguses kaasati projekti alimad teenusepakujad ning vaikselt on jõutud ka nendeni, kes projekti algusaegadel nii alati ei olnud.

Reformi kehtestamise algusest saati on Belgia teinud tihedalt koostööd teiste Euroopa riikidega (esmalta Norra, Sloveenia, Rumeenia, Kreeka, Malta, Inglismaa, Iirimaa, Prantsusmaa, Šveitsi ja Hollandiga, seejärel ka Itaalia ja Walesiga) ning korraldatud rahvusvahelisi koolitusi ja seminare, et tuua kokku eri riikide spetsialistid ja eksperdid. Belgia föderaalvalitsus teeb endiselt koostööd teiste Euroopa riikidega, **kuid viimastel aastatel on tegeletud ka teiste riikide ekspertide** (sh nt uuringu raames intervjueritud Ots-Vaik sõnul ka Eesti) **koolitamise ja Belgia õppetundide jagamisega**. Samuti kuulub Belgia Ühendkuningriikides tegutseva NAPICU (ingl k *National Association of Psychiatric Intensive Care Units*; Rahvusvaheline Psühhiaatriliste Intensiivravi Üksuste Ühing) rahvusvaheliste liikmete hulka¹⁸⁵. Multidistsiplinaarse MTÜ eesmärgiks on (p)arendada psühhiaatriliste teenuste kvaliteeti ja kättesaadavust, kuid ka töötajate toetamine ja koolitamine – korraldatakse nii koolitusi, konsultatsioone, koosolekuid kui ka konverentse nii kohalikele kui ka rahvusvahelistele liikmetele^{186,187}. **Lisaks tegelevad multidistsiplinaarsuse toetamisega nii eri**

¹⁸² Integreo. (s.a.). Evaluatie. <https://www.integreo.be/nl/pilootprojecten/evaluatie>

¹⁸³ KVE. (2023). KCE Trials Dynamic Dashboard. <https://trials.kce.be/dashboard/>

¹⁸⁴ Van der Jeugt, P. (2015). Connecting mobile mental health teams expertise in Europe. April 2012 – April 2015. Mobile mental health teams in Belgium – formation programme based on expertise in other countries. <http://www.mobileteamsconnecting.eu/reports/Connecting%20mobile%20teams%20in%20Europe%20-%20English.pdf>

¹⁸⁵ NAPICU. (2022). Belgian Affiliate. <https://napicu.org.uk/international/belgium/>

¹⁸⁶ NAPICU. (2022). About us. <https://napicu.org.uk/about-us/>

¹⁸⁷ NAPICU. (2014). Memorandum of understanding in relation to any planned 'International Affiliate of NAPICU'; with specific reference to the Belgian 'International Affiliate of NAPICU'. <https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2014/08/NAPICU-MOU-Affiliates-Belgium.pdf>

sektorites, kui ka riiklikul ja rahvusvahelisel tasandil ka spetsialistide liidud, nt Belgia Psühholoogide Föderatsioon¹⁸⁸. Föderatsioon koondab kokku riigi akrediteeritud psühholoogid ja loob soodsa pinnase, et organisatsiooni-, kliinilised, koolipsühholoogid ning teadlased teeksid nii omavahel kui ka teiste erialadega tihedalt koostööd¹⁸⁹.

Küll aga puudub praegu riigis ühtne platvorm, mis võimaldaks nii era- kui avalikus sektoris töötavatel teenusepakkujatel efektiivselt teenusesaajate infot vahetada. Infovahetamisel on oluline ka aspekt, et **Belgia seadustiku kohaselt ei tohi teenusepakkujad vahendada teenusesaaja infot teisele teenusepakkujale ilma teenusesaaja loata**¹⁹⁰. **Eesti vaatepunktist võiks mudeli kitsaskohaks olla ka ühtse infovahetussüsteemi ja -portaali puudumine, mis võiks lihtsustada akrediteeritud teenusepakkujatevahelist infovahetust.** Probleem on eriti ilmne, kui inimene kolib ühest regioonist teise, kuna kõik regioonid juhivad oma võrgustikke küll samade ettekirjutiste alusel, mis on kokku pannud föderaalvalitsuse meeskond, kuid regioonidel on vabad käed ette antud eesmärkide saavutamiseks.

Reformiga on proovitud parandada ka ligipääsetavust vaimse tervise teenustele: üha enam on hakatud panema rõhku just varajasele ennetusele ja madala intensiivsusega sekkumistele (mida ei pea tingimata viima läbi nt psühhiaatrid ja/või kliinilised psühholoogid), et vähendada nõudlust esmatasandi teenustele ja seeläbi lühendada ka ooteaegasid. 2016. aastal oli riigis 1000 elaniku kohta 0,17 psühhiaatrit, mis oli madalam kui Euroopa keskmine (0,19 psühhiaatrit 1000 elaniku kohta)¹⁹¹. 2017. aasta Flandria andmete põhjal pidid hinnanguliselt 44% abivajajatest ootama esmavisiti vähemalt ühe kuu. **Kuna puuduvad hiljutisemad andmed, siis on keeruline hinnata, kui efektiivne reform olnud on, küll aga näitavad need numbrid, et süsteemi tuli kiiremas korras muuta, et abi jõuaks abivajajateni kiiremini ja varem. Intervjuueritud eksperdi hinnangul on aga tänu loodud võrgustikule esiteks mitmekesistunud abi, mida inimestel on võimalik saada (on loodud mitmeid kogukondlikke sekkumisi, nt huvi- ja tugigruppe) tänu millele on paranenud ka õigeaegne (madala intensiivsusega) abi saamine.** Samuti on ligipääsetavust tervishoiuteenustele üldiselt aidanud suurendada ka nt telefonikonsultatsioonid, tänu millele oli inimestel jõuda vajalike teenusteni ka Covid-19 pandeemia ajal¹⁹².

Riigi elanike vaimse tervise hindamiseks on ka nt vaadatud näitajaid, mis võiks näidata võrgustiku efektiivsust kaudselt: sellisteks näitajateks on nt **riigi keskmine suitsiidimäär, hospitaliseerimiste kestused ning voodikohtade arvu psühhiaatriaosakonnas.** Neid näitajaid on analüüsitud seetõttu, et need kajastavad kaudselt nii riigi üldist vaimse tervise abi kui ka riigi elanike vaimse tervise olukorda. Eri uuringud on näidanud, et riigi suitsiidimäär on aastate jooksul langenud, kuid täpsed protsendid erinevad uuringute kaupa: ühes uuringus leiti, et võrreldes 2010. aastaga (kui allkirjastati

¹⁸⁸ BFP-FBP. (s.a.). About BFP. <https://en.bfp-fbp.be/over-bfp>

¹⁸⁹ BFP-FBP. (s.a.). Sectors. <https://en.bfp-fbp.be/over-bfp>

¹⁹⁰ Alevanti, E. (2020). *Mental Healthcare Reform in Belgium: a qualitative study of mobile teams* [Doktoritöö, Faculty of Health, Education and Life Sciences, Birmingham City University]. BCU Open Access Repository.

¹⁹¹ Healthy Belgium. (2022). Mental Health Care. Number of practising psychiatrists (per 1,000 population) (MH-2). <https://www.healthybelgium.be/en/health-system-performance-assessment/specific-domains/mental-health#MH-2>

¹⁹² OECD. (2021). State of Health in the EU. Belgium. Country Health Profile 2021. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/57e3abb5-en.pdf?expires=1670337374&id=id&accname=guest&checksum=C21EF4A1C6CA33DFF265026CAA95C367>

reform), langes 2015. aastal riigi suitsiidimäär 21,3-lt 16,6-le¹⁹³; teises uuringus leiti aga, et võrreldes 2010. aastaga langes määr 20,5-lt 18,6-le¹⁹⁴. Näitajate erinevus tuleneb tõenäoliselt sellest, et riigi suitsiidimäär moodustub mitmetest keerukatest (ning muutlikest) psühholoogilistest, sotsiaalsetest ja demograafilistest näitajatest: nt inimeste omavahelistest suhetest (sh lahkumineku, leinaperioodid), sõltuvusainete (alkohol, narkootikumid) (liig)tarvitamine, töö kaotamine ja vaimse tervise mured. Seega selle määra (täpne) mõõtmine keeruline, millest tulenevalt võivad eri mõõtmised anda eri tulemusi. Küll aga näitavad mõlemad uuringud, et näitaja on aastate jooksul langenud ning jätkab langemist: 2019. aastal oli näitaja 18,3. Küll aga puuduvad andmed viimase kahe aasta koht, mil näitajat mõjutas tõenäoliselt oluliselt ka siiani (2022. aastani) kestav koroonaviiruse pandeemia.

4.3. Soome

Soome on Eestile kultuuriliselt suhteliselt sarnane riik, mida võetakse uute tegevuste planeerimisel tihti eeskujuks. Soome tervishoiusüsteemi peetakse üheks kõige detsentraliseeritumaks terves Euroopas ning viimastel aastatel on võetud eesmärgiks administratiivse ja majandusliku killustatuse vähendamine ning esmatasandi rolli tugevdamine eri teenuste koordineerimisel. Samas on sotsiaal- ja tervishoiuteenused paljude Euroopa riikidega võrreldes paremini integreeritud, kuna mõlemate eest on vastutanud kohalik omavalitsus (vald, soome *k kunta*)¹⁹⁵. **Psühhiaatiline abi Soomes on läbi teinud suure ja suhteliselt kiire muutumise statsionaarse ravi keskselt lähenemiselt kogukondlikule lähenemisele.** Veel 1970ndatel aastatel oli Soome 4,2 psühhiaatria voodikohaga 1000 inimese kohta Euroopas teisel kohal, kuid 1980ndatel aastatel toimus suurem üleminek ambulatoorsetele teenustele ning 1990ndatel jätkus see protsess koos kohalike omavalitsuste rolli kasvuga¹⁹⁶. Kohalike omavalitsusi, kes kuni viimase ajani esmatasandi tervishoiuteenuste ja sotsiaalteenuste eest vastutasid, on kokku umbes 300, kuid kuna mõned olid nende ülesannete täitmiseks ka liitunud, siis tegelike üksuste arv oli umbes 170¹⁹⁷. Kuna elanike arv valdades varieerub väga suures vahemikus (ca 690 – 650 000 inimest), siis on vastavalt eripalgeliseks kujunenud ka teenuste tagamise viis ja sisu. Eriarstiabi, sealhulgas psühhiaatiline abi, oli korraldatud 21 haiglapiiirkonnas¹⁹⁸. Soomele on iseloomulik ka erasektori suurem tähtsus tervishoiusüsteemis, sest ajalooliselt on tervisekindlustus katnud ka erasektorist saadud arstiabi. Praeguseks katab kindlustus

¹⁹³ For a healthy Belgium. (2022). Mental Health Care. <https://www.healthybelgium.be/en/health-system-performance-assessment/specific-domains/mental-health>

¹⁹⁴ Macrotrends. (2022). Belgium Suicide Rate 2000-2022. <https://www.macrotrends.net/countries/BEL/belgium/suicide-rate>

¹⁹⁵ Keskimäki, I., Sinervo, T., & Koivisto, J. (2018). Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. *Public Health Panorama*, 04(04), 679–687. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324871/php-4-4-679-687-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹⁹⁶ Korkeila, J. (2021). Organization of Community Psychiatric Services in Finland. *Consortium Psychiatricum*, 2(1), 55–64. <https://doi.org/10.17816/cp64>

¹⁹⁷ Keskimäki, I., Sinervo, T., & Koivisto, J. (2018). Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. *Public Health Panorama*, 04(04), 679–687.

¹⁹⁸ Korkeila, J. (2021). Organization of Community Psychiatric Services in Finland. *Consortium Psychiatricum*, 2(1), 55–64. <https://doi.org/10.17816/cp64>

vaid väikse osa erasektori teenuste kuludest ning see on halvendanud teenuste kättesaadavust¹⁹⁹. Erasektor osutab praegu üle veerandi kõigest sotsiaal- ja tervishoiuteenustest ning neid teenuseid subsidieerib riik osaliselt²⁰⁰. Lisaks on Soomele iseloomulik, et märkimisväärselt suurt rolli mängivad töötervishoiu töötajad, kes vahendavad suurt osa ambulatoorsetest teenustest²⁰¹ ning et enamikul inimestest pole üht nimelist perearsti, vaid pigem vaid kindel tervisekeskus, mille patsiendid nad on^{202,203}. Nii on kaudselt läbi töötervihoiu integreeritud terviseteeuste, sh MIPSide juurde jõudmine ka töövaldkonnaga.

Intervjuust Soome eksperdi Saarniga selgus, et mitmed indikaatorid on viimastel aastatel (juba enne Covid-19 pandeemia algust) näidanud Soomes vaimse tervise probleemidest tingitud kahju kasvu, nt on suurenenud vaimse tervise probleemide tõttu saadavate töövõimetustoetuste hulk ja töölt puudunud päevade osakaal, sealjuures on silmatorkav ärevushäiretest tingitud haiguspäevade kasv noorte täiskasvanute seas. Seetõttu plaaniti elanikkonna vaimse tervise parandamiseks alustada riiklikke muutusi, keskendudes kolmele tegevusele:

- 1) pikaajaline strateegiline planeerimine vaimse tervise edendamiseks kõikide otsuste juures,
- 2) struktuurireform tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimiseks terviklikumaks ja kliendikeskemaks ning
- 3) teenuste arendamine, keskendudes varajasele kättesaadavusele ja digitaalsele toele.

Selle plaani realiseerimine on läinud mõningate raskustega, kuna nt vaimse tervise edendamine riiklikul tasandil on keerukas, kui olulised vaimse tervise mõjurid on üleilmsed ning struktuurireform raskendab samaaegset uute teenuste väljatöötamist. Lisaks vajavad Saarni sõnul digitaalsed teenused pikaajase infrastruktuuri planeerimist ning varane teenusele jõudmine vajab muutust kultuuris, sh muutust suhtumises vaimsesse tervisesse ja hoiakutes uute abimeetodite osas.

Kui siiani oli esmatasandi tervishoiu ja sotsiaalteenuste eest vastutav üksus kohalik omavalitsus, siis värske reformi (ingl k „*Establishment of wellbeing services counties and reform of the organisation of health, social and rescue services*“) tulemusena on alates 2023. aastast kõigi sotsiaal-, tervise- ja päästeteenuste eest vastutavad uued „heaolupiirkonnad“ (soome k *hyvinvointialue*). Sealjuures jäävad kõik muud valla tasandil olnud ülesanded endiselt valla tasandile ning varasemad haiglapiiirkonnad kaotatakse. **Lisaks liiguvad heaolupiirkondade vastutusalaale nt sotsiaaltöötajate ja psühholoogide tagamine koolides ning osaliselt ka piirkonna tervisedendus ja rahvatervise monitoring.** Reformi eesmärkideks on piirkondlikku ebavõrdsuse vähendamine tervisenäitajates ja heaolus läbi teenuste kättesaadavuse parandamise ning kvalifitseeritud personali olemasolu tagamise, samuti kulude vähendamine ning demograafiliste muutustega kohanemine. Uusi loodud heaolupiirkondi on 22, millele lisandub üks erandlik piirkond

¹⁹⁹ Keskimäki, I., Sinervo, T., & Koivisto, J. (2018). Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. *Public Health Panorama*, 04(04), 679–687.

²⁰⁰ EU-healthcare.fi. Healthcare system in Finland. <https://www.eu-healthcare.fi/healthcare-in-finland/healthcare-system-in-finland/>

²⁰¹ Keskimäki, I., Sinervo, T., & Koivisto, J. (2018). Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. *Public Health Panorama*, 04(04), 679–687.

²⁰² Yle Uutiset. Keskiuomalainen: Family doctor system dying out. 13.02.2016 <https://yle.fi/a/3-8671589>

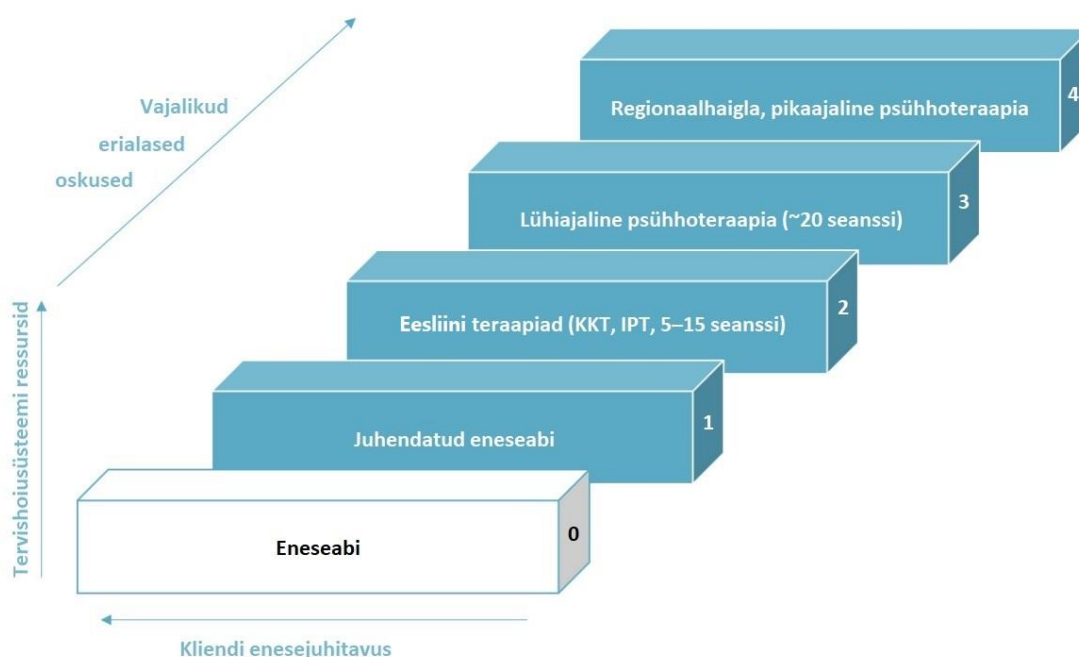
²⁰³ Lautamatti E, Sumanen M, Raivio R, Mattila KJ. Continuity of care is associated with satisfaction with local health care services. *BMC Family Practice*. 2020 4;21(1):1–11.

<https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01251-5>

Helsingi ja Uusimaa haiglapiirkonna näol. Iga healupiirkonna kõrgeim otsustusorgan on healupiirkonna nõukogu, kes valitakse vastaval rahvahääletusel. Samuti eeldatakse elanike kaasamist healupiirkonna otsuste tegemisel, näiteks aruteluseminaride korraldamisega, teenusekasutajate esindajate määramisega vastavatesse otsustuskogudesse jne. **Healupiirkondade rahastus tuleb otse valitsuselt.**²⁰⁴ Soome omavalituste liit (soome k *Kuntaliitto*) rõhutab, et kohalikud omavalitsused ja healupiirkonnad jagavad samu eesmärke ja töötavad samade inimeste heaks, mistõttu on oluline, et nende vahel on tihe ja edukas koostöö.²⁰⁵

Terapiat etulinjaan

Eesliini teraapiate algatus (soome k *Terapiat etulinjaan*, ingl k *First-line therapies initiative*) on **Soome riiklik algatus alates aastast 2020, mille eesmärk on aidata piirkondadel välja töötada nende oludele kohandatud jätkusuutlikud astmelise abi süsteemid ning tagada teenuste osutamiseks vajalik tugi.** Soome astmelise abi mudel on jagatud viieks astmeks: neli spetsialiste kaasavat astet ning 0-astmena eneseabi (vaata joonis 8).



Joonis 8. Soome astmelise abi mudel, *First-line therapies initiative*.

Algallikas: Saarni, S., Nurminen, S., Mikkonen, K., Service, H., Karolaakso, T., Stenberg, J.-H., Ekelund, J., & Saarni, S. E. (2022). *The Finnish therapy navigator - digital support system for introducing stepped care in Finland*. *Psychiatria Fennica*, 53, 120–137

²⁰⁴ Finnish Government. (2022). Sote-uudistus. Health and social services reform. Reform of the organisation of health, social and rescue services.

²⁰⁵ Kuntaliitto. Association of Finnish Municipalities. (2022). Finland's health and social services reform. [https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Finland%27s health and social services reform.pdf](https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Finland%27s%20health%20and%20social%20services%20reform.pdf)

Astmelise abi süsteemi juures väljatoodud teenused täiskasvanutele:

0. aste: kõigile avatud eneseabiprogrammid <https://www.mielenterveystalo.fi/> ;
1. aste: juhendatud eneseabi (1–3 sessiooni), lühike kriisisekkumine (1–3 sessiooni), nõustamine (*interpersonal counselling*), *online*-teraapiad, grupiteraapiad, lühikesed pere- ja paarisekkumised;
2. aste: kognitiivne lühiteraapia (eesliini teraapia), interpersonaalne psühhoteraapia (IPT), omaksvõtmise ja pühendumise teraapia (ingl k *Acceptance and Commitment Therapy*, ACT);
3. aste: lühikesed psühhoteraapiad, isiksusehäirete ravi (nt dialektiline käitumisteraapia, DKT), kroonilise või korduva depressiooni ravi (kognitiiv-käitumusliku analüüsi süsteem, CBASP), suunatud (*targeted*) psühholoogilised sekkumised;
4. aste: spetsialiseerunud psühhiaatriline abi, rehabilitatsiooni psühhoteraapia.²⁰⁶

Kõige olulisemad tooted ja teenused, mida Eesliini teraapiate algatus selles süsteemis pakub, on:

- vaimse tervise **portaal Mielenterveystalo.fi** (<https://www.mielenterveystalo.fi/>);
- **spetsialisti toetavad algoritmid** (teraapiavaliku abivahend täiskasvanutele ja sekkumise valiku abivahend lastele ja noorukitele – vaata lähemalt lk 60);
- sekkumiste **koolitused teenusepakujatele** (juhendatud eneseabi, eesliini teraapiad);
- tugi nende teenuste **arendamise ja piloteerimise** juures²⁰⁷.

Vaimse tervise portaali Mielenterveystalo.fi üks alajaotus on **eneseabiprogrammid** (soome k *omahoito-ohjelmat*). Need on omavahel sarnase ülesehitusega ning nende eest vastutab Eesliini teraapiate juhtrühm. Eneseabiportaali täiendatakse järjepidevalt ning sealt leiab programme nii erinevate häirete või elusündmustega toimetulekuks (nt depressioon, heaolu raseduse ja imiku hooldamise ajal) kui ka üldisi heaolu edendamise teemasid (nt lõdvestumine ja hingamine). On ka spetsiaalseid sekkumisi noortele. Seisuga 14. november 2022 oli portaalil juba 37 erinevat eneseabiprogrammi, mis olid saadaval eelkõige soome keeles, aga vähesel määral ka rootsi, ukraina ja vene keeles ning arendamisel ka inglise keeles.²⁰⁸ **Eneseabiprogramme saab kasutada mitmel viisil:** täiesti iseseisvalt, enne esmast kontakti nõustajaga, ravi ajal (eelkõige juhendatud eneseabina, soome k *ohjattu omahoito*, ingl k *guided self-help*), meeldetuletusena pärast ravi, patsiendi lähedasena või ka spetsialistina²⁰⁹. Eneseabiprogrammid koosnevad kolmest osast: 1) taustainfo (terviseharidus, sõeltest), 2) abimeetmed ja harjutused, 3) juhised õpitu jätkamiseks igapäevaelus ning sõeltesti teistkordne täitmine muutuse hindamiseks²¹⁰.

Mõnevõrra erinev on ingliskeelsena saadaval olev rehabiliteerimisele suunatud anonüümne eneseabiprogramm **ReDirection**, mis on mõeldud inimestele, kes tarbivad laste seksuaalset kuritarvitamist kujutavat materjali. Selle eneseabiprogrammi juurde on lisatud ka spetsiaalse

²⁰⁶ Terapiat etulinjaan. (2022). Mielenterveystalo.fi – tehokasta ja luotettavaa apua nopeasti!

<https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut/kaikille-avoimet-digipalvelut-mielenterveystalo-fi/>

²⁰⁷ Terapiat etulinjaan. (2022). Porrastettu hoitomalli mielenterveyspalveluissa. <https://terapiatetulinjaan.fi/terapiat-etulinjaan-malli/porrastettu-hoitomalli-mielenterveyspalveluissa/>

²⁰⁸ Mielenterveystalo.fi. (2022). Omahoito-ohjelmat. <https://www.mielenterveystalo.fi/omahoito>

²⁰⁹ Terapiat etulinjaan. (2022). Mielenterveystalo.fi – tehokasta ja luotettavaa apua nopeasti! <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut/kaikille-avoimet-digipalvelut-mielenterveystalo-fi/>

²¹⁰ Terapiat etulinjaan. (2022). Mielenterveystalo.fi – tehokasta ja luotettavaa apua nopeasti! <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut/kaikille-avoimet-digipalvelut-mielenterveystalo-fi/>

konfidentsiaalse *online*-vestluse kasutamise võimalus, mille kaudu saab kindlatel tööaegadel vestelda ka spetsialistiga, kes toetab ja motiveerib inimest programmi läbimisel (tegemist ei ole teraapiaga).²¹¹

Portaali teine alajaotus on **online-teraapia** (soome k *nettiterapiat*) ehk **eesliini lühiteraapia**, mida pakutakse hetkel soome keeles **12 erineva seisundi puhul** (depressioon, generaliseerunud ärevushäire, noorte sotsiaalärevus, sotsiaalärevus, aktiivsus- ja tähelepanuhäire, alkoholi kuritarvitamine, obsessiiv-kompulsiivne häire, paanikahäire, buliimia, bipolaarne häire, unetus, pikaajalised ja häirivad füüsilised kaebused). Esimene tõlge on valminud ka rootsi keelele.²¹² *Online*-teraapia ehk eesliini lühiteraapia sisu on **keskmiselt seitse kognitiivse lühiteraapia kontaktseansi**. Ravi peetakse sobivaks mõõdukate ja teatud tingimustel ka raskete psüühikahäirete korral. **Vastav lühiterapeudi koolitus sisaldab levinumate vaimse tervise häirete ravimudeleid ning koolitusel võivad osaleda kõik esmatasandil vaimse tervise teemadega tegelevad spetsialistid, olenemata täpsest haridusest või töökogemuse pikkusest**. Ravi edukas rakendamine eeldab konfidentsiaalset koostöösuhet ning ravieesmärkide ja töömeetodite vastastikust mõistmist. Eesliini lühiteraapiatega saadud tulemused on julgustavad: 98% teraapial käinutest soovitas seda teraapiat sarnases olukorras olevale inimesele, klientide sümptomite skoor langes oluliselt ja **ca 50% seda teraapiat saanud inimestest ei vaja täiendavat ravi**.²¹³ Näiteks paranes *online*-teraapias osalejatest ärevushäiretest 61%-l (≤7 sessiooni, n = 180) ning depressioon 53%-l vastavate kaebustega inimestest (≤7 sessiooni, n = 111)²¹⁴. **Need teraapiad asetatakse Soomes astmelise ravi mudeli teisele astmele**.²¹⁵

Sellele teenusele pääsemiseks on vaja saatekirja, mille võib anda iga arst (nt esmatasandi arst tervisekeskusest, töötervishoiu arst jne). Teraapiaga tegeletakse iganädalaselt ning sekkumise kestvus on ca 3–4 kuud.²¹⁶ **Soome depressiooni ravijuhendis on online-teraapiad eraldi välja toodud**: esmatasandil ravitava kerge või mõõduka depressiooni all kannatava patsiendi võib arst suunata kognitiivsel mudelil põhinevale seitsmenädalasele teraapiale Mielenterveystalo eneseabiportaali. Erinevate lühisekkumiste ja *online*-teraapia puhul hindab ravivajadust ja muutusi tavaliselt esmatasandi arst.²¹⁷ Teenusele pääsemise eelduseks on e-posti aadressi ja internetipanga või mobiilse identifitseerimise võimaluse olemasolu.²¹⁸ **Teraapia toimub turvatud keskkonnas ja vastutus ravi jälgimise eest on patsiendi nõustamisele suunanud arstil**.²¹⁹

²¹¹ Mielenterveystalo.fi. (2022). ReDirection. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/redirection>

²¹² Mielenterveystalo.fi. (2022). Nettiterapiat. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/nettiterapiat>

²¹³ Terapiat etulinjaan. (2022). Ammattilaisten koulutukset. <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut-ja-palvelut/ammattilaisten-koulutukset/>

²¹⁴ Saarni, S. (2022). Miten suomalaiset mielenterveyspalvelut voidaan korjata? Päätäjäsenaari 2.11.2022. https://terapiatetulinjaan.fi/wp-content/uploads/2022/11/Terapiat-etulinjaan-toimintamallin-esittely_Samuli-Saarni_paivitetty-3.11.2022.pdf

²¹⁵ Terapiat etulinjaan. (2022). Ammattilaisten koulutukset. <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut-ja-palvelut/ammattilaisten-koulutukset/>

²¹⁶ Mielenterveystalo.fi. (2022). Tietoa nettiterapiasta. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/tietoa-nettiterapiasta>

²¹⁷ Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. (2022). Depressio. Käypä hoito-suositus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>

²¹⁸ Mielenterveystalo.fi. (2022). Masennuksen nettiterapia. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/nettiterapiat/masennuksen-nettiterapia>

²¹⁹ Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. (2022). Depressio. Käypä hoito-suositus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>

Ärevushäirete ravijuhend aastast 2019²²⁰ ning raskete stressreaktsioonide ja kohanemishäirete ravijuhend jaanuarist 2020²²¹ eelnevad eesliini teraapiate algatusele ja seega vastavaid sekkumisi neis ei kajastata, kuid mõlemas tuuakse muuhulgas välja online-teraapiate efektiivsus ning astmelise lähenemise põhimõtted. Skisofreenia ravijuhend aastast 2022²²² mainib vaimse tervise portaali hindamisvahendite kasutamiseks, kuid ei too ära ühtegi sekkumist ei põhidiagnoosi ega kaasuvate häirete jaoks. Enesetappude ennetamise ja enesetapukatsete järgse ravi juhend²²³ aastast 2022 ei maini vaimse tervise portaali, kuid välja tuuakse abistamine Linity mudeli alusel (vaata lk 59).

Oluline osa astmelise abi mudelist Soomes on kahe eelmise vahele paigutatud **juhendatud eneseabi**. See sekkumine suurendab eneseabiprogrammide efektiivsust, sest programmile lisatakse vastava väljaõppe saanud spetsialisti individuaalne tugi. Samas kasutab juhendatud eneseabi tervishoiusüsteemi ressursse väga efektiivselt: **seda saavad pakkuda erinevad täiendkoolituse läbinud tervishoiu- ja sotsiaaltöötajad**,²²⁴ täiendkoolitus ise võtab intervjueritud Soome eksperdi Saarni sõnul umbes kolm tundi aega. Juhendatud eneseabi sisaldab 1–3-seansi ja iseseisvat tööd ning **sobib eelkõige kergete ja mõõdukate vaimse tervise häirete korral, kuid ka raskemate sümptomite korral on see hea algus ravile, kui muule teenusele veel kohe ei pääse**. Juhendatud eneseabi tulemused on võrreldavad umbes kümnevisiidiste lühikeste psühhoteraapiatega, mis on mõeldud kasutamiseks kergete ja mõõdukate vaimse tervise häirete korral. Teenuse käigus vähenevad sageli kliendi sümptomid oluliselt ning 52% juhendatud eneseabi saanutest ei vaja edasist ravi²²⁵. **Astmelise ravi mudelis paikneb juhendatud eneseabi esimesel astmel.**

Spetsialistide koolitused on samuti osa Mielenterystalo vaimse tervise portaalist. Selleks on loodud spetsialistile suunatud alajaotus (PRO), kuhu saab sisse logida kutsekaardiga, organisatsiooni kasutajatunnusega või internetipanga kaudu. Seal leiab **e-õppe platvormi**, mille kaudu saab läbida koolitusi väga paljude sekkumiste osutamiseks. **Õpe sisaldab alati ka praktikat ja supervisiooni**. Pakutavate koolituste süsteem on üles ehitatud väikeste **moodulite kaupa** ning need katavad kõik Soomes ametlikult pakutavad teraapiameetodid. E-õppe kasutamine ning moodulite süsteem on spetsialistile õppimiseks paindlik ning õppe ülesehitamisel lähtuti reaalsest pedagoogilistest teadmistest erinevate õpetamismeetodite efektiivsuse kohta, mitte lihtsalt mingi meetodi õpetamise ajalooliselt praktikast. Võrreldes kontaktõppega jõuab e-õpe intervjueritud eksperdi hinnangul rohkemate inimesteni, on geograafiliselt võrdse kättesaadavusega, võimaldab kergesti koolitada ka suuremat arvu spetsialiste, on paindlik õppeaja ja -koha osas ning lihtsustab ekspertide kaasamist. **E-õppe moodulitest saab kokku panna erinevaid kohandatud koolitusi**. Näiteks meelemürkide

²²⁰ Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, S. P. ry:n ja S. N. yhdistyksen asettama työryhmä. (2019).

Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito-suositus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>

²²¹ Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. (2020). Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito-suositus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50080>

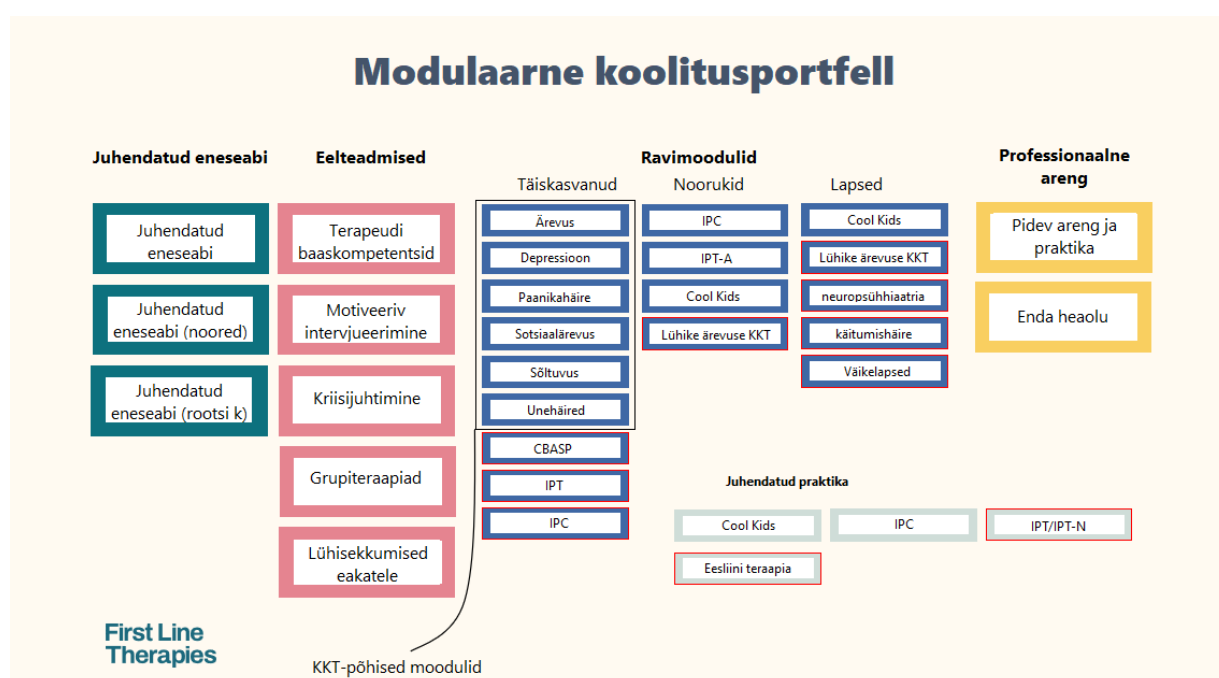
²²² Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. (2022). Skitsofrenia. Käypä hoito-suositus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>

²²³ Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, S. N. yhdistyksen ja S. Y. yhdistyksen asettama työryhmä. (2022). Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito-suositus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50122>

²²⁴ Terapiat etulinjaan. (2022). Ammattilaisten koulutukset. <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut-ja-palvelut/ammattilaisten-koulutukset/>

²²⁵ Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, S. N. yhdistyksen ja S. Y. yhdistyksen asettama työryhmä. (2022). Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito-suositus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50122>

kuritarvitajatega töötava spetsialisti vaimse tervise oskuste pakett koosneb juhendatud eneseabi, terapeutilise töö põhioskuste, motiveeriva intervjuerimise, kriisiga silmitsi seismise, sõltuvusravi ja rühmatöö moodulitest. Koolituste sisu arendatakse pidevalt edasi ning sisu arendamises on võimalik kohalikel ekspertidel ja teenusepakkujalatel ka kaasa lüüa, näiteks et võtta arvesse piirkonna eripärasid. Uued lisanduvad koolitused on interpersonaalne nõustamine (*interpersonal counselling*, IPC; 3–6 sessiooniline sekkumine) ja interpersonaalne psühhoteraapia (IPT; 12–16 sessiooni), samuti arendatakse 4–6-kuulist kognitiiv-käitumusliku analüüsi süsteemi (CBASP) koolitust, mis peaks valmima 2023. aasta alguses. Esindatud on ka mitmed spetsiaalsed sekkumised noorukitele ja lastele.²²⁶ Lisaks sekkumiste koolitustele leiab sealt ka üle 100 digitaliseeritud hindamisvahendi, koolitusi nende kasutamiseks, treeningpäevade salvestused ning rohkelt juhendeid, nt grupisekkumiste läbiviimiseks ja patsiendiga kohtumiseks.²²⁷



Joonis 9. Soome koolitusportelli moodulid, mille kombineerimisel saab saavutada erinevaid kvalifikatsioone.

Soome teraapiaavaliku abivahend kui algoritm (soome k *Terapianavigaattori*, ingl k *Finnish Therapy Navigator*, FTN) kasutab patsientide sõelumiseks **kindlaksmääratud küsimusi ning vastavalt vajadusele ka sõelteste:**

- depressioonil *Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)*;
- üldistunud ärevushäirel *Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7)*;
- sotsiaalärevusel *Social Phobia Inventory (SPIN)*;
- paanikahäirel *Panic Disorder Severity Scale Self-Report (PDSS)*;
- kroonilise väsimuse sündroomil *Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS)*,

²²⁶ Terapiat etulinjaan. (2022). Ammattilaisten koulutukset. <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut-ja-palvelut/ammattilaisten-koulutukset/>

²²⁷ Terapiat etulinjaan. (2022). Mielenterveystalo.fi – tehokasta ja luotettavaa apua nopeasti! <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut/kaikille-avoimet-digipalvelut-mielenterveystalo-fi/>

- obsessiivsete mõtete ja kompulsiivse käitumise osas *Obsessive Compulsive Inventory – Revised (OCI-R)*;
- posttraumaatiliste sümptomite osas *Impact of Events Scale – Revised (IES-R)*;
- probleemse alkoholitarvitamise osas *Alcohol Use Disorders Identification Test – Concise (AUDIT-C)*.²²⁸

Lisaks kajastab abivahend hindamist akuutse kriisi esinemise, unehäirete, uimastite tarvitamise, sõltuvuskäitumise, töövõime, sotsiaalse funktsioneerimise, koduvägivalla, majutuse ja perekonnaga seotud raskuste ning töö või õpingutega seotud raskuste osas. Selle abivahendi peamine sihtgrupp olid **esmatasandile pöörduvad patsiendid, kelle seas võiks olla neid, kes saaksid kasu madala intensiivsusega sekkumistest** ning seetõttu on kaasatud suhteliselt levinud probleemid, mis ei pruugi alati vajada jõulisemat sekkumist.²²⁹ Sarnased patsiendikäsitluse algoritmid on ka näiteks Austraalias *Decision Support Tool* ehk *DST Link-me*²³⁰ ning esmatasandile depressiooni ja ärevuse tuvastamiseks ning ravi planeerimiseks mõeldud *StepCare*²³¹. Soome teraapiaavaliku abivahendi puhul on kõik need sõeltestid täidetavad samas Mielenterveystalo vaimse tervise portaalis vastavas alajaotuses.²³² Sellise lähenemise puhul on eksperdi sõnul **kogu info kogutud digitaalselt juba enne visiiti, samas kui täpse raviotsuse tegemine ise jääb endiselt arsti vastutuse alla.**

Nii patsiendid kui ka spetsialistid olid pilootprojekti teraapiaavaliku abivahendiga väga rahul ning spetsialistidest 93% väljendasid lootust, et see jääb püsivaks töövahendiks. Analoogne lastele ja noorukitele suunatud sekkumise valiku abivahend (soome k *Interventionavigaattoria*) läheb piloteerimisele 2023. aasta alguses.²³³ See võimaldab 12–19-aastaseid lapsi ja noorukeid hinnata muuhulgas ka üldharidus-, kutse- ja kõrgkoolides ja spetsiaalsetes vaimse tervise keskustes, piloteerimisega alustatakse Helsingi ja Länsi-Uusimaa healupiirkondades.²³⁴ Täiskasvanute

²²⁸ Saarni, S., Nurminen, S., Mikkonen, K., Service, H., Karolaakso, T., Stenberg, J.-H., Ekelund, J., & Saarni, S. E. (2022). The Finnish therapy navigator - digital support system for introducing stepped care in Finland. *Psychiatria Fennica*, 53, 120–137

²²⁹ Saarni, S., Nurminen, S., Mikkonen, K., Service, H., Karolaakso, T., Stenberg, J.-H., Ekelund, J., & Saarni, S. E. (2022). The Finnish therapy navigator - digital support system for introducing stepped care in Finland. *Psychiatria Fennica*, 53, 120–137

²³⁰ Chatterton, M., Lou, H., Harris, M., Burgess, P., Fletcher, S., Spittal, M. J., Faller, J., Palmer, V. J., Chondros, P., Bassilios, B., Pirkis, J., Gunn, J., & Mihalopoulos, C. (2022). Economic evaluation of a Decision Support Tool to guide intensity of mental health care in general practice: the Link-me pragmatic randomised controlled trial. *BMC Primary Care*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/S12875-022-01839-Z>

²³¹ Whitton, A. E., Hardy, R., Cope, K., Gieng, C., Gow, L., MacKinnon, A., Gale, N., O'Moore, K., Anderson, J., Proudfoot, J., Cockayne, N., O'Dea, B., Christensen, H., & Newby, J. M. (2021). Mental Health Screening in General Practices as a Means for Enhancing Uptake of Digital Mental Health Interventions: Observational Cohort Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(9). <https://doi.org/10.2196/28369>

²³² Mielenterveystalo.fi. (2022). Oirekyselyt. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/oirekyselyt>

²³³ Terapiat etulinjaan. (2022). Terapiat etulinjaan - toimintamallin idea ja hyödyt. <https://terapiatetulinjaan.fi/terapiat-etulinjaan-malli/terapiat-etulinjaan-toimintamallin-idea-ja-hyodyt/>

²³⁴ Terapiat etulinjaan. (2023). Tuen ja hoidon tarpeen arviointi nuorten palveluissa. Päivitetty 13.01.2023. <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut-ja-palvelut/tuen-ja-hoidon-tarpeen-arviointi-nuorten-palveluissa/>

teraapiaavaliku abivahendi kohta on juba leitav ka detailne kirjeldus ja vastav joonis värskelt publitseeritud Saarni *et al* teadusartiklist.²³⁵

Kokkuvõttes rakendub seega Soomes **astmeline ravimudel, mis on korralduslikult kohandatud healupiirkondade kaupa** ning nende piirkondade vajaduste ja ressursside järgi. Kuigi sekkumiste arendamine ja kompetentsikeskus on ühine, siis täpsed teenused ja tegevusmudel on alati regionaalselt kohandatud. Lisaks tõi ekspert Saarni välja, et oluline on tagada **projekti jätkusuutlikkus** ja edasine areng ka pärast pilootprojekti või algse arendustöö lõppemist – on vaja **riiklikku kompetentsikeskust** (Soomes loodi ka viis koostööpiirkondade piirkondlikku keskust).

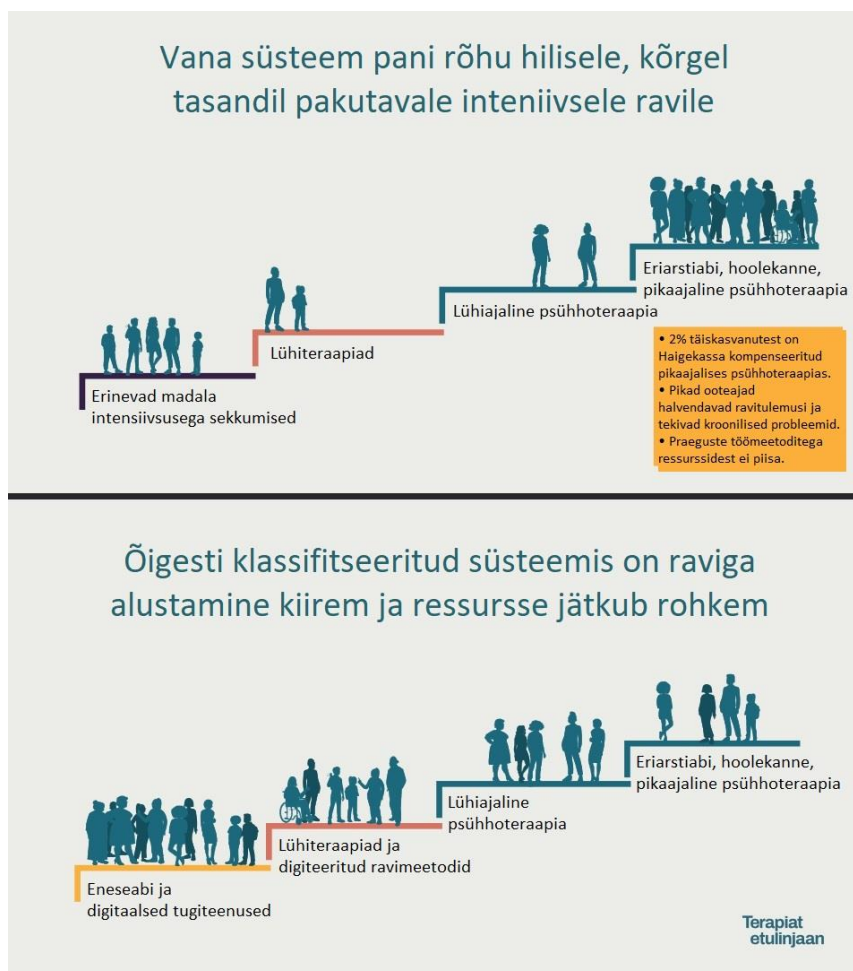
Intervjuu käigus rõhutas Saarni veel, et on oluline **digilahendused kohe alguses teenuse osaks planeerida**, mitte hakata neid hiljem tagantjärele muule süsteemile juurde liitma. Just väljaarendatud portaali terviklikkuses seisneb tema unikaalsus ja kasu – on alajaotused teenusesaajale, alajaotused teenusepakkujale, sama keskkonna kaudu saadakse väljaõpe jne. E-õppe ja juhendatud praktika formaati kasutades on võimalik kiiresti koolitada suuri koguseid teenusepakkujaid, kes omakorda aitavad välja õpetada järgmiseid teenusepakkujaid. Lisaks toodi välja, et kui Soomes tekkisid ajaloolistel ja juriidilistel põhjustel probleemid astmelise süsteemi sees andmevahetusega, siis Eestil on siinkohal eelis: meil on kasutusel riiklik terviseinfosüsteem, samas kui Soomes kuulusid need andmed kohalikule omavalitsusele. Praeguse praktika erinevus võiks luua Eestile soodsama stardipositsiooni **Inglismaa-tüüpi laiaulatuslikuks andmete kogumiseks ja esitamiseks**. Soome süsteemi väljatöötamisel olid eeskujuks eelkõige Inglismaa IAPT teenused ja Austraalia mudel, aga rõhutati vajadust suuremaks paindlikkuseks, sh olemasolevate teenuste ja teenusepakkujate integreerimiseks uude mudelisse. Praeguses faasis on intervjuueritid eksperdi sõnul probleemiks veel mõningane **eakate kõrvalejäämine**, kuid spetsiaalselt neile suunatud sekkumised on samuti plaanis.

Soome süsteemi madala intensiivsusega sekkumiste **rahastus tuleb maksurahast ning põhineb fikseeritud pearahal**, mitte teenuste lisamisel tervishoiuteenuste loetellu (enne struktuurireformi tuli rahastus kohalikult omavalitsuselt, nüüd riigilt). Edasise arenduse ja koostöö osas võib Soome poolt olla olemas ka valmisolek enda materjale või töövahendeid jagada, näiteks on nad müünud enda 12 *online*-teraapia lahendust teistele riikidele ning samuti saab kaaluda eneseabimaterjalide jagamist. Ka Soome riigil võib Saarni sõnul tekkida mõningane huvi eneseabimaterjalide eestikeelsete tõlgete vastu, arvestades, et ka Soomes elab ka märkimisväärne hulk eestikeelseid inimesi. Soome sekkumiste kohta on juba publitseeritud ka efektiivsuse hindamisi ja vastavad artiklid näitavad häid tulemusi internetipõhiste sekkumiste kasutamisel näiteks üldistunud ärevushäire puhul (GAD-7 skooriga ≥ 10 , osalenutest 47% saavutas paranemise)²³⁶ ja unetuse ravis (lõpetanutest 91% skoor paranes ning 34% tervenesisid).²³⁷

²³⁵ Saarni, S., Nurminen, S., Mikkonen, K., Service, H., Karolaakso, T., Stenberg, J.-H., Ekelund, J., & Saarni, S. E. (2022). The Finnish therapy navigator - digital support system for introducing stepped care in Finland. *Psychiatria Fennica*, 53, 120–137

²³⁶ Ritola V, Lipsanen JO, Pihlaja S, Gummerus EM, Stenberg JH, Saarni S, et al. Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Nationwide Routine Care: Effectiveness Study. *Journal of Medical Internet Research*. 2022 Mar 1;24(3). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35323119/>

²³⁷ Stenberg JH, Ritola V, Joffe G, Saarni S, Rosenström T. Effectiveness of mobile-delivered, therapist-assisted cognitive behavioral therapy for insomnia in nationwide routine clinical care in Finland. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2022 Nov 1;18(11):2643–51. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35929590/>



Joonis 10. Eesliini teraapiate algatuse selgitus astmelise abi süsteemi ning eelneva traditsioonilise tervishoiusüsteemi võrdlusest.

Algallikas: Saarni, S. (2022). *Miten suomalaiset mielenterveyspalvelut voidaan korjata? Päättäjäsenaari 2.11.2022.*

Eraldiseisvad projektid

Suitsiidienetuskeskus pakub abi Soomes välja töötatud **Linity mudeli** alusel, mis omakorda on edasiarendus Šveitsi ASSIP mudelist. Seda sekkumist pakutakse suitsiidikatse teinud inimesele ja keskusesse võivad pöörduda kõik soovijad, nii tervishoiutöötaja poolt suunatud kui ka omaalgatuslikult (st teenuse saamiseks ei ole vaja saatekirja). Teenus on kliendile tasuta, esindused asuvad Helsingis ja Kuopios.²³⁸ Sekkumise efektiivsus ei ole hetkel väga hästi teada, kuid Šveitsi ASSIP mudel on uuringutes hinnatud tulemuslikuks. Ainsas siiani Soome Linity mudeli kohta publitseeritud uuringus olid kaheaastase jälgimisperioodi jooksul suitsiidikatsete levimus klassikalise kriisiabi ja Linity mudeli põhjal läbiviidava sekkumise vahel samaväärne (N=161).²³⁹

Linity mudel sisaldab 3–4 kohtumist suitsiidienetuskeskuse kriisitöötajaga:

²³⁸ MIELI Suomen Mielenterveys ry. (2022). Mikä on Linity-malli? <https://mieli.fi/tukea-ja-apua/apua-itsetuhoisuuteen/mika-on-linity-malli/>

²³⁹ Laukkala, T. (2022). Strukturoitu LINITY/ASSIP-interventio itsemurhayrityksen jälkeen. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nak09375>

- 1) Esimesel kohtumisel räägib klient enda suitsiidikatsesest ja arutab seda kriisitöötajaga, kohtumine võetakse videosse;
- 2) Teisel kohtumisel vaatavad klient ja kriisitöötaja koos eelmise kohtumise salvestist ning püüavad ühiselt arutledes leida suitsiidikatseni viinud tegurid;
- 3) Kolmandal kohtumisel koostavad klient ja töötaja koos kirjaliku kokkuvõtte suitsiidikatseni viinud teguritest ja koostavad kliendile isikliku kriisiplaani. Kriisiplaan koostatakse eelnevate kohtumiste põhjal ning selle abil soovitakse leida kliendile tegevusi suitsiidikatseni viiva käitumise ennetamiseks.;
- 4) Soovi korral lisandub ka neljas kohtumine, kuhu saab kutsuda kliendi lähedase, kellega kriisiplaani jagada.

Lisaks kohtumistele on mudeli osa ka kirjalik kontakti hoidmine sekkumise järel. Kriisitöötaja saadab esimesel aastal kliendile kirju ca kolme kuu tagant ja teisel aastal ca kuue kuu tagant. Kogu kaheaastase jälgimisperioodi jooksul on kliendil võimalus enda kriisitöötajaga kontakti võtta, kuid klient ei ole kohustatud töötaja saadetud kirjadele vastama²⁴⁰. Kriisinõustajad ei ole intervjueritud eksperdi Tuomisalo sõnul vaid tervishoiutöötajad või psühholoogid, tihti on nad näiteks rakenduskõrgharidusega sotsiaalteenuste alal (sellele kraadile Eestis täpset vastet pole). Lisaks sekkumisele Linity mudeli alusel, korraldatakse ka tugigruppe enesetapu läbi lähedase kaotanutele ja enesetapakatse tegijatele.²⁴¹

Aastal 1986 alustati Soomes esimest korda **Riikliku Suitsiidiennetusprojektiga** ning hiljuti kuulutati välja selle uus versioon aastateks 2020–2030.²⁴² Tegemist on riikliku raamdokumentiga, kus loetletud tegevustest mitmed seostuvad ka astmelise abi süsteemiga. Projekti meetmed 9–11 keskenduvad varaste sekkumiste kättesaadavusele: telefoni abiliini ja ööpäevaringse internetivestluse edasiarendamisele ning madalaläviste teenuste tugevdamisele esmatasandi tervishoius ja haridussüsteemis.²⁴³ Meetmed 15–18 toovad välja ennetustegevuste olulisuse noorsootöös, töökohtadel ja eakate seas ning veebipõhiste teavitussüsteemide arendamise,²⁴⁴ meetmed 20–22 rõhutavad vajadust tõenduspõhiste sekkumismudelite, teenusepakkuja vahelise koostöö ning akuutse suitsiidi riski puhul kiire sekkumise järele.²⁴⁵

Depressiooniga seotud töövõimetus vähendamiseks viidi 2007–2011 **depressiooni varasele avastamisele ja ravile suunatud projekt Masto**. Ka Masto projekt oli üles ehitatud astmelise süsteemina, seal kasutatakse nelja tasandit (vt joonis 11). Esimesel tasandil on **tervisedendus töökohal**, mis selles kontekstis keskendub eelkõige heale tööõhkkonnale, õiglasele kohtlemisele, headele inimeste vahelistele suhetele töökohal ning juhtidelt ja kolleegidelt saadavale toetusele.

²⁴⁰MIELI Suomen Mielenterveys ry. (2022). Mikä on Linity-malli? <https://mieli.fi/tukea-ja-apua/apua-itsetuhoisuuteen/mika-on-linity-malli/>

²⁴¹MIELI Suomen Mielenterveys ry. (2022). Itsemurhien ehkäisykeskus. <https://mieli.fi/tukea-ja-apua/itsemurhien-ehkaisykeskus/>

²⁴²Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Programme for suicide prevention. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/programme-for-suicide-prevention>

²⁴³Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Early intervention. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/programme-for-suicide-prevention/early-intervention>

²⁴⁴Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Supporting risk groups. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/programme-for-suicide-prevention/supporting-risk-groups>

²⁴⁵Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Developing care options. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/programme-for-suicide-prevention/developing-care-options>

Järgmisel tasandil on **ennetavate meetmete** pakkumine riskirühmadele, sõltumata sellest, kas neil on depressiooni sümptomeid või mitte. Sinna kuuluvad stressijuhtimise tehnikate õpetamine, psühhosotsiaalne tugi nt pika haigestumise korral, lühisekkumised alkoholarvitamise häire korral, füüsiline aktiivsus ja kaaslaste tugi. Sejärel tuleb depressioonist tingitud **töövõimetuse vähendamine** depressioonis inimestel. Oluline osa sellest on varajasel avastamisel, korrektsel diagnoosimisel ning varasel ravil. Fookus on inimese funktsionaalsel võimekusel ja töövõimel ning püütakse vältida pikaajase ja raske kahjustuse väljakujunemist. Viimases osas rõhutatakse, et töövõime taastumine võib võtta kauem aega, kui depressiooni diagnoosist vabanemine, ning et inimestele tuleb pakkuda **paindlikke võimalusi tööellu naasmisel**. Selleks saab kasutada nii osakoormusega haiguslehel olemist kui ka tööalast rehabilitatsiooni. Võtmetähtsusega on töökoha, töötervishoiu ja rehabilitatsiooni korralduse vaheline sujuv koostöö.²⁴⁶ Peale projekti lõppemist anti lõppraportis soovitusel teenuste integreerimiseks tervishoiusüsteemi ning tegevuste jätkamiseks²⁴⁷.

Masto projektil on neli tasandit



Joonis 11. Depressiooniga seotud töövõimetuse vähendamise programmi Masto astmed.

Uudsem lähenemine kergete kuni mõõdukate depressioonisümptomitega inimeste ravile on Soomes ka nn **triaadiline mudel**, mis on suunatud tervisekeskustele ja töötervishoiu teenusepakkujatele. Selle mudeli raames koolitatakse õdesid pakkuma psühhoteraapiat, töötervishoiuarst või perearst vastutab farmakoloogilise ravi eest ning psühhiaater pakub konsultatsioone juhul, kui kas ravi ei edene plaanipäraselt või selleks tekib mõni muu vajadus.²⁴⁸ Selle raames toimub kõigepealt üks 60-minutiline nõustamine, mille järgnevad iganädalased 45-minutilised nõustamised. Projekti kontaktisik on Jyrki Tuulari.²⁴⁹ Ka see triaadilise koostöö mudel (*depression hoidon*

²⁴⁶ Ministry of Social Affairs and Health. (2009). Masto project.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72075/Masto_hankkeen_esite.pdf?sequence=1&isAllowed=y

²⁴⁷ Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyt-tömyden vähentämiseen tähtävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Helsinki; 2011. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72074/URN%3ANBN%3Afi-fe201504223227.pdf?sequence=1>

²⁴⁸ Korkeila J, Korkeila J. Organization of Community Psychiatric Services in Finland. *Consortium Psychiatricum*. 2021, 20;2(1):55–64. <https://consortium-psy.com/jour/article/view/64>

²⁴⁹ Maxwell Reader, M. M., & Pratt MSc Psychol Postgrad Dip, R. (2008). Prevention and management of depression in primary care in Europe: a holistic model of care and interventions-position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, 16(3).

yhteistoimintamallissa) kajastub depressiooni ravijuhendis.²⁵⁰ Selle põhimõttega mudeleid (*collaborative care*) on teaduskirjanduses hinnatud ka kulutõhusateks, kuid Soomes täpselt nende meetodika kohta eraldi kulutõhususe uuringuid kajastatud ei ole.²⁵¹ Seda saab kombineerida ka e-lahendustega nagu teadusuuringutes kajastatud Oiva vaimse heaolu treenimise rakendus, mida katsetati spetsiaalselt eakatega. Oiva rakendus põhineb teadvelolekul baseerival aktsepteerimise ja pühendumise teraapial (Acceptance and Commitment Therapy ehk ACT) ning selle eesmärk on toetada aktiivset vaimse heaolu oskuste õppimist ning psühholoogilise paindlikkuse suurenemist.²⁵²

Põhja-Soomes väljatöötatud võrgustikupõhine kriisiabi lähenemine **psühhoosidele seisunditele** kannab nimetust **Avatud dialoog** (soome k *Avoin dialogi*; ingl k *Open Dialogue, OD* või *Seikkula's open dialogue approach*). Tegemist on sotsiaalkonstruktivistliku lähenemisega, mis kaasab kogu raviprotsessi jooksul patsiendi perekonna ja sotsiaalse võrgustiku.²⁵³ Sekkumisega alustatakse 24 tunni jooksul alates esmase psühhoosiga patsiendi või tema lähedaste pöördumisest ning kuni episoodi lõppemiseni kohtutakse sama meeskonnaga igapäevaselt. Vastavalt vajadusele suunatakse inimesed ka teistele teenustele, nt individuaalsele teraapiale, tegevusterapeutidele, tööga seotud tugiteenustele.²⁵⁴ See lähenemine töötati välja juba 1980ndatel ning praegu testitakse seda mitmetes riikides, näiteks Austraalias, Itaalias, Taanis, Norras, Belgias ja Suurbritannias.²⁵⁵ Teistest teoreetilistest mudelitest kasutab see lähenemine ka nt süsteemset pereteraapiat ning Bakhtini dialoogilist teooriat. Rõhutatakse, et taastumise protsessiks on vaja ka lootust, kliendi võimestamist ning sotsiaalse võrgustiku tuge. Seega uuritakse ka kliendi suhete võrgustikus olevaid probleeme, mitte ei lähtuta eeldusest, et kõik probleemid seisnevad ainult kliendi neurokeemias – sest vaja on muuta ka sotsiaalvõrgustiku suhtumist, mitte keskenduda ainult kriisis inimeses muutuse saavutamisele. Tegemist ei ole lisameetodiga, vaid see lähenemine on integreeritud muude ambulatoorsete ja statsionaarsete teenustega. Senised uuringud näitavad, et Avatud dialoog võiks vähendada hospitaliseerimiste, farmakoloogilise ravi vajate inimeste ning korduvate episoodide arvu. Näiteks oli viieaastasest jälgimisuuringus 83% klientidest kas eelnevale töökohale naasnud või parajasti tööd otsimas, st nad ei vajanud töövõimetoetust.²⁵⁶ Aastal 2019 ilmunud ülevaateartikkel leidis 23 uuringut, mis seda lähenemist hindasid, kuid kuigi esmased tulemused olid huvitavad, on meetodi efektiivsust enne juhuslikustatud kontrolluuringute avaldamist keeruline kinnitada, sest seniste uuringute kvaliteet on madal ja meetodiline varieeruvus väga suur. Samal ajal on Avatud dialoogi meetodika paljudes piirkondades juba siiski kasutusel.²⁵⁷ Selle lähenemise käigus üritatakse

²⁵⁰ Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. (2022). Depressio. *Käypä hoito-suositus*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>

²⁵¹ Lappalainen, J. (2020). Masennuksen hoidon yhteistoimintamallin kustannusvaikuttavuus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix02117>

²⁵² Similä, H., Immonen, M., Toska-Tervola, J., Enwald, H., Keränen, N., Kangas, M., Jämsä, T., & Korpelainen, R. (2018). Feasibility of mobile mental wellness training for older adults. *Geriatric Nursing*, 39(5), 499–505.

²⁵³ Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001). Open dialogue in psychosis i: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(4), 247–265. <https://doi.org/10.1080/107205301750433397>

²⁵⁴ Developing Open Dialogue. Open Dialogue Finland. <https://developingopendialogue.com/open-dialogue-finland/>

²⁵⁵ Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C. H., & Pilling, S. (2019). Open dialogue: A review of the evidence. *Psychiatric Services*, 70(1), 46–59. https://doi.org/10.1176/APPI.PS.201800236/SUPPL_FILE/APPI.PS.201800236.DS001.PDF

²⁵⁶ IMHCN International Mental Health Collaborating Network. Open Dialogue.

<https://imhcn.org/bibliography/recent-innovations-and-good-practices/open-dialogue/>

²⁵⁷ Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C. H., & Pilling, S. (2019). Open dialogue: A review of the evidence. *Psychiatric Services*, 70(1), 46–59.

muuhulgas vähendada patsiendil **kontrolli ja võimu kaotamise tunnet vaimse tervise süsteemis**, asendades tavapärase hierarhilise mudeli demokraatliku ja läbipaistavaga, mis soodustab patsiendi autonoomiat ning rõhutatakse kogukonnas abistamise eeliseid hospitaliseerimise ees²⁵⁸ (täpsem info toodud lisa 2).

Soomes on läbi viidud ka mitmeid projekte **vanemaealistele**. Projekt **Vetoapu** oli mõeldud eakatele pensionile minekuga kaasnevate elumuutustega kohanemiseks ning toimus aastatel 2006–2011.²⁵⁹ Selle olulisemateks aspektideks oli üksinduse, depressiooni, enesetappude, alkoholitartvitamise ja narkootiliste ainete tarvitamise ennetamine ning sotsiaalsete suhete ja sisukate tegevuste toetamine igapäevaelus.²⁶⁰ Sellele järgnes aastatel 2012–2016 **MIRAKLE** projekt. Selle raames töötati välja materjale ja tegevusi vanemaealiste vaimse tervise toetamiseks, keskendudes inimese tugevustele ja kompetentsidele, mitte probleemidele ja puudustele. Kõikide materjalide ja tegevuste väljatöötamisel olid osalesid ka vanemaealised ise ning uuriti ka seda, kuidas nad enda olukorda näevad ja kontekstualiseerivad.²⁶¹ Väljatöötatud vahendite hulgas on infomaterjal „Vanemakssaav vaim. Vaimne heaolu vananedes“²⁶², teenusepakujate juhendmaterjal „Seeniorite heaolu treening - hea meeleolu ja rühmatunne“^{263,264} positiivsete mälestuste kaardid^{265,266} ja temaatiline lauamäng²⁶⁷. Lisaks viidi läbi mobiilsete kriisikeskuste rakendamise pilootuuring.²⁶⁸ Vaimse tervise edendamise eakate hulgas jätkas pärast projekti lõppu MTÜ Mieli vastava grand'i abil²⁶⁹.

Yhteispeli oli **laste** sotsiaalse ja emotsionaalse arengu toetamise projekt aastatel 2006–2015. Projekt sisaldas viit tüüpi tegevusi ning koolituspaketti said küsida alg- ja põhikoolid. Projekti tegevuste alla

²⁵⁸ Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C. H., & Pilling, S. (2019). Open dialogue: A review of the evidence. *Psychiatric Services*, 70(1), 46–59.

²⁵⁹ Saarenheimo M, Pietilä M. *MielenMuutos masennuksen hoidossa. Mielialaongelmista kärsivien iäkkäiden ihmisten psykososiaalinen tukeminen*. Helsinki: Newprint Oy, Raisio; 2011. www.vtkl.fi

²⁶⁰ European Commission. Mental Health Briefing Sheets Facts and Activities in Member States. <http://www.ec-mental-health-process.net/>

²⁶¹ MIELI Suomen Mielenterveys ry. (2022). The MIRAKLE Project 2012-2016. <https://mieli.fi/en/mielis-projects/past-projects/the-miracle-project-2012-2016/>

²⁶² Ilka T, Suomen H, Helsinki M. Ikääntyvä mieli. Mielen hyvinvointia vanhetessa. Helsinki: Picaset Oy; 2017. <https://mieli.fi/wp-content/uploads/2021/08/Ikaantyva-mieli-kirja.pdf>

²⁶³ Hansen M. Seniori hyvinvointitreenit – hyvää mieltä ja oloa ryhmästä. Opas ohjaajille. Jaarli Oy; 2015. https://www.vahvike.fi/sites/default/files/dokumentit/sms_Seniori_hyvinvointitreenit.pdf

²⁶⁴ Hansen M. Välmäendeträning för seniorer - välbefinnande och trivsel i grupp. Guide för handledare. Jaarli Oy; 2015. <https://mieli.fi/wp-content/uploads/2021/08/Valmaendetraning-for-seniorer-Guide-for-handledare.pdf>

²⁶⁵ Eläkeliiton TunneMieli-hankkeen, Eläkkeensaajien Keskusliiton Elinvoimaa-hankkeen sekä Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton Etsivä mieli-hankkeen. Myönteisen muistelun kortit. Suomen Mielenterveysseura. <https://mieli.fi/wp-content/uploads/2021/11/Myonteisen-muistelun-kortit-pdf.pdf>

²⁶⁶ Eläkeliiton TunneMieli-hankkeen, Eläkkeensaajien Keskusliiton Elinvoimaa-hankkeen sekä Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton Etsivä mieli-hankkeen. Kort för positiva minnen. Föreningen för Mental Hälsa i Finland. <https://mieli.fi/wp-content/uploads/2021/08/Kort-for-positiva-minnen.pdf>

²⁶⁷ MIELI Suomen Mielenterveys ry. MIRAKLE-hanke kehitti mielen hyvinvoinnin rakennusputa ikääntyville. <https://mieli.fi/mieli-ry/hankkeet/paattyneet-hankkeet/miracle-hanke-kehitti-mielen-hyvinvoinnin-rakennusputa-ikaantyville/>

²⁶⁸ MIELI Suomen Mielenterveys ry. Mobile crisis work – help at home for older people in difficult life situations. <https://mieli.fi/wp-content/uploads/2021/08/Poster-Mobile-crisis-work.pdf>

²⁶⁹ Similä, H., Immonen, M., Toska-Tervola, J., Enwald, H., Keränen, N., Kangas, M., Jämsä, T., & Korpelainen, R. (2018). Feasibility of mobile mental wellness training for older adults. *Geriatric Nursing*, 39(5), 499–505. <https://doi.org/10.1016/J.GERINURSE.2018.02.001>

kuulusid klassiprotseduurid (õpetajate töö õpilastega), töökogukonna tegutsemisviisid (õpetajate vastastikune töö), kodu ja kooli koostöö (tegevused vanematega), kogu kooli arendamine (toetus direktorile muutuste juhtimisel) ning alushariduse ja alghariduse koostöö (tegevused nendevahelises üleminekufaasis). Lähenemine põhineb lastepsühhiaatria, arengupsühholoogia ja haridusvaldkonna teadmiste sünteesil ning eelkõige juhendab õpetajaid selle osas, kuidas nad saavad luua keskkonna, mis laste sotsiaalset ja emotsionaalset arengut toetab ning pakub välja konkreetseid mängu ja tegevusi.^{270,271} Yhteispeli meetodite osas viidi projekti lõpupoole läbi ka hindamine ning õpetajate hinnangul olid väljatöötatud meetodid teostatavad ja lastele kasulikud, samuti pidas enamik lapsi (eriti nooremad lapsed) neid tehnikaid meeldivaks. Jälgimisperioodi jooksul täheldati mitmeid positiivseid muutusi sotsiaal-emotsionaalsetes oskustes ning tõhusamat koostöö koolide ja lapsevanemate vahel, lisaks oli vähenenud kiusamine. Lapsed hindasid kasu suurimaks koolis toimetuleku paranemise, töörahu paranemisena ning kiusamise vähenemise osas. Samuti vähenesid probleemid SDQ testi alusel (ingl k *strengths and difficulties questionnaire*). Esines ka negatiivseid muutusi, eelkõige Yhteispeli meetodeid kasutavate ja mittekasutavate õpetajate vahel lõhe tekkimine. Üldjootes peetakse seda projekti aga teostatavaks, ohutuks ja kasulikuks. Lisaks Yhteispeli projektile kasutatakse koolides veel mitmeid teisi spetsiifilisemaid sekkumisi, sh *Friends, Yhdessä kasvamisen ohjelma Lions Quest, KiVa Koulu* ja *Hyvän mielen koulu*.²⁷²

²⁷⁰ Kampman, M., Solantaus, T., Anttila, N., Ojala, T., Santalahti, P., & Yhteispeli-Työryhmä, J. (2015). Yhteispeli. Arviointitutkimus menetelmien turvallisuudesta, soveltuvuudesta ja koetusta hyödyistä.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126292/URN_ISBN_978-952-302-371-0.pdf?sequence=1

²⁷¹ Kampman, M., Solantaus, T., Anttila, N., Ojala, T., Santalahti, P., & Yhteispeli-Työryhmä, J. (2015). Yhteispeli. Arviointitutkimus menetelmien turvallisuudesta, soveltuvuudesta ja koetusta hyödyistä.

²⁷² Kampman, M., Solantaus, T., Anttila, N., Ojala, T., Santalahti, P., & Yhteispeli-Työryhmä, J. (2015). Yhteispeli. Arviointitutkimus menetelmien turvallisuudesta, soveltuvuudesta ja koetusta hyödyistä. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126292/URN_ISBN_978-952-302-371-0.pdf?sequence=1

5. JÄRELDUSED JA RAKENDUMISETTEPANEKUD EESTILE

5.1. Järeldused ja soovitused

1

Astmelist vaimse tervise abi pakkumist juhib, arendab ja reguleerib Eestis süsteemselt üks konkreetne riiklik struktuuriüksus tuginedes terviklikule tegevusplaanile.

Süsteemseks ja tõhusaks tõendus põhiste MISide pakkumiseks on oluline, et astmelise abi pakkumist reguleeriks ja koordineeriks keskne (riiklik) struktuuriüksus, kes annab suunised ja juhised partnerasutustele, kohalikele üksustele ja teenusepakkujatele MISide, sh MIPSide, kvaliteetseks ja sidusaks laialdasemaks pakkumiseks. **Juhtiva struktuuriüksuse roll on administreeriv, koordineeriv ja järelevalvet teostav, aga ka arendusi suunav.** Ka kõigi analüüsitud välisriikide puhul ilmnes, et **tõhusa astmelise abi jätkusuutlikul pakkumisel on oluline keskse regulatiivse üksuse olemasolu nii süsteemi loomisel, juurutamisel kui ka käigushoidmisel.**

Näiteks Inglismaal ja Soomes on tegemist riiklike üksustega ning rakendatakse nn *hub and spoke* mudelit, kus keskne riiklik üksus juhib erinevate kohalike üksuste tegevusi astmelise abi teenuste pakkumisel ja arendamisel. Belgias on loodud üleriigiline vaimse tervise teenuste võrgustik, kuhu kuuluvad ka eri MI(P)Side osutajad, mille tegevust koordineerivad nii föderaalvalitsuse kui ka regioonivalitsuse juhtrühm. Ka Eesti eksperdid ja spetsialistid töid aruteluseminaris välja, et **hetkel valitseb Eestis psühholoogilise abi, eriti MIPSide pakkumisel, killustatus** – kuigi erinevaid MISe ja kogukonnateenuseid pakutakse, puudub erinevatel osapooltel teiste tööst ülevaade ning puuduvad ühtsed standardid ja juhised, mille alusel teenuseid pakkuda. See omakorda tekitab probleeme ka abivajajate (ravi)teekondades, kuna **puudub sidus koostöö ja liikumine erinevate vaimse tervise sekkumiste ja osapoolte vahel.** Seetõttu ei pruugi abivajaja jõuda endale sobiva teenuse juurde õigeaegselt ja/või liikuda efektiivselt erinevate vaimse tervise teenuste vahel.

Seega on vaja kesket juhtrühma, kes koordineeriks üle Eesti erinevate osapoolte tegevust ja koostööd. **Eesti puhul peaks see vastutav struktuuriüksus paiknema Sotsiaalministeeriumis või selle allasutuses, olema ajas püsiv ja riiklikult rahastatud** (st mitte projektipõhine ajutine töörühm, mille eesmärk oleks üksnes süsteemi ülesehitamine ning käivitamine). Samuti peaks üksus koordineerima ka seadusandluse väljatöötajate, tõendus põhise hindamise meeskonna, teenuseosutajate ja teenusele suunajate vahelist suhtlust ning tegeleks ka teenuste teavitustöö ja väliskommunikatsiooniga.

Struktuuriüksus peaks oma töös juhinduma terviklikust tegevusplaanist, kus on välja toodud, mis astmetel, millistele sihtrühmadele ja milliste standardite alusel madala intensiivsusega sekkumisi,

sh MIPSi, üle Eesti pakkuma ja/või (välja) arendama peaks. Käesoleva uuringu tulemuste põhjal **oleme loonud näidismudeli** (vaata Joonis 12) **sellest, kuidas võiks Eestis olla vaimse tervise astmelise abi süsteem korraldatud**, seda nii ennetuse, kogukonnas teostatavate tugitegevuste kui ka kogukonnas pakutavate teenuste tasemetel, mis on integreeritud pere-, üld- ja eriarstiabi (sh psühhiaatria) tasemetega. Näidismudeli kirjeldusega saab lähemalt tutvuda peatükis 5.2. **Juhtiva struktuuriüksuse ülesanne oleks seda mudelit täpsustada ja täiendada ning jagada vastutus ja ülesanded erinevate osapoolte vahel, et mudelit realiseerida.** Seejuures peaks juhtrühm ka määratlema, milliseid madala intensiivsusega sekkumisi, sh tõenduspõhiseid MIPSi, milliste sihtrühmade ning milliste seisundite ennetamiseks ja/või leevendamiseks Eestis kasutusele võtta, määratlema teenuste standardid ning välja töötama mudeli järjepideva toimivuse ja kulutõhususe hindamismetoodika (vaata ka soovitusi jätkuanalüüsideks ptk 5.3). Seejuures saab kasutada ka juba olemasolevaid tööriistu, nt WHO-AIMS (*World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems*)²⁷³, mis on mõeldud hindamaks riigi või regiooni vaimse tervise süsteemi toimivust.

2

Struktuuriüksuse esimene ülesanne on luua ülevaade olemasolevatest ressurssidest ja vajadustest, sh tõenduspõhistest MIPSidest, mis Eestis käesolevalt olemas on ja mida saaks süsteemsemalt ja laiemalt pakkuma hakata.

Eestis astmelise vaimse tervise abi ja MI(P)Side pakkumise võimalikult (kulu)tõhusaks laiendamiseks on vajalik hetkeolukorra kohta ülevaate loomine. Selleks on vaja, et keskne struktuuriüksus koostaks ülevaate, kes, kus ja milliste standardite alusel täna Eestis MI(P)Se pakuvad. Seejuures on vajalik tagada ühtne arusaam, mida käsitletakse tõenduspõhise MIPSina (vaata ka soovitus 3) ning luua juhised, millistes valdkondades ja vanusgruppides MIPS teenuseid pakkuma hakatakse. **Ressursside ülevaate loomise eesmärk on süstematiseerida, korrastada ja võimendada Eestis olemasolevaid ressursse astmelise vaimse tervise abi pakkumiseks.**

Ülevaate loomisel peab keskne struktuuriüksus juhinduma sellest, millistele sihtrühmadele ja milliseid MIPSi oleks vajalik Eestis laiemalt pakkuda, lähtudes tegelikest vajadustest. Selleks saab toetuda muuhulgas ka Eestis läbi viidud teemakohastele uuringutele (nt Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring jmt). Nt Inglismaal loodi IAPTi mudel konkreetselt ärevus- ja depressioonisümpptomitega inimestele sobivate MIPSide pakkumiseks, kuna uuringute põhjal olid need häired riigi tervisesektori jaoks suurimaks koormuseks ning tekitasid enim majanduslikku kahju. Samas Soomes pakutakse MI(P)Se üle kolmekümnele erinevale vaimse tervise seisundi põhisele sihtrühmale eesmärgiga pakkuda võimalikult laiale hulgale inimestest varast vaimse tervise abi ja tuge. Meie aruteluseminaris osalenud erinevad Eesti tervisesüsteemi osapooled töid välja, et MIPSidest võiks kasu olla väga laiale hulgale inimestest ja seda nii erinevate seisundite kui vanuserühmade lõikes, mistõttu on vajalik, et juhtrühm tugineks MIPSidest ülevaate loomisel ka sellele, millised sihtrühmad MIPSidest enim kasu võiksid saada.

²⁷³ WHO. (2005). *World Health Organization assessment instrument for mental health systems-WHO-AIMS version 2.2* (No. WHO/MSD/MER/05.02).

Juba täna pakutakse üle Eesti mitmeid MI(P)Se²⁷⁴, kuid **erinevate teenusepakkujate teadmised teistest teenustest on puudulikud, valitseb killustatus ja isoleeritud tegevus. Praegustes tingimustes on seega ka MIPSide kättesaadavus väga piiratud ja killustatud ning abivajaja ei pruugi jõuda potentsiaalselt sobiva MIPSini õigeaegselt.** Ka on ekspertide sõnul paljusid sekkumisi Eestis katsetatud, kuid tihti pole kas analüüsitud või avaldatud nende tulemuslikkust, **mistõttu puudub ülevaade ja arusaam, milliseid olemasolevaid sekkumisi võiks laiemalt pakkuma hakata.** Näiteks on MTÜ Peasjad Eesti Haigekassa innovatsioonifondi rahastusel alustanud Orygeni tõenduspõhise lühisekkumise piloteerimist. Tegemist on madala sisenemislävega varajase sekkumisega, mis on mõeldud kergemate kuni mõõdukate vaimse tervise häiretega noortele ning koostöös Tartu Ülikooliga soovitakse nüüd valideerida selle sekkumise toimimist ning hinnata mõju Eesti kontekstis. Selleks, et kasutada võimalikult efektiivselt ära sarnased, juba olemasolevad ressursid, ja hinnata, milliseid MIPSide oleks vaja kas Eesti oludesse kohandada või juurde luua, ongi vajalik kõikide sekkumiste süstemaatiline kaardistamine.

Kuigi üksikute katseprojektide raames on ka juba täna uuritud ja loodud ülevaateid erinevatest Eestis kasutusel olevatest MI(P)Sidest, ei ole seda tehtud järjepidevalt ja ühtsete standardite alusel ning ka riiklikul tasandil puudub ülevaade, mis teenuseid ja millise kvaliteediga Eestis juba pakutakse. Näiteks on Jürisson (2022) koostanud ülevaate vaimse tervise veebirakendustest²⁷⁵ ning samuti on erinevaid vaimse tervise sekkumisi toodud välja Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise rohelises raamatus²⁷⁶ - **keskse juhtrühma ülesanne oleks luua sarnane, kuid laiem ja süsteemsem ülevaade Eestis pakutavate MIPSide kohta.**

Ülevaate koostamiseks on vaja sõnastada need kriteeriumid, mida peab täitma iga MI(P)S ja MI(P)S teenusepakkuja. Kriteeriumid peavad muu hulgas katma sihtgrupi, teaduspõhisuse ja osutamiseks vajamineva pädevuse aspektid. Konkreetsete kriteeriumite kirjeldamine ja selgitamine on juhtiva struktuurühma ülesandeks, kuid kriteeriumide kaudu tuleb kindlasti:

- määrata pakutava MI(P)S teenuse tõenduspõhisuse tase;
- kirjeldada, millise vaimse tervise probleemi ennetamisele/leevendamisele on MI(P)S suunatud;
- selgitada, millisele eagrupid või sihtrühmale sobib konkreetset MI(P)Si rakendada;
- fikseerida, millist pädevust konkreetse MI(P)Si pakkumine eeldab;
- tuvastada, kuidas toimub hetkel Eestis MI(P)Se pakutavate teenuseosutajate väljaõpe ning kuidas on tagatud väljaõppe kvaliteet.
- kirjeldada astmelise abi osutamise mudeli kontekstis sekkumise osutamise protsess ja määratleda hinnatavad indikaatorid mõju hindamiseks.

²⁷⁴ Mõned näited: MTÜ Peasjad programmid, iFightDepression veebiprogramm, Lahendus.net, Imelised Aastad, SELGE, ALVAL, tugigrupid nt aktiivsus-tähelepanuhäirega inimestele, dementsusega inimeste lähedastele, raseduskriisinõustamine (rasedus.ee), suukool.ee, jne.

²⁷⁵ Jürisson. M. (2022). *Vaimse tervise veebirakendused. Teaduskirjanduse ülevaade ja soovitused.* [Raport].

²⁷⁶ Sotsiaalministeerium. (2020) Vaimse tervise roheline raamat. <https://www.sm.ee/uudised/vaimse-tervise-roheline-raamat-sai-valitsuse-heakskiidu>

Ülevate loomise käigus selgub ka teenuseosutajate ring, mille baasil saab asuda välja arendama esmast koostöövõrgustikku ja edasist teenusepakujate juurde koolitamisega seonduvaid ressursivajadusi.

3

Astmelise abi süsteemi raames pakutavad MIPSid peavad vastama tõendus põhise standarditele. Järelvalvet nende standardite ja sekkumiste efektiivsuse kohta peab tegema selleks vajaminevate pädevustega üksus.

Olemasolevate ressursside (võimalikest teenusepakujatest, juba olemasolevatest sekkumistest) ning vajaduste kohta ülevaate loomine ja seleksioon annab aluse ka hindamisraamistikku tekkeks, mille abil hinnata pakujate taotlusi asuda osutama mingit kindlat teenust riikliku MIPSina. Selleks, et tagada astmelise abi süsteemi tõhusus, on vaja, et pakutavad teenused oleksid teadus- ja tõendus põhised. **Vastava kvaliteedistandardi kirjeldamine nii sekkumise sisule kui ka selle osutamise protsessile võimaldab hinnata iga individuaalse MIPSi küpsusastet, et planeerida selle kasutuselevõttu ja arendamist.** Seega on vajalik kujundada selged kvaliteediindikaatorid ja hindamisraamistik, mille alusel MIPSide vastavust tõendus põhisele hinnata. Selge ja läbipaistva hindamisraamistiku olemasolu võimaldab MIPSide võrgustiku juhtrühmal keskenduda üksikute MIPSide maaletoomise asemel koostööd toetava "teejuhi" kirjeldamisele ja haldamisele, tänu millele saavad MIPSide arendamisega ja piloteerimisega tegeleda valdavas osas kandidaadid/taotlejad ise. Hindamise protsessist saab õppust võtta nt TalTechi [terviserakenduste hindajast](https://taltech.ee/terviserakendused)²⁷⁷ ja Tervisekassa [digilahenduste teejuhist](https://www.haigekassa.ee/partnerile/digilahendused-tervishoius/digilahenduste-teejuht)²⁷⁸. Näiteks Inglismaal juhitudakse MIPSi teenuste hindamisel, väljatöötamisel ja pakumisel NICE-standarditest, kusjuures eraldi juhised ja töörühm on loodud ka digitaalsete lahenduste hindamiseks ja IAPT teenuse mudelisse integreerimiseks. Ka aruteluseminaril jäi kõlama, et tegelikult on juba olemas väga palju algatusi ning mitmeid teenuste osutamisest huvitatud osapooli, ning et neid ressursse tuleks süsteemi loomisel ära kasutada ja tagada sobivate lahenduste integreerimine riiklikku süsteemi. Samuti toodi välja, et sealjuures on oluline tagada riiklike teenuste kvaliteet ja teaduspõhisus, et vältida mitted sobivate teenuste rahastamist ja levitamist.

Sekkumiste ja väljaõppe kvaliteedihindamist viib läbi vastavate pädevustega spetsialistide rühm, tuginedes kvaliteedistandardis kirjeldatud sobivuskriteeriumidele. Hindamine on osa keske struktuuriüksuse vastutusalast, seda saavad läbi viia selle liikmed või selle jaoks struktuuriüksuse poolt volitatud spetsialistid. Aruteluseminaril pakuti välja, et keskne struktuuriüksus saaks Eesti puhul asuda Sotsiaalministeeriumis ning hindamise, koolituste koordineerimise ning teavitustöö eest vastutada Tervise Arengu Instituut.

Seega on juhtrühma üheks ülesandeks koostada kvaliteediindikaatorid ja kvaliteetse MIPSi (loomise) juhend lähtudes kvaliteedikriteeriumitest, kusjuures eraldi standardid peaks seadma vähemalt järgnevalele osadele:

- sekkumiste kvaliteedi standard – riiklikult on koordineeritud üksnes vastavushindamise läbinud tõendus põhised MIPSid;

²⁷⁷ Tallinna Tehnikaülikool. Terviserakenduste hindaja. (2022) <https://taltech.ee/terviserakendused>

²⁷⁸ Eesti Haigekassa. Digilahenduste teejuht. (2022) <https://www.haigekassa.ee/partnerile/digilahendused-tervishoius/digilahenduste-teejuht>

- teenusepakkuja pädevuste standard – riiklikult toetatud MIPSe saavad osutada ainult kindlale väljaõppe-/pädevusstandardile vastavad spetsialistid;
- sekkumiste osutamise protsessi standardid, sh omakorda:
 - teenusesaaja hindamise standard – kes, millega, kuidas ja millal hindab;
 - juhtumikorralduse ja koordineerimine standardid, sh sekkumistele suunamise standardid (mille alusel toimuks süsteemi astemetel üles-alla, süsteemi sisse-välja liikumine jne);
- andmestandardid – indikaatorite paketi kindlaksmääramine, mis võimaldab sekkumiste efektiivsust hinnata.

Sekkumiste mõju hindamine astmelise abi mudelis peaks olema pidev protsess, kusjuures peab olema kirjeldatud ja teada ka see, mis juhtub siis, kui sekkumisel ei ole minimaalset soovitud mõju.

4

MIPSide väljatöötamisel ja pakkumisel peab selgelt defineerima sekkumiste sihtrühma(d).

Selleks, et loodavad sekkumised oleks võimalikult efektiivsed ning jõuaks nende inimesteni, kes neid enim vajavad ja kes neist enim kasu saaksid, tuleb sekkumised maale tuua või luua tuginedes sihtrühma(de)le: **sekkumised peavad olema sobilikud ja lihtsalt kättesaadavad neile, kellele need mõeldud on**. Seega tuleb selgelt defineerida, kui spetsiifiline või laiahaardeline konkreetne sekkumine on ning mis on selle osutamise eeltingimused. Välisriikide analüüsidele ja Eesti aruteluseminarile tuginedes on sekkumiste loomiseks kaks võimalust: 1) luua primaarse ennetuse alla kuuluvaid sekkumisi, mis jõuaksid võimalikult paljudeni ehk võimalikult laia sihtrühmani või 2) luua sekundaarse ennetuse alla kuuluvad kitsama(te)le sihtrühma(de)le (kas ainult konkreetsete diagnoosidega või ka vastavate sümptomitega isikutele) suunatud sekkumised, ennetamaks suurema tervisekahju väljakujunemist. **Nii laiapõhjalised kui kitsale sihtrühmale suunatud sekkumised saavad ja peaksidki toimima astmelise abi mudelis paralleelselt (st, ühe kasutamine ei välista teist), küll aga tuleb iga sekkumise puhul selgelt eristada, kellele see suunatud on**. Ka aruteluseminaril osalenud eksperdid ja spetsialistid töid välja, et Eestis on vajadus mõlema järele. Varasemates soovitustes käsitletud ressursside kaardistamine loob esmase aluse arusaamaks, mida ja kellele juba praegu pakutakse, kas on käepäraseid võimalusi võimenduseks ning kus on suurim vajadus madala intensiivsusega sekkumiste järele.

Luues või kohandades üldisemat sekkumist on võimalik jõuda rohkemate inimesteni, kuna sekkumine pole nii spetsiifiline, küll aga on ka oht, et sekkumine pole nii tõhus ning sekkumisprogrammist väljalangejate hulk on suurem võrreldes spetsiifilisemate sekkumistega. Sekkumised peavad olema kättesaadavad kõigile earühmadele ja kõikides piirkondades (vajadusel erinevatel viisidel) ning võimalusel ka nii eesti, vene kui inglise keeles. Samuti tuleb mõelda sellele, milline meetod võimaldaks jõuda võimalikult paljude sihtrühma kuuluvate inimesteni ja oleks võimalikult paljudele neist ka mugav kasutada. Näiteks on juba täna erinevatel veebilehtedel (nt peaasi.ee, vaikuseminutid.ee, lahendus.net) kättesaadavad erinevad vaimse tervise eneseabiprogrammid ja infomaterjalid, mis on mõeldud kasutamiseks igaühele, kes tunnevad, et neist võiks abi olla (nt vaimse tervise esmaabi koolitused).

Aruteluseminaril toodi välja, et lisaks üldisematele sekkumistele on oluline võtta kasutusele (või luua) ka spetsiifilisemaid sekkumisi, mis oleks suunatud kitsa(ma)le sihtrühmale. Sihtrühmaks võiks olla nt

vastav eagrupp, konkreetse psühhiaatrilise diagnoosiga isikud või need, kellel on elus hiljuti toimunud midagi traumaatilist (nt nurisünnitus, lähedase surm, raske diagnoosi saamine, sõda, lähisuhtevägivald) ning kes võiksid MIPSidest oma seisundi puhul abi saada (vaata ka soovitus nr 2). Konkreetse(te) sihtrühma(de) puhul kahaneb tulenevalt spetsiifilisusest potentsiaalsete teenusesaajate hulk, küll aga on sekkumine suunatud täpsematele kaebustele. Samuti tuleks tulenevalt sihtrühmast mõelda sellele, mis oleks kõige efektiivsem viis sihtgrupini jõudmiseks ning millisel kujul sekkumisest oleks sihtgrupile enim kasu – näiteks töid arutelus osalenud eksperdid välja, et keskealiste meeste sihtrühm jõuab vaimse tervise probleemidega tegelemiseni tihti silmatorkavalt hilja, mistõttu peaks tegelema spetsiifilisemalt selle sihtrühmani jõudmiseks tõhusamate strateegiatega väljatöötamisega.

5

MIPSide teenusepakkujad peavad olema väljaõppega ja/või täiendkoolituse läbinud spetsialistid. Teenusepakkujate koolitused peavad olema riiklikult korraldatud ja rahastatud ning modulaarse ülesehitusega.

MIPSide teenusepakkujaks saab inimene vastava täiendkoolituse läbimisel, sealjuures ei pea teenusepakkujad olema tervishoiutöötajad. Täiendkoolitustel võiksid saada osaleda kõik soovijad, kes vastavad pädevuskriteeriumidele, nt kellel on kõrgharidus tervise-, sotsiaal- või haridusteadustes ning läbitud vastav täiendkoolitus. Valmisolek laiaks spetsialistide kaasamiseks jäi kõlama nii Eesti aruteluseminaril kui ka eelkõige Soome ja Belgia näidetes.

Samuti on vajalik juba olemasolevate teenusepakkujate ja nende koolituste integreerimine samasse süsteemi. **Näiteks võiks luua teenuseosutajate registri** (kiire lahendus: MIPS teenuseosutajate register, koos vastavate MIPSidega, mida inimene saab osutada; süsteemne lahendus: kõigi valdkondade madala intensiivsusega terviseteevuste ja nende osutajate register). Sinna registrisse lisatakse MIPSide hindamismeeskonna heakskiidu järel ka juba olemasolevaid teenuseid ja vastavaid teenuseosutajaid. Aruteluseminaris osalejad töid välja, et üheks võimaluseks on arendada koostööd keskkonnaga vaab.ee²⁷⁹, kes on alustanud tervishoiutöötajate ja vaimse tervise spetsialistide kontaktide koondamist – koostöös nende juba olemasolevate kontaktidega, saab töötada välja mahukama registri, mille põhjal saaks ka MIPS teenusepakkujate üle süsteemse ülevaate.

Lisaks konkreetsele väljaõppele ja/või sertifikaadile on samas mitmete välisriikide ekspertide sõnul **oluline ka teenusepakkuja oskus praktikas inimes(t)ega ehk teenusesaajatega suhelda ja töötada.** MIPS teenusepakkujate väljaõpe peaks seega hõlmama mitte ainult meetoodika teoreetilist õppimist, vaid ka selle rakendamise omandamist ja hindamist, st väljaõppe kohustuslik osa peaks olema ka rakendusoskuste treening. **Samuti on vajalik, et teenusepakkujal oleksid teadmised tervest vaimse tervise astmelise abi süsteemist ning ka olulisematest muudest seonduvatest teenustest.**

MIPSide teenusepakkujate koolituste väljatöötamisel tuleks kombineerida Soome modulaarsete koolituste süsteemi näide ning Eesti vajadused ja ekspertide soovitusel. Analoogselt välisriikide

²⁷⁹ <https://vaab.ee/> kuulub täna pea 3000 spetsialisti, kes on valmis Eesti ühiskonda toetama oma teadmiste ja oskustega, sh on eraldi loendid meditsiinispetsialistide ja vaimse tervise spetsialistide kohta. Vaabiga liitumine ei kohusta spetsialisti millekski, kuid annab ülevaate valdkonnas toimuvast

praktikatele, tasub piirata MIPSide osutamise õigus spetsiaalsete täiendkoolituste positiivse läbimisega. Kõik need koolitused peaksid olema kättesaadavad ühest samast riiklikust keskkonnast - see suurendab nii koolituste info levikut, kättesaadavust kui ka usaldusväärsust - ning **koosnema iseseisvast e-õppest ja juhendatud praktikast**. Veebipõhine õpe on vajalik nii suurte koolitusmahtude kui ka Eesti madala asustustiheduse tõttu. Veebipõhist teooria õpet peaksid toetama praktikumid rakendusoskuste omandamiseks, sealjuures vastavalt sekkumise iseloomule saab neid praktikume läbi viia kas *online*-keskkonnas või füüsiliste kohtumistena ning füüsiliste kohtumiste vajadusel tuleks tagada koolituste võrdväärne kättesaadavus kõigis maakonnakeskustes.

Koolituste väljatöötamisel tuleks lähtuda eelnevalt hinnatud koolitusvajadustest (mitte tugineda lihtsalt olemasolevatele koolitustele ja koolitajatele), kasutada tõendus- ja teaduspõhiseid pedagoogika ja andragoogika alaseid teadmisi (mitte lihtsalt ajaloolist praktikat) ning tagada kõigi erinevate MIPSide koolituste ühtne kvaliteet. Täiendkoolitused tuleks üles ehitada moodulitena, mille kombineerimisel on võimalik saavutada õigus erinevate MIPSide osutamiseks.

Lisaks tuleb nii MIPS teenusepakkujatele kui Suunanäitajatele (Suunanäitajate kohta loe rohkem soovitus nr 8 juurest) tagada supervisiooni saamise ja juhtumite arutamise võimalus vaimse tervise spetsialistide osalusel. Selline supervisiooni kasutamine on levinud ka Inglismaa, Belgia ja Soome näidete juures ning seda rakendatakse nii spetsialisti arengu toetamiseks kogemuste vahetamisega kui ka läbipõlemise ennetamiseks.

6

Astmelise abi süsteemi toimimiseks peab keskne struktuuriüksus arendama välja tõhusa ja järjepideva koostöövõrgustiku. Ka tuleb luua ühtne digitaalne platvorm, kus esitleda MIPSi, hallata võrgustiku ja juhtrühma vahelist suhtlust ning koguda teenusepakkujate kaudu ja ühtsete standardite alusel andmeid teenustele suunamiste, teenusel liikumiste ja teenuste tulemuslikkuse kohta.

Astmelise abi pakkumisel on kriitiliselt oluline sujuv ja tõhus koostöö erinevate süsteemi osapoolte vahel. **Seega on vajalik töötada välja koostöövõrgustik erinevate süsteemi osapoolte (juhtrühm, partnerasutused, teenusepakkujad erinevatel astmetel) vahel, sh jagades vastutused ja ülesanded ning tagades nende integreeritus erinevate osapoolte vahel.**

Osapoolte vahelise koostöö ülestöötamisel on oluline kohtumiste toimumine, et tagada usalduslik ja jätkupidev koostöösuhe erinevate süsteemi osapoolte vahel. Näiteks inglise eksperdi sõnul on kriitiline, et sellise lobitöö tähtsust ei alahinnataks ning Inglismaal toimus erinevate osapoolte vahelise koostöösuhte loomine ja arendamine silmast silma kohtumistena mitmel IAPT programmi algusaastal. **Koostöövõrgustikku tuleb mh kaasata erinevad osapooled, kelle kaudu inimesed MIPSideni jõudma hakkavad**, nt perearstid, kogukonna organisatsioonid, haridusasutused, sotsiaalhoolekande asutused jne. Samuti peaks koostöövõrgustiku loomisel arutama läbi selle, millistes füüsilistes ruumides ollakse (kogukonna tasandil) võimelised teenuseid osutama. Selleks on oluline kaasata koostöövõrgustikku ka KOVide esindajad osapoolena. Inglismaa IAPT mudeli juures on lisaks süsteemi suunajate ja teenusepakkujatega oluliseks peetud ka koostööd andmeanalüütikute ning tööturuekspertidega, et ühest küljest tagada teenus(t)e kohta kvaliteetne andmekogumine ning teisalt toetada teenusesaajaid tööturule jõudmise ja/või seal püsimisega.

Lisaks on koostöö kavandamisel oluline, **et koostöövõrgustikul oleks ühtne digitaalne platvorm, kuhu on koondatud kogu vajalik info MIPSide kohta ning mis toimiks ka võrgustiku erinevate osapoolte vahelise suhtlusplatvormina.** Ka potentsiaalsetel MIPSide maaletoojatel või arendajatel on vajalik saada süsteemset infot juba olemasolevate MIPSide kohta, seega ka arendust vajavate teemade kohta. Digitaalplatvormi sisu ja arendamine on keskse MIPSide struktuuriüksuse vastutusala ning selle sisu ja ülesehituse selgitamiseks on vajalik viia läbi täiendavaid uuringuid (vt ka ptk 5.3). Ka aruteluseminaril toodi välja, et oluline on selge kommunikatsioon ja killustatuse vähendamine, sh vältida paljude eri platvormide teket.

Eelmainitud digitaalse platvormi kolmas oluline aspekt on **andmete koondamine ja avaldamine.** Selleks, et tagada pakutavate teenuste tulemuslikkuse järelevalve, märgata teenuste (p)arendamisvajadusi ning tagada infovahetus teenusesaajate liikumise kohta astmelise abi mudelis, on vajalik, et kõik süsteemi osapooled koguksid ja avaldaksid andmeid teenusesaaja ja teenuse kohta ühtsele digitaalsele platvormile. **Platvormile teenuse indikaatorite sisestamine peab toimuma ühtsete standardite alusel ja konkreetset määratletud ajapunktidel – selleks on vaja, et juhtrühm töötaks välja juhismaterjali teenuse osutamise kohta andmete kogumiseks.** Andmete juhise alusel sisestamine tagab ka sekkumiste mõju pideva hindamise ning nende järjepidev avaldamine muudab süsteemi läbipaistvamaks ja usaldusväärsemaks. Näiteks Inglismaal sisestavad kõik IAPT teenusepakkujad ühtsete standardite alusel kindlatel ajahetkedel infot inimeste teenusele suunamise, ooteaegade, teenusele sisenemiste ja teenuselt väljumiste, mõõdetud indikaatorite jmt kohta kesksele IAPT platvormile. Nende andmete põhjal koostatakse ka tulemuslikkuse ülevaateid, identifitseeritakse teenuste arendamisvajadused ning need on igaühele avalikult kättesaadavad Power BI tarkvaral põhineval interaktiivsel platvormil. Ka intervjuus Soome eksperdiga toonitati, et ka nemad oleksid soovinud Inglismaaga sarnast andmete kogumise ja avaldamise süsteemi kasutada, kuid kahjuks ei õnnestunud neil enda andmeplatvormi ja andmekogumise standardeid esmalt nii süsteemselt üles ehitada (mh seotud sellega, et vastavad andmed ei kuulu mitte riigile, vaid KOV-idele/heaolupiirkondadele).

Seega peaks kesksel MIPSide digitaalselt platvormil olema erinevad vaated (*interfaces*) nii abivajajale ja teenusesaajale (selle kohta loe lähemalt ptk 5.2. mudeli esimese taseme juurest) kui ka võrgustiku erinevatele osapooltele (nt teenusepakkuja, KOVi esindaja, struktuuriüksuse liige). See, mitu erinevat vaadet on vajalik luua ning milline peaks olema nende sisu ja ülesehitus, on vaja välja selgitada jätku-uuringuga.

7

Astmelise abi raames pakutavate MIPSidga peab integreerima digilahendused.

Üheks efektiivseks ja paindlikuks meetodiks nii MIPSide levitamisel kui ka pakkumisel on digilahendused, **millie abil on võimalik viia sekkumine ka teenusesaajani, kellel muidu on kas piiratud või puudulik ligipääs sellisele sekkumisele.** Kuna astmelise abi pakkumisel on oluline, et MIPSid jõuaksid abivajajateni laialdasemalt ja kiiremalt, on digilahenduste kasutamine selle eesmärgi täitmisel väga oluline ja tõhus meede. Nt on Belgias ja Soomes loodud veebilehti ja platvorme, mis võimaldavad jagada teaduspõhist infot ja ka viia läbi veebinõustamisi või juhendatud (eneseabi) kursusi. Inglismaal on digiteraapiate pakkumine IAPT mudeli raames üha populaarsem, **kusjuures digilahendused peavad vastama NICE poolt seatud standarditele ja kõigi mudeli raames**

pakutavate digilahenduste kohta koostatakse teenusepakkujatele standardiseeritud manuaalid. Lisaks võimaldavad digilahendused optimeerida ja ka kokku hoida teenusepakkujate aega ja teisi ressursse, kuna sekkumise läbiviimiseks ei pea nt teenusepakkuja ja -saaja iga kord kohtuma füüsiliselt samas ruumis või puudub spetsialisti (pideva) kohaloleku vajadus sootuks. Ka teaduskirjandus viitab üha enam digilahendustel baseeruvate (ja distantsilt toimivate) vaimse tervise sekkumiste tõhususele ja on antud soovitusi neid praktikaid süsteemsemalt ja laiemalt vaimse tervise hoius ära kasutada, kombineerides neid võimalusel kontaktkohtumistega²⁸⁰.

Kohe MIPSide süsteemse haldamise alguses tuleb digilahenduste kasutamine ja rakendamine integreerida teenuse osutamise ja koolituse tavapäraseks osaks. See omakorda tähendab vastava süsteemi ja standardite loomist, et oleks selge, millistele teenusesaajatele ning mis juhtudel teenus ja sellega seotud digilahendus sobilik on. Lisaks tuleks tagada, et mingeid samaväärseid teenuseid oleks võimalik saada ka neil inimestel, kes kas väiksema digipädevuse või tehniliste võimaluste tõttu ei saa digilahendustega teenuseid kasutada.

Digilahenduste puhul on oluline mõelda ka andmeturbe aspektile, st kõik andmed (eriti isikuandmed) peaksid olema kaitstud ja hoiustatud turvaliselt ning et digilahendus oleks vastavuses andmekaitseseadusega. **Kui lahendus annab tervisealast nõu või suunab teenusesaajat tervisealaseid otsuseid langetama, siis on tegemist meditsiiniseadmega, mis tuleb eraldi registreerida.** Samuti on oluline tagada nii teenusepakkujatele kui ka -saajatele vajalikud vahendid (sh vajalikud seadmed, tagada stabiilne ja kiire internetiühendus) digilahendite pakkumiseks. Ka digilahenduste pakkumisel peaks järgima MIPSidele seatud tõendus- ja teaduspõhisuse standardeid, nt Inglismaal on digilahenduste IAPT programmi raames pakkumiseks eraldi standardid, mida kontrollitakse ning eraldi tööühm, kes koostab digilahenduse kasutamisjuhendi.

Põhjaliku ülevaate Eestis kasutusel olevatest digilahendustest on nt teinud Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kaasprofessor Jürisson²⁸¹ ning mõned juba kasutusel olevad digilahendused (nt enesetestid, infomaterjalid) on toodud välja ka Enesetunde lehel²⁸². Seega oleks üheks võimaluseks Enesetunde lehe loojate ja haldajatega koostööd teha ning lehega integreerida veel digilahendusi (nt veebinõustamine, juhendatud eneseabi, *online*-koolitused).

8

Tuleb töötada välja algoritm, mille abil Suunanäitaja teenusesaajat Eesti astmelise abi süsteemi kolmandal tasemel suunab. Teenusesaaja liikumist astmelise abi süsteemis peab toetama vastavate pädevuste ja oskustega Suunanäitaja.

Teenusesaaja korrektseks suunamiseks süsteemi sees on vajalikud **ühtsed valideeritud hindamisvahendid ja algoritmid, millele tuginedes teenuse valik toimub.** Lisaks on vajalik ka nende sekkumiste väljatoomine vastavates **ravijuhendites.** Suunamised peavad olema kirjeldatud nii astmelises süsteemis "alt üles" ja "ülevalt alla" liikumise kohta kui ka väljastpoolt süsteemi sisenemise ning süsteemist väljumise kohta. Teenusesaaja suunamiseks on kasutusel näiteks Soomes

²⁸⁰ Lattie, E. G., Stiles-Shields, C., & Graham, A. K. (2022). An overview of and recommendations for more accessible digital mental health services. *Nature Reviews Psychology*, 1(2), 87-100.

²⁸¹ Jürisson, M. (2022). *Vaimse tervise veebirakendused. Teaduskirjanduse ülevaade ja soovitusel.* [Raport].

²⁸² Enesetunne. (s.a.) Avaleht – Enesetunne. <https://enesetunne.ee/>

teraapiavaliku abivahend *Terapianavigaatori* (ingl k *Finnish Therapy Navigator*), Austraalias otsustust toetav tööriist *Decision Support Tool* (ehk *DST Link-me*), Inglismaal juhindutakse hindamisprotsessis NICE-standarditest teenuse valikuks jne. Soome näitel täidab teenusesaaja hindamise käigus kasutatavaid enesekohaseid küsimustikke juba spetsialistiga kohtumise eelselt veebikeskkonnas, et hoida kokku kohtumisele kuluvat aega. Eeltäidetud tulemusi saaks kas edastada tervise infosüsteemi koheselt isikustatud kujul või siis seostada anonüümsed tulemused mingi identifikaatoriga (nt genereeritakse unikaalne kood), mille teenusesaaja edastab spetsialistile, kes saab sellega tema tulemusi tervise infosüsteemist väljaspool vaadata. Hindamisvahendite hulka võib lisaks valideeritud enesekohastele mõõtevahenditele kuuluda ka (pool)struktureeritud intervjuu, mida Suunanäitaja abivahendina kasutada saaks. Hindamisvahendite abil peaks olema võimalik kaardistada vaimse tervise probleemide valdkondi, mille osas MIPSid kasutusele võetakse ning hindamisvahendid peavad olema lisaks probleemide kaardistamisele võimalised tuvastama ka teenusesaaja teenuse saamise motivatsioonitaseme ning võimaldama tuvastada tema jaoks parima pakutava(te) MIPSide sekkumisstrateegia. Hindamisinstrumente peab olema ajas võimalik korduvalt kasutada, et hinnata dünaamilist seisundi muutust, MIPS mõju vaimsele tervisele, patsiendi heaolule, ühiskonda panustamise muutusele. Kõigile neile tingimustele vastavate sobilike hindamisinstrumentide selekteerimiseks on vajalik viia läbi jätku-uuring.

Selleks, et inimene jõuaks enda vajadusi ja olukorda arvestades sobiliku (kulu)tõhusa abini, aitab teda näidismudeli kolmandal tasemel (vt Joonis 12) Suunanäitaja, kes järgib põhimõtet, et sekkutakse nii vähe kui võimalik ja nii palju kui vajalik. **Suunanäitajaks on teenusesaajaga vahetult suhtlev spetsialist**, mitte vestlusrobot ega veebipõhine algoritm (küll aga saab Suunanäitaja digilahendusi oma töös rakendada), **kelle eesmärgiks on standardiseeritud ja valideeritud metoodikat kasutades tuvastada erinevat tüüpi ja raskusastmega vaimse tervise alase probleemiga inimesele temale kõige paremini sobiv abi liik ja abi rohkus**. Suunanäitaja peab olema lisaks konkreetsete sekkumiste juurde juhatamisele pädev ka ise mõningaid MIPSi läbi viima, st Suunanäitaja on ühtlasi ka ise MIPS teenusepakkuja, kuid kõik teenusepakkujad ei ole automaatselt Suunanäitajad. Suunanäitaja saab suunata inimese sekkumisele erinevatel astmelise abi mudeli astmetel, nii MIPSidele kui ka pere- või eriarstiabisse, samuti saab suunanäitaja suunata inimese ka tervishoiusüsteemist välja – seda juhul, kui inimese vajadus on väljaspool mainitud tugisüsteeme (nt sotsiaalhoolekanne, tööle naasmise nõustamine vm). Nii kõrgemale (ehk näidismudeli puhul neljandale ja viiendale tasemele) kui madalamale (ehk näidismudeli puhul esimesele ja teisele tasemele) kui ka konkreetse MIPSi suunamine põhineb seisundi hindamisel - **ühtegi suunamist ei toimu, kui konkreetsetele indikaatoritele toetuv ja algoritmil baseeruv seisundi hindamine on teostamata**. Hindamine peab toimuma nii sekkumisele eelnevalt kui ka sekkumise lõpus (mil seda viib läbi antud sekkumise läbiviija). Hindamine peab toimuma ühtsetel alustel üle kõikide sekkumistel, st käibel on ühtne hindamisstandard, mis baseerub jälgitavatel kvaliteediindikaatoritel.

Suunanäitaja informeerib ja motiveerib astmelise abi mudelisse sisenenud inimest, aitab langetada valiku teenuse teekonna üle, hindab indikaatorite põhiselt teenusesaaja seisundit, on vajadusel vahendajaks teenusele suunaja ja teenusesaaja suhtluses ning jälgib teenusesaaja raviteekonna läbimist. Suunanäitaja peab olema võimeline otsustama astmelise abi süsteemis teekonna valiku üle koostöös teenusesaajaga, võttes arvesse ekspertteadmisi erinevate teenuste kohta ning teisalt teenusesaaja vajadusi, soove ja ressursi sekkumisi läbida. Potentsiaalse MIPS teenusesaaja vaimse tervise probleeme tuvastanud isikul (sh meditsiinitöötajal, sotsiaal- ja haridusvaldkonna esindajal, hoolekande ja kogukonna tasandi spetsialistil) peab olema võimalik

abivajaja suunata suunanäitaja juurde, kes aitab tal astmelise abi süsteemis orienteeruda ja talle sobilik teenuse teekonda leida, sarnast rolli täidavad Inglismaal esmase hindamisprotseduuri raames IAPT terapeudid. **Suunanäitaja juurde on võimalik jõuda ka keske digiportaali kaudu** (kus on ka võimalus täita vastavaid enesekohaseid küsimustikke, mille kohta info jõuab samuti Suunanäitajani).

Kõrgema taseme (joonisel 12 tasemed 3-5) vaimse tervise teenusteni jõuab mudelisse esimeselt või teiselt tasemelt sisenenud teenusesaaja ainult läbi Suunanäitaja, kes viib abiotsijaga läbi täiendava seisundi hindamise, tutvustab talle tema probleemist ja eagruppi kuuluvusest tulenevalt pakutavate MIPSide valikuid, motiveerib inimest programmis osalema ning jälgib inimese osalust kolmanda taseme raviteekonna läbimisel. Vajadusel saab Suunanäitajaga esmakohatumise etapis koguda ka nõusolekuid andmete töötlemiseks (nt raviotsuseks vajalikud andmed, statistikaks kogutavad andmed). Ka vaimse tervise spetsialistid, perearstid, töötervishoiuarstid, erakorralises või muus eriarstiabisüsteemis töötavad ehk näidismudeli neljanda ja viienda taseme spetsialistid saavad inimese suunata MIPSile üksnes Suunanäitaja vahendusel, et standardiseerida seisundi hindamisprotsessi, info pakkumist abiotsijale ja MIPSide rakendamise kuluefektiivsuse kohta kogutava info laekumist.

Suunanäitajaga peab olema võimalik kohtuda kontaktvastuvõtu, telefonivestluse või veebivestluse teel. Samuti tuleb kokku leppida ja tagada Suunanäitajaga esmase kohtumise võimalus teatud aja jooksul. Suunanäitaja töötab tööajal, teenus ei ole mõeldud olema kättesaadav 24/7. Alustuseks tuleb välja töötada suunanäitaja pädevuste kirjeldus, väljaõppe õpiväljundid ning korraldada väljaõpe. **Suunanäitaja rolli täpsemaks kirjeldamiseks (sh tema eelduste, pädevuste, väljaõppevajaduse, tööülesannete ja vastutuse) on vajalik viia läbi jätku-uuring, kuid oleme siin toonud selle rolli esmase kirjelduse.** Muuhulgas peab Suunanäitaja:

- oskama läbi viia vaimse seisundi ja sekkumisprotsessi sisenemise motivatsioonitaseme hindamisi selleks ette nähtud hindamisvahenditega ja interpreteerida nende tulemusi;
- oskama anda tulemuste põhjal edasist nõu, sh abistama sobivaima MIPSi või programmi valiku langetamisega;
- omama teadmisi MIPSide olemusest ja meetodikatest ning sagedasematest raviteekonna katkemiste põhjustest, et nende osakaalu ennetavalt vähendada
- olema ise vähemalt ühe MIPSi teenusepakkujaks.

Teenusesaajal ei ole võimalik riiklikult rahastatud MIPS teenusele siseneda, kui ta keeldub hindamisvahendite täitmisest ja koostööst Suunanäitajaga. Sel juhul on inimesel võimalik psühholoogilisi (sh madala intensiivsusega) sekkumisi tarbida vastavaid teenuseid pakkuvates erasektori süsteemides.

9

Astmelise abi ja MIPSide osas peab toimuma ühiskonnas järjepidev ja võimestav teavitustöö.

Lisaks sellele, et astmelise abi toimimiseks on vajalik ehitada üles koostöö erinevate osapooltega riiklikul ja kogukondlikul tasandil, on vaja ka harida erinevaid osapooli ja sihtrühmi MI(P)Side ja astmelise abi teemal – kui osapooltel puudub arusaam astmelise abi mudelist ja selle eesmärgist, siis ei pruugi inimesed teenusteni jõuda ehk n-ö mudelisse siseneda. **Keske struktuuriüksuse ülesandeks on pidevalt koordineerida astmelise abi mudeli ja MI(P)Side alast teavitustööd ja turundamist terves riigis.** Selleks on vajalik teha nii lobitööd erinevate võrgustiku osapooltega kui ka korraldada laiahaardelisi kampaaniaid. Lobitöö vajalikkust töid konkreetselt välja ka

intervjueeritud Inglismaa ja Belgia eksperdid, kuna see on olnud olulisel kohal nii IAPTi mudeli kui ka Belgia vaimse tervise võrgustiku loomisel ja rakendamisel.

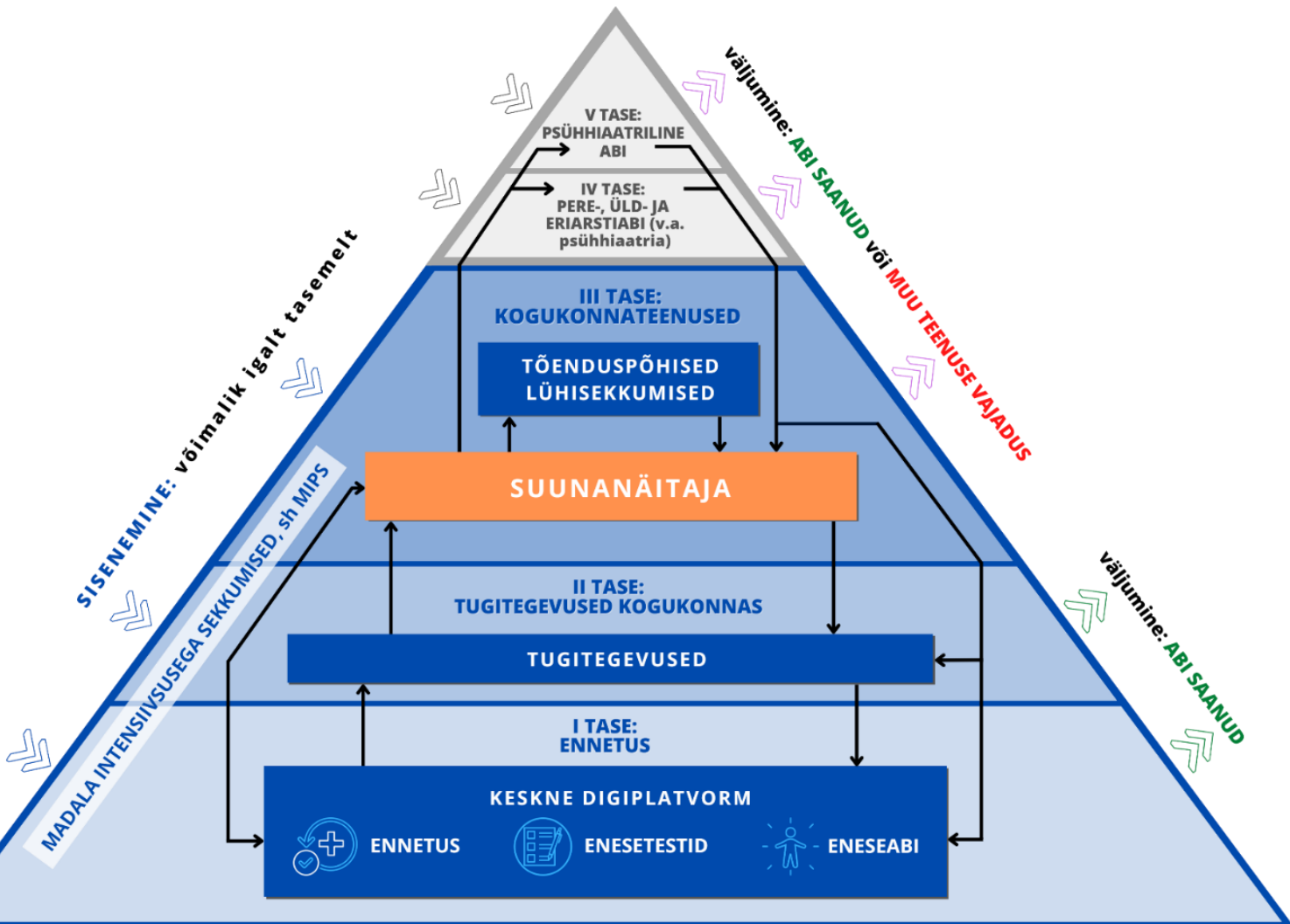
Teavitustöö peab olema eesmärgipärane: kaasatud peavad olema nii ühiskond laiemalt kui ka eri riskigrupid, teenuseosutajad, osutamisel ja arendamisel osalevad avaliku sektori asutused jt. Samuti peab toimuma nii teenuseosutajate kui ka -saajate süsteemne MIPSide alane harimine. On oluline, et nii teenuseosutaja ja -saaja tunnevad abi- ja pöördumise liike ning mõistavad teenuseosutajate pädevusi. See aitab nii teenuseosutajal kui -saajal hinnata millisel hetkel milline abi teenusesaajale sobilik on. Vajadust inimeste vaimse tervise harituse edendamise järele töid välja ka aruteluseminaril osalenud Eesti eksperdid. Nt on nii Belgias, Soomes, Inglismaal ja ka Eestis korraldatud eri kampaaniaid tõstmaks üldiselt rahva teadlikkust nt depressioonist või ärevushäiretest ehk teavituskampaaniad on üheks võimaluseks, kuidas viia inimesteni vajalik info MIPSidest ja astmelise abi võimalustest.

5.2. Näidismudeli kirjeldus

Vaimse tervise säilitamist ja parendamist soodustava astmelise abi näidismudeli Eestile oleme käesoleva uuringu põhjal jaotanud viieks tasemeks (vt joonis 12). Kuigi meie uuringus keskendusime just madala intensiivsusega **psühholoogiliste** sekkumiste rakendamise- ja laiendamisevõimalustele Eestis vaimse tervise abi pakkumisel, ei saa mudelist isoleerida ka muid madala intensiivsusega sekkumisi, mis võivad inimeste vaimse tervise edendamisel ja parandamisel kasulikuks osutada, seda eriti kogukondlikul tasandil. Madala intensiivsusega sekkumiste (MIS) süsteem, mis hõlmab ka madala intensiivsusega psühholoogilisi sekkumisi (MIPS), koosneb meie näidismudelis kolmest tasandist: **I tase ehk ennetus, II tase ehk tugitegevused kogukonnas ning III tase ehk kogukonnateenused**. Neil n-ö alumistel tasemetel paiknevad MIPSid pakuvad aga ka laiapõhjalise ja toetava alustala mudelis täiendavalt joonisele lisatud IV ja V tasemel paiknevale vaimse tervise abi süsteemile. Seega on joonisele toodud ka IV tase ehk vaimset tervist toetavate ja taastavate teenuste pakkumine pere-, üld- ja eriarstiabi (va psühhiaatrilisel) tasandil ja V ehk psühhiaatrilise abi tase, mis küll kumbki pole selle uuringu fookuses. Järgnevalt keskendume joonise kohta täiendavate selgituste pakkumisel I-III tasemel pakutavate teenuste kirjeldamisele, kuhu paigutuvad ka MIPSid. Oleme näidismudeli tasemed esitanud kolmnurga kujul, kuna

- 1) **mudeli eesmärk on kujutada inimese (abivajaja) liikumist erineva taseme abi ja teenuste vahel**, mis toimub dünaamiliselt, st inimene saab liikuda kõigi astmete vahel, mitte vaid ühes lineaarses suunas või ühe taseme sees, millele viitaks horisontaalne joonis;
- 2) sel kujul tasemete esitamine kannab ühtlasi infot ka sellest, **mis tasemel on kõige laiemad, kõige enam kättesaadavad ning kõige enam tarbitavad (ehk kõige laiemale sihtrühmale) suunatud tegevused** vs mis tasemel on kitsamad ja spetsiifilisemad tegevused – MIPSid paiknevad kolmnurga kolmel alumisel, teineteisest mõtteliselt eraldatud tasemel, sh enim tarbitakse ennetustasemel paiknevad võimalusi ja MIPSide esmast kesket digitaalplatvormi, väiksem hulk inimesi tarbib tugitegevusi ning omakorda veel väiksem hulk kogukonna tasandil pakutavaid teenuseid;
- 3) üleminekud eri taseme tegevuste ja teenuste vahel on dünaamilised ning lisaks võivad inimesed tarbida **samaaegselt mudeli eri tasemetel pakutavaid tegevusi** – seetõttu ei ole mudel kujutatud teineteise peal asetsevate lineaarsete astmete või plokkidena;

- 4) inimese mudelis liikumise keskseks koordineerijaks on kolmandal tasemel paiknev Suunanäitaja, **kel on vastavad pädevused ja vastutus juhtida abivajaja liikumist mudelis**, sh suunata inimest sobiva taseme teenuste juurde.



Joonis 12. Astmelise vaimse tervise abi näidismudel Eestile

I tase

Meie astmelise abi näidismudelis on ennetusele suunatud lahendused inimese jaoks maksimaalselt automatiseeritud, keske MIPSide veebiplatvormi põhised ning sobiva info või abini jõudmine toimub spetsialisti sekkumiseta automatiseeritult. **Sellel tasemel on oluline roll juhendamata eneseabimaterjalide pakkumisel:** pakutakse nii mure-, seisundi- ja/või olukorraspetsiifilisi lugemismaterjale iseseisvaks läbitöötamiseks kui ka juhendamata eneseabilahendusi, nt lühiajalist digiteraapiat, mida inimene läbib iseseisvalt.

Ennetuse tasemel on kesksel kohal digitaalne platvorm, mis on iga süsteemi siseneja jaoks süsteemis liikumise alguspunktiks. MIPSide veebiplatvormil on olemas esmased materjalid enamlevinud vaimse tervise probleemide ja nendega toimetuleku kohta ehk platvorm täidab üldise

(vaimse tervise) tervisedenduse ja terviseharituse ning psühhoarimise rolli. Samuti võiks kaaluda platvormi juurde vestlusroboti integreerimist. Lisaks on seal esitatud viited ja suunised ka teiste asjakohaste ja heakskiidetud veebiplatvormide ja materjalideni (nt peaasi.ee, lahendus.net, vaikuseminutid.ee, enesetunne.ee, tarkvanem.ee, alkoinfo.ee, tubakainfo.ee, toitumine.ee, terviseinfo.ee, hiv.ee, narko.ee jne).

Portaali teiseks oluliseks funktsiooniks on pakkuda kasutajale võimalust enesehindamiseks, **kasutades enesekohaseid küsimustikke enamlevinud vaimse tervise probleemide sõelumiseks.** Inimesel on veebilehel enesekohaste küsimuste põhjal võimalik oma seisundit hinnata ja saadud tagasiside põhjal astmelise abi mudelis edasi liikuda. Seisundi ja terviseriskide hindamise järgselt kuvatakse kasutajale küsimuste tulemuste põhjal automaatne tagasiside ning soovitus edasisteks võimalikeks sammudeks sobiliku abini jõudmiseks, nt eneseabi programmi soovitus lähtudes konkreetsetest riskidest. Juhul, kui sobivaid variante on hinnangu põhjal enam kui üks, pakutakse inimesele valikut. **Kogu tegevus digitaalse platvormi esimesel tasemel toimub anonüümselt, sh enesekohaste testide täitmine.** Esimese taseme kaudu astmelise abi mudelisse sisenemiseks ei ole vanusepiirangut, kuid siiski peaks digiplatvormil olema võimalik täita enesekohaseid teste eraldi teismelistel (neile sobivad testivariandid) ning täisealistel. **Testide selekteerimiseks ja nende täitmisega seotud täpsema kirjelduse ja juhiste koostamiseks on vajalik viia läbi jätku-uuring.** Samuti on vajalik viia läbi jätku-uuring selgitamaks ja kirjeldamaks detailsemalt MIPSide digitaalse platvormi olemust, funktsioone ja ülesehitust.

II tase

Näidismudeli teisel tasemel paiknevad **tugitegevused kogukonnas**, teise taseme kogukonna tasandil pakutavate tugitegevuste ja psühhosotsiaalse abi hulka kuuluvad nt erinevatele sihtrühmadele suunatud kogemusnõustamine ja tugigrupid, rasedus- ja kriisinõustamine, hingehoid, vabatahtlikud tugiisikud, kriisi- ja infotelefonid. Oluline on tagada selliste teenuste kättesaadavus inimese kodukoha lähedal ning ka nende tegevuste nähtavus, st et inimesed peaksid olema teadlikud kust ja kuidas oma kogukonnas selliste teenuste ja tegevusteni jõuda. Psühhosotsiaalne abi hõlmab paljusid toetavaid, vajaduspõhiseid tegevusi, mis parandavad inimeste heaolu- ja turvatunnet ning mõjutavad tema emotsionaalset seisundit, käitumist ja üldist toimetulekut soovitud suunas. Tegemist on tugisüsteemiga, kogukonnas olemasolevatele toetusmehhanismidega. Sellele tasemele on võimalik inimesel jõuda ka läbi Suunanäitaja soovitusel.

III tase

III tasemel paiknevad **tõenduspõhised kogukonnateenused ja sekkumised ning selle südamikuks on Suunanäitaja** (Suunanäitaja kohta loe rohkem ptk 5.1 soovitus nr 8 juurest). Suunanäitaja saab suunata inimese sekkumisele erinevatel mudelil astemetel, aga ka mudelist ja tervishoiusüsteemist välja, juhul kui inimese seisund vajab teist tüüpi abi (nt sotsiaalhoolekanne valdkonnast). Näidismudeli kolmandale tasandile paigutuvad ka MIPSide juhtrühma poolt kinnitatud tõenduspõhised, probleemipõhised ja eakohased lühisekkumised, mis on konkreetsete standardite alusel hinnatud ja kinnitatud ning mida viivad läbi vastava väljaõppe saanud spetsialistid (loe lähemalt ptk 5.1. soovitus nr 3 ja nr 5). Lühisekkumiste hulka võivad muuseas kuuluda nt sihtrühma-/teemafookusega psühholoogiline nõustamine (sh võib suunata nt Peaasi.ee, Palunabi.ee, Lahendus.net ressursideni), juhendatud eneseabi (nt Vaikuseminutid.ee), lühiteraapiad (nt iFightDepression) ja erinevad sekkumisprogrammid (nt Imelised Aastad, Kiusamisvaba Kool, SELGE jt). Oluline on, et pakutavad sekkumised vastaksid tõenduspõhisele ning et inimene jõuaks endale

sobiva sekkumiseni tuginedes ühest küljest tema vajadusi peegeldavatele mõõdetud indikaatoritele, suunanäitaja eksperthinnangule ning inimese enda eelistustele. Sobivale sekkumisele suunamisel võtab Suunanäitaja maksimaalselt arvesse kõike eeltoodut ning toetub otsuse tegemisel väljatöötatud algoritmile (vaata ptk 5.1. soovitus nr 8). Kolmandal näidismudeli tasemel on oluline juhendatud abi ehk spetsialisti kaasatus, kuid samas on endiselt oluline erinevate digilahenduste integreerimine sekkumiste juurde.

IV ja V tase

Abivajaja võib MIPSideni jõuda ka tervishoiusüsteemi kaudu, läbi tervishoiuspetsialisti suunamise. Vaimse tervise astmelise abi neljandal tasemel paikneb pere-, üld- ja eriarstiabitase, kus tegutsevad tervishoiusüsteemis vaimse tervise edendust toetavad spetsialistid väljaspool psühhiaatrilist abi. Sel näidismudeli tasemel tegutsevate meditsiinierialade hulka kuuluvad nt sisehaigused, ortopeedia, kardioloogia, neuroloogia, taastusravi, erakorraline meditsiin ja kiirabi jt. Näidismudeli viiendal tasemel paikneb psühhiaatrilise abi tasand. Selles uuringus käsitleme psühhiaatrilise abina diagnostilisi ja ravialaseid tegevusi, mida viivad läbi psühhiaatrid, vaimse tervise õed ja kliinilised psühholoogid jt tervishoiu tugispetsialistid nii ambulatoorselt kui ka statsionaarselt. Nii neljanda kui viienda taseme tervishoiuspetsialistid saavad nendeni jõudnud abivajajat suunata astmelise abi mudeli Suunanäitaja juurde, samuti võib Suunanäitaja vajaduse korral suunata mudeli alumistelt astmetelt temani jõudnud inimese kõrgema taseme abi teenuste ja spetsialistideni. **Selleks, et ka neljanda ja viienda taseme spetsialistid teaksid inimest, kellel MIPSidest kasu võib olla, õigeaegselt astmelise abi mudeli Suunanäitaja poole suunata, on oluline, et ka nende tasemete tervishoiutöötajad oleksid astmelise abi süsteemi ja MIPSidega hästi kursis ning koostöövalmid.**

5.3. Soovitused jätkuanalüüsideks

Selleks, et näidismudelit edasi arendada ning Eestis eelnevalt (loe ptk 5.1.) toodud soovitusi praktiliselt rakendada hakata, on vajalik viia läbi jätkuanalüüsid, mis uuriksid ja selgitaksid täpsemalt ja põhjalikumalt mitmeid käesolevas raportis toodud astmelise vaimse tervise abi ja MIPSide süsteemi edasiarendamiseks vajalikke teemasid. See on vajalik selleks, et kõik eeltoodud soovitustes pakutud ideed ja süsteemi osad toetuksid teadus- ja tõenduspõhisusele ning läbimõeldud, informeeritud ja realistlikult teostatavale tegevuskavale. Teisalt on oluline nende jätkuanalüüsides tegemisel pidada silmas ka kogu süsteemi terviklikkust ja seda, et erinevad vajalikud eeltegevused komplementeeriksid üksteist. Jätkuanalüüsides eesmärk on täpsustada, täiendada ja edasiarenda siin raportis toodud näidismudelit Eesti süsteemile (vaata ptk 5.1. ja ptk 5.2.). Toome siinkohal välja soovitused olulisteks täiendavat analüüsi vajavateks teemadeks:

- jätkuanalüüs selgitamaks ja kaardistamaks, **milline on Eestis hetkeolukord MIPSide ja nende teenusepakujate osas**, sh arvestada laiemalt ka MISE, mis ei ole otseselt psühholoogilised sekkumised, kuid millest võiks vaimse tervise abis kasu olla (nt tegevused, mis paigutuvad näidismudeli teisele tasemele), kirjeldada ja luua esmane süsteem sellest, kes, kus ja milliseid MI(P)Se pakub, millel sekkumised baseeruvad ja kas/kuidas on hinnatud nende tulemuslikkust, sh MIPSide tõenduspõhisus, tulemuslikkus, formaat ning teenuse osutajate pädevused jmt.;
- jätkuanalüüs selgitamaks ja kirjeldamaks, **millistel sihtrühmadel Eestis võiks laiemast MI(P)Side kättesaadavusest suurim kasu olla**, sh võttes arvesse nii seda, milline on erinevate vaimse tervise

häirete levimus, milliste vaimse tervise probleemide korral on MIPSidest suurim kasu, millised on erinevate sihtrühmade võimekused ja vajadused digiteraapiateks jms.;

- jätkuanalüüs kirjeldamaks **MIPSide kvaliteediindikaatorid**, mille alusel hinnata ja kinnitada sekkumine riikliku MIPSide süsteemi osana;
- jätkuanalüüsid kirjeldamaks ja valideerimaks **standardid teenusepakkujatele, hindamisstandardid ja -instrumendid teenusesaajatele, standardid sekkumise protsessile ja tulemuslikkusele** jmt.;
- jätkuanalüüs kirjeldamaks **MIPS süsteemi olulised osapooled ja rollid**, valideerida need sidusrühmadega ning kirjeldada vastutused ja kokkulepped, samuti kirjeldamaks osapoolte täienduskoolitusvajadusi ning loomaks eeldused nende katmiseks;
- jätkuanalüüs selgitamaks ja kirjeldamaks, **milline peaks olema keskne MIPSide digitaalne platvorm**, sh mitu erinevat vaadet (abivajaja, teenusepakkuja, teenusesaaja, erinevad koostöövõrgustiku osapooled, juhtiva struktuuriüksuse vmt) peaks platvormil olema, millised funktsioonid peaksid erinevatel vaadetel olema (sh milliseid enesehinnangulisi küsimustikke abivajajaid platvormil täita saavad) ning milliste andmekaitseküsimustega peaks arvestama jmt.;
- jätkuanalüüs kirjeldamaks, **millised peaksid olema indikaatorid, mida MIPS teenuste kohta ühisele andmeplatvormile koguda** ning milline oleks andmekogumisprotsess, mis muuhulgas tagaks süsteemi jätkupideva tagasiside ja arendamist vajavate aspektide hindamise võimaluse;
- jätkuanalüüs selgitamaks ja kirjeldamaks **Suunanäitaja rolli ja eeldusi**, sh kirjeldamaks täpsemalt, milline oleks ja kuidas toimuks Suunanäitajate väljaõpe, tööülesanded, suhtlusprotsess teiste mudeli osapooltega ning milliseid töövahendite ja algoritme ta oma töös kasutama hakkab.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Aide Alcool. (2012). Infos Alcool - Problèmes liés à l'alcool et alcoolisme | Réduire sa consommation ou arrêter de boire | Accompagnement en ligne. <https://aide-alcool.be/>
- Alevanti, E. (2020). *Mental Healthcare Reform in Belgium: a qualitative study of mobile teams* [Doktoritöö, Faculty of Health, Education and Life Sciences, Birmingham City University]. BCU Open Access Repository. <https://www.open-access.bcu.ac.uk/12383/1/Eleni%20Alevanti%20Thesis%20eSubmission.pdf>
- All-Party Parliamentary Group on Mental Health. (2018) *Progress of the Five Year Forward View for Mental Health: On the road to parity* <https://www.rethink.org/media/2579/on-the-road-to-parity-final-report.pdf>
- American Addiction Centers. (2022). Mental Health and Drug Abuse. <https://drugabuse.com/mental-health-drug-abuse/>.
- American Psychological Association. (s.a.). *Counseling Psychology*. <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/counseling>
- Australian Government Department of Health. (2019). PHN Primary Mental Health Care Flexible Funding Pool Programme Guidance. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/04/primary-health-networks-phn-primary-mental-health-care-guidance-stepped-care.pdf>
- Australian Psychological Society. (s.a.). *Stepped care for mental health treatment. A system in need of psychological expertise*. <https://psychology.org.au/for-members/publications/inpsych/2018/december-issue-6/stepped-care-for-mental-health-treatment-a-system>
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2016). *A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions*. National Library of Medicine.
- Barbato, A., Vallarino, M., Rapisarda, F., Lora, A., & de Almeida, J. M. C. (2016). EU compass for action on mental health and well-being. *Access to mental health care in Europe. Scientific paper. Funded by the European Union in the frame of the 3rd EU Health Programme (2014–2020)*.
- Barkham, M., Saxon, D., Hardy, G. E., Bradburn, M., Galloway, D., Wickramasekera, N., ... & Brazier, J. E. (2021). Person-centred experiential therapy versus cognitive behavioural therapy delivered in the English Improving Access to Psychological Therapies service for the treatment of moderate or severe depression (PRaCTICED): a pragmatic, randomised, non-inferiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 487-499.
- Belgian Health Care Knowledge Centre. (2019). *Organisation of Mental Health Care in Belgium 33*. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_318_Mental_Health_care_Report.pdf
- Belgian Health Care Knowledge Centre. (2020). Funding. <https://kce.fgov.be/en/about-us/wat-is-het-kce/funding>

- Belgian Health Care Knowledge Centre. (2020). Missions and values. <https://kce.fgov.be/en/about-us/missions-and-values>
- Belgian Health Care Knowledge Centre. (2020). Our activity domains. <https://kce.fgov.be/en/about-us/wat-is-het-kce/our-activity-domains>
- Belgian Health Care Knowledge Centre. (2020). Our team. <https://kce.fgov.be/en/about-us/wat-is-het-kce/our-team>
- Belgian Health Care Knowledge Centre. (2021). Why a Belgian Healthcare Knowledge Centre? <https://kce.fgov.be/en/about-us/wat-is-het-kce/why-a-belgian-healthcare-knowledge-centre>
- Belgium.be. (2022). About Belgium. The structure of the Federal State and the power levels. https://www.belgium.be/en/about_belgium/government/federale_staat/structure
- Berner M, Gunzler C, Frick K, Kriston L, Loessl B (2008) Finding the ideal place for a psychotherapeutic intervention in a stepped care approach: A brief overview of the literature and preliminary results from the Project PREDICT. *Int J Methods Psychiatr Res* 17(1): 60-64
- BFP-FBP. (s.a.). About BFP. <https://en.bfp-fbp.be/over-bfp>
- BFP-FBP. (s.a.). Sectors. <https://en.bfp-fbp.be/over-bfp>
- Blackburn, I. M., James, I.A., Milne, D.L., Baker, C., Standart, S., Garland, A. & Reichelt, F. K. (2001). The revised cognitive therapy scale (CTS-R): psychometric properties. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 29(4), 431-446.
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. *The British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11-17.
- Brettschneider C, Heddaeus D, Steinmann M, Härter M, Watzke B, König HH. Cost-effectiveness of guideline-based stepped and collaborative care versus treatment as usual for patients with depression - A cluster-randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2020 Aug 28;20(1):1-14. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02829-0>
- Bruckner, T. A., Scheffler, R. M., Shen, G., Yoon, J., Chisholm, D., Morris, J., ... & Saxena, S. (2011). The mental health workforce gap in low-and middle-income countries: a needs-based approach. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 184-194.
- Buckman, J. E. J., Naismith, I., Saunders, R., Morrison, T., Linke, S., Leibowitz, J., & Pilling, S. (2018). The impact of alcohol use on drop-out and psychological treatment outcomes in improving access to psychological therapies services: An audit. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 46(5), 513-527.
- CEBAM. (2022). Validatie. <https://www.cebam.be/validatie>

- Centre for Innovation in Campus Mental Health. (s.a.). *Stepped Care Model*.
<https://campusmentalhealth.ca/toolkits/campus-community-connection/models-frameworks/stepped-care-model/>
- Chatterton, M. Lou, Harris, M., Burgess, P., Fletcher, S., Spittal, M. J., Faller, J., Palmer, V. J., Chondros, P., Bassilios, B., Pirkis, J., Gunn, J., & Mihalopoulos, C. (2022). Economic evaluation of a Decision Support Tool to guide intensity of mental health care in general practice: the Link-me pragmatic randomised controlled trial. *BMC Primary Care*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/S12875-022-01839-Z>
- Circuit. (s.a.). What is Circuit. <https://circuitantoninartaud.be/en/offer/what-is-circuit/>
- Clark, D., Knapp, M., Layard, R., & Mayraz, G. (2007). *Cost-Benefit Analysis of Psychological Therapy* (No. dp0829). Centre for Economic Performance, LSE.
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R. & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behavioural research and therapy*, 47(11), 910-920.
- Clark, D. M. (2018). Realising the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual review of clinical psychology*, 14, 159.
- Community Help Service. (2022). MHSC – Frequently Asked Questions. Where is the Mental Health Services Centre? <https://www.chsbelgium.org/en/mental-health-services-centre/mental-health-services-centre-faqs>
- Community Help Service. (2022). Problems We can Help With.
<https://www.chsbelgium.org/en/index.php/mental-health-services-centre/mental-health-centre-how-we-can-help-you/problems-we-can-help-with>
- Council of Europe. (s.a.). Community-Based Initiatives. TANDEMplus: Mobile Crisis Support and Social Network Development – Belgium. <https://www.coe.int/en/web/bioethics/-/tandemplus-mobile-crisis-support-and-social-network-development-belgium>
- Cremers, G., Taylor, E., Hodge, L., & Quigley, A. (2022). Effectiveness and acceptability of low-intensity psychological interventions on the well-being of older adults: a systematic review. *Clinical gerontologist*, 45(2), 214-234.
- De Maeseneer, J. ja Galle, A. (2022). Belgium's healthcare system: The way forward to address the challenges of the 21st century comment on "integration or fragmentation of health care? examining policies and politics in a Belgian case study". *International Journal of Health Policy and Management*.
<https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.7070>
- Department of Health and Social Care, Public Health England, NHS England. (2017). *Five Year Forward View for Mental Health: government response*. <https://www.gov.uk/government/publications/five-year-forward-view-for-mental-health-government-response>
- Depressiehulp. (2016). Depressiehulp | info - gratis online zelfhulp en begeleiding. <https://depressiehulp.be/>

- Developing Open Dialogue. Open Dialogue Finland. <https://developingopendialogue.com/open-dialogue-finland/>
- Dwyer, J. (2019). JOHN DWYER The "Canterbury Model" in health. <https://johnmenadue.com/john-dwyer-the-canterbury-model-in-health/>
- EBPracticenet. (2022). Over ons. <https://ebpnet.be/nl/over-ons>
- Eesti Haigekassa. (2021). Depressiooniga tööealise inimese raviteekond – kaardistamise ja analüüsi tulemused. <https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/depressiooni-raviteekond>
- Eesti Haigekassa. (2022). Digilahenduste teejuht. <https://www.haigekassa.ee/partnerile/digilahendused-tervishoius/digilahenduste-teejuht>
- Eesti Psühhiaatrite Selts (2020) Psühhiaatria eriala arengukava aastateks 2020–2030. <https://www.sm.ee/media/2155/download>
- Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu konsortsium (2022). Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringu lõpparuanne. Tallinn, Tartu: Tervise Arengu Instituut, Tartu Ülikool. <https://tai.ee/sites/default/files/2022-06/Eesti%20rahvastiku%20vaimse%20tervise%20uuring.pdf>
- EKKA. (s.a.). Mida kujutab endast KKT? <https://ekka.ee/lugemiseks/mida-kujutab-endast-kkt>
- Enesetunne. (s.a.) *Avaleht – Enesetunne*. <https://enesetunne.ee/>
- England, N. H. S., & Improvement, N. H. S. (2018). The Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) pathway for people with long-term physical health conditions and medically unexplained symptoms. *NHS England, London*. https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/nccmh/iapt/nncmh-iapt-ltc-short-guide.pdf?sfvrsn=12dcc7b2_2
- EU-healthcare. (2022). Belgium. <https://www.eu-healthcare.fi/health-services-abroad/country-specific-information-about-health-services/belgium/>
- Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus. (2021). Euroopa uimastiprobleemide aruanne. Suundumused ja arengud. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_ET_02_.pdf
- European Commission. Mental Health Briefing Sheets Facts and Activities in Member States. <http://www.ec-mental-health-process.net/>
- Federale overheidsdienst. Volksgezond, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. (2022). Gezondheidszorginstellingen. <https://www.health.belgium.be/en/node/25589>
- Federal Public Service. (2016). The ombudsman services in hospitals or mental healthcare consultation platforms. <https://www.health.belgium.be/en/ombudsman-services-hospitals-or-mental-healthcare-consultation-platforms>

- Feingold, D. & Weinstein, A. (2021). Cannabis and Depression. *Cannabinoids and Neuropsychiatric Disorders*, 1264, 67–80. https://doi.org/10.1007/978-3-030-57369-0_5.
- Finnish Government. (2022). Sote-uudistus. Health and social services reform. Reform of the organisation of health, social and rescue services.
- Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Developing care options. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/programme-for-suicide-prevention/developing-care-options>
- Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Early intervention. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/programme-for-suicide-prevention/early-intervention>
- Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Programme for suicide prevention. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/programme-for-suicide-prevention>
- Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Supporting risk groups. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/programme-for-suicide-prevention/supporting-risk-groups>
- Fonagy, P., Pugh, K., & O'Herlihy, A. (2017). The children and young people's improving access to psychological therapies (CYP IAPT) programme in England. Wiley.
- For a healthy Belgium. (2022). Mental Health Care. <https://www.healthybelgium.be/en/health-system-performance-assessment/specific-domains/mental-health>
- Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C. H., & Pilling, S. (2019). Open dialogue: A review of the evidence. *Psychiatric Services*, 70(1), 46–59. https://doi.org/10.1176/APPI.PS.201800236/SUPPL_FILE/APPI.PS.201800236.DS001.PDF
- Gellatly, J., Bower, P., Hennessy, S., Richards, D., Gilbody, S., & Lovell, K. (2007). What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*.
- Gezondheid en wetenschap. (2022). Eerste hulp. <https://www.gezondheidenwetenschap.be/eerste-hulp>
- Gezondheid en wetenschap. (2022). Gezondheid in de media. <https://www.gezondheidenwetenschap.be/gezondheid-in-de-media>
- Gezondheid en wetenschap. (2022). Over het project. <https://www.gezondheidenwetenschap.be/over-het-project>
- Gezondheid en wetenschap. (2022). Richtlijnen. <https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen>
- Gok Hulp. (2016). Gokken, kansspelen, gokproblemen, gokverslaving, minderen of stoppen met gokken | online zelfhulp. <https://gokhulp.be/>
- Griffiths, K.M., Farrer, L., & Christensen, H. (2010). *The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: a review of randomised controlled trials. Medicine Journal of Australia*, 192, S4-S11.

- Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., Conde, J. G. Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support, *Journal of Biomedical Informatics*. 2009, 42(2):377–381.
- Harris, P. A., Taylor, R., Minor, B. L., Elliott, V., Fernandez, M., O’Neal, L., McLeod, L., Delacqua, G., Delacqua, F., Kirby, J., Duda, S. N. REDCap Consortium, The REDCap consortium: Building an international community of software partners, *Journal of Biomedical Informatics*. 2019, 9 [doi: 10.1016/j.jbi.2019.103208]
- Harvard Business Review. (2020). *Digital Tools Are Revolutionizing Mental Health Care in the U.S.*
<https://hbr.org/2020/12/digital-tools-are-revolutionizing-mental-health-care-in-the-u-s>
- Healthy Belgium. (2022). Mental Health Care. Number of practising psychiatrists (per 1,000 population) (MH-2).
<https://www.healthybelgium.be/en/health-system-performance-assessment/specific-domains/mental-health#MH-2>
- Heddaeus, D., Dirmaier, J., Brettschneider, C., Daubmann, A., Grochtdreis, T., von dem Knesebeck, O., ... & Härter, M. (2019). Study protocol for the COMET study: a cluster-randomised, prospective, parallel-group, superiority trial to compare the effectiveness of a collaborative and stepped care model versus treatment as usual in patients with mental disorders in primary care. *BMJ open*, 9(11), e032408.
- HerstelAcademie. (s.a.). About us. <https://www.herstelacademie.be/workgroup/>
- iCope NHS. (2022). *Guided self help*. <https://www.icope.nhs.uk/camden-islington/what-we-offer/guided-self-help/>
- IMHCN International Mental Health Collaborating Network. Open Dialogue. Retrieved December 5, 2022, from <https://imhcn.org/bibliography/recent-innovations-and-good-practices/open-dialogue/>
- Integreo. (s.a.). Evaluatie. <https://www.integreo.be/nl/pilootprojecten/evaluatie>
- Jacob, B. (2016). *The Belgian reform in mental health care: Where are we now? A short overview and state of progress*. [Videoettekanne]. 5th International Conference on Psychiatrist, Geriatric Psychiatry and Counseling Psychology, San Antonio, USA. <https://www.walshmedicalmedia.com/conference-abstracts-files/2378-5756.C1.014-017.pdf>
- Jobes, D. A., Gregorian, M. J., & Colborn, V. A. (2018). A stepped care approach to clinical suicide prevention. *Psychological services*, 15(3), 243.
- Jürisson, M. (2022). Vaimse tervise veebirakendused: teaduskirjanduse ülevaade ja soovitused. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut.
https://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/87856/Jyrisson2022_vaimne_tervis_apid.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kakuma, R., Minas, H., Van Ginneken, N., Dal Poz, M. R., Desiraju, K., Morris, J. E., ... & Scheffler, R. M. (2011). Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet*, 378(9803), 1654-1663.

- Kampman, M., Solantaus, T., Anttila, N., Ojala, T., Santalahti, P., & Yhteispeli-Työryhmä, J. (2015). Yhteispeli. Arviointitutkimus menetelmien turvallisuudesta, soveltuvuudesta ja koetusta hyödystä. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126292/URN_ISBN_978-952-302-371-0.pdf?sequence=1
- KCE. (s.a.) Annual Report 2021. https://annualreport.kce.be/2021/PDF/EN/annual_report_2021.pdf
- Keskimäki, I., Sinervo, T., & Koivisto, J. (2018). Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. *Public Health Panorama*, 04(04), 679–687. <https://thl.fi/>
- Killapsy, H., McPherson, P., Samele, C., Keet, R., & Caldas de Almeida, J.M. (2018). EU Compass for action on mental health and well-being. *Providing community-based mental health services. Position Paper. Funded by the European Union in the frame of the 3rd EU Health Programme (2014-2020)*.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E. & Thornicroft, G. (2007). Mental health policy and practice across Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/96451/E89814.pdf
- Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. (2011). Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case.
- Knight, C., Russo, D., Stochl, J., Croudace, T., Fowler, D., Grey, N., ... & Perez, J. (2020). Prevalence of and recovery from common mental disorder including psychotic experiences in the UK primary care improving access to psychological therapies (IAPT) programme. *Journal of Affective Disorders*, 272, 84-90.
- Korkeila, J. (2021). Organization of Community Psychiatric Services in Finland. *Consortium Psychiatricum*, 2(1), 55–64. <https://doi.org/10.17816/cp64>
- KU Leuven. (2022). Mental Health. <https://www.kuleuven.be/english/stuvo/health/mental-health>
- Kuntaliitto. Association of Finnish Municipalities. (2022). Finland's health and social services reform. https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Finland%27s_health_and_social_services_reform.pdf
- KVE. (2023). KCE Trials Dynamic Dashboard. <https://trials.kce.be/dashboard/>
- Lakeman, R. (2014). The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: A review. *Psychotherapy in Australia*, 20(3), 26–33. https://www.researchgate.net/publication/268060536_The_Finnish_open_dialogue_approach_to_crisis_intervention_in_psychosis_A_review
- Lappalainen, J. (2020). Masennuksen hoidon yhteistoimintamallin kustannusvaikuttavuus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix02117>
- Lattie, E. G., Stiles-Shields, C., & Graham, A. K. (2022). An overview of and recommendations for more accessible digital mental health services. *Nature Reviews Psychology*, 1(2), 87-100.
- Laukkala, T. (2022). Strukturoitu LINITY/ASSIP-interventio itsemurhayrityksen jälkeen. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nak09375>

- Layard, R., Clark, D., Knapp, M., & Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202(1), 90-98.
- Layard, R., & Clark, D. M. (2015). *Thrive: How better mental health care transforms lives and saves money*. Princeton University Press.
- Levin, M. E., Hayes, S. C., Pistorello, J., & Seeley, J. R. (2016). Web-based self-help for preventing mental health problems in universities: Comparing acceptance and commitment training to mental health education. *Journal of clinical psychology*, 72(3), 207-225.
- Ludlow, C., Hurn, R., & Lansdell, S. (2020). A current review of the children and young people's improving access to psychological therapies (CYP IAPT) program: Perspectives on developing an accessible workforce. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 11, 21.
- Macrotrends. (2022). Belgium Suicide Rate 2000-2022. <https://www.macrotrends.net/countries/BEL/belgium/suicide-rate>
- Maehder, K., Werner, S., Weigel, A., Löwe, B., Heddaeus, D., Härter, M., & von dem Knesebeck, O. (2021). How do care providers evaluate collaboration?-qualitative process evaluation of a cluster-randomized controlled trial of collaborative and stepped care for patients with mental disorders. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-12.
- Martens, M., Danhieux, K., Van Belle, S., Wouters, E., Van Damme, W., Remmen, R., Anthierens, S., & Van Olmen, J. (2021). Integration or fragmentation of health care? examining policies and politics in a Belgian case study. *International Journal of Health Policy and Management*. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.58>
- Martin, C., Iqbal, Z., Airey, N. D., & Marks, L. (2022). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) has potential but is not sufficient: How can it better meet the range of primary care mental health needs?. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(1), 157-174.
- Maxwell Reader, M. M., & Pratt MSSc Psychol Postgrad Dip, R. (2008). Prevention and management of depression in primary care in Europe: a holistic model of care and interventions-position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, 16(3). www.nimhe.csip
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(6), 13979.
- McEvoy, P., Landwehr, E., Percy, C., & Campbell, B. (2021). A clinician's guide to low intensity psychological interventions (LIPIs) for anxiety and depression. Western Australian Primary Health Alliance. https://www.wapha.org.au/wp-content/uploads/2021/06/210308_WAPHA_LIPI-Clinical-Manual.pdf
- McHugh, R. K. & Weiss, R. D. (2019). Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(1). <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>.
- McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P. E., & Jenkins, R. (2009). *Adult psychiatric morbidity in England: results of a household survey*. Health and Social Care Information Centre.

- Mental Health Foundation. (2022). Alcohol and mental health. <https://mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/a-z-topics/alcohol-and-mental-health>.
- Mental Health Taskforce. (2016). *The Five Year Forward View for Mental Health*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf>
- MHN. (2015). „Where there is no psychologist“: implementing low intensity psychological interventions for people in communities affected by adversity. <https://www.mhinnovation.net/blog/2015/apr/22/where-there-no-psychologist%E2%80%9D-implementing-low-intensity-psychological-interventions>
- Mielenterveystalo.fi. (2022). Masennuksen nettiterapia. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/nettiterapiat/masennuksen-nettiterapia>
- Mielenterveystalo.fi. (2022). Nettiterapiat. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/nettiterapiat>
- Mielenterveystalo.fi. (2022). Oirekyselyt. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/oirekyselyt>
- Mielenterveystalo.fi. (2022d). *Omahoito-ohjelmat*. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito>
- Mielenterveystalo.fi. (2022). ReDirection. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/redirection>
- Mielenterveystalo.fi. (2022). Tietoa nettiterapiasta. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/tietoa-nettiterapiasta>
- MIELI Suomen Mielenterveys ry. (2022). *Itsemurhien ehkäisykeskus*. <https://mieli.fi/tukea-ja-apua/itsemurhien-ehkaisykeskus/>
- MIELI Suomen Mielenterveys ry. (2022). Mikä on Linity-malli? <https://mieli.fi/tukea-ja-apua/apua-itsetuhoisuuteen/mika-on-linity-malli/>
- MIELI Suomen Mielenterveys ry. (2022). The MIRAKLE Project 2012-2016. <https://mieli.fi/en/mielis-projects/past-projects/the-mirakle-project-2012-2016/>
- Mijn Kwartier. (2022). Zelfhulpprogramma bij Stress, Angst, Depressie, Burn-out - Mijn Kwartier. <https://www.mijnkwartier.be/>
- Ministry of Social Affairs and Health. (2009). Masto project. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72075/Masto_hankkeen_esite.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- MyPsy. (s.a.). *Consultation psy end ligne*. <https://myspy.online/>
- NAPICU. (2014). Memorandum of understanding in relation to any planned 'International Affiliate of NAPICU'; with specific reference to the Belgian 'International Affiliate of NAPICU'. <https://napicu.org.uk/wp-content/uploads/2014/08/NAPICU-MOU-Affiliates-Belgium.pdf>
- NAPICU. (2022). *About us*. <https://napicu.org.uk/about-us/>

- NAPICU. (2022). *Belgian Affiliate*. <https://napicu.org.uk/international/belgium/>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2018). *The improving access to psychological therapies manual*. UK: NCCMH.
- National Institute of Mental Health. (s.a.). *Psychotherapies*.
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies>
- Newman, M. G. (2000). Recommendations for a cost-offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorder as an example. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 549–555.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.4.549>
- NHS. (s.a.). *NHS talking therapies*. <https://www.nhs.uk/mental-health/talking-therapies-medicine-treatments/talking-therapies-and-counselling/nhs-talking-therapies/>
- NHS. (s.a.) *Service standards*. <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/service-standards/>
- NHS. (s.a.) *Let's Talk IAPT*. <http://www.lets-talk-iapt.nhs.uk/make-a-referral/>
- NHS. (2016). *Implementing the Five Year Forward View for Mental Health*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/07/fyfv-mh.pdf>
- NHS. (2022). *National curriculum for High Intensity Cognitive Behavioural Therapy Courses. Fourth Edition (updated and revised July 2022)*.
<https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/HiT%20Curriculum%20%28name%20of%20document%20on%20HEE%20website%20says%20PWP%20Curriculum%204th%20Edition%202022%2010%20Nov%202022%29.pdf>
- NHS. (2022). *National curriculum for Psychological Wellbeing Practitioner (PWP) Programmes. Fourth Edition (updated and revised July 2022)*.
<https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/PWP%20Curriculum%204th%20Edition%202022%200.pdf>
- NHS. (2022). *Psychological wellbeing practitioner*. <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/psychological-therapies/roles/psychological-wellbeing-practitioner>
- NHS Confederation. (2021). *What are clinical commissioning groups?* <https://www.nhsconfed.org/articles/what-are-clinical-commissioning-groups>
- NHS Digital. (s.a.) *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) data set reports*. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-collections-and-data-sets/data-sets/improving-access-to-psychological-therapies-data-set/improving-access-to-psychological-therapies-data-set-reports>
- NHS Digital. (2022). *Psychological Therapies, Annual report on the use of IAPT services, 2021-22*.
<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/psychological-therapies-annual-reports-on-the-use-of-iapt-services/annual-report-2021-22#highlights>

- Nicaise, P., Dubois, V., & Lorant, V. (2014). Mental Health Care Delivery System Reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115(2-3), 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.007>
- NICE. (s.a.). *IAB process and methods statement*. <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/NICE-advice/IAPT/IAB-process-and-methods-statement.pdf>
- NICE. (s.a.). *Digital therapies assessed and accepted by the Improving Access to Psychological Therapies Programme (IAPT)*. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-advice/improving-access-to-psychological-therapies--iapt-/submitting-a-product-to-iapt#published-IABs>
- OECD. (2021). State of Health in the EU. Belgium. Country Health Profile 2021. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/57e3abb5-en.pdf?expires=1670337374&id=id&accname=guest&checksum=C21EF4A1C6CA33DFF265026CAA95C367>
- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in open dialogue: fidelity criteria. <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>
- Open Dialogue. (s.a.). Open Dialogue – achtergrond. <http://www.verbindendsprekenmetpsychose.com/open-dialogue-achtergrond.html>
- Open Dialogue. (s.a.). Verder met Open Dialogue. <http://www.verbindendsprekenmetpsychose.com/verder-met-open-dialogue.html>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2014). *Making mental health count: The social and economic costs of neglecting mental health care*. OECD Publishing
- PHN Murray. (s.a.) *A steppe care approach to mental health*. <https://www.murrayphn.org.au/information-and-resources-for-health-professionals/mentalhealth/steppedcare/>
- Population Health, Clinical Audit and Specialist Care Team, NHS Digital. (2022). Psychological Therapies: Annual report on the use of IAPT services England 2021-22. <http://www.digital.nhs.uk/pubs/psycther2022>
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (s.a.). RIZIV – Zoeken. <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/silverpages/>
- Ritola V, Lipsanen JO, Pihlaja S, Gummerus EM, Stenberg JH, Saarni S, et al. Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Nationwide Routine Care: Effectiveness Study. *Journal of Medical Internet Research*. 2022 Mar 1;24(3). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35323119/>
- Saarenheimo M, Pietilä M. *MielenMuutos masennuksen hoidossa. Mielialaongelmista kärsivien iäkkäiden ihmisten psykososiaalinen tukeminen*. Helsinki: Newprint Oy, Raisio; 2011. www.vtkl.fi

- Saarni, S. (2022). Miten suomalaiset mielenterveyspalvelut voidaan korjata? Päättäjäsenaari 2.11.2022. https://terapiatetulinjaan.fi/wp-content/uploads/2022/11/Terapiat-etulinjaan-toimintamallin-esittely_Samuli-Saarni_paivitetty-3.11.2022.pdf
- Saarni, S., Nurminen, S., Mikkonen, K., Service, H., Karolaakso, T., Stenberg, J.-H., Ekelund, J., & Saarni, S. E. (2022). The Finnish therapy navigator - digital support system for introducing stepped care in Finland. *Psychiatra Fennica*, 53, 120–137
- Sarapik, L.-M. (2021). An overview of: Mental health services at the local government and community levels: Organization and good practice in the U.S., Belgium, and Nordic countries – Norway and Finland. <https://www.sm.ee/media/79/download>
- Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., & Whiteford, H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *The Lancet*, 370(9590), 878–889.
- Scogin, F. R., Hanson, A., & Welsh, D. (2003). Self-administered treatment in stepped-care models of depression treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 59(3), 341–349. <https://doi.org/10.1002/jclp.10133>
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(4), 247–265. <https://doi.org/10.1080/107205301750433397>
- Similä, H., Immonen, M., Toska-Tervola, J., Enwald, H., Keränen, N., Kangas, M., Jämsä, T., & Korpelainen, R. (2018). Feasibility of mobile mental wellness training for older adults. *Geriatric Nursing*, 39(5), 499–505. <https://doi.org/10.1016/J.GERINURSE.2018.02.001>
- Smith, S. S., Jorenby, D. E., Fiore, M. C., Anderson, J. E., Mielke, M. M., Beach, K. E., Piasecki, T. M., & Baker, T. B. (2001). Strike while the iron is hot: Can stepped-care treatments resurrect relapsing smokers? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 429–439. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.69.3.429>
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 573–579. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.4.573>
- Sotsiaalministeerium. (s.a.). *Vaimse tervise abi*. <https://www.sm.ee/tervise-edendamine-ravi-ja-ravimid/vaimne-tervis/vaimse-tervise-abi>
- Sotsiaalministeerium. (2009). Perearstiabi arengukava. <https://dspace.ut.ee/handle/10062/85141>
- Sotsiaalministeerium. (2020). Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf
- Sotsiaalministeerium. (2020) Vaimse tervise roheline raamat. <https://www.sm.ee/uudised/vaimse-tervise-roheline-raamat-sai-valitsuse-heakskiidu>
- Stenberg JH, Ritola V, Joffe G, Saarni S, Rosenström T. Effectiveness of mobile-delivered, therapist-assisted cognitive behavioral therapy for insomnia in nationwide routine clinical care in Finland. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2022 Nov 1;18(11):2643–51. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35929590/>

- Stepped Care Solutions. (2022). SC2.0 Model <https://steppedcaresolutions.com/methodology/>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, S. P. ry:n ja S. N. yhdistyksen asettama työryhmä. (2019). Ahdistuneisuushäiriöt. *Käypä hoito-suositus*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. (2022). Depressio. *Käypä hoito-suositus*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. (2020). Traumaperäinen stressihäiriö. *Käypä hoito-suositus*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50080>
- Tallinna Tehnikaülikool. Terviserakenduste hindaja. (2022) <https://taltech.ee/terviserakendused>
- Te Gek!?. (s.a.). Dringend hulp nodig?. <https://www.tegek.be/psychische-problemen/hulp-nodig/waar-kan-je-terecht/dringend-hulp-nodig->
- Te Gek!?. (s.a.). HerstelAcademie. <https://www.tegek.be/herstel/herstelacademie>
- Te Gek!?. (s.a.). Herstelplatform. <https://www.tegek.be/herstelplatform>
- Te Gek!?. (s.a.). Infomobiel. <https://www.tegek.be/school-en-jongeren/scholenaanbod/infomobiel>
- Te Gek!?. (s.a.). Kwartiermaken. <https://www.tegek.be/herstel/kwartier-maken>
- Te Gek!?. (s.a.). Open Dialogue. <https://www.tegek.be/herstel/herstelplatform/open-dialogue>
- Te Gek!?. (s.a.). Over Te Gek!? <https://www.tegek.be/campagnes/wellicht/over-wellicht>
- Te Gek!?. (s.a.). Over Wellicht. <https://www.tegek.be/campagnes/wellicht/over-wellicht>
- Te Gek?. (2021). Te Gek!? Maakt van het hoofd een zaak: kwartiermaken. <https://youtu.be/kjx5iugLk4>
- Te Gek!? (s.a.). Te Gekke wandelingen. <https://www.tegek.be/te-gekke-wandelingen/wandelen>
- Te Gek!?. (2022). Te Gekke Wellicht-wandeling. <https://www.tegek.be/agenda/te-gekke-wellicht-wandeling-1>
- Terapiat etulinjaan. (2022). Ammattilaisten koulutukset. <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut-ja-palvelut/ammattilaisten-koulutukset/>
- Terapiat etulinjaan. (2022). Mielenterveystalo.fi – tehokasta ja luotettavaa apua nopeasti! <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut/kaikille-avoimet-digipalvelut-mielenterveystalo-fi/>
- Terapiat etulinjaan. (2022). Porrastettu hoitomalli mielenterveyspalveluissa. <https://terapiatetulinjaan.fi/terapiat-etulinjaan-malli/porrastettu-hoitomalli-mielenterveyspalveluissa/>

- Terapiat etulinjaan. (2022). Terapiat etulinjaan - toimintamallin idea ja hyödyt. <https://terapiatetulinjaan.fi/terapiat-etulinjaan-malli/terapiat-etulinjaan-toimintamallin-idea-ja-hyodyt/>
- Terapiat etulinjaan. (2023). Tuen ja hoidon tarpeen arviointi nuorten palveluissa. Päivitetty 13.01.2023. <https://terapiatetulinjaan.fi/tyokalut-ja-palvelut/tuen-ja-hoidon-tarpeen-arviointi-nuorten-palveluissa/>
- Terviseinfo. (2022). Alkoholi liigtarvitamise ennetamine. <https://www.terviseinfo.ee/et/valdkonnad/alkohol>
- The Bulletin. (2019). Mental health care in Belgium: useful links for support. <https://www.thebulletin.be/mental-health-care-belgium-useful-links-support>
- Toffolutti, V., McKee, M., Clark, D., & Stuckler, D. (2019). The economic and mental health impact of IAPT: Pragmatic trial in three English Regions. *European Journal of Public Health*, 29(Supplement_4), ckz185-047.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). World Drug Report 2022. <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
- Universitet Ziekenhuis Gent. (s.a.). Bestuurscomité van het UZ Gent. <https://www.uzgent.be/bestuurscomite-van-het-uz-gent>
- Van der Jeugt, P. (2015). Connecting mobile mental health teams expertise in Europe. April 2012 – April 2015. Mobile mental health teams in Belgium – formation programme based on expertise in other countries. <http://www.mobileteamsconnecting.eu/reports/Connecting%20mobile%20teams%20in%20Europe%20-%20English.pdf>
- Veldre, V., Aaben, L., Nurm, Ü-K. (2017). Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Vaimse tervise valdkonna aruanne. Praxis. <https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/03/RTA-hindamisraport-Praxis.pdf>
- Von Korff, M., & Tiemens, B. (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *Western Journal of Medicine*, 172(2), 133.
- Walters, B., H., Suasnábar, J. H., & Petrea, I. (2018). *Good practices in mental health and well-being: Mental Health Services in the Community. Booklet. Funded by the European Union in the frame of the 3rd EU Health Programme (2014-2020).*
- Wellbeinginfo. (s.a.) *The stepped care process.* <https://wellbeinginfo.org/self-help/mental-health/stepped-care/>
- Whitton, A. E., Hardy, R., Cope, K., Gieng, C., Gow, L., MacKinnon, A., Gale, N., O'Moore, K., Anderson, J., Proudfoot, J., Cockayne, N., O'Dea, B., Christensen, H., & Newby, J. M. (2021). Mental Health Screening in General Practices as a Means for Enhancing Uptake of Digital Mental Health Interventions: Observational Cohort Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(9). <https://doi.org/10.2196/28369>
- WHO. (2005). *World Health Organization assessment instrument for mental health systems-WHO-AIMS version 2.2* (No. WHO/MSD/MER/05.02). World Health Organization.

- WHO. (2007). Mental health policy and practice across Europe.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/96451/E89814.pdf
- WHO (2014). Noncommunicable diseases (NCDs) and mental health: Challenges and solutions.
<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/infographics-pdf/ncds/ncds-and-mental-health-sdg-in-action.pdf>
- WHO. (2018). Good Practice Brief. Multisectoral mental health networks in Belgium: An example of successful mental health reform through service delivery redesign.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/365607/gpb-mental-health-belgium-eng.pdf
- WHO. (2022). World mental health report. Transforming mental health for all.
<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>
- WHO. (2022). Comprehensive mental health action plan.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- WHO. (2022). World mental health report: transforming mental health for all.
- Wilson, G. T., Vitousek, K. M., & Loeb, K. L. (2000). Stepped care treatment for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 564–572. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.4.564>
- Yeo, Y. H., He, X., Ting, P.-S., Zu, J., Almario, C. V., Spiegel, B. M., & Ji, F. (2022). Evaluation of trends in alcohol use disorder–related mortality in the US before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 5(5). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.10259>.

LISA 1: Eesti aruteluseminaril osalenute nimekiri

Osaleja taust	Osaleja nimi
Tartu Ülikooli nõustamiskeskuse psühholoog, psühholoog-nõustaja	Tõnu Jürjen
Kliiniline psühholoog, MTÜ Peasjad tegevjuht	Anna-Kaisa Oidermaa
Sotsiaaltöötaja, vaimse tervise nõustaja ja kogemusnõustaja	Kairit Lindmäe
Perearst, ravijuhendite metoodikanõunik	Tatjana Meister
Tervise Arengu Instituudi krooniliste haiguste osakonna vanemteadur; Tartu Ülikooli isiksuse- ja tervisepsühholoogia kaasprofessor	Kenn Konstabel
Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise osakonna analüütik ja poliitikakujundaja	Vootele Veldre
Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise teenuste koordinaator	Triin Naudi
Saaremaa vallavalitsuse arendusteenistuse peaspetsialist rahvatervise alal	Lauren Sirp
Eesti Psüühikahäiretega Inimeste ja Lähedaste Huvikaitse Liidu juhatuse esinaine	Lenne Lillepuu
Insuldiseltsi juhatuse liige	Mari Levo
Sotsiaalkindlustusameti ohvriabi ja ennetusteenuste osakonna psühhosotsiaalse toe teenuste arendustiimi liige; uurimisrühma ekspert-liige	Kaia Kastepõld-Tõrs
Kliiniline psühholoog, neuropsühholoog; uurimisrühma ekspert-liige	René Randver
Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaater; uurimisrühma ekspert-liige	Liina Haring

LISA 2. Soomes rakendatava Avatud Dialoogi metoodika

Avatud Dialoogi metoodikas lähtutakse seitsmest printsiibist, mis kirjeldavad teraapiavormi ja abi süsteemi: kiire abi, sotsiaalvõrgustiku perspektiiv, paindlikkus ja mobiilsus, vastutus, psühholoogiline järjepidevus, määramatuse tolereerimine, dialoog. Nende realiseerimiseks on kasutusel 12 elementi:

1. tiimikohtumisel on kaks (või enam) terapeuti,
2. osalevad ka perekond ja võrgustik,
3. kasutatakse avatud küsimusi,
4. kõigile kliendi ütlustele reageeritakse,
5. tähtsustatakse praegust hetke (st vastatakse kliendi praegustele reaktsioonidele, mitte niivõrd teiste kirjeldustele varasemast ega keskenduta väljendavate tunnete kirjeldamisele ja lahterdamisele),
6. tuuakse välja mitu vaatepunkti (kõigil peab olema võimalus ennast väljendada, kuulatakse ära ka ühe inimese erinevad ja omavahel mitte kokkusobivad mõtted),
7. dialoogi fookus on (inimestevahelistel) suhetel,
8. normaliseeritakse kliendi probleeme ja käitumist, näidatakse et sellel on tähendus selles spetsiifilises kontekstis,
9. rõhutatakse kliendi enda sõnu ja lugusid, mitte kliinilisi sümptomeid,
10. kohtumistel suhtlevad professionaalid omavahel avalikult (reflekteerimine, lähedastelt tagasiside saamine, ravi planeerimine),
11. läbipaistvus (kõigil on sama informatsioon, midagi ei arutata kellegi seljataga),
12. määramatuse tolereerimise toetamine (kliendid on kriisiolukorras ning oluline on tõsta kõigi osapoolte turvatunnet).

Kuna tegemist on pigem tervikliku lähenemise kui lihtsalt spetsiifilise sekkumisega, ei ole veel teada, millised elemendid on efektiivsuseks kriitiliselt olulised, ning kas ja millised neist vähemtähtsad. Lisaks on kogu lähenemine olemuselt väga paindlik ning kliendi vajaduste keskne, mis omakorda raskendab selle formaalset hindamist. Kuigi tõenduse aste efektiivsuse osas on madal, peetakse seda lähenemist ohutuks ning arvatakse, et võiks kaaluda selle edasist uurimist ja rakendamist.