

Depressiooniga tööealise inimese raviteekond - kaardistamise ja analüüsi tulemused

Eesti Haigekassa
2021

Kokkuvõte	3
1. Sissejuhatus	4
1.1. Vaimne tervis ja depressioon	4
1.2. Inimkesksed integreeritud teenuste teekonnad	6
1.3. Eesmärk ja oodatavad tulemused	8
2. Metoodika	9
2.1. Andmete kogumine kvalitatiivseks analüüsiks	9
2.2. Andmete väljavõtte kvantitatiivseks analüüsiks	10
2.3. Andmete analüüs ja tulemuste valideerimine	11
3. Tulemused	12
3.1. Persoonad — depressiooniga inimeste koondportreed	14
3.2. Tuvastatud probleemid depressiooni raviteekonnal	16
3.3. Depressiooni raviteekonna arendussuunad	18
3.4. Tulevikuteekonnad	21
4. Järeldused ja soovitused	27
Summary in English	29
Lisad	30

Kokkuvõte

Maailma Terviseorganisatsiooni kohaselt kannatab depressiooni all ligi 280 miljonit inimest, olles seega üks enimlevinuid psüühikahäireid ning põhjustades märkimisväärset tervise- ja töövõimekaotust kogu maailmas. Depressiooni ravikulu on seotud selle raskusastmega; raskemate juhtumite puhul on suuremad ambulatoorsed ravikulud, sagedasem erakorralise hospitaliseerimise vajadus ning suurem suitsiidikäitumise osakaal. Suure ja/või kompleksse toetusvajadusega inimesed vajavad tihti tuge mitmelt spetsialistilt ja mitmest süsteemist järjestikku või koguni paralleelselt, kuid kõik neist ei pruugi toimida ühtsete põhimõtete, rahastusmudeli ja töökorralduse alusel. Abivajadusega inimese jaoks võib see halvemal juhul tähendada ka abita jäämist.

Raviteekond on struktureeritud multidistsiplinaarne kava, mis kirjeldab olulisimaid samme konkreetsete tervisealaste probleemidega inimeste abistamiseks. Inimkeskse, integreeritud lähenemise olulisim eesmärk on tõsta inimeste heaolu läbi teenuste osutamise korralduse igakülgse parandamise. Raviteekonna kaardistamise abil on võimalik vaadelda erinevate teenusetasandite kokkupuutekohti ja tuvastada seeläbi ka võimalikke probleeme, samuti teha ettepanekuid, kuidas teekonnarendustega inimest terviklikumalt ja vajaduspõhiselt toetada. Teekonna analüüs saab lisaks teenuste arendusele olla sisendiks ka integreeritud rahastusmudelite (nt tulemuspõhine rahastamine) loomisele.

Käesoleva projekti eesmärkideks oli depressiooniga tööealise inimese raviteekonna probleemide kaardistamine ning prioriteetsete arendusvajaduste väljaselgitamine. Tööprotsess koosnes praeguste praeguse teekonna kirjeldamisest ja analüüsist, analüüsitulemuste valideerimisest ning tulemuste kirjeldamisest. Koguti ja analüüsiti nii kvalitatiivseid (intervjuud, dokumendid) kui ka kvantitatiivseid (raviarved, retseptid ja töövõimetuslehed) andmeid. Andmete analüüsi käigus loodi persoonad ehk abivajajate koondportreed ja kirjeldati nende praeguseid raviteekondi koos juurprobleemide ja asjakohaste lahendusettepanekutega. Analüüsitulemused valideeriti erinevaid osapooli koondavas töötoas. Nii analüüsi kui validatsiooni teel saadud väljundid sünteesiti ja kogu töö kokkuvõtteks pakuti välja arendussuundade loetelu ning soovitusliku teekonna skeem tulevikuks.

1. Sissejuhatus

1.1. Vaimne tervis ja depressioon

Maailma Terviseorganisatsioon kirjeldab **vaimset tervist** kui heaoluseisundit, milles inimene realiseerib oma võimeid, tuleb toime igapäevaelupingetega, suudab tulemuslikult töötada ning saab anda oma panuse ühiskonna heaks¹. **Positiivne vaimne tervis** ehk vaimne heaolu on vahend, mis on vajalik üldise heaolu saavutamiseks, kuna aitab suhestuda ja kohaneda ümbritseva keskkonnaga, seda tajuda, mõista ja tõlgendada ning vajadusel muuta. See võimaldab kogeda elu tähenduslikuna ja olla loominguline ning produktiivne ühiskonnaliige. **Negatiivne vaimne tervis** kätkeb endas vaimse tervise probleeme, psüühikahäireid ja nende sümptomeid. Psüühikahäireid on võimalik diagnoosida, kuid vaimse tervise probleemid võivad esineda ka siis, kui tõsisema psüühikahäire diagnoosimiseks ei ole piisavat alust. Sageli on sel puhul tegu kas järsult tekkinud või pikaajalise stressi tagajärgedega. Stressorid võivad aja jooksul kuhjuda ja süveneda, olles nii riskiteguriks psüühikahäirete vallandumisele. Ei saa seejuures alatähtsustada ka pärilikke eelsoodumusi psüühikahäirete tekkeks.

Psüühikahäirete **esinemissagedus** on kogu maailmas **tõusuteel**. Vaadates pikemaajalisi levimuse prognoose, on oodata vaimse tervise probleemide jätkuvat suurenemist ühiskonnas, iseäranis **meeleolu- ja ärevushäirete** osas. **Depressiooniks** peetakse püsivat meeleolu alanemist, mis mõjutab inimese igapäevaelu ja toimetulekut. Maailma Terviseorganisatsiooni kohaselt kannatab depressiooni all ligi 280 miljonit inimest, olles seega üks enimlevinuid psüühikahäireid ning põhjustades märkimisväärset tervise- ja töövõimekaotust kogu maailmas². Depressiooni peetakse ka üheks enim **aladiagnoositud** haigusteks. Oluline on rõhutada, et igasugune negatiivne meeleolumuutus või halb tuju ei ole depressioon. Depressiooni **tunnusteks** on alanenud meeleolu, huvide ja elurõõmu kadumine ja energia vähenemine, millele võivad lisanduda ka unehäired, keskendumisraskused, isumuutused, alanenud enesehinnang, süütunne, trööstitu suhtumine tulevikku ja raskematel juhtudel isegi enesekahjustus- või suitsiidimõtted. Depressioonis inimese toimetulek igapäevaeluga ja tööga on häiritud, välditakse sotsiaalseid kontakte. Haiguse diagnoosimiseks peavad eelmainitud kaebused olema püsivad, s.t. kestma **vähemalt kaks nädalat**. Inimesel endal ning ka lähedastel ei ole depressiooni alati lihtne ära tunda. Mõõdukas kuni raskekujuline krooniliseks muutunud depressioon kujutab endast tõsist tervisehäiret. Selle tagajärjel ei saa inimene tavapäraselt funktsioneerida kodus, koolikeskkonnas ja/või töökohal. Kõige raskemal juhul võib depressioon viia suitsiidini.

¹ Maailma Terviseorganisatsioon. [Allikas](#)

² Maailma Terviseorganisatsioon. [Allikas](#)

Depressioon on Eestiski sagedane terviseprobleem. Anne Kleinberg märkis oma 2014. a kaitstud doktoritöös³, et depressiooni levimus Eesti elanikkonnas on 5,6 protsenti. Depressioon on Eestis ärevushäirete ja skisofreenia kõrval üks peamisi puude väljastamise ja ennetähtaegsele pensionile jäämise põhjuseid. **Depressioon esineb sageli koos mõne ärevushäirega ning vastupidi, samuti võib see kaasneda mitmetele kehalistele haigustele või tekitada füüsilisi sümptomeid.** Depressiooni ravikulu on seotud selle raskusastmega; raskemate juhtumite puhul on suuremad ambulatoorsed ravikulud, sagedasem erakorralise hospitaliseerimise vajadus ning suurem suitsiidikäitumise osakaal. Seega, mõistlik on depressioonialase seisundi tekkimist varakult märgata ning selle süvenemist ennetada, aitamaks inimesel ühiskonna toimimisse panustada võimalikult kõrge elukvaliteediga.

Arenenud riikide tervishoiusüsteemide suundumus on lahendada suur osa vaimse tervise alastest pöördumistest esmatasandil koostöös kogukonnatasandiga, maksimeerides ka eneseabialased võimalused; Eestis nõuab see toe ja teenuste pakkumise olulist ümbermõtestamist ning kitsaskohtade lahendamist. Kuni aastani 2020 on vaimse tervise valdkonna probleemistikku Eestis põhjalikumalt käsitletud järgnevates dokumentides:

- Psühhosotsiaalsete riskide levik Eestis (Eesti Rakendusuringute keskus CENTAR, 2010) Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs (Tervise Arengu Instituut, 2012)⁴
- Vaimse tervise häirega inimesed avatud tööturul (Praxis, 2015)⁵
- Vaimse tervise strateegia (VATEK, 2016-2025)⁶
- Psühhosotsiaalse kriisiabi osutamise kava (VATEK, 2017)⁷
- COVID-19 kriisi psühhosotsiaalsete mõjude ekspertarvamus (VATEK, 2020)⁸

Juba 2005. a koostatud Sotsiaalministeeriumi ülevaatest⁹ selgus, et Eesti vaimse tervise teenuste üldine probleem on nende alatähtsustamine, vähene kättesaadavus, alternatiivide vähesus ja puudulik informeeritus erinevatest abi saamise võimalustest; vaimse tervise teenuse kättesaadavus sõltub enim rahastamisest; kliendi osalus teenuse kujundamisel, planeerimisel ja kvaliteedi hindamisel sisuliselt puudub ning lähedaste kaasamise ja tugiteenuste (nt tugigruppide) osatähtsus on vähene. Lisaks ravikindlustussüsteemi kaudu rahastatud vaimse tervise teenustele ja sotsiaalhoolekande teenustele, mida finantseeritakse riigieelarvest või KOV eelarvest, on mitmed teenused (näiteks erasektoris töötavate psühholoogide ja arstide vastuvõttud) ja ravimid kättesaadavad vaid siis, kui isik on maksejõuline.

Vabariigi Valitsuse 23. veebruaril 2021 kinnitatud tegevusprogrammis võeti eesmärgiks vaimse tervise teenuste kättesaadavuse suurendamine ning teenuste korralduse ja

³ Kleinberg, A. (2014). Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health services. TÜ Kirjastus. [Allikas](#).

⁴ Tervise Arengu Instituut. (2012). Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs. [Allikas](#).

⁵ Poliitikauuringute Keskus Praxis. (2015). Vaimse tervise häirega inimesed avatud tööturul. [Allikas](#).

⁶ Vaimse Tervise Koalitsioon. (2016). Vaimse tervise strateegia 2016-2025. [Allikas](#).

⁷ Vaimse Tervise Koalitsioon. (2017). Psühhosotsiaalse kriisiabi osutamise kava. [Allikas](#).

⁸ Vaimse Tervise Koalitsioon. (2020). Kroonviiruse kriisi psühhosotsiaalsed mõjud ja sekkumisvalikud. Ekspertarvamus. [Allikas](#).

⁹ Sotsiaalministeerium. (2005). Ülevaade vaimse tervise teenuste süsteemist. [Allikas](#).

kvaliteedi parandamine. Samuti oli vaimse tervise probleemide varajane märkamine ning vaimse tervise teenuste arendamine ka 2019. aastal ametisse asunud valitsuse üks eesmärke. Nende eesmärkide saavutamiseks koostati sektoriteülene vaimse tervise poliitika roheline raamat¹⁰ positiivse vaimse tervise hoidmiseks, probleemide koordineeritud ennetamiseks ja raviprotsesside tagamiseks, millele Vabariigi Valitsus käesoleval aastal ka heakskiidu andis. Selle ligi üheksakümnel leheküljel on põhjalikult kaardistatud eestlaste vaimse tervise hetkeolukord ja millele pandud ootus on kujundada vaimse tervise arengutegevusi järgmisel aastakümnel. Varem sellist visiooni poliitilisel tasemel sõnastatud ei olnud. Rohelises raamatus seatakse eesmärgiks panustada senisest enam vaimse tervise probleemide ennetusse, varajasse avastamisse ja õigeaegse kvaliteetse abi kättesaadavusse kõikjal Eestis. Rohelise raamatu jt ülalviidatud dokumentide põhjal saab käesoleva alapeatüki kokkuvõtteks ja järgmiste osade sissejuhatuseks välja tuua muu hulgas järgnevaid fakte:

- Psüühikahäirete **esinemissagedus on** kogu maailmas, sh Eestis, **tõusuteel**.
- Eesti Töötukassa andmetel olid 2018. aastal **töövõime hindamisel peamiseks diagnoosiks psüühika- ja käitumishäired** (sh vaimne alaareng), mis moodustasid 27% kõikidest töövõime vähenemistest.
- Töövõimekaotus on suures osas tingitud **meeleoluhäiretest ja ärevushäiretest** (keskmiselt 44,7% ja 41,2% kõikidest psüühikahäirega inimestele määratud töövõimetuspäevadest).
- Sotsiaalkindlustusameti andmetel tuvastati Eestis 2018. aastal esmakordne puue kokku 15 372 inimesel. **Psüühikahäired** moodustasid tuvastatud puuetest 15% ehk 2256 juhtu.
- Vaimse tervise abi korraldusele annab psühhiaatria valdkonna arengukava põhjal olulist tooni **psühhiaatrite kriis** – vähene tööjõud vananeb ja väheneb lähiaastatel veelgi.
- **Vaimse tervise teenuste kättesaadavus** (sh ambulatoorne psühhiaatriline abi) **ei ole** ressursside ja tööjõu vähesuse ning suureneva nõudluse (mh elanikkonna vananemisest tulenevalt) tõttu enamikes Euroopa riikides (sh Eestis) osale abivajajatest (piisavalt) kiiresti või (piirkonniti) **ühtlaselt kättesaadav**.

1.2. Inimkesksed integreeritud teenuste teekonnad

Suure ja/või kompleksse toetusvajadusega inimesed vajavad tihti tuge mitmelt spetsialistilt ja mitmest süsteemist järjestikku või koguni paralleelselt, kuid kõik neist ei pruugi toimida ühtsete põhimõtete, rahastusmudeli ja töökorralduse alusel. Abivajadusega inimese jaoks võib see halvemal juhul tähendada ka abita jäämist¹¹.

Maailma Terviseorganisatsioon on käivitanud strateegia „Inimkeskne integreeritud tervishoid” elluviimise^{12,13}. Selle strateegia kohaselt on tervisesüsteemi keskmes inimeste ja kogukondade tervisevajadused, mitte eraldi haigused. Strateegias on eeldatud ka inimese enda aktiivset rolli oma tervise kaitsel ja edendamisel. Uue mõtteviisi vajaduse tingisid

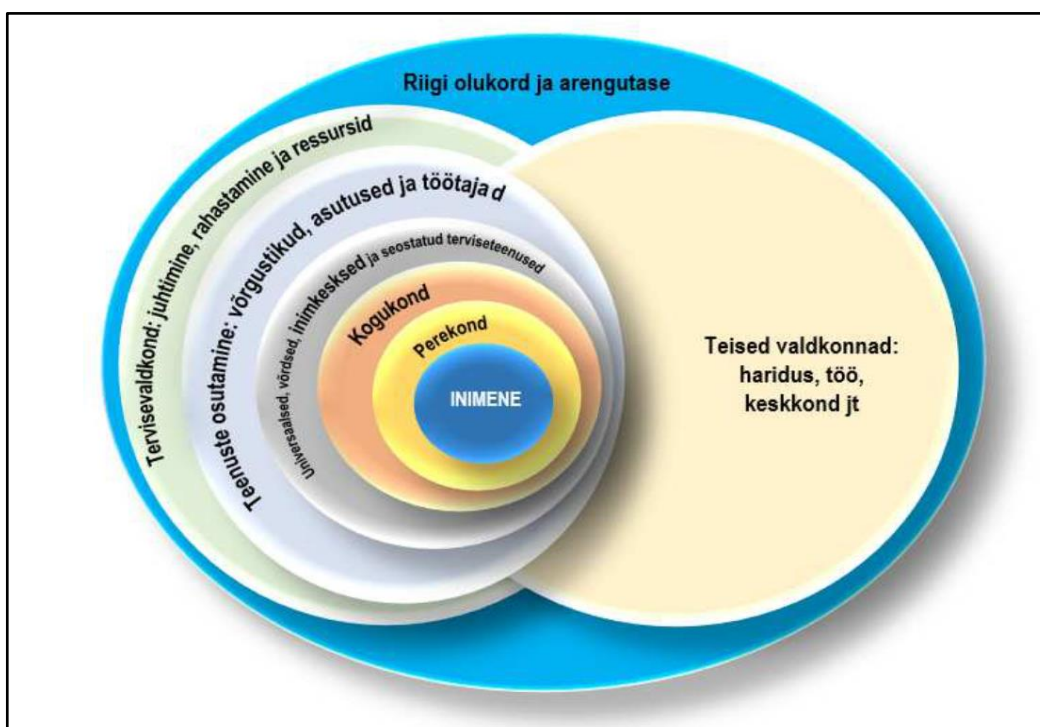
¹⁰ Sotsiaalministeerium (2021). Vaimse tervise roheline raamat. [Allikas](#).

¹¹ Aavik, G. (2020). Teekond inimesekeskse teenusepakkumise suunas. Sotsiaaltöö. Tervise Arengu Instituut. [Allikas](#).

¹² Maailma Terviseorganisatsioon. (2019). What are integrated people-centred health services? [Allikas](#).

¹³ Sinisalu, V. (2019). Inimkeskne tervishoid – eesmärk või teekond? Eesti Arst, 98(6), 321–322.

üleilmsed muutused meditsiinivõimalustes ja inimkonna tervises seisundis. Üle maailma on pikenenud keskmine oodatav eluiga, maakera rahvastik vananeb ja vanemaelistel on sagedasti mitu haigust korraga. Meditsiin võimaldab küll paljude varem surmaga lõppenud haiguste korral ellu jääda, kuid elus püsimiseks, ühiskonnaelus osalemiseks ja töövõime säilitamiseks vajavad need inimesed ka edaspidi mitmesugust tervishoiu- ja sotsiaalabi. Inimeste tervise hoidmiseks ja edendamiseks on vajalik luua tervislik elukeskkond ja hoida seda. Inimeste terviseprobleeme ei saa tänapäeval lahendada üksikute tervishoiuerialade baasil, vaid vaja on nende integreeritud koostööd nii omavahel kui ka sotsiaalsüsteemi ja kogukonnaga (**Joonis 1**).



Joonis 1. Inimkeskne integreeritud tervishoid (Maailma Terviseorganisatsioon)

Ka rahvastiku tervise arengukavas aastateks 2020-2030¹⁴ on esile toodud suunised inimkeskse tervishoiu poole liikumisel. Lisaks ravile pöörab inimkeskne tervishoid tähelepanu ennetusele, kogukonna tervisele ja heaolule ning selle roll on muuhulgas mõjutada tervishoiupoliitikat ja -teenuseid. Selline tervishoiusüsteem arvestab nii inimeste vajaduste, ootuste ja sotsiaalsete eelistustega kui konkreetsete haigustega. Oluline on, et inimesed saavad piisavalt teadmisi ja tuge raviprotsessi kaasamisel ja otsustamisel ning nende lähedased või hooldajad on võimelised toetavas keskkonnas andma oma panuse. Tervishoiuteenuseid tuleks osutada võrdse partnerluse alusel spetsialistide, teenuseid saavate inimeste, nende lähedaste ja kogukondade vahel, mida toetavad pikaajalised suhted inimeste, teenuseosutajate ja tervishoiusüsteemi tasandite vahel. Seega on inimkesksuse tagamisel oluline teenuste integreeritus.

Käesoleva projekti keskmes on mõiste **“raviteekond”**. Raviteekond on struktureeritud multidistsiplinaarne kava, mis kirjeldab olulisimaid samme konkreetsete probleemidega

¹⁴ Sotsiaalministeerium. (2020). Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030. [Allikas](#).

inimeste abistamiseks. Raviteekonna analüüs aitab liikuda inimkeskse integreeritud teenuseosutamise poole. Teekonna kaardistamise abil on võimalik vaadelda erinevate teenusetasandite kokkupuutekohti ja seeläbi ka võimalikke probleeme, samuti teha ettepanekuid, kuidas muudatustega sellel teekonnal inimest terviklikumalt toetada. Teekonna analüüs saab lisaks teenuste arendusele olla sisendiks ka integreeritud rahastusmudelite (nt tulemuspõhine rahastamine) loomisele. Kokkuvõtteks, inimkeskse, integreeritud lähenemise olulisim eesmärk on tõsta inimeste heaolu läbi teenuste osutamise korralduse igakülgse parandamise.

1.3. Eesmärk ja oodatavad tulemused

Projekti eesmärk tuleneb Tervisekassa 2021. a tulemuskaardist (väljavõte **Tabelis 1**).

Projekti oodatavaks tulemuseks on tekitada ühtne kirjalik arusaam olulisemate edasiste arendussuundade osas, mis aitaksid parandada sihtrühma poolt kasutatavate teenuste osutamise protsessi.

Tabel 1. Tervisekassa 2021. a tulemuskaardi väljavõte.

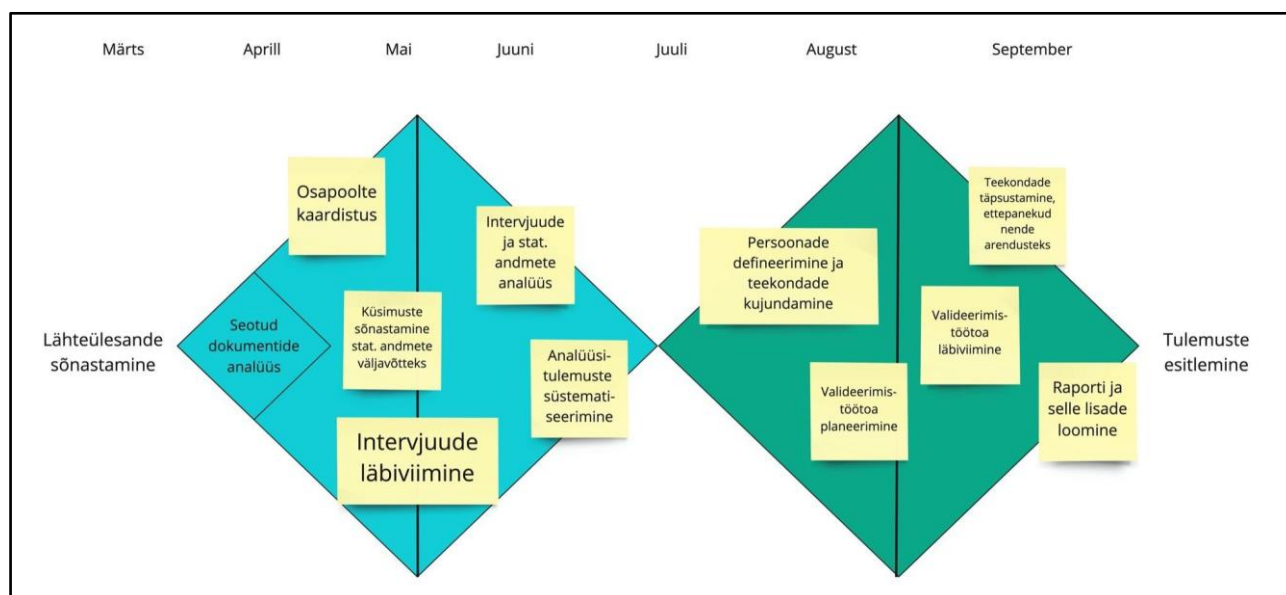
Eesmärk	Selgitus	Möödik kalendriaastal
Vaimse tervise abi kättesaadavuse parandamine	Vaimse tervise murega inimene saab talle vajalikku abi õigel ajal ja sobivaimal viisil	Vaimse tervise murega inimese probleemid ja teenuse teekond tervishoius on kaardistatud, olulisemad arendusvajadused välja selgitatud

Alapeatükis 1.1. käsitletud taustateadmistele toetudes keskenduti laiema vaimse tervise alase temaatika sees käesolevas kaardistus- ja analüüsiprojektis **tööealiste inimeste depressioonile**. Seega täpsustati eesmärki: probleemid depressiooniga tööealise inimese raviteekonnal peavad saama kaardistatud ning olulisimad arendusvajadused välja selgitatud.

2. Metoodika

Töö jagunes järgmisteks osadeks (**Joonis 2**):

1. Depressiooni ilmingute või diagnoosiga inimese praeguste teekondade analüüs;
 - Dokumentide analüüs;
 - Osapoolte kaardistamine;
 - Intervjuud ekspertide ja abivajajatega;
 - Andmete pinnalt raviteekonnal esinevate juurprobleemide ning neile vastavate lahendusettepanekute ja arendusuundade sõnastamine;
2. “Persoonade” ehk abivajajate koondportreede ja nende praeguste teekondade defineerimine.
3. Kaardistuse tulemuste valideerimine töötoas ja tulevikuteekondade kirjeldamine;
 - Probleemide valideerimine;
 - Lahendusettepanekute ja arendusuundade prioriseerimine;
 - Tulemite süntees ja ettepanekud uuteks teekondadeks.
4. Projekti koondtulemuste esitlemine ja levitamine.



Joonis 2. Tööprotsessi struktuur ajateljel.

2.1. Andmete kogumine kvalitatiivseks analüüsiks

Kaardistuse käigus koguti andmeid ja viidi läbi nende kvalitatiivne analüüs. Andmete kogumiseks viidi läbi intervjuusid nii spetsialistide kui abivajajatega, samuti analüüsiti teemakohast dokumentatsiooni. Intervjuudest ja dokumentidest kogutud andmematerjal kodeeriti ja süstematiseeriti.

Intervjuud spetsialistidega

Spetsialistide intervjuueerimiseks koostati kirjalik pöördumine, mis sisaldas projekti lühikirjeldust koos eesmärgi ning ootava tulemusega. Intervjuud viidi läbi vabatahtliku osalemise printsiibil; rahalist tasu ei olnud nende eest ette nähtud. Kirjalik pöördumine saadeti erialaliitudele ning organisatsioonidele ning vaimse tervise valdkonna

eestvedajatest üksikisikutele. Kirjale vastanutega lepidi kokku kohtumisajad. Soovi korral sai vastused küsimustele saata ka kirjalikult. Intervjuud viidi läbi **27 eksperdiga 22 organisatsioonist**.

Kaasatud organisatsioonid:

Eesti Õdede Liit (Vaimse Tervise Õdede Seltsing), Eesti Kliiniliste Psühholoogide Kutseliit, Eesti Perearstide Selts, Eesti Psühhiaatrite Selts, Eesti Töötervishoiuarstide Selts, Eesti Töö- ja Organisatsioonipsühholoogide Liit, MTÜ Peaasjad, SA PERH, SA TÜK, Marienthali Kliinik, Sotsiaalministeerium, Sotsiaalkindlustusamet, Eesti Puuetega Inimeste Koda, Tervise Arengu Instituut, Töötukassa, Tööinspeksioon, Ametiühingute Keskliit ja Tööandjate Keskliidu tervise ja tööjõu töörühma järgnevad liikmed: Rimi, Roche, Swedbank, Kalev SPA, Nordea.

Intervjuud abivajajatega

Abivajajate intervjuueerimiseks koostati kirjalik ankeet, mis sisaldas projekti lühikirjeldust koos eesmärgi ning oodatava tulemusega. Ankeeti jagati Tervisekassa Facebooki konto vahendusel. Ankeedile vastas 20 inimest, nendest õnnestus intervjuuaeg kokku leppida ja läbi viia **17 inimesega**. Soovi korral sai vastused küsimustele saata ka kirjalikult — seda võimalust kasutas üks inimene. Intervjuud viidi läbi vabatahtliku osalemise teel, rahalist tasu ei olnud nende eest ette nähtud. Kõik peale ühe intervjuueeritu olid naissoost. Intervjuueeritavate keskmine vanus oli 42,4 aastat, vanused jäid vahemikku 15-60. Haridustase varieerus põhiharidusest kõrghariduseni, seejuures enam kui pooltel oli kõrgharidus. Kümme inimest märkis oma elukohaks Harjumaa, neist kuus Tallinn. Kaks vastajat märkis oma elukohaks kas Tartu linn, Põlvamaa või Pärnumaa ning üks Võrumaa. Ehk kokkuvõtlikult Tallinn/Harjumaa — 10/17 ja muud piirkonnad — 7/17. Kõik osalejad märkisid, et olid elu jooksul tundnud depressioonilaadseid sümptomeid, seejuures 12 osalejat (70%) märkisid, et olid neid tundnud viimase kahe nädala jooksul. Kõigil oli oma elu jooksul diagnoositud kas põhi- või kaasuva haigusena depressioon (siia hulka võis sõltumata tekkepõhjusest kuuluda teiste hulgas nii ärevusega depressioon kui ka depressiooni sümptomitega ärevushäire).

Dokumentide analüüs

Uuriti dokumente, mis kajastab depressiooniga inimese ravialast käsitlust sisaldavat või sellega seonduvat infot. Siia alla kuuluvad lisaks peatükis 1.1. mainitud dokumentidele nii eesti- kui ingliskeelsed arengukavad, tegevusstrateegiad, statistilised raportid, kliiniliste auditite tulemused, akadeemilised uurimustööd ja teadusartiklid, ettekanded jm.

2.2. Andmete väljavõte kvantitatiivseks analüüsiks

Kvantitatiivseks analüüsiks sõnastati uurimisküsimused, mille abil tehti statistiliste andmete väljavõte Tervisekassa andmeaidast inimeste raviarvete, retseptide ja töövõimetuslehtede kohta. Kus võimalik, toetuti ka teistele riiklikele andmekogudele.

Muu hulgas uuriti järgnevaid aspekte:

- Missugune on depressiooniga inimese demograafiline profiil?
- Missugune näeb välja depressiooniga inimese raviteekond raviarvete ja retseptide põhjal?
- Kui palju kasutati erinevaid teenuseid kindla perioodi jooksul?
- Missugused on töövõimekaotuse määrad depressiooni tõttu?
- Kui palju kasutavad perearstid e-konsultatsioon psühhiaatriga?
- Missugune on (psühhofarmakoloogilise toimeainega) retseptiravimite hulk juhtumite osas, kus põhihaiguseks on depressioon?

2.3. Andmete analüüs ja tulemuste valideerimine

Intervjuudest ja dokumentidest saadud andmed kodeeriti ja süstematiseeriti ning kõrvutati statistiliste andmete väljavõttega. Tulemused analüüsiti ja analüüsi põhjal loodi persoonad ehk abivajajate koondportreed ning kirjeldati nende praegused raviteekonnad (vt täpsemalt peatükist 3.1). Tulemused valideeriti erinevaid osapooli ühendavas töötoas. Töötoas osalenute nimekiri on välja toodud [Lisas 3](#) Töötoa väljund integreeriti raportis kirjeldatud lõpptulemustesse.

3. Tulemused

Kvantitatiivsete andmete analüüsi tulemused on eraldiseisva raporti näol kättesaadavad [Lisast 2](#). Olulisemad leiud on kategooriati välja toodud järgnevalt:

Depressiooni levimus

- Depressiooni levimus Eesti rahvastikus aastal 2020 on ligikaudu 4%. Aastatel 2005-2020 on depressiooni levimus üldiselt veidi langenud, eelkõige ajavahemikul 2012 kuni 2015.
- Vastupidiselt eelmainitud üldisele trendile on depressiooni levimus 15-25-aastaste naiste (vähemal määral ka meeste) seas aastatel 2015-2019 järsult (2% → 5%) tõusnud.
- Depressiooni levimus on suurim Võrumaal ja mujal Kagu-Eestis, väikseim Saaremaal ja mujal Lääne-Eestis.

Depressiooniepisoodi kestus

- Esmakordse depressiooni episood kestab keskmiselt kolm kuud, korduva depressiooni episood kestab keskmiselt 10 kuud.
- Siiski, veerand esmakordse depressiooni episoodidest kestavad kauem kui 14 kuud ja veerand korduva depressiooni episoodidest kestavad kauem kui 38 kuud.
- Veerandil depressiooniepisoodidest (nii esmastest kui korduvatest) järgneb uus depressiooniepisood kuni kolme aasta möödudes.
- 37% inimestest on olnud rohkem kui üks depressiooniepisood.
- Väga suur osa (39%) depressiooni "episoode" koosnevad ainult ühest depressiooni diagnoosi kandvast retseptist ja/või raviarvest.

Depressioonile kaasuvad haigused

- Kõige sagedasemad kaasuvad diagnoosid depressiooniepisoodi ajal on südamekahjustusega kõrgvererõhktõbi (18% esmase depressiooniga inimestest), primaarne kõrgvererõhktõbi (14%), seljavalu (13%) ja ärevushäired (v.a. foobiad) (10%).
- 37% inimestest on nelja aasta jooksul enne esmakordset depressiooni diagnoosi saanud mõne psüühika- või käitumishäire diagnoosi, või olnud vastava jälgimise all. Kuna see muu psüühika- või käitumishäire diagnoos on saadud keskmiselt 1-2 kuud enne depressiooni diagnoosi, siis ilmselt on enamasti tegu diagnoosi muutumisega või täpsustumisega ühe ja sama haigusepisoodi jooksul.
- Kõige sagedasemad raviteenused esmakordse depressiooniga inimese raviteekonnal on perearsti vastuvõtt (esmased ja korduvad ning kontaktid telefoni teel, vastavalt 42%, 45% ja 23% inimestest, kõiki kokku keskmiselt u. 9 korda haigusepisoodi jooksul), psühhiaatri vastuvõtt aktiivravi perioodis (25% inimestest, keskmiselt u. 5 korda haigusepisoodi jooksul) ja psühhoteraapia seansid (11% inimestest, keskmiselt u. 6 korda haigusepisoodi jooksul).

Depressiooni diagnoosimine ja teenuste kasutus

- Depressiooni diagnoosi saavad inimesed enamasti kõigepealt perearsti juurest (63% juhtudest), vähemal määral psühhiaatri juurest (24% juhtudest). Ligi 14% juhtudest diagnoosib depressiooni muu eriarst. Üldjuhul puutub inimene ka edaspidi depressiooni asjus kokku ainult selle spetsialistiga, kes talle diagnoosi pani (s.t. enamikku inimestest ei suunata perearstilt edasi psühhiaatrile või psühhiaatri juurest psühhoterapeudile).
- Perearsti juures diagnoositud depressiooniga inimestest u. 10% jõuab psühhiaatri vastuvõtule, ülejäänud teenusegruppide kasutuse osakaal on alla 2,5%. Ligikaudu pooled episoodid algavad psühhoanaleptikumi (sh eelkõige antidepressandid) välja kirjutamisega (perearsti juures veidi harvem, psühhiaatri juures veidi rohkem).
- Psühhiaatri juures diagnoositud depressiooniga inimestest u. 20% saab psühhoteraapiateenuseid ja u. 10% käivad kliinilise psühholoogi vastuvõtul, samuti vaimse tervise õe vastuvõtul. Perearsti juurde pöörduvad nelja aasta jooksul depressiooni tõttu u. 20% neist inimestest, enamasti rohkem kui mõni kuu pärast depressiooniepisoodi algust.
- Alates aastast 2017 on perearstil võimalik kasutada e-konsultatsiooni psühhiaatriga. Kõigist perearstiga kokkupuudet omanud depressiooniepisoodidest sellest ajast saati on 1,3% juhtudest perearst e-konsultatsiooni kasutanud. See osakaal on aastate jooksul küll selgelt tõusnud (0,3% aastal 2017 → 1,5% aastal 2020), kuid jääb siiski suurusjärku üks sajast;
- 2020. aastal toimus 36% psühhiaatri vastuvõttudest depressiooni ravi raames kaugteel.

Ravimikasutus depressiooni korral

- Kõige levinumad depressiooni näidustusel kirjutatud ravimite klassid on selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid (kirjutatud 42% esmase ja 48% korduva depressiooni episoodide puhul, keskmiselt kolm või neli retsepti episoodi kohta), bensodiasepiini derivaadid (vastavalt 41%, 36%; üks, kaks) ja teised antidepressandid (täpsustatud ATC koodiga N06AX) (vastavalt 33%, 41%; kolm, neli). Ravimeid teistest kategooriatest kirjutatakse depressiooni näidustusel oluliselt harvem (ca 10% episoodidest ja vähem).
- Kõige levinumad konkreetsete ravimid depressiooni näidustusel on estsitalopraam ja alprasolaam.
- Enamik (u. 55% retseptidest) depressiooni näidustusega ravimeid kirjutatakse välja Eesti Haigekassa poolt rahastatud visiidi ajal, mille põhidiagnoos on samuti depressioon. Ligi 10% retsepte kirjutatakse välja sellise visiidi käigus, mille puhul depressioon ei ole märgitud ka kaasuvaks diagnoosiks (enamasti on siis põhidiagnoosiks kõrgvererõhktõbi) ja u. 20% retseptide puhul ei leidu Eesti Haigekassa andmebaasis sama arsti poolt sarnasel ajal avatud olnud raviarvet. See lubab ümber nurga hinnata Eesti Haigekassa rahastuseta psühhiaatrilisel ravil käijate osakaalu, kuna retseptide andmed on kõiksed.

Depressiooni ravikulud

- Depressiooni ravi (raviteenused, soodusravimid ja töövõimetushüvitised) moodustas 0,7% haigekassa 2020. aasta tervishoiukuludest, millest u. 1/3 moodustab töövõimetushüvitiste kulu.
- Depressiooni ravikulude summa ja vähemal määral ka osakaal tervishoiukuludest on alates 2014. aastast tõusnud (summa 5,4 mln € → 11,4 mln €, osakaal 0,6% → 0,7%).
- Läbi aastate küllaltki stabiilselt 15% psühhiaatria eriarstiabi eelarvest ja 10% perearstide teraapiafondist kulub depressiooni raviks.

Depressioon ja töövõime

- Töötavatest depressiooniga inimestest 7% on depressiooni tõttu võtnud ka töövõimetuslehe.
- Alates aastast 2014 on stabiilselt 1,5% haiguslehtedest võetud depressiooni tõttu.
- Depressiooni diagnoosiga haiguslehed on märgatavalt pikemad kui haiguslehed keskmiselt, näiteks aastal 2020 41 päeva (depressioon) või 52 päeva (korduv depressioon) 29 päevaga võrreldes (keskmine töövabastuspäevade arv diagnoosist sõltumata).

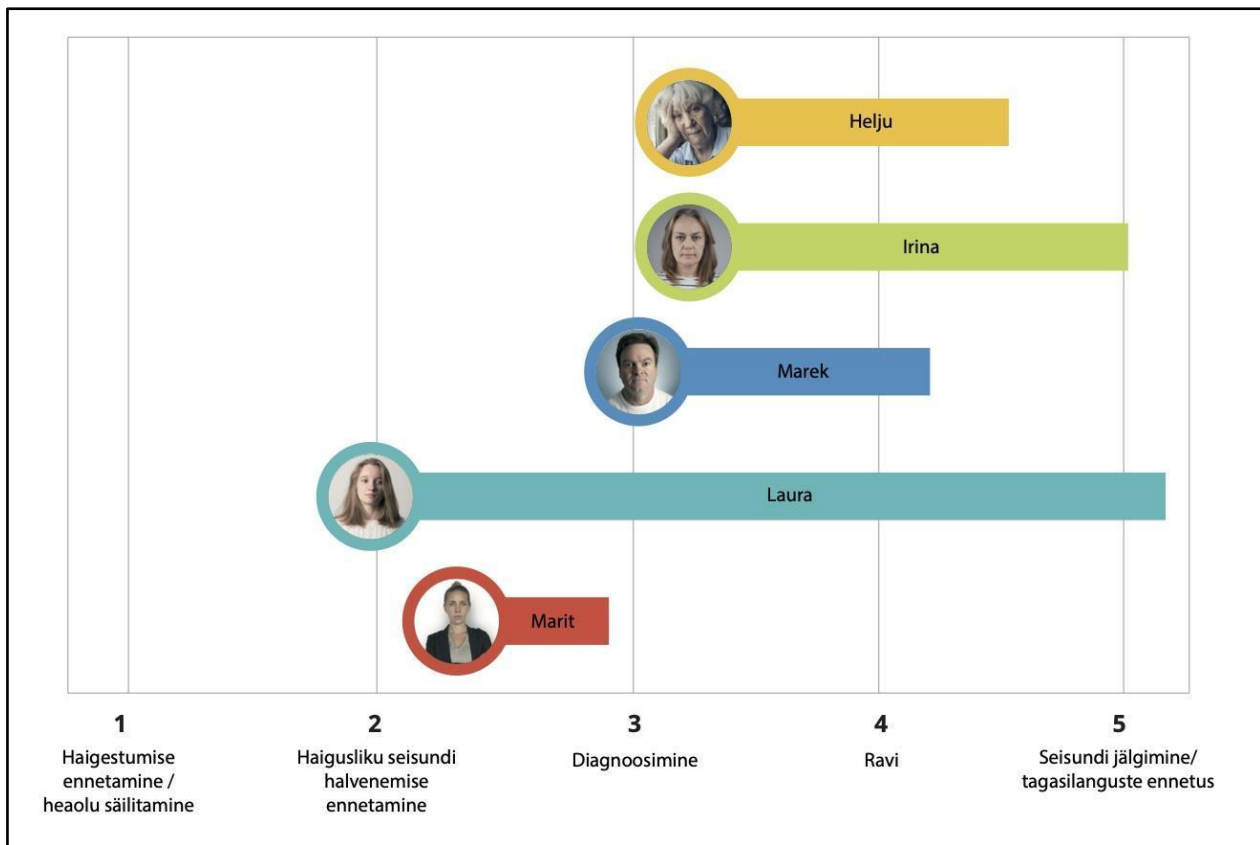
3.1. Persoonad — depressiooniga inimeste koondportreed

Persoonade eesmärk on tuua välja erineva käitumismustri, võimekuse ja vajadustega abivajajate grupid ja sel moel hõlbustada raviteekonna arendust. Persoonasid kasutatakse selleks, et lahendusi ei loodaks mitte enda, vaid tulevase kasutaja vaatevinklist. Persoonad toetuvad erinevatele andmetele suuremalt jaolt spetsialistide ja abivajajate intervjuudest saadud sisendile.

Depressiooniga inimene võib olla nii mees kui naine erinevas vanuses, kuid suurem hulk diagnoosikandjatest on naissoost ning vanuseliselt joonistub välja punkte, kuhu on koondunud suuremal hulgal abivajajatest — näiteks 20-aastased, 55- aastased ja 70-aastased. Nende hulgas on väga erinevate harjumuste, võimekuse ja sotsiaalmajandusliku taustaga inimesi. Persoonad (kokku viis) koostati selliselt, et illustreerida erisusi eeskätt inimeste võimekuste ja nendest tulenevate vajaduste pinnalt.

Projekti käigus koostati viis persoonat (**Joonis 3**):

- 20-aastane **Laura**, tudeng, kel avaldus esmane depressioon juba teismelisena
- 34-aastane **Marit**, vajalikku tuge mitte leidnud episoodilise depressiooniga spetsialist
- 43-aastane **Marek**, ühe arstivisiidi ja retseptiga piirdunud abi vajav segatüüpi psüühikahäirega mees
- 54-aastane **Irina**, pikaajalise depressiooni kogemusega ise teenuseid otsiv naine
- 72-aastane **Helju**, korduva depressiooni ning teiste haigustega üksielav proua



Joonis 3. Projekti käigus loodud persoonade ja nende teekondade paiknemine raviteekonna raamstruktuuris.

Joonisel 3 on raviteekondade põhifaasid¹⁵ kirjeldatud järgnevalt:

- 1. Haigestumise ennetamine/heaolu säilitamine.** Faas hõlmab erinevaid esmaseid ennetustegevusi, nt tervislikke valikuid, käitumismustreid ja keskkonda, mis võimaldavad säilitada vaimset heaolu.
- 2. Haigusliku seisundi halvenemise ennetamine.** Ehkki esineb nähtusid, mis viitavad depressiooni kujunemise võimalusele (nt meeleolulangus, unehäired jm), ei ole selles faasis tingimata vaja tervishoiusüsteemi poolset sekkumist. Depressiooni väljakujunemist võib tõhusalt ennetada psühholoogilise nõustamise, tugivõrgustikupoolse toetuse, elu- või töötingimuste parandamise, stressiallikate vähendamise, mitmesuguste eneseabipraktikate jm abil.
- 3. Depressiooni diagnoosimine.** Oluline on jõuda diagnoosini õigeaegselt, et inimene jõuaks abini ja haigus ei süveneks.
- 4. Aktiivse ravi faas.** Ravi peab olema tõhus, inimese jaoks arusaadav ja tema vajadustele vastav.
- 5. Toimub seisundi jälgimine, et ennetada võimalikke tagasilangusi.** Sõltuvalt haiguse olemusest võib see tähendada pöördumist tagasi haiguseelse elu juurde või ka õppimist kroonilise haigusega igapäevaselt toime tulema.

¹⁵ Board of Innovation. (2021). Behavioral Health Design Playbook. [Allikas](#).

Kirjeldatud isikute puhul paiknevad nende kogemused erinevates raviteekonna faasides. Näiteks isik **Marit** illustreerib inimest, kelle probleemid seonduvad peamiselt tööga ning kes ei ole depressiooni diagnoosini jõudnud. Ravi võib olla katkenud (**Marek**) või olnud katkendlik (**Helju**). Isikud illustreerivad ka seda, et Eestis on puudu toetavatest eelkõige esimestes etappides, et ennetada haiguse süvenemist. Abivajaja saab teadlikuks oma muredest kui depressioonist ning hakkab tuge saama alles diagnoosimise järgselt. Sel juhul jätab meditsiiniline sekkumine kasutamata mittemeditsiinilise toetamise potentsiaali. Probleemne on ka seisundi jälgimise ebaühtlus. Pikema depressiooniajaloo isikud (**Helju** ja **Irina**) on tundnud puudust kontaktivõimalusest ning nad ei ole saanud tuge, mida taastumiseks vajaksid. Isikutega ja nende praeguste teekondadega saab põhjalikumalt tutvuda [Lisas 1](#).

3.2. Tuvastatud probleemid depressiooni raviteekonnal

Depressiooni raviteekonna kaardistus ja analüüs tõi ilmsiks mitmeid probleemkohti, mis on valdkonnaülesed ning millesarnaseid on leitud ka varasemalt Tervisekassa poolt läbiviidud raviteekondade analüüsidel. Raviteekondade läbivad probleemide hulka kuuluvad:

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

Järgnevalt kirjeldatakse lühidalt ka spetsiifilisemaid sõlmprobleeme depressiooni raviteekonnal.

Puudulikud arusaamad ja stigmatiseeritus vaimse tervise teemade osas

- Depressioon on tihti inimesele, kes pole sellega varem kokku puutunud, raskesti mõistetav haigus. Mõnikord on inimene ise diagnoosile vastu, kuna alahindab selle tõsidust või on veendunud, et depressioon on tavapärane reaktsioon teatud elulistele olukordadele ning selle osas ei saa ega peagi midagi ette võtta. Mõnikord peetakse seda nõrku eluviisahaiguseks või laiskuseks. See pärsib omakorda ka ravisoostumust ja ravi efektiivsust.
- Ebapiisavad teadmised depressioonialasest eneseabist ning abi pakkuvate spetsialistide rollidest, teenustest ja teaduspõhistest sekkumisvõimalustest.
- Inimene jääb spetsialisti valiku (s.t. psühholoog, perearst või psühhiaater) osas otsustamisel sageli üksi.
- Sageli "kaovad" inimeselt raviteekonnalt või muudavad omaalgatuslikult neile määratud ravi.
- Kuigi viimastel aastatel on stigma ehk häbimärgistus vaimse tervise teemadega seonduvalt jõudsalt vähenenud, ei saa inimesed nendest endiselt kõikjal (näiteks töökeskkonnas, aga kohati ka lihtsalt pereringis) vabalt ja tulemuslikult rääkida.

Ühtse käsitluse puudumine üle Eesti

- Teenuste pakkumine ja korraldus ei ole ühtne üle kogu Eesti. Inimesed saavad väga erineva tasemega abi ja toetust nii oma seisundi mõistmisel, õige abini jõudmisel, raviteekonna alustamisel kui ka sellel kulgemisel.
- Praktikas varieeruvad lisaks teenuste kättesaadavusele spetsialistide rollijaotus, teadmised ja oskused, tööriistad (sh mõõdikud) ja käsitluspõhimõtted (sh nii hindamise, ravimise kui ka jälgimise osas).
- Koostatud juhendeid, mille eesmärk on praktikaid ja ravikvaliteeti ühtlustada, ei ole piisavalt ning olemasolevaid pole piisavalt rakendatud.

Mitmeid olulisi teenuseid pakutakse muu hulgas spetsialistide puuduse ja/või puuduliku ettevalmistuse tõttu liiga vähe ja üksikutest teenustest ei moodustu terviklikku teenuseteekonda

- Inimesed tunnevad, et arstil pole nende jaoks aega. Erinevad madalama sisenemislävega nõustamisteenused saaksid rahuldada abivajaja info- ja toevajadust ning sel moel suurendada lisaks ravi tulemuslikkusele ka rahulolu teenuse teekonnaga.
- Suurematest asulatest kaugemal elavatel inimestel on keeruline teenuste pärast kohale tulla. Inimestele suunatud kaugteenuste võimalused on hetkel täies mahus kasutamata, samal ajal kui need võiksid lahendada teenustele ligipääsuga seotud probleeme.
- Vaimse tervise spetsialiste — nii vaimse tervise õdesid, kutsega psühholooge kui ka psühhiaatreid — ei ole piisavalt, mistõttu ootavad inimesed vastuvõtule pääsemist sageli lubatust kauem. Nii esmatasandil kui ka eriarstiabis on terav vajadus vaimse tervise õdede ja psühholoog-nõustajate, aga ka kliiniliste psühholoogide toe järele. Kooli- ja töökeskkondades on puudus vastavalt kooli- ning tööpsühholoogidest.
- Sageli ei osutata teenuseid inimesele piisavas mahus; alati ei kaasne hindamisele sobilikku sekkumist ning juhul, kui kaasneb, siis ei pruugi sellest piisata (näiteks rahastatakse teraapiafondi raames üksnes kolm psühhoteraapiaalast kohtumist).

Ebapiisav ja reguleerimata koostöö osapoolte vahel

- Erinevate spetsialistide ja teenuste vahel liikudes ei ole inimesel piisavalt süsteemi(de)poolset tuge. Puudu jääb juhtumikorraldajatest/koordinaatoritest, mistõttu orienteerumine ja edukas progresseerumine teekonnal osutub sageli keeruliseks ja vaevaliseks.
- Tihtipeale ei alustata vaimse tervise alaste küsimuste puhul teekonda mitte pere-, vaid eriarstist. Psühhiaatrid kaasatakse esmase ravi faasis inimeste teekonnale sageli liiga vara, mistõttu on nad olukorras, kus peavad inimesele pakkuma kõige esmasemat nõustamist.
- Tervishoiu esmatasandi spetsialistide valmisolek ja võimekus abistada vaimse tervise probleemidega inimesi ei ole üle riigi ühetaoline. Perearstid ei konsulteerigi iga kord psühhiaatriga enne, kui tema juurde edasi saadavad..

- Spetsialistidel on erinevad arusaamad vaimse tervise alaste terviseandmete optimaalsest hulgast ja estluskujust. Ülesanded ja vastutus ei ole seotud osapoolte vahel selgelt jagatud. Õigeaegse ja koordineeritud tegevusplaani puudumine väljendub samuti halvemates ravitulemustes.
- Erinevad teenusepakkujad teekonnal ei toimi koos ühtse meeskonnana. Sageli ei tea teenusepakkuja, mis inimesest peale tema vastuvõttu edasi saab, ühtset tagasiside ja kvaliteedi jälgimise süsteemi ei ole. Teenusepakkujate vahelise suhtluse kvaliteet varieerub.
- Teenusepakkujad ei pea alati abivajajat ravimeeskonda kuuluvaks ega jaga infot vastavalt, ehkki soovitakse, et inimene võtaks oma ravi kulgemise ja tulemuste eest suurema vastutuse.
- Suurema sotsiaalse toe vajadusega inimeste lähedaste kaasamine on vähene.

Teenusekorraldus ei lähtu individuaalsetest vajadustest

- Teenuste ülesehitus ei toeta inimesi nende individuaalsetest vajadustest lähtuvalt. Sel põhjusel satuvad abivajajad tervishoiuteenusele kas liiga vara, liiga hilja või üldse mitte. Erinevate tervishoiuteenuste kasutuse vahelisel perioodil vajavad inimesed toetavaid teenuseid — inimeste (abi)vajadused ja iseseisvuse tase on väga erinevad, aga nende praegune nõustamine ei toeta neid vajalikul määral.
- Tervisesüsteemi praegune suuline ja kirjalik kommunikatsioon abivajaja suunal on keerukas, tekstimahukas, liiga üldine ning ei kajasta konkreetse inimese raviteekonnaga seotud infot. Nii jäävad paljud inimesed lõpuks ikkagi segadusse, mis viib täiendavate teenuste ja iseseisva info otsimiseni.

3.3. Depressiooni raviteekonna arendussuunad

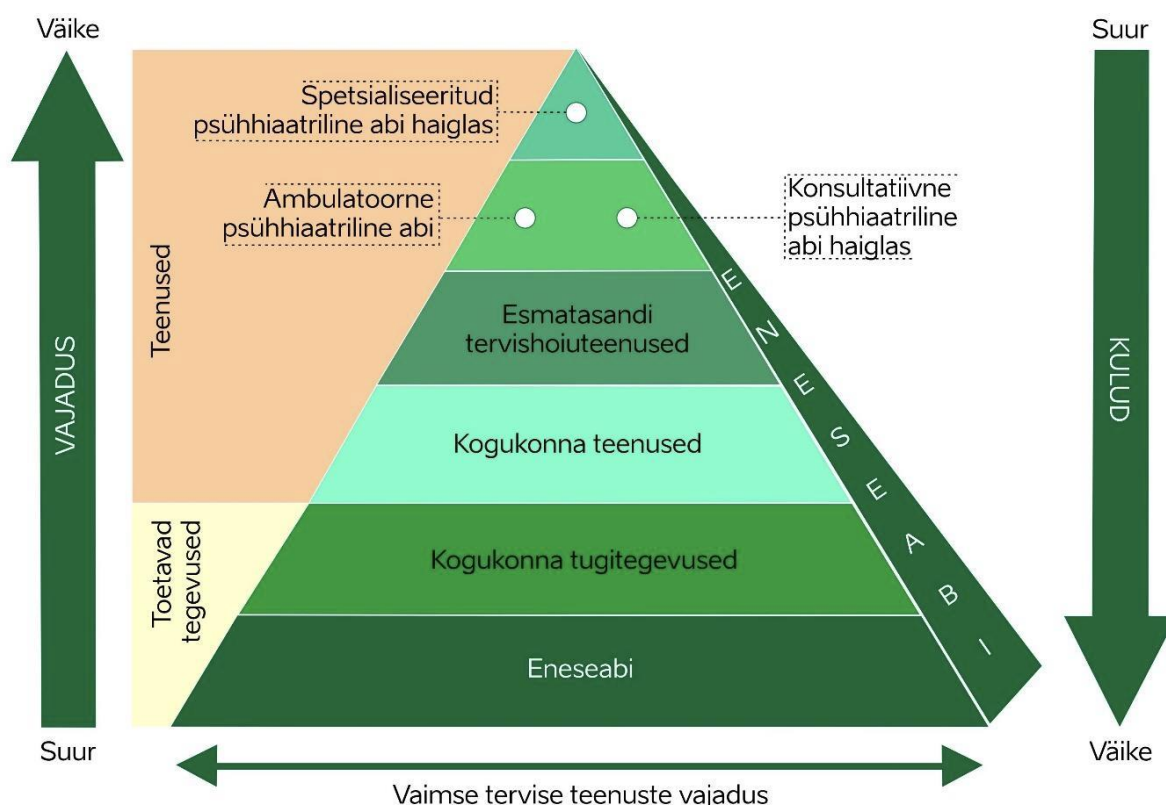
Tuleviku raviteekonna üks peamisi eesmärke peab olema, et **inimene saab talle vajalikku abi õigel ajal ja sobivaimal viisil**. Spetsialistide, teenuste ja/või protsesside arendamisel on optimaalne järgida teenuste “püramiidi” loogikat, mis on tuttav vaimse tervise rohelisest raamatust¹⁶ (**Joonis 4**), kus suurem osa vaimse tervise alaseid pöördumisi leiaksid lahenduse madalama taseme teenuste süsteemides. **Joonisel 5** on ühendatud raviteekonna kulgemise etapid ning vaimse tervise teenuste “püramiid”. Joonisel on märgistatud inimese vaimse tervise seisukohalt olulisemad osapooled ning nende roll teekonna eri etappides. Kõikide etappide jaoks on läbivalt oluline eneseabi, lähedaste ning kogukonna roll. Osalise seotuse puhul on intensiivsem osalus markeeritud tugevama tooniga ning vähemintensiivne heledamaga.

Järgnevalt on käsitletud “püramiidi” osade arendusvajadused üldistatult, konkreetsemalt on projekti käigus defineeritud ja valideeritud arendussuunad loetletud **Tabelis 2**. Tervishoiusüsteemi peaksid õigeaegselt jõudma just need inimesed, kes kindla spetsialisti abi just tol hetkel kõige enam vajavad. Madalama taseme (ennekõike kogukonnas, aga ka

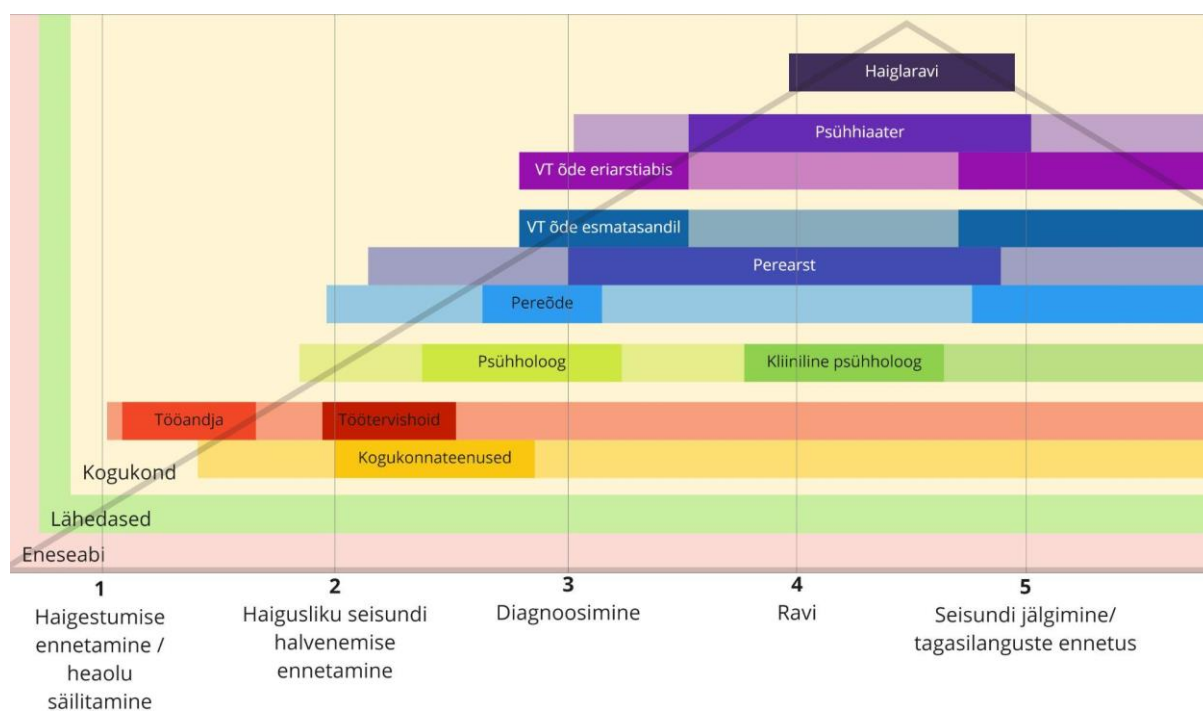
¹⁶ Sotsiaalministeerium (2021). Vaimse tervise roheline raamat. [Allikas](#).

töökkeskkonnas pakutavatele teenustele) tekib seeläbi ka suurem nõudlus, kuid märkida tuleb, et nende pakkumine on üldjuhul tervishoiuteenustest odavam.

Kõige suurem (baasiline) osa “püramiidist” kuulub teadlikkusele ja eneseabile — inimene tunneb võimalikud vaimse tervise probleemid ära ja oskab neile adekvaatselt reageerida. Seejuures võib ta toetuda abivõimalustele kogukonnas, alustades oma lähivõrgustikust — sugulased, sõbrad ja tuttavad. Kohaliku omavalitsuse (KOV) tugiteenused toetavad inimese esimesi püüdlusi abi leida, vahendades näiteks huviringe ja seltsitegevust ning fookuseeritud vabatahtlikku abi, aga ka formaalsemaid teenuseid nagu sotsiaaltransport. Samuti kuuluvad siia hulka kõikvõimalikud digitaalsed abimaterjalid, näiteks veebiportaalid ja juhised. Spetsiifilisemate mittekliinilist abi vajavate küsimuste, murede jt väljakutsete puhul on abi nt tugigruppide ja sekkumisprogrammide, mille eesmärk kõige laiemas mõttes on häirete ennetus ja toimetulekuoskuste parandamine läbi nõustamis- ja õpetamistegevuste. Kogukonna tugiteenuste hulka kuulub ka elukohalähedane psühholoogiline nõustamine, mille inimese jaoks kättesaadavaks tegemisel on oluline roll just elukohajärgsel KOV-il. Lisaks füüsiliste, näost näkku aset leidvate kohtumiste võimaldamisel on oluline, et toimiks ka kaugteenused neile, kes mingil põhjusel ei saa või ei soovi spetsialistiga füüsiliselt kohtuda, kuid vajavad sellegipoolest (mitteerakorralist) abi.



Joonis 4. Vaimse tervise teenuste “püramiid” - visioon vaimse tervise teenuste korraldusest.



Joonis 5. Raviteekonna etapid ja osapooled vaimse tervise teenuste “püramiidil”.

Nende sekka kuuluvad erinevad digiteenused (nt enesehindamine ja eneseabimaterjalid, e-nõustamine, kaugteenused spetsialistidelt jpm).

Inimene veedab suure osa oma teovõimelisest elust aktiivselt ühiskonda panustades, enamasti läbi töötegemise. Seda arvesse võttes vajab inimene ka töökeskkonnas mitmesugust tuge, et olla tõhus ja tulla oma tööalases rollis erinevate ülesannetega toime — ka juhul, kui tekivad väljakutsed väljaspool töökeskkonda. Võimalikult kõrge heaolutasemega töötamiseks on töökeskkonnas oluline tagada valmisolek, et võimalikku vaimse tervise alast muret varakult märgata ning ja vajaduspõhiselt sekkuda. Tööandjatel peab olema piisavalt teadmisi, oskusi, tööriistu jm ressursse, et inimest toetada juhul, kui esineb vaimse tervise alane probleem. Töökeskkonnaga on tihedalt läbipõimunud töotervishoiusüsteem, mis on heaks koostööpartneriks tööandjale ja võimaluseks abivajajale esilekerkivat vaimse tervise probleemi täpsustada ja sellesse õigeaegselt sekkuda. See võimaldab ennetada lisaks depressioonile ka läbipõlemist, ärevushäireid jt vaimse tervise alaseid raskemakujulisi probleeme. Seejuures on oluline, et töövõtja, tööandja ja töotervishoiusüsteem oleksid toetatud vaimse tervise spetsialistide poolt töökeskkonnas erinevate kohanduste sisseviimisel, mis adresseeriks tõhusalt psühhosotsiaalseid riske.

Esineb olukordi, kus hoolimata hästi ettevalmistatud ja aktiivsest kogukonnast ja vaimset tervist soosivast töökeskkonnast on inimese abistamiseks tarvis tervishoiusüsteemi tuge. Esimene omaalgatuslik kontakt tervishoiusüsteemiga võiks alati alata oma perearstikeskusest. Perearstikeskustel on seejuures tarvis mitmesuguseid ressursse, et kasvava hulga vaimse tervise alaste muredega inimesi aidata, sh valdkonnaspetsiifilisi teadmisi ja oskusi, hindamistöörüistu, kommunikatsioonivahendeid, tööjõuressursi, otsusetuge jt infosüsteeme, aga ka selget ja arusaadavat töökorraldust, mis kõik need osad

tervikuks seob nii, et abivajaja saaks vajalikku tuge. Seejuures peab esmatasandi spetsialist olema võimeline tuvastama olukorrad, kus on tarvis kaasata teisi spetsialiste, olgu selleks vaimse tervise õde, kutsega psühholoog või psühhiaater. Samuti on oluline, et teiselt spetsialistilt nõu küsimine või koguni tema "üleandmine" toimuks ühtsete põhimõtete (sh seisundi hinnangu) alusel. Esmatasandil peab tõhusa koostöö võimaldamiseks olema piisavalt toimivaid ja tõhusaid kommunikatsioonivahendeid (e-konsultatsioon, videosuhtlus), et arutada edasist käsitlust teiste spetsialistidega.

Eriarstiabitasandil (s.t. psühhiaatria valdkonnas) töötavad spetsialistid on väljaõppe poolest ette valmistatud, et tegeleda erinevat tüüpi vaimse tervise probleemidega, kuid inimese vaates on teenusele pääsemise takistuseks pikad ootejärjekorrad. Seetõttu on oluline, et eriarstiabi spetsialistide juurde suunduks eelkõige need inimesed, kes nende abi enim vajavad. Enamikul juhtudest peab inimene vajaduspõhist abi saama madalamatel teenusetasemetel. Kui aga tuvastatakse eriarstiabi taseme spetsialisti poolse sekkumise vajadus, siis peab inimene temani ka õigeaegselt jõudma. Väga sageli jõuab vaimse tervise probleemi alase kahtluse või ka juba varasema diagnoosiga inimene eriarsti juurde, kes ei ole psühhiaater. Selle põhjuseks võib olla näiteks kehaline haigus või ilmneb vaimse tervise häire alane kahtlus arstipoolse läbivaatuse käigus alles esmakordselt. Ka see osa abivajajatest peab osa saama inimkeskselt ja vajaduspõhiselt juhitud vaimse tervise alase raviteekonnast. Näiteks on see väga oluline EMOsse sattudes, aga ka onkoloogi või taastusraviarsti vastuvõtul olles, kuna nendes olukordades vajavad inimesed sageli vaimse tervise spetsialisti alast lisatuge.

Tervise juures mängib olulist rolli ka inimese sotsiaalmajanduslik olukord. Madalamate sotsiaalmajanduslike näitajatega leibkondades on enam terviseprobleeme, mistõttu on üks loogilistest prioriteetidest vähendada sotsiaalmajanduslikku ebavõrdsust ja kihistumist. Majandusliku stabiilsuse, kogukonna ja füüsilise keskkonna, hariduse, kvaiteetse toidu kättesaadavuse ning sotsiaalse konteksti, aga ka tervishoiusüsteemiga seotud tegureid nagu kättesaadavus ja ravikvaliteet nimetatakse kokkuvõtlikult **sotsiaalseteks tervisemõjuriteks**¹⁷ (ingl k *social determinants of health*). Neil on otsene mõju rahvatervise alastele näitajatele nagu suremus, haigestumus, keskmine eluiga jt). Siin on oluline roll KOV-idel. Läbivalt on oluline toetada ka seda inimest, kes ei ole üksnes oma raviteekonna alguses, vaid juba kulgeb sellel. Teisisõnu on tähtis teha inimese heaolu nimel laiapõhjalist osapooltevahelist koostööd, et inimene ei "kaoks" süsteemi vaates ära ja saaks pikaajaliselt kogeda võimalikult kõrget heaolu ja olla oma igapäevategevustes iseseisev.

3.4. Tulevikuteekonnad

Tuleviku raviteekonna mudeli loomisel keskenduti sellele, kuidas abivajaja võiks kõige tulemuslikumalt abi saada tervishoiusüsteemist (**Joonis 6**). Inimesed võivad vajada vaimse tervise alast tuge erinevatel ajahetkedel, eri spetsialistidelt. Kuna depressiooniga inimeste vajadused võivad omavahelises võrdluses suurel määral erineda, on ka võimalikke raviteekondi mitu. Oluline ei ole seejuures mitte ainult õige spetsialisti juurde liikumine, vaid

¹⁷ Kaiser Family Foundation. (2018). Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity. [Allikas](#).

ravimeeskonnas ühise arusaama teke, et inimene on saanud piisavat abi; teekonnad toimivad joonisel kujutatult eeldusel, et sekkumisi osutatakse tõhusas ja inimese vajadustele sobilikus mahus, kuna alalävine ravi ei too üldjuhul parimaid tulemusi.

Eneseabil, tugivõrgustikul ning kogukonna tugiteenustel on olulised rollid inimese toetamisel teekonna kogupikkuses, vastavalt eelnevas alapeatükis käsitletud põhimõtetele. **Tugivõrgustiku** all on mõeldud nii lähivõrgustikku (pereliikmed, sõbrad, naabrid jt) kui formaalset võrgustikku kogukonnas (sotsiaaltöötajad jt kohaliku omavalitsusega seotud spetsialistid, politsei- ja päästetöötajad, erinevate kogukonnateenuste osutajad, tööandjad jt). Näiteks kohaliku omavalitsuse poolt vahendatava info ja teenuste kaudu on võimalik jõuda esmase psühholoogilise toeni. Inimest ja tema tugivõrgustikku aitab seisundi mõistmisel ning edasiste sammude planeerimisel nn abivajaja **otsusetugi** - informatsioon, käepärane võimalus oma seisundit hinnata ning vastavalt tulemustele edasisi soovitusi saada, ammendav teadmine erinevatest abivõimalustest ja kuhu mis olukorras on vajalik pöörduda jpm. Tervisealase mure või häire korral siseneb inimene vastavalt olukorra kompleksusele ja iseloomule tervishoiusüsteemi erinevate spetsialistide vahendusel. Kui tegemist on elulise kriisiga, millega sageli kaasneb tervisealane mure või häire, saab inimene kasutada täiendavaid võimalusi süsteemi sisenemiseks. Järgnevalt on kirjeldatud teekondi täpsemalt:

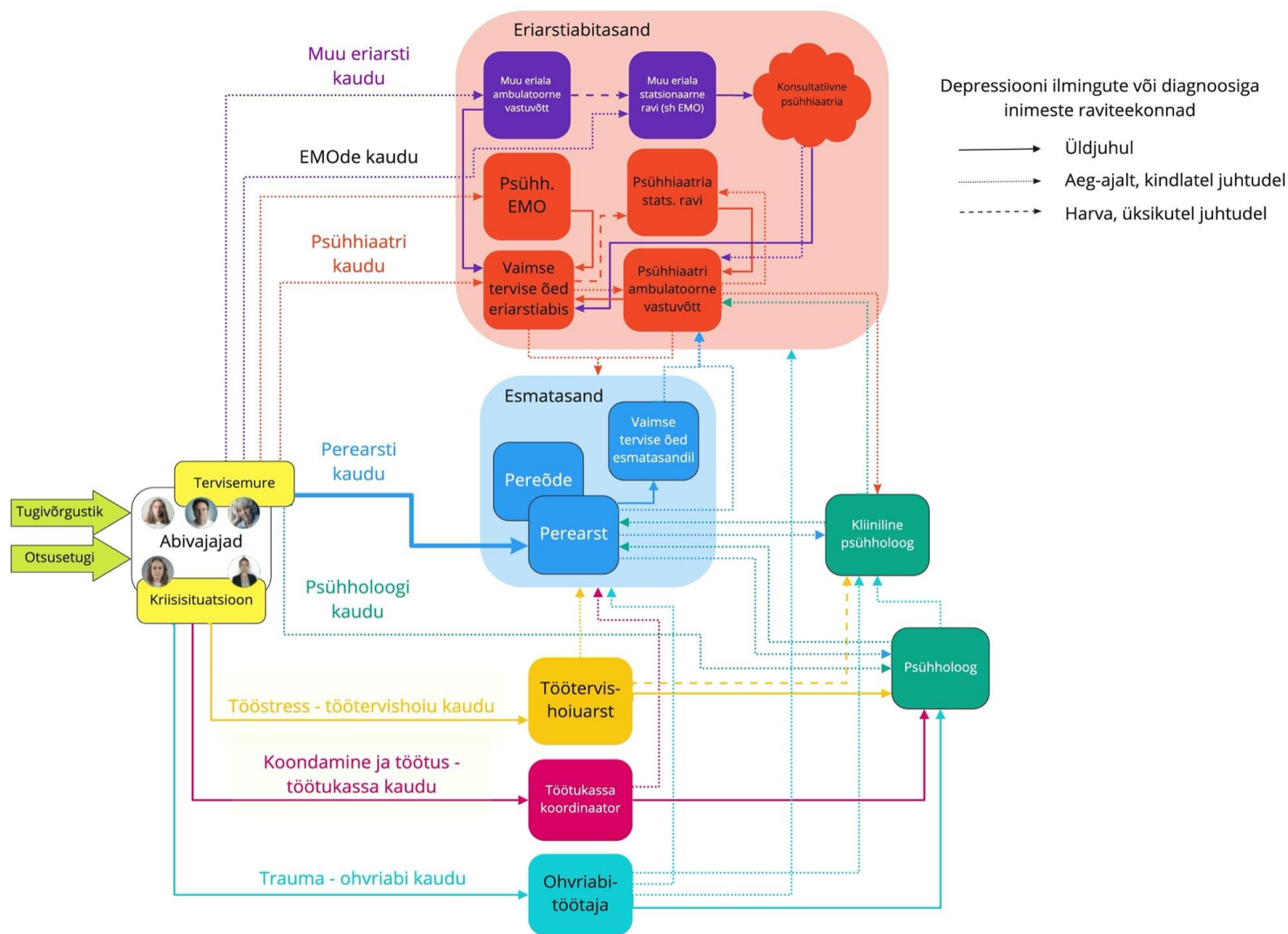
- a) **Sisenemine esmatasandi kaudu.** Kõige esimene abi tervishoiusüsteemist on kättesaadav oma perearstikeskuse kaudu. Inimene saab tööaegadel pöörduda oma perearstikeskuse poole ja jagada oma vaimse tervise alast muret. Esmane "triaaž" toimub esmakontakti keskusega (nt telefoni teel), kus nt kliiniline assistent selgitab välja probleemi olemuse ja kriitilisuseastme. Vaimse tervise alane vajadus võib muu hulgas ilmuda rutiinse läbivaatuse, tõendi väljastamise või primaarselt kehaliste kaebustega vastuvõtule ilmunud juhtumite puhul. Perearstikeskuse kaudu saab inimese kutsuda vastuvõtule pereõde või vaimse tervise õde, sõltuvalt kohapealsetest võimalustest. Vaimse tervise õde saab ka esmatasandil inimese seisundit jälgida (sh seirata ravimite puhul olulisi kõrvaltoimeid ning ennetada tagasilangusi) ja vajaduspõhiselt sekkuda, Visiidi vorm on kokkuleppeline – soovijatele saab pakkuda ka kaugvastuvõttu nt videokõne teel. Õe visiidil läbib inimene vaimse tervise alase probleemi esmase hindamise ja nõustamise. Olenevalt olukorrast on võimalik inimene edasi suunata kas perearsti või psühhiaatri vastuvõtule, kasutades e-konsultatsiooni võimalusi. Samuti on võimalik inimene edasi suunata erinevate tugispetsialistide, sh kliinilise psühholoogi vastuvõtule teraapiafondi abil. Teraapiafondi on esmatasandi spetsialistil võimalikult mugav kasutada ning inimene jõuab selle abil õigeaegselt tõhusa abini. Hindamine ja edasisuunamise käib vastavalt ühtsele käsitusstandardile, mis on maksimaalses võimalikus kooskõlas olemasolevate ravijuhenditega. Väljaspool tavapäraseid tööaegu täidab esmase hindamise ja nõustamise funktsioone perearsti infotelefon.
- b) **Sisenemine eriarstiabitasandi kaudu.** Oluline on siin näha vähemalt kolme eraldiseisvat teekonda:
 - *Erakorralise meditsiini osakonnad (EMOd)* – Hulgaliselt inimesi võib sattuda üldhaigla erakorralise meditsiini osakonda hirmutavate kehaliste tervisemurede tõttu aimamata, et need võivad olla psüühikahäire väljenduseks (näiteks paanikahoo puhul). Sedalaadi juhtumiteks on EMOd ette valmistunud, kus rutiinse

läbivaatuse käigus hinnatakse ka inimese vaimset tervist ning vajadusel suunatakse edasi spetsialisti juurde. Inimene võib sattuda ka psühhiaatrikliiniku EMOsse, kus teda ootab vaimse tervise õde, kes on koostöös valvepsühhiaatriga valmis inimest triaazi käigus hindama ja vajadusel edasi suunama kas psühhiaatri ambulatoorsele vastuvõtule või keerulisematel juhtudel ka statsionaarsele psühhiaatrilisele ravile.

- *Psühhiaatria* – psühhiaatri juurde pääsemiseks ei ole hetkel tarvis saatekirja. Seetõttu peab sarnaselt esmatasandile toimima ülitõhus triaazimehhanism, mida juhib nt vaimse tervise õde. Õde hindab ja sekkub, kaasates vajadusel ravitöösse teisi spetsialiste (sh suunates inimese õigel hetkel esmatasandile). Samuti tegeleb vaimse tervise õde abivajaja seisundi jälgimisega. Eriarstiabitandi ravimeeskonnas on ka kliiniline psühholoog, kelle juurde jõuavad diferentsiaaldiagnostilist hindamist ja/või pikemaajalisi sekkumisi (sh psühhoteraapiat) vajavad inimesed.
 - *Muu eriarstiabi* – Eriarstiabi kasutab igapäevaselt suur hulk inimesi. Paljudel neist on kehalised ja/või vaimsed tervisemured. Vaimse tervise alasele raviteekonnale peavad jõudma ka need inimesed, kes ei alusta oma raviteekonda vaimse tervise spetsialisti ega ka perearsti juurest. Spetsialistid muudelt ravierialadelt on pädevad võimalikku vaimse tervise probleemi märkama, seda (sõel)hindama ning vajadusel spetsialisti juurde edasi suunama, aga ka perearstile jälgimiseks üle andma. Eraldi peab seejuures vaatlema muu eriala statsionaarset ravi. Arste väljaspool vaimse tervise valdkonda toetavad üldhaiglates neid juhtumipõhiselt konsulteerivad psühhiaatrid.
- c) **Sisenemine töökeskkonna kaudu.** Tööealine inimene veedab suure osa oma ärkvelolekuajast mingitlaadi tööd tehes. Arvestades, et vaimse tervise alased mured ja psüühiline haavatavus liiguvad temaga kaasas, võivad probleemid avalduda töökeskkonnas. Töötaja vaimne tervis vajab kaitset ka töökeskkonnas, mis tähendab, et lisaks isiklikule teadlikkusele ja oskustele peab vaimse tervise muredega toime tulemiseks olema ette valmistunud ka tööandja. Töötamise juures on perioodiliselt kohustuslik külastada töötervishoiuarsti. See on hea võimalus muu hulgas sõelhindata ka inimese vaimset tervist. Töötervishoiuimeeskond on pädev teostama inimese vaimse tervise sõelhindamist ja pakkuma lühiajalisemaid sekkumisi (sh asjakohast edasisuunamist vaimse tervise spetsialisti juurde juhul, kui tuumikmeeskonnas selline puudub). Töötaja, tööandja ja töötervishoiusüsteemid teevad tõhusat koostööd muu hulgas töökeskkonna psühhosotsiaalsete riskifaktorite hindamisel ja nendealaste kohanduste sisseviimisel. Tööandjad saavad omalt poolt inimest toetada nii vaimse tervise alaste hariduslike koolituste pakkumise kui ka vaimse tervise spetsialisti (näiteks tööpsühholoogi või *coach'i*) abi vahendamise.
- d) **Sisenemine muude abisüsteemide kaudu.** Tervishoiusüsteemist väljaspool asuvate tugisüsteemide kaudu on võimalik kergematel juhtudel inimene suunata vaimse tervise spetsialisti juurde, olgu nendeks vaimse tervise õed, psühholoog-nõustajad või juhendamise all töötavad kutseta psühholoogid. Stressirohke võib inimese jaoks olla töökaotus, mille järgselt inimene võib vajada erinevat tüüpi tuge ja nõustamist, sealhulgas psühholoogilist abi – siin saab abi vahendamisel toeks olla **töötukassa**. Mistahes traumaatilise sündmuse läbielanu võib vajada nii füüsilise kui

psüühilise tervise alast abi – sellises olukorras saab inimene esmast tuge **ohvriabi** vahendusel. Esmase turvatunde taastamise järgselt on oluline, et inimene saaks sedalaadi tervishoiualast abi, mida ta vajab – olgu selleks somaatile ravi, vältimatu psühhiaatiline abi, kriisinõustamine või psühhoteraapia. Sobiliku abi ning õige spetsialistini aitab mõlemas süsteemis jõuda juhtumikorraldaja.

HAIGESTUMISE ENNETUS	HAIGUSLIKU SEISUNDI HALVENEMISE ENNETUS	DIAGNOOSIMINE	RAVI	SEISUNDI JÄLGIMINE / TAGASILANGUSTE ENNETUS
Depressiooniga inimese käsitluste sünkroniseerimine – loodud ja juurutatud on ühtne ja selge arusaam, kes mida peaks tegema ja mis hetkel.				
Depressiooniga inimese teekonna paremaks sujumiseks on loodud ja juurutatud juhtumikoordinatsiooni mudel – inimese liikumine teekonnal on jälgitud ja toetatud, vältimaks ravi katkemist ja dubleerimist.				
Erinevate sektorite ja tasandite spetsialistid saavad depressiooniga inimese heaolu pikaajalise säilitamise eesmärgil omavahel lihtsalt ja tõhusalt suhelda (nt turvaline vajaduspõhine videokonsultatsioon tervishoiuspetsialistide vahel juhtumite arutamiseks).				
Kokku on lepitud põhimõtted ja loodud võimalused inimese tervise seisundi (sh vaimse tervise) pikaajaliseks jälgimiseks/kaugmonitoorimiseks.				
Standardiseeritud on (seisundi hinnangu põhine) saatekirjavorm vaimse tervise murega inimese ühelt spetsialistilt teisele suunamiseks (esmatasand <-> eriarstiabi)				
Tööandjaid toetatakse töökeskkonnas psühhosotsiaalsete riskitegurite hindamisel ja kohanduste sisseviimisel.		Loodud ja juurutatud on ühtne depressiooni kahtluse või diagnoosiga inimeste (ambulaatorne ja statsionaarne) käsitlus väljaspool vaimse tervise seotud erialasid (EMO, kardioloogia, onkoloogia, neuroloogia, taastusravi jt).		
Tööandjatel on info ja oskused VT alaseid probleeme märgata ja neile reageerida. Tööandja vahendab VT alaseid sekkumisvõimalusi (sh kehtib vabastus erisoodustusmaksust)		Töötervishoiusüsteemis märgatakse VT alaseid probleeme, viiakse läbi VT alase seisundi esmast hindamist ning pakutakse sobilikku õigeaegset abi. Töötervishoiualasesse tuumikmeeskonda on lülitatud VT spetsialist.		
Vaimse tervise alased teemad on lisatud lasteaegade ja koolide haridusprogrammidesse.		Igas esmatasandi tervisekeskuses töötab VT õde (sh on võimaldatud kaugteenused ning spetsialistide jagamine mitme keskuse vahel).		
Teadlikkus ja oskused vaimse tervise ABC-st on ühiskonnas kõrged.		Loodud on rahalised võimalused ning tugi väiksematele perearstipraksistele vaimse tervise spetsialisti vajaduspõhiseks kaasamiseks.		
Vaimse tervise esmaabi koolitused on kättesaadavad kõigile soovijatele.		Esmatasandil on kõrgtasemel valmisolek käsitleda vaimse tervise probleeme.		
Riikliku rahastuse ja madala sisenemislävega vaimse tervise alased teenused (nt psühholoogiline nõustamine KOV kaudu) on inimestele kättesaadavad.		Perearsti ja pereõe tööalal on toimiv otsusetugi, et aidata depressiooni diagnoosimist, ravi määramist ja seisundi jälgimist.		
Kogukonna tugiteenused (nt kogemuskõlastamine, tugigrupid) ja sekkumisprogrammid (nt Imelised Aastad, Kainem ja Tervem Eesti) on jätkuvaltlikud ning kättesaadavad.		Teraapiafondi kasutamisel on selge rollijaotus, ammendav infohulk, standardiseeritud kommunikatsioon ning lihtne ja liigse bürokraatiaga logistika ja arveldus.		
Enesehindamise digilahendus – inimene saab oma seisundit lihtsasti ise hinnata ja vastavalt tulemustele ka edasisi soovitusi.		E-konsultatsiooni kasutamine psühhiaatria erialal on esmatasandi spetsialistile vajaduspõhiselt ja õigeaegselt ligipääsetav ning standardiseeritud.		
Tabel 2. Andmekorje ning valideerimistöötulemuste sünteesi teel saadud prioriteetsed arendussuunad.		VT alase spetsialiseerumiseta õendustöötajad on VT alaselst võimestatud.		
horizontaalsed/mitmeid osapooli hõlmavad tegevused		VT õe teenus on eriarstitasandil kättesaadav.		
töökeskkonnasuunalised tegevused		Eriarstibitasandile on loodud ja juurutatud tõhus süsteem abivajajate "sorteerimiseks" (nt sümptomite iseloomu ja raskusastme ning toimevõimekuse järgi).		
kogukonnasuunalised tegevused		Järjepidevalt vähendatakse hinnavahet era- ja riigisüsteemi tervishoiuteenuste vahel.		
tervishoiu esmatasandi suunalised tegevused				
tervishoiu eriarstiabi tasandi suunalised tegevused				
Lühendid: VT - vaimne tervis EMO - erakorralise meditsiini osakond, KOV - kohalik omavalitsus.				



Joonis 6. Soovituslikud tulevikuteekonnad depressiooni kahtluse või diagnoosiga inimestele. Inimene võib sattuda depressiooni raviteekonnale mistahes ajahetkel ja olukorras ning erinevate “uste” kaudu. Oluline on, et sõltumata individuaalsetest erinevustest ja asjaoludest toetab abivajaja otsuseid oma seisundis orienteerumisel ja tekonnal kulgemisel ammendav infokogus oma seisundi ning vajadustega kooskõlas olevate abivõimaluste kohta.

4. Järeldused ja soovitused

Depressioon on kompleksne ja mitmenäoline haigus, millega võib kaasuda ulatuslik tervise- ja töövõimekaotus. Raskematel juhtudel võib see viia suitsiidini. Raviandmete põhjal on depressiooni haigestumus ja levimus viimased 7 aastat olnud kerges languses, mis siiski ei tasakaalusta raviteenuste ja haiguslehtede kulu üldist järsku kasvu. Depressiooniepisoodide kestus, käsitlus ja maksumus on väga varieeruvad; raviandmete põhjal ühetaolist raviteekonda ei ilmestu. Üldjuhul jõuab inimene depressiooni diagnoosini perearsti juures ning väga sageli piirdubki ravi ühe visiidi ja ühe retseptiga. Kaardistuse käigus selgusid praegusel raviteekonnal hulgaliselt väljakutseid, mille lahendamiseks on vajalik strateegiliselt juhitud arendustööd. Depressiooni raviteekonna korrastamiseks ja arendamiseks on vaja teekonnaosaliste selget rolli- ja vastutusejaotust, ühiseid arusaamu ning koordineeritud koostööd, seda nii arenduste väljatöötamiseks, juurutamiseks kui ka käiguhoidmiseks. Käesoleva projekti jooksul kogutud andmete analüüsi- ja valideerimistöö saab eelmises peatükis käsitletud arendussuundi üldistades inimkeskselt korraldatud teekonna suunas areneda muu hulgas järgnevate tegevuste abil:

- Luua ja juurutada kõikide teekonna osapoolte vaheline ühtne probleemikäsitlus, juhtumikorraldus ja tegevuste koordinatsioon (sh hindamispõhine edasisuunamine);
- Tõsta ühiskonnas VT alaseid teadmisi ja eneseabioskusi ning võimestada asjakohase abi otsimisel;
- Langetada barjääre sobiliku abini jõudmisel, parandades madala sisenemislävega teenuste kättesaadavust;
- Toetada töandjat ja arendada töetervishoiusüsteemi vaimse tervise kaitse edendamisel töökeskkonnas;
- Arendada esmatasandi vaimse tervise alast võimekust;
- Toetada eriarstiabitasandit vaimse tervise alaste teenuste osutamisel.

Detailsem loetelu soovituslikest tegevustest on kättesaadav **Tabelist 2** (alapeatükis 3.3).

Piirangud

Projekti vanuseliseks sihtrühmaks oli 15-74 aastat. Tööjõu-uuringus, kuhu Statistikaameti kirjeldusel on kaasatud kogu tööealine elanikkond, arvestatakse tööealisteks inimesed, kes on uurimise ajal 15-74-aastased. Tööealise rahvastiku vanusevahemiku alumine väärtus 15 aastat vastab kujunenud rahvusvahelisele tavale, millises vanuses loetakse noori tööle sobivaks. Euroopa Liidus on aga Euroopa 2020 strateegia raames seatud eesmärgiks vähendada haridussüsteemist varajast väljalangemist ja suurendada kõrghariduse omandanud noorte osakaalu. Kuivõrd see tähendab õppimise perioodi pikenemist ja tööturule sisenemise vanuse tõusu, on tööhõiveindikaatorite arvutamisel nihutatud tööealise rahvastiku alampiir 20-le. Kuivõrd depressiooni raviteekonna kaardistuse projekti üheks oluliseks fookuseks oli keskendumine psüühilistele teguritele, mis mõjutavad tööturult väljalangemist ning tööturule taassisenemise toetamist, siis kokkuvõttes otsustati analüüsist suuresti välja jätta depressiooniga alaealise inimese raviteekond koolikeskkonnas ühes

õpetajate, kooliõdede, koolipsühholoogide, sotsiaal- ja eripedagoogide, aga ka lastepsühhiaatrite jt taustajõududega. Oluline on siinkohal rõhutada, et laste ja noorukite (s.t. alaealiste) depressiooni raviteekond vajab eraldiseisvat analüüsi.

Eraldi jäi käsitlemata rasedusaegne ja sünnitusjärgne depressioon. Lapseootel inimese ja tema lähedaste teekonna toetamisel peab arvestama lisaks füüsilisele ka vaimse tervise hoidmisega. Lisaks naistearstide, õdede ja ämmaemandate poolt pakutavale hoolele vahendavad mitmed tervishoiuasutused ka vajaduspõhist raseduskriisinõustamist. Samuti on tervishoiuasutusi, kes rakendavad selises olukorras vaimse tervise spetsialistide — näiteks kliiniliste psühholoogide — abi. Loodetavasti on käesoleva projekti raames väljatöötatud raamid edaspidi abiks ka selles kontekstis.

Tänuavaldused

Täna kõiki teenuseosutajaid, eksperte ja abivajajaid, kes olid nõus oma teadmisi ja kogemusi projektitegevuste raames jagama. Olen tänulik Mark Gimbutasele Tervisekassast statistiliste andmete väljavõtte ja analüüsi eest, samuti teistele Tervisekassa spetsialistidele, osakonnajuhatajatele ja juhatuse liikmetele toe ja nõustamise eest kogu projekti vältel. Täna Käthlin Mikiveri ja Vootele Veldret Sotsiaalministeeriumist ning Jaan Tulvistet Tervise Arengu Instituudist mõtete ja infovahetuse, ajurünnakutes osalemise ning inspireerimise eest. Suur tänu kuulub Sotsiaalse Innovatsiooni Laborile¹⁸; valideerimistöota kontseptualiseerimise ja modereerimise osas aitas Rasmus Pedanik, andmete mõtestamise ning persoonade ja teekondade defineerimise osas aitas Marko Uibu ning projektimaterjalide graafilise disaini ja valideerimistöota vältel tehnilise toe pakkumise osas aitas Jaanus Kaasik.

Kontakt:

René Randver, depressiooni raviteekonna projektijuht

kliiniline psühholoog, neuropsühholoog

e-post rene.randver@gmail.com

LinkedIn <https://www.linkedin.com/in/randver/>

¹⁸ Sotsiaalse Innovatsiooni Labor. Koduleht: www.koosloome.ee

Summary in English

According to the World Health Organization, nearly 280 million people suffer from depression, making it one of the most common mental disorders and causing significant loss of health and disability worldwide. The cost of treating depression is related to its severity; in more severe cases, there are higher outpatient treatment costs, more frequent need for emergency hospitalization, and a higher rate of suicidal behavior. People with high and/or complex needs often require support from several professionals and systems in succession, or even in parallel, but not all of these systems may operate on the basis of common principles, funding models, and processes. For patients, this may even result in not receiving any help.

The care pathway is a structured multidisciplinary plan that describes the most important steps to help people with specific health problems. The most important goal of a person-centered, integrated approach is to increase people's well-being by comprehensively improving the process of service provision. With the help of mapping the care pathway, it is possible to look at the contact points of different service levels, and thus locate possible problems, as well as to make proposals on how to support people more efficiently. In addition to service development, the care pathway analysis can also provide input to the creation of integrated funding models (e.g. performance-based funding).

The objectives of this project were to map the problems of the care pathway of a working-age person with depression, and to identify high-priority development needs. The work process consisted of describing and analyzing the current pathway, validating the analysis results, and dissemination. Both qualitative (interviews, documents) and quantitative data (medical bills, prescriptions and work absence sheets) were analyzed. In the course of the data analysis, personas, i.e. aggregate portraits of people with depression, were created and their current care pathways described, together with core problems and appropriate solutions. The results of the analysis were validated in a workshop bringing together different stakeholders. To summarize the work, outputs obtained through both data analysis and validation were synthesized, and a list of recommendations and a vision for a future care pathway were proposed.

Lisad

[LISA 1. Persoonad ja nende preagused teekonnad](#)

[LISA 2. Depressiooniga patsiendi raviteekonna kaardistamine Haigekassa andmete alusel](#)

[LISA 3. 30. augustil 2021 toimunud valideerimistöös osalenute nimekiri](#)