

Kroonviiruse kriisi psühhosotsiaalsed mõjud ja sekkumisvalikud

Ekspertarvamus

Autorid:

Kirsti Akkermann (Tartu Ülikooli psühholoogia instituut), Magda Kõljalg (Tartu Ülikooli arst-resident),
Maris Vainre (Poliitikauuringute Keskus Praxis), Anniki Lai (Ennetustegevuse Keskus)

17. aprill 2020

Sisukord

| | |
|--|----|
| Lühikokkuvõte..... | 3 |
| Kontekst | 5 |
| Psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi määratlus | 5 |
| Riigi valmisolek kriisilukorraks psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi kontekstis | 6 |
| 1. Ekspertarvamuse raamistik..... | 7 |
| IASC soovitatud võtmetähtsusega tegevused | 7 |
| 2. Kroonviiruse kriisilukorra psühhosotsiaalsed ja vaimse tervise tagajärjed | 9 |
| 2.1. Esmased tagajärjed..... | 9 |
| 2.2. Pikemaajalised tagajärjed | 11 |
| 3. Strateegiline juhtimine, koordineerimine ja sekkumiste põhiprintsiibid..... | 12 |
| 3.1. Psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi strateegiline juhtimine ja koordineerimine | 12 |
| 3.2. Sekkumiste põhiprintsiibid, teenuste arendus ja osutamine kriisi erinevates faasides | 13 |
| 3.2.1. Sekkumispüramiid ja sekkumiste põhiprintsiibid | 13 |
| 3.2.2. Teenuste arendus ja osutamine kriisi erinevates faasides..... | 15 |
| 3.2.3. Olemasolevate teenuste rakendamine..... | 17 |
| 3.2.4. Digisekkumised: innovatsioonist rakendamiseni | 18 |
| 3.3. Universaalsed sekkumised | 19 |
| 3.3.1. Eneseabi..... | 19 |
| 3.3.2. Töökohapõhised sekkumised | 20 |
| 3.4. Kogukonnapõhised sekkumised | 21 |
| 4. Haavatavad grupid ja erimeetmed, mida ennetuseks ja kahjude vähendamiseks kasutada... | 23 |
| 4.1. Eesliinitöötajad | 23 |
| 4.2. Puuetega inimesed | 25 |
| 4.3. Tervishoiuteenuste jätkumist vajavad inimesed..... | 26 |
| 4.4. Töötud ja majandusliku toimetulekuraskustega inimesed..... | 27 |
| 4.5. Lapsed, noored ja nende vanemad..... | 28 |
| 4.6. Vanemaealised | 29 |
| 4.7. Lähisuhtevägivalla all kannatajad..... | 32 |
| 4.8. Vangid ja vanglatöötajad..... | 33 |
| Täname | 35 |
| Viited | 36 |

Lühikokkuvõte

Käesolev ekspertarvamus on koostatud seoses 11. märtsil 2020. a Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) poolt välja kuulutatud kroonviiruse pandeemiaga, et anda hinnang selle võimalike psühhosotsiaalsete mõjude osas Eesti elanikele. Ekspertarvamus on koostatud Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsiooni laiendatud ekspertgrupi tegevuse raames Sotsiaalkindlustusameti tellimisel. Ekspertarvamus annab poliitikakujundajatele mõtteainest ja lähtekohad psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi laiapõhjalise tegevuskava väljatöötamiseks, samuti soovitusel ja raamistiku vajalike meetmete kavandamiseks. Tegevusettepanekud põhinevad teaduskirjandusel ning raporti koostamise ajahetkel ekspertidele parimal kättesaadaval teadmisel Eesti elanike vajadustest. Käesoleva dokumendi puhul on oluline eristada mõisteid **react ehk olukorrale reageerimine** (kiire reaktsioon, üksiktegevused) ja **response ehk olukorrale vastamine** (teadlikud tegevused, mis põhinevad teadmistel ja info ning süsteemsel lähenemisel; tegevuste kohandamine vastavalt olukorrale ja vajadustele). Ekspertarvamuse lähtekohaks on *response* vaade.

Ekspertarvamuse viis põhisoovitust, millega tuleks esimeses järjekorras tegeleda psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi korraldamisel kroonviiruse kriisiolukorras:

1. Moodustada laiapõhjaline ning valdkondade ülene psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi korraldamise töörühm Sotsiaalministeeriumi kui valdkonna poliitikakujunduse eest vastutava valitsusasutuse juhtimise alla. Määratlenda osapoolte vastutused psühhosotsiaalse kriisiabi korraldamisel.
2. Töörühmal koostada laiapõhjaline ja praktiline tegevusplaan meetmete rakendamiseks kroonviiruse olukorras ja kriisi järelmõjudele vastamiseks võttes muuhulgas arvesse käesolevas ekspertarvamusel välja pakutud sekkumisraamistikku ja tehtud soovitusi. Luua sillad seotud valdkondade hädaolukorraplaanide ja meetmete vahel.
3. Tagada inimeste füüsilise ja vaimse tervise hoidmiseks ning probleemide ennetamiseks vajalike teenuste osutamise jätkumine ja kättesaadavus ka kroonviiruse kriisiolukorra ajal ning teha pingutusi teenuste võimaldamiseks rakendades kaugtöö meetodeid. Erilist tähelepanu peaks pöörama haavatavate gruppide vajadustele, sh krooniliste haigustega ja psüühikahäiretega inimeste plaaniline ravi, rehabilitatsiooniteenused, pikaajalise hoolduse teenused, käitumisprobleemidega noorte tugiteenused, suitsidiennetus, vanemlusprogrammid jt.
4. Võimaldada kõigile eesliinitöötajatele vaimse tervise esmaabi andmise oskuste koolitust abivajajate psühhosotsiaalseks toetamiseks ja seeläbi töötajate enda emotsionaalse toimetuleku tõhustamiseks.
5. Tagada elanikkonna **täpne ja pidev** informeeritus kroonviirusest, nakatumise võimalustest ja viisidest, kuidas igaüks saab oma füüsilist ja vaimset tervist hoida. Kommunikatsioonis tuleks kindlasti arvestada venekeelse elanikkonnaga.

Lisaks viiele põhisoovitusele on järgnevalt toodud olulisemad ettepanekuid kriisi lähi- ning pikemaajalises vaates, kasutades selleks kriisisekkumiste kavandamise “ajaakende”¹ raamistikku.

Sekkumiste rakendamise peamised põhimõtted:

6. Rõhutame, et nii tava- kui kriisiolukorras on oluline poliitiliste otsuste tegemisel ja sekkumiste kavandamisel lähtuda tõenduspõhise poliitikakujunduse ja praktika printsiipidest.
7. Sekkumiste ja meetmete väljatöötamisel tuleb arvestada, et käesolev kriis puudutab ebaproportsionaalselt naisi: nad on suurema tõenäosusega eesliini töötajad, neile langeb suurema tõenäosusega ka hoolduskoormus. On oluline, et naised osaleksid otsustusprotsessides.

Ettepanekud tegevusteks pääste- ja keskpikas taastumisfaasis:

8. Hinnata inimestele psühhosotsiaalset tuge pakkuvate spetsialistide täiendkoolitusvajadust.
9. Laiendada vaimse tervise teenuste kättesaadavust esmatasandil, kaaluda mehhanismide loomist vaimse tervise vajaduste hindamiseks, et eristada akuutsed abivajajad ja need, kes vajavad plaanilist jälgimist.
10. Hoida inimeste vaimse tervise huvides füüsilise eraldatuse / karantiini periood nii optimaalne kui võimalik.

Ettepanekud tegevusteks pikaajalise ja traumajärgse taastumisfaasis:

11. Sotsiaalministeeriumil koostada analüüs riigi toimetulekust psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi korraldamisel kroonviiruse epideemia olukorras, et õppida tehtud vigadest ja õnnestumistest ning kujundada vastavalt poliitikaid, planeerida meetmeid ja kriisijuhtimist.
12. Suunata haridus-, töövaldkonna-, sotsiaalteenuseid korraldavad valitsusasutused, kohalikud omavalitsused ja teenuseosutajad analüüsima kriisiolukorrast saadud kogemust ja vormistama selle põhjal kirjalikud plaanid tuleviku võimalikeks kriisiolukordadeks. Selleks luua keskne juhised.
13. Kaardistada vaimse tervise vajadusi, olemasolevaid teenuseid ja tagada teenuste kättesaadavust. Oluline on vaimse tervise teenuseid ka selles faasis piisavalt rahastada.
14. Rakendada töösse e-tervise strateegia inimeste vaimse tervise toetamiseks ja raviks vajalike tehnoloogiate kasutusele võtmiseks.

¹ Ajaakende määratlused on toodud peatükis 3.2.2.

Kontekst

Käesolev ekspertarvamus on koostatud vahemikus 9.-16. aprill 2020 Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsiooni laiendatud ekspertgrupi tegevuse raames ning esitati tellijale ehk Sotsiaalkindlustusametile (SKA) 17. aprillil 2020 tuginedes selleks ajaks töö koostajatele teadaolevatele teadmistele.

SKA tõstatatud küsimused puudutasid psühhosotsiaalse kriisi olulise süvenemisega seotud vajadusi ja meetmeid musta stsenaariumi korral, kus nakatunute arv tõuseb mitmekümne tuhandeni, on märkimisväärne surmade arv ning eriolukorra piirangud kestavad veel mitu kuud. Ekspertarvamus oodati vastuseid järgmistele küsimustele:

- Milliseid tagajärgi toob selline olukord kaasa psühhosotsiaalse ning vaimse tervise aspektides?
- Milliseid meetmeid tuleks kasutada selleks, et sellise olukorra vältel toetada Eesti elanike psühhosotsiaalset heaolu ja vähendada olukorra kahjulikke mõjusid? Meetmed võiks olla toodud struktureeritud vaates (enesehoid, kogukonna toetus, professionaalne abi jne).
- Millised on sellises olukorras eriti haavatavad grupid ja milliseid erimeetmeid tuleks ennetuseks ja kahjude vähendamiseks nende puhul kasutada?
- Millised on sellise olukorra tagajärjed ning milliseid meetmeid tuleks kasutusele võtta ning ette valmistada tagajärgede leevendamiseks ja taastumiseks?

Märgime, et ekspertarvamus välja toodud mõjud ja tehtud soovitused on vajalikud juba tänase olukorra valguses ega eelda olukorra halvenemist / musta stsenaariumi.

Ekspertarvumuse koostamise piirangud:

- Töö teostamiseks antud ajaraam ja olemasolevad ressursid ei võimaldanud läbi viia laiapõhjalisi fookusgrupi intervjuusid ja küsitlusi ning Eesti olukorra täielikku kaardistamist. Siiski püüame lähtuda oma soovitustes Eesti kontekstist.
- Töös tuuakse välja soovitused parimatel kättesaadavatel teadmistel, kuid kuna koostajatel puudub ligipääs täielikule infole riigi võimalustest, ressurssidest ning juba kavandatud tegevustest, ei ole töös tehtud valikuid meetmete prioriteetsuse osas. Mandaat täpsemate poliitikalavalkute kavandamiseks ja otsuste tegemiseks on avalikul sektoril.
- Siit edasi on riigi vastutavatel institutsioonidel vajalik teha lisatööd selleks, et soovitused disainida Eesti konteksti sobivateks meetmeteks.

Psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi määratlus

Sotsiaalkindlustusamet on määratlenud **psühhosotsiaalsed kriisiabi** eriolukorras järgmiselt: (a) Psühhosotsiaalne kriisiabi on inimlik, toetav ja praktiline abi kaasinimestele kriisiolukorras või selle järel; (b) See seisneb paljudes erinevates tegevustes, mis toetavad inimese heaolu- ja turvatunnet ning ratsionaalset otsustamist ja käitumist, (c) Psühhosotsiaalne kriisiabi võimaldab ennetada kahjulikke tagajärgi sotsiaalsetele suhetele, tervisele ning igapäevasele toimetulekule, (d) Õigeaegsel ja kättesaadaval psühhosotsiaalsel toetusel on oluline roll posttraumaatilise stressihäire ja sellega seotud vaevuste ennetamisel ja leevendamisel ([Sotsiaalkindlustusameti veebileht](#)).

Käesolevas dokumendis kasutame terminit **psühhosotsiaalne ja vaimse tervise abi** lähtudes ÜRO loodud Inter-Agency Standing Committee (2007) määratlusest: igasugune abi, olgu see siis kohalik (kohaliku omavalitsuse teenused, esmatasandi tervishoiuteenused, kogukonnateenused) või väljastpoolt pakutav (riigi, erasektori või ekspertide poolt korraldatud teenused), mille eesmärk on edendada psühhosotsiaalset heaolu ja/või ennetada või ravida vaimse tervise probleeme. **Terminid psühhosotsiaalne ja vaimse tervise abi või heaolu on õieti samatähenduslikud.** Kui tervisesektor kõneleb vaimse tervise heaolust ja abist, siis väljaspool tervisevaldkonda kasutatakse sõnu psühhosotsiaalne heaolu ja abi (Inter-Agency Standing Committee, 2007). Et selline erisus on olemas ka Eestis, kasutatakse käesolevas dokumendis neid mõlemat selleks, et suurendada valdkondade vahelist mõistmist ja koostööd; tagamaks head vaimset tervist on mitmel valdkonnal vaja koos toimida.

Riigi valmisolek kriisiolukorraks psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi kontekstis

Kroonviiruse kriis Eestis on näidanud, et kuigi tehtud on mitmeid vajalikke tegevusi ning teatavad võimalused ning struktuurid psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi pakkumiseks on riigis olemas, on siiski olulisi puudusi mitmetes aspektides.

Kriisiolukorrale reageerimisel on astunud mitmeid olulisi samme - üleriigiliselt on võimaldatud ligipääs psühhosotsiaalsele toele 1247 kriisitelefoni kaudu; psühholoogilise esmaabi andmiseks on mobiliseeritud ohvriabitöötajad; tervishoiuasutuste vaimse tervise spetsialistid pakuvad vaimse tervise tuge tervishoiutöötajatele; hooldekodudele ja haiglatele on tehtud kättesaadavamaks hingehoiu abi; koostatud on juhiseid nii elanikkonnale kui spetsialistidele ja kohalikele omavalitsustele; on antud suuniseid KOV-dele vanemaealiste inimeste abivajaduste väljaselgitamiseks; toimuvad VATEK, SKA ja SOM iganädalased erialaorganisatsioonide inforingid.

Komponendid, mis aitaksid luua tugevama vundamendi psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi osutamisele, kuid on Eesti olukorda arvestades hetkel puudulikud või ebapiisavad, on näiteks:

- Riikliku (kehtiva ja töösse rakendatud) vaimse tervise strateegia puudumine
- Puudub psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi laiapõhjaline koordineeritud tegevusplaan
- Spetsialiseeritud vaimse tervise spetsialistide ebapiisavus
- Vaimse tervise teenused ei ole üleriigiliselt ühtlaselt kättesaadavad
- Teadmised Eestis kasutatavate vaimse tervise teenuste mõjususest on vähesed ning puudub süsteem teenuste mõjususe hindamiseks.

Kokkuvõttes: riigi- ja kohaliku omavalitsuse asutused on kriisiolukorrale reageerides teostanud hulgaliselt vajalikke tegevusi, kuid piisava tähelepanuta on jäetud tegevuste keskne koordineerimine. Seetõttu on psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi korraldamine killustatud ning Eesti toimimist kriisiolukorras võib iseloomustada pigem üksikolukordadele reageerimisena (*react*), mitte süsteemse vastusena (*response*) olukorrast tulenevate vajadustele vastamiseks.

1. Ekspertarvamuse raamistik

Ekspertarvamuse raamistikuks oleme võtnud ÜRO koondatud *Inter-Agency Standing Committee (IASC)* soovitusel seoses kroonviirusega².

IASC soovitatud võtmetähtsusega tegevused

1. **Anda kiire hinnang psühhosotsiaalse ja vaimse tervise toetamise vajadustele**, probleemidele ja olemasolevatele ressurssidele, sh väljaõppe- ja võimekuse vajadustele üle kogu tervishoiu- ja heaoluteenuste.
2. **Tugevdada psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi koordineerimist**, hõlbustades koostööd valdkonnaga seotud organisatsioonide, riigi ja muude partnerite vahel. Selline koordineerimine peaks olema sektorite ülene, kaasates nii tervishoidu, kaitsvaid teenuseid ja muid osapooli.
3. Kasutada **sootundlikel hinnangutel põhinevat informatsiooni**, et tuvastada vajadusi, puuduseid ja olemasolevaid ressursse, luua või tugevdada süsteemi, mille abil tuvastada ja pakkuda abi inimestele, kellel on vaimse tervise probleemid ja sõltuvus psühhoaktiivsetest ainetest.
 - a. **Igal tervishoiuasutusel peaks olema vähemalt üks töötaja, kes on treenitud märkama ja pakkuma abi neile, kel on vaimse tervise probleemid** (nt kasutades Maailma Terviseorganisatsiooni juhiseid vaimse tervise probleemide raviks eriolukorras (World Health Organization & Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 2015)).
4. **Luua psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi strateegia neile**, kes on kroonviiruse tõttu kannatanud: haigestunud, sellest paranenud, viibinud karantiinis või suurte piirangutega isolatsioonis, töötanud äärmuslikes tingimustes, nt eesliinitöötajad, vabatahtlikud, suure koduõppe koormusega pered jt.
5. **Erilist tähelepanu tuleb siinjuures pöörata haavatavatele gruppidele** (nt lastele, vanemaealistele, lapseootel või imetavatele naistele, lähisuhtevägivalla all kannatajatele ja inimestel, kel on puue või tegevuspiirang. See strateegia peab arvestama hirmu, stereotüüpide süvenemise, negatiivsete toimetulekumehhanismidega (nt ainete kuritarvitamine) ja ka muude vajadustega. See strateegia peaks tuginema positiivsetele, kogukonna poolt välja pakutud strateegiatele, mis edendab kogukonna ja tervishoiu-, haridus- ja sotsiaalhoolekande vahelisi sidemeid.
6. **Integreerida vaimse tervise ja psühhosotsiaalse abi vajadused kõikidesse olemasolevatesse meetmetesse** sõltumata valdkonnast. Arvesta piirangutega, mis võivad pärssida naiste või tüdrukute võimalusi saada tuge, eriti neil, kes kannatavad või kel on oht kannatada vägivalla käes.
7. Veenduda, et **kroonviiruse, eriolukorraga ning sellest väljumisega seotud info oleks täpne ja kättesaadav** nii eesliinitöötajatele, patsientidele kui ka elanikkonnale. See info peaks sisaldama tõenduspõhiseid praktikaid nakkusriski vähendamiseks, kuhu pöörduda abi saamiseks ja kuidas hoida oma vaimset tervist.

² Eesti meedias ja ka avalikus kommunikatsioonis kõneldakse "kroonviirusest", mis on aga anglitsism. Nii kasutatakse siin dokumendis viiruse kokkulepitud eestikeelset nimetust: kroonviirus (Parve, 2020).

8. **Õpetada kõigile eesliinitöötajatele** (sh arstid ja õed, hooldustöötajad, kiirabitöötajad, perearstid ja -õed, sotsiaaltöötajad, vabatahtlikud, õpetajad, kogukonnajuhid, klienditeenindajad, päevakeskuste ja kultuurimajade juhid, raamatukogude töötajad) põhilisi psühholoogilise toe printsiipe, **vaimse tervise esmaabi**³ ja kuidas suunata inimesi abi juurde, kui nad seda vajavad. Igas COVID-19 seotud asutuses peaks olema vähemalt üks töötaja, kel on sellised teadmised. Vajadusel kasutada e-koolitusi.
9. Veenduda, et igast sektorist oleks võimalik inimesi vaimse tervise abi juurde suunata ning et **suunamissüsteem oleks toimiv**.
10. Pakkuda kõikidele töötajatele, kes tegelevad kroonviirusega, **ligipääs psühhosotsiaalsele abile**. Sellel ligipääsul peab olema samaväärne prioriteet sellega, et neil töötajatel oleks varustus ja teadmised ennast viiruse eest kaitsmiseks. Kui võimalik, hinda eesliinitöötajate psühhosotsiaalset seisundit regulaarselt, et tuvastada riske, tekkivaid probleeme ja luua meetmeid nende vajaduste katmiseks.
11. Luua **tegevustööriistakastid, mida lapsevanemad ja vanavanemad, teised pereliikmed ja õpetajad saavad kasutada**, sh selleks, kuidas õpetada lastele viiruse leviku piiramisvõtteid (nt kätepesu). Lapsi ei tohiks peredest eraldada, va juhul kui see on vajalik raviks või nakkusohu tõttu. Kui selline eraldatus on vajalik, järgi rahvusvahelisi juhiseid laste kaitsmisel (The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2019).
12. Luua **võimalused leinata lahkunuid** viisil, mis ei ohusta rahvatervise strateegiat kroonviiruse leviku piiramiseks, aga mis samal ajal arvestaks kohalike traditsioonide ja rituaalidega.
13. Luua meetmed, mis **vähendavad sotsiaalse isolatsiooni negatiivset mõju**. Oluline on tagada suhtluskanalid pere ja sõpradega ning soodustada meetmeid, mis toetavad iseseisvust ja otsustusvõimalusi.
14. Tervenemisprotsessi alguses, **toetada tervishoiuteenuseid** loomaks jätkusuutlikke ja kogukondlikke vaimse tervise ja psühhosotsiaalse abi teenuseid.
15. Luua **mehhanismid, mille abil jälgida, hinnata, luua vastutusvaldkondi ja -suhteid ning koguda õppimiskohti**, selleks et hinnata millised psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi meetmed on efektiivsed (vt IASC MHPSS guidelines Action Sheet 2.2).

³ Vaimse tervise esmaabi on abivajaja abistamine kuni asjakohase professionaalse abi saamise või kriisi lahenemiseni. Esmaabi osutaja tunneb ära peamised psüühikahäirete tunnused, hindab võimalikku ohtu elule, oskab toetavalt kuulata, anda tuge ja kindlust, julgustada professionaalse ja eneseabi võimaluste kasutamist (Hadlaczky et al., 2014)

2. Kroonviiruse kriisiolukorra psühhosotsiaalsed ja vaimse tervise tagajärjed

2.1. Esmased tagajärjed

Humanitaarkriisid mõjutavad inimeste heaolu ja vaimset tervist. Kuigi suurem osa elanikkonnast kohaneb muutustega (toetudes nii isiklikele kui sotsiaalselele ressursidele), siis märkimisväärsel hulgal inimestest võivad tekkida psühhosotsiaalsed probleemid ning nendest omakorda teatud hulgal ka vaimse tervise probleemid. Üldiselt on leitud, et humanitaarkriiside järgselt on tõenäosus vaimse tervise probleemide tekkeks suurem kui looduskatastroofide järgselt (Norris, 2005). Kuigi Eestis hetkel puuduvad andmed pandeemia ja eriolukorra mõjust vaimsele tervisele (uuringud on algatatud), siis Suurbritannias on kahe uurimuse⁴ tulemused näidanud, et eriolukorra kehtestamine suurendas oluliselt nende hulka, kes kogesid olulisel määral depressiooni ja ärevuse sümptomeid (The Policy Institute, 2020; University of Sheffield, 2020). USA-s läbi viidud küsitluses leiti, et 64% täiskasvanutest raporteerisid suurenenud ärevuse ja depressiivsuse tõusu seoses viiruse levikuga (McKinsey Consumer Healthcare Insights, 2020). Uurides riskifaktoreid seoses käesoleva pandeemia kontekstis leiti, et naistel, noortel (alla 35 eluaasta) ja linnas elavatel inimestel oli suurem tõenäosus kogeda vaimse tervise probleeme (University of Sheffield, 2020). Lisaks olid riskifaktoriteks elamine üksi või koos lastega, terviseprobleemid, sissetuleku ebakindlus. Seda toetavad ka varasemad tulemused, kus on leitud, et naissugu, noorem vanus, vaimse tervise probleemid, kehvem sotsiaalmajanduslik staatus, üksi elamine ja vähesed sotsiaalsed suhted suurendavad kriisi järgselt vaimse tervise probleemide riski (Goldmann & Galea, 2014). Laste olemasolu mõjutab vaimse tervise riski suurenemist tõenäoliselt läbi suurenenud vastutuse ja hoolitsusvajaduse (Norris et al., 2002). Kaitsvateks faktoriteks oli ühtekuuluvustunne kogukonnaga ja usaldus naabrite suhtes. Londoni King's kolledži poliitikainstituudi (The Policy Institute, 2020) uurimuses leiti, et küsitletutest 38% magasid vähem või kehvemini, 35% sõid vähem või vähem tervislikult, 19% tarvitasid rohkem alkoholi. Viiendik leidis, et tülitsevad oma pere või korterikaaslasega sagedamini. Need kõik kõnelevad normaalsest stressireaktsioonist ootamatule kontrollimatule olukorrale.

IASC loetleb põhilisi reaktsioone, mis inimestel võivad tekkida (Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2020, lk 3):

- Hirm haigestuda või surra
- Tervishoiuasutustest eemal hoidmine, sest kardetakse seal haigestuda
- Hirm sissetulekut kaotada, nt seetõttu, et isolatsioonis ei saa tööd teha või et töölt koondatakse/vallandatakse
- Hirm olla sotsiaalselt eraldatud või eemale jäetud, eriti juhul kui tekib seos haigestuda (sh rassism nende vastu, kes on piirkondadest, mida viiruse levikuga seostatakse)

⁴ Siin on oluline märkida, et pole andmeid selle kohta, kuidas valimid moodustati ja kuidas vaimset tervist hinnati. Niisiis ei tea me, kuivõrd üldistatavad ja usaldusväärsed need andmed on ning muidugi ei tea me, kas Eestis on olukord sama. Teame, et on põhjust arvata, et ka Eestis on suurenenud vaimse tervise probleemide all kannatavate inimeste arv.

- Jõuetuse tunne, sest oma lähedaste eest ei saa hoolitseda või on risk neid kaotada
- Hirm olla lähedastest ja hooldajatest isolatsiooni või karantiini⁵ tõttu eemal
- Keeldumine kanda hoolt abivajajate eest (nt ala- või vanemaealised, inimesed, kel on erivajadused), kui nende tavapärased hooldajad on karantiinis
- Isolatsioonist võidakse tunda abitust, igavust, üksildust või meeleolu langust
- Hirm taas läbi elada mõne möödunud epideemia kogemusi (Eestis on selliste inimeste hulk arvatavasti väike - *autorid*).

Lisaks võivad käesoleva kroonviirusega seotud olla järgmised stressorid (Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2020, lk 3):

- Risk nakatuda ja teisi nakatada, eriti kuna nakatumisteed ei ole täielikult teada.
- Teiste terviseprobleemide sümptomite (nt palavik) pidamine kroonviirusest põhjustatuks, mis võib viia kartuseni, et ollakse nakatunud.
- Lapsevanemad ja laste eest hoolitsejad võivad muretseda laste pärast, kui laste kool suletakse. Koolide sulgemine mõjutab erilisel määral naisi, kes suurema tõenäosusega hoolitsevad peres laste eest. See omakorda piirab nende võimalusi tööl käia ning sissetulekut teenida.
- On risk, et halveneb haavatavate inimeste füüsiline ja vaimne tervis, seda eriti juhul kui nende hooldajad satuvad karantiini ja muud toetavad struktuurid puuduvad.

Nende riskide tekkimist suurendavad informatsioonipuudus, kuulujutud ja valeinfo.

Kriisid, mille tagajärjeks on kõrgem surmajuhtude arv, toovad rahvastikus kaasa suurema vaimse tervise probleemide tõusu, kuna suurem osa inimestest puutub kokku elu ohustavate ja selliste traumaatiliste sündmustega nagu lähedase kaotus (Norris & Wind, 2009). Inimestel, kes puutuvad surmajuhtumitega vahetult kokku on kõrgenenud risk nii akuutse stressi- kui stressijärgse häire tekkeks.

Füüsiline eraldatus ja karantiin on inimestele väga ebameeldivaks kogemuseks. Lähedastest eemal olemine, piiratud liikumisvabadus, ebamäärasus kroonviiruse leviku osas ning frustratsioon võivad tekitada traumaatilisi mõjusid, psüühikahäireid ja üldist ärevuse tõusu. Seega tuleb füüsilise isoleerimise kasutamine rahvatervise meetmena hädaolukorras võimalike negatiivsete mõjude aspektist hästi läbi mõelda. Uuringutest on teada, et ka karantiini pikkus mõjutab vaimse tervise häirete, eriti stressihäirete, vältiva käitumise ja viha esinemissagedust. Rohkem kui 10 päeva karantiinis olemist on näidanud oluliselt suuremat võimalusi stressihäirete tekkeks (Brooks et al., 2020).

Füüsilise eraldatuse ja karantiini laiemad mõjud:

- **Rahalise kahju teke** - inimesed ei saa jätkata oma tööd ega olla professionaalselt aktiivsed, mis toob kaasa sotsiaalmajandusliku distressi, mis omakorda suurendab psüühikahäirete riski.
- **Stigma** - kroonviirusega nakatumise tulemusena karantiini pandud inimesed võivad kogeda stigmatiseerimist ja äratõukamist kogukonna poolt, inimesed võivad kogeda tõrjuvat käitumist ning kriitilisi kommentaare (Brooks et al., 2020).

⁵ Kuigi avalikus diskursuses kasutatakse sõnu isolatsioon ja karantiin läbisegi, siis käesolevas dokumendis kasutame sõna "isolatsioon", kui räägime haigestunute ja tervete inimeste eraldamisest. Karantiini all mõistame olukorda, mis piirab nende inimeste liikumist, kes on sattunud kontakti nakkushaigusega. Karantiini eesmärk on vaadelda, kas inimene haigestub (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

2.2. Pikemaajalised tagajärjed

Kui stress, sh hirm, muretsemine ja ebakindlus kauem kestab, võib see viia pikaajaliste tagajärgedeni (Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2020, lk 3):

- Sotsiaalsete võrgustike, kohaliku dünaamika ja majanduse murenemine
- Tõrjuv suhtumine COVID-19 paranenute suhtes
- Kõrgendatud viha ja agressioon valitsuse ja eesliinitöötajate suhtes
- Suurenenud viha, agressioon ja vägivald lähisuhtes ja peredes
- Valitsuse ja teiste ametite antud info mitteusaldamine
- Vaimse tervise ja sõltuvusprobleemidega inimeste arvu tõus

WHO on hinnanud, et depressioon ja ärevus maksavad globaalsele majandusele produktiivsuse kao tõttu 1 triljon dollarit aastas (WHO, 2019). See hinnang valmis möödunud aastal ja seega võib vaimse tervise probleemide mõju majandusele krooniviruse tagajärjel veelgi süveneda. Longitudinaalsed uuringud näitavad, et vaimse tervise probleemide ilmnemine jõuab haripunkti poole aasta kuni aasta jooksul pärast kriisiolukorda (Norris et al., 2009), misjärel see tasahaaval väheneb. Tõusta võib ka vajadus erinevate tervishoiuteenuste järele (Boscarino, 2015). Et vähendada vaimse tervise probleemide leevendamise kulukust, on odavam neid ennetada. Iga investeeritud euro vaimse tervise probleemide ennetusse toob tagasi 5 eurot, tõustes kuni 11 euroni, kui sekkumised on hästi sihistatud ja mõjusad (Deloitte UK, 2020).

Karantiinis olevate inimeste või nendega koos elavate inimeste, ka juba karantiinist vabastatud või viirushaiguse läbi põdenud inimeste puhul on märgatud, et tekkinud stress jääb püsima (Brooks et al 2020). Pikaajasel stressil on mõju ka inimeste füüsilisele tervisele. Krooniline stress mõjutab tugevalt inimeste üldist võimekust stressiga toimetulekul ja nõrgestab nende immuunsüsteemi. Mitmetes uuringutes on leitud, et krooniline stress põhjustab südame-veresoonkonna haigusi (k.a. kõrgeenenud vererõhk ja tõusnud risk südamelihase infarktiks), ülekaalulisust, diabeeti, seedesüsteemi häireid, kolesterooli taseme tõusu, erinevaid valusündroome ning põletikuliseid ja autoimmuunseid haiguseid. Tähelepanuväärne on ka see, et sellise stressi tagajärjed ei ilmne samaaegselt traumaatilise sündmusega. Sümptomite teke võib aega võtta kuni 6 kuud, kuid osadel juhtudel ka kauem (McFarlane, 2010). Krooniline stress on üks suuremaid tervise kahjustajaid (Fricchione, 2018).

Praegusel pandeemial võib olla pikemaajaliselt ka positiivseid tagajärgi. 2003. aastal uuriti SARS-i epideemia positiivseid mõjusid Hong Kongi elanikkonnale, milleks olid suurem vaimse tervise teemade teadlikkus, paremad oskused enda elustiili tervislikumaks muutmisel ning suurenenud sotsiaalse toe pakkumine ja vastuvõtmine (Lau et al., 2006).

3. Strateegiline juhtimine, koordinatsioon ja sekkumiste põhiprintsiibid

3.1. Psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi strateegiline juhtimine ja koordinatsioon

Psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi pakkumise vajadus peaks olema läbivaks otsuseid kujundavaks faktoriks kõigis erinevate sektorite ja hädaolukorra meetmetes. Selleks on vajalikud selged koordinatsioonimehhanismid ning sektorite vahel nii info, vahendite ja teadmiste jagamine. Tuleb veenduda, et kroonviiruse vastu võitlemise poliitikate kujundamises on esindatud ka naised (Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2020). Ühtset psühholoogilise ja sotsiaalse abi koordineerimist on vaja ka selleks, et ressurside kasutamine oleks võimalikult efektiivne. Hiina pandeemia kogemusest nähtub, et vajalik on määratleda üks juhtiv organisatsioon, kes hoiab kõigel silma peal, annab kindlaid juhised, hindab pidevalt meetmete elluviimist ja teeb jooksvalt parendustegevusi (Duan & Zhu, 2020).

Eestis on [Elanikkonnakaitse kontseptsiooni \(2018\)](#) ja [Hoolekandeprogrammi 2019–2022](#) kohaselt psühhosotsiaalse kriisiabi süsteemi arendamise ja kriisisekkumise korraldamise ülesanne **Sotsiaalministeeriumil**, et *tagada ametkondade rolliteadlik koostöö ning ohvritele ja nende peredele heatasemelise vajaduspõhise abi kättesaadavus* (Sotsiaalministeeriumi 2019–2022 programmide kinnitamine Lisa 3, 2019). **Sotsiaalkindlustusameti** (SKA) ülesandeks on *tagada psühhosotsiaalse kriisijuhtimise teenuse saamine* (Sotsiaalministeeriumi 2019–2022 programmide kinnitamine Lisa 3, 2019), mille eesmärk on tõhustada psühhosotsiaalse kriisiabi kättesaadavust hädaolukorrast puudutatud isikutele ja nende peredele. Asutuste ülesanded on sõnastatud küllalt sarnaselt ning dokumentidest ei tulene, milline organisatsioon on kriisiolukorras keskseks vastutajaks psühhosotsiaalse kriisiabi ja vaimse tervise abi korraldamisel. SKA põhimääruses ei ole toodud asutuse konkreetseid ülesandeid kriisiolukorras tegutsemiseks. Vaimse tervise teenuste korraldamine ei kuulu ka SKA haldusalasse, mis raskendab SKA-l selle ülesande terviklikku täitmist. Tervise- ja sotsiaalpoliitika kujundamise vastutus on Sotsiaalministeeriumil, mistõttu tasuks kaaluda Sotsiaalministeeriumi rolli konkretiseerimist psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi korraldamisel kroonviiruse olukorras.

Soovitused valdkondade vahelise psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi strateegilise juhtimise ning koordinatsiooni tõhustamiseks:

1. Määratle üks juhtiv organisatsioon, mis kutsub kokku valdkondade ja ametkondade ülese töörühma ning korraldab keskselt eri tasandite ja sektorite tegevust psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi tagamiseks kroonviiruse tingimustes; olemasolevate ülesannete vaatest peaks valdkondade ülest koordinatsiooni ja poliitikakujundust juhtima Sotsiaalministeerium;
2. Kaardista vajalike pädevuste ja ülesannetega organisatsioonid ja võtmeisikud, keda kaasata abi korraldamisse ja tegevusstrateegiate väljatöötamisse. Eelmainitud töörühma liikmeteks võiks olla näiteks Sotsiaalministeerium (sotsiaal-, tervise- ja töövaldkonnad), Haridus- ja Teadusministeerium, Majandusministeerium, Siseministeerium, Sotsiaalkindlustusamet,

- Terviseamet, Töötukassa, kohalike omavalitsuste, tööandjate, kommunikatsiooni valdkonna, teadusasutuste esindajad, vaimse tervise spetsialistid jt valdkonnaga seotud olulised osapooled;
3. Tööta välja või tugine olemasolevatele koordineeritud struktuuridele psühhosotsiaalse kriisiabi korraldamisel, määratle selged rollid ja vastutused kohalikul, regionaalsel ja riiklikul tasandil ning kaasa kodanikuühenduste esindajaid;
 4. Tööta välja valdkondade vaheline praktiline tegevuskava psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi korraldamiseks, esmalt kroonviiruse tingimustes ning laienda edaspidi teistele kriisilukordadele. Kavanda ühiselt meetmeid ja rahastust;
 5. Tõhusta infovahetust valdkonnas tegutsevate osapoolte vahel, sh nii riigi kui kohaliku tasandi asutused, erialaorganisatsioonid, teenuseosutajad jt;
 6. Integreeri psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi meetmed riiklikesse programmidesse ja valdkondlikesse hädaolukorra plaanidesse (nt kroonviirust puudutab otseselt Terviseameti epideemia hädaolukorra plaan, kus hetkel psühhosotsiaalsed abi ei mainita) ning rakenda töösse olemasolevaid programme, plaane ja võimekusi;
 7. Loo sild psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi hädaolukorra meetmete ning üldiste arendustegevuste vahel.
 8. Arenda edasi Vaimse Tervise Rohelise Raamatu peatükki psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi osas, võttes arvesse kroonviiruse kriisi õppetunnid.

NB! Kriisi õppetundidest õppimine

Selleks, et sekkumisi ja meetmeid pakkuda just neile, kel seda kõige enam vaja on ja viisil, mis on neile kättesaadav, tuleb pidevalt hinnata situatsiooni ja meetmete mõju. Sekkumiste mõju ja tõhususe hindamine tuleb läbi viia koordineeritult ning kaasates eksperte ja teadusasutusi (Holmes et al., 2020). Peale iga kriisi on oluline välja selgitada, mis töötas ja mis ebaõnnestus. Nii tuleb olukorda analüüsida ka pikaajalise taastumisaasta perioodis. Selle põhjal saab teha korrekture edasise psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi korraldamise poliitikakujunduse, planeerimise, juhtimise ja sekkumiste kavandamise osas. Hinnata võiks inimestele psühhosotsiaalset tuge, psühholoogilist esmaabi pakkuvate eesliini- ja esmatasandi töötajate ning vaimse tervise spetsialistide kliiniliste oskuste täiendkoolitusvajadust (McFarlane & Williams, 2012).

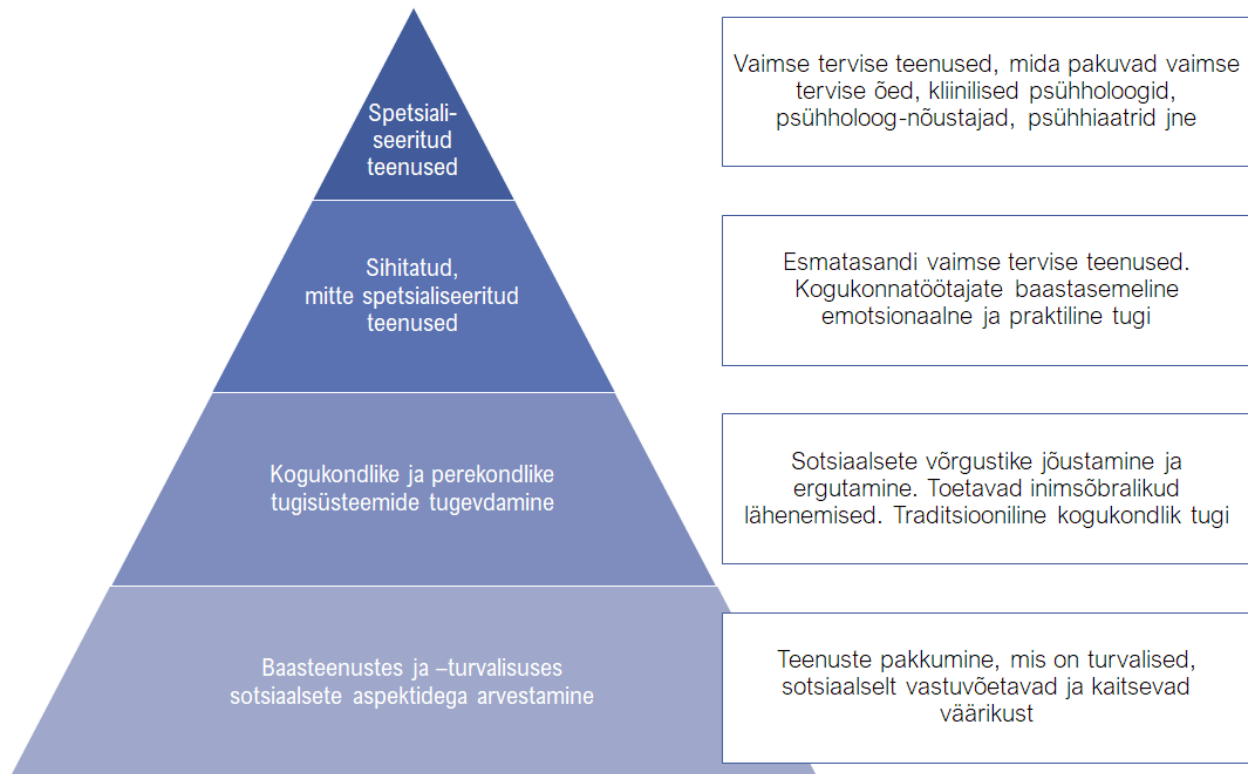
3.2. Sekkumiste põhiprintsiibid, teenuste arendus ja osutamine kriisi erinevates faasides

3.2.1. Sekkumispüramiid ja sekkumiste põhiprintsiibid

Kroonviiruse kriisiga kaasnevate psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi andmise toetamiseks on *Inter-Agency Standing Committee* loonud lühiarvort (Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2020), milles kirjeldatakse üldiseid printsiipe, millest lähtuda. Nagu iga populatsioonipõhise toe pakkumisega, soovib IASC lähtuda sekkumispüramiidist (Joonis 1). See optimiseerib ressursikasutust, pakkudes kulutõhusamaid lähenemisi suuremale osale elanikkonnast, kes vajavad tuge vähesemal määral ning kelle puhul on põhjus eeldada, et tugi on vaimse tervise probleemide tekkimist ennetav. Inimesed, kellel on tekkinud vaimse tervise probleemid, vajavad spetsialiseeritud teenuseid vastava väljaõppega vaimse

tervise spetsialistide poolt. Lisaks IASC-le, on sarnase loogikaga tõendusest informeeritud sekkumismudeleid välja pakkunud Sphere projekt (The Sphere Project, 2011) ja NATO (NATO, 2008).

Joonis 1. Psühhosotsiaalse heaolu ja vaimse tervise abi **sekkumispüramiid**. Adapteeritud IASC (2020) raportist.



- **Baasteenused ja turvalisuse tagamine** - Kriisiolukorras on esmatähtis tagada inimeste baasvajaduste (toit, peavari, vesi, esmaabi, nakkushaiguste kontroll) rahuldamine, praktiline abi ning turvalisuse taastamine. Seda pakuvad esmatasandil tegutsevad töötajad (sotsiaaltöötajad, tervishoiutöötajad, päästjad, politsei). Tagada inimeste informeeritus abi võimalustest (erinevad keeled, erinevad meediumid), ning et abistajad oskaksid märgata inimeste vaimset seisundit.
- **Kogukondlikud ja perekondlikud tugisüsteemid** - Inimesed saavad üldjuhul psühhosotsiaalset ja vaimset tuge oma lähedastelt, perekonnalt ja kogukonnalt, kriisisituatsioonis võivad need suhted saada häiritud. Selle tasandi sekkumisteks on näiteks perede taasühinemise toetamine, tugi leina korral, eneseabimeetodite laialdane levitamine meediakanalites, positiivse vanemluse programmid, omastehoolduse tugimeetmed, formaalne ja mitteformaalne haridus, osalemine sotsiaalsetes võrgustikes. [Vaimse tervise rohelises raamatus](#) (ilmumisel) jagatakse kogukondlikud teenused formaalseteks (nt perenõustamiskeskused) ja mitteformaalseteks (tugigrupid).
- **Sihitatud teenused** - Inimesed, kes vajavad fookuseeritumat individuaalset, perepõhist või grupisekkumist koolitatud ja superviseeritud spetsialistidelt, kellel võib puududa aastatepikkune eriväljaõpe. Nt lähisuhtevägivalla ohvrid, kes saavad kogukonna töötajatelt emotsionaalset tuge. See tasand hõlmab ka psühholoogilist esmaabi ja esmatasandi vaimse tervise teenuseid.

- **Spetsialiseeritud teenused** - Spetsiifilised teenused inimestele, kellel on raskusi igapäevaelus toimetulekuga. Tõsiste vaimse tervise häiretega inimestele vajalik psühhiaatriline ravi kliinilise psühholoogi ja psühhiaatri poolt, või muud vaimse tervise teenused, mis väljuvad esmatasandi teenuseosutajate pädevuste seast (IASC, 2007).

Igasugune psühhosotsiaalne ja vaimse tervise abi peaks tuginema kohalikule struktuurile, arvestame sellega, millised on kogukonna ja riigi olemasolevad ressursid, tugevused ja ka teadaolevad probleemid. IASC soovitab lähtuda igasuguste sekkumiste loomisel järgmisest **printsiipest** (Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2020, lk 2):

- Ära tee kahju
- Edenda inimõiguseid ja võrdsust
- Kasuta kaasavaid lähenemisi
- Tugine olemasolevatele ressurssidele ja võimekusele
- Rakenda mitmekihilisi sekkumisi
- Tee koostööd integreeritud tugisüsteemidega.

Selleks, et tugevdada kroonviiruse kriisi kontekstis psühhosotsiaalset ja vaimse tervise abi, peaks neid aspekte arvestama igas rahvatervise sekkumises (Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2020). Need faktorid on nakkuse edasikandumise seisukohast võtmetähtsusega. Lisaks maandavad need pikaajaseid riske, toetades inimeste heaolu ja aidates ebasoodsa olukorraga toime tulla. See tähendab, et psühhosotsiaalse ja vaimse tervise tuge tuleb lõimida nii erinevate valdkondade ja kohaliku tasandi strateegiasse ja sekkumistesse, nakatunute ja nende kontaktsete tuvastamise, aga ka tegevustesse, mida viiakse läbi tervishoiuasutustes ja karantiinis, sh ka haiglast välja saamise ja järelravi strateegiasse (Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2020). Oluline on arvestada naiste seisukohtade ja teadmistega, sest neil on suurema tõenäosusega eesliinikogemused ning nad kannavad ka suuremat hoolitsuskoormat kodus.

3.2.2. Teenuste arendus ja osutamine kriisi erinevates faasides

Hädaolukorras pakutavad teenused, sh vaimse tervise abi teenused, on üksnes siis tõhusad, kui poliitikate kavandajad on prognoosinud teenusevajadust, mõistavad vajaduste muutumist ajas ja teavad, kuidas need teenused töötavad koostoimes teiste psühhosotsiaalse toega tegelevate asutustega.

Keskmise ja laiaulatuslike hädaolukordade puhul peavad vaimse tervise teenused olema hästi integreeritud erinevatesse hädaolukorra, sh psühhosotsiaalse kriisiabi, plaanidesse Selle eelduseks on varasematest õppetundidest saadud teadusuuringute ja kogemuste integreerimine teenusearenduse poliitikatesse ning seda neljal tasandil (McFarlane & Williams, 2012):

1. Valitsuse poliitika ja strateegilised lähtekohad;
2. Teenusedisaini printsiibid;
3. Teenuseosutamise korraldus;
4. Hea kliinilise praktika printsiibid

Valitsuse poliitika peavad seadma psühhosotsiaalse ja vaimse tervise kriisiabi osas selged eesmärgid ning täpsustama nõudeid teenustele, mida tuleb disainida, arendada ja pakkuda. Teenuseosutamise

korraldus sisaldab tõendus- ja väärtuspõhiseid teenusmudeleid, klienditeekonda, ravijuhiseid ja teenusstandardeid, teenusevajaduse hindamise ja määratlemise protsesse (McFarlane & Williams, 2012). Hea kliinilise praktika printsiibid loovad alused selleks, kuidas töötajad rakendavad oma oskusi, arvestavad abivajajate vajaduste ning isiklike ja kultuuriliste eelistustega, ja koostöös abivajajatega otsustavad, kuidas ravijuhiseid, klienditeekonda ja teenuseosutamise protokolli juhtumipõhiselt tõlgendada.

Psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi ning teenuste planeerimise “ajaaknad” kriisilukorras (McFarlane & Williams, 2012):

1. **Kriisilukorra eelne faas** - siin on kriitilise tähtsusega, et kohalikel omavalitsustel oleks plaan, kuidas tagada psühhosotsiaalset ja vaimse tervise abi pärast õnnetuse toimumist. Plaan peab kätkeva endas kohest, keskmist ning pikaajalist sekkumiskava.
2. **Kriisilukorra tekkest hoiatamise faas** - hoida kõrgendatud tähelepanu ohuolukorra suhtes ja olla valmis kriisiplaani käimalükkamiseks. Võib juhtuda, et õnnetus ei toimu või kriis ei jõuagi kohale, kuid kriitiliselt oluline on olla kohanemisevõimeline ja paindlik ning jälgida olukorra arengut.
3. **Kriisilukorra toimumise faas** - olukorra toimumise faasis võib tekkida abituse ja määramatuse tunne ning kaduda kontroll tegevuse üle ka abistajatel, mistõttu on oluline vahetute eesliinitöötajate ja kriisimeeskondade ettevalmistus kriitilisteks olukordadeks. Siin faasis tuleb pakkuda inimestele esmast ja kohest abi ning tagada nende turvalisus. Toetust pakkuda eesliinitöötajatele, kes on tugevas pingeseisundis ja eemal oma pereliikmetest.
4. **Päästefaas** - tuleb kriitiliselt hinnata olemasolevaid ressursse elanikkonna vajadustele vastamiseks. Ka kroonviiruse ajal on siin fookus inimeste akuutsetele füüsilistele vajadustele vastamisel, kuid sama tähtis on selle kõrval teha esmast hindamist inimeste kohest vaimse tervise spetsialisti sekkumist vajavate ja pikaajaliste vajaduste osas, samuti, kas inimese puhul on võetud tarvitusele ennetusmeetmed - nt kas tal on suhtlusvõrk, kellega saab rääkida endale olulistest asjadest. Supervisioonid, juhtimine, koolitused peavad olema abistajatele kättesaadavad, aga vajaduspõhised.
5. **Kriisilukorra keskpikk taastumiskaas** - keskset rolli omab hea kvaliteediga esmatasandi tervishoiuteenuste osutamine, mis aitab kaasa ka inimeste psühhosotsiaalsele heaolule. Siin faasis on oluline tegeleda ka vaimse tervise probleemide tekke või süvenemise ennetusega. Psühhosotsiaalsed ja vaimse tervise teenused peaksid olema integreeritud esmatasandi tervishoiuteenuste korraldusmudelisse ja paiknema sarnas asukohas. Eesti süsteemis võiks selleks olla esmatasandi tervisekeskused, vaimse tervise õed ning perearstid- ja õed. Tervishoiusüsteemi spetsialistid, kes tegelevad traumatiseeritud inimeste ja nende sugulastega, peaksid olema saanud koolitust tõenduspõhisest hindamisest ja omama oskusi tegelemaks stresshäirete, meeleolu ja ärevushäirete raviga. Uuringud näitavad, et siin faasis on spetsiifiliste vaimse tervise teenuste kasutamine veel vähene.
6. **Pikaajaline taastumiskaas** - kuigi inimeste arv, kellel tekivad kriisi järgselt püsivad vaimse tervise häired, jääb madalaks, võivad nende vajadused olla suured ja abivajadus pikaajaline. Mõned inimesed võivad vajada hooldusravi. Võib tekkida tendents loobuda teenustest enneaegselt. Lisaks võivad häired, nt posttraumaatiline stressihäire või depressioon, tekkida lühema või pikema intervalliga, mistõttu uued juhtumid võivad tulla mitu aastat pärast kriisilukorda.

7. **(Krooniline) traumajärgne taastumisaasta** - avalikkuse huvi hädaolukorrast kahjustatud kogukondade ja inimeste suhtes kustub ruttu. Pikas plaanis võivad vaimse tervise teenused mängida kriitilist rolli, et kriisist rohkem mõjutatud kogukondades jätkatakse tähelepanu pööramist kriisijärgsetele järelmõjudele. Oluline on tagada vaimse tervise teenustele ka selles faasis piisav rahastus ja mitte seda vähendada, et tagada pikaajalist vaimse tervise teenust vajavate inimeste ravi.

3.2.3. Olemasolevate teenuste rakendamine

Hädaolukorra situatsioonis on oluline tugineda olemasolevatele teenustele ja nende omavahelistele koostööstruktuuridele. Selleks on vajalik koondada, mobiliseerida ja koordineerida olemasolevaid ressursse, sh avalikke ja eraõiguslikke tervishoiuteenuste pakkujaid (paljud vaimse tervise spetsialistid töötavad tervishoiusüsteemist väljaspool) (Bogdanov & Pertel, 2012)) ning sotsiaalhoolekande- ja haridussüsteemis (Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2020). Sealjuures on oluline pakkuda jätkuvat tuge haavatavatele gruppidele, sh neile, kel võivad tekkida kroonviirusega otseselt mitte seotud probleeme või kelle probleemid võivad olukorra tõttu süveneda. Nt lähisuhtevägivalla all kannatajad, vaimse tervise ja sõltuvusprobleemidega inimesed, inimesed, kel on mõni krooniline haigus. Sealjuures on oluline täpse abivajaduse väljaselgitamine kasutades selleks usaldusväärseid hindamisvahendeid. Mitmetes riikides on juba aastaid olnud efektiivselt kasutusel eraldiseisvad telefoniliinid vaimse tervise muredega tegelemiseks (Coveney et al., 2012). Eestis on olemas eraldi abiliinid nii ohvritele kui ka lastele, kuid ühtset vaimse tervise või psühhosotsiaalse temaatikaga infoliini siiani pole.

Soovitused:

1. Olemasolevate teenuste mobiliseerimiseks viia läbi keskselt koordineeritud ja süsteemne eri tasandite (vt. Joonis 1) teenuste ja teenuseosutajate kaardistus. Kaardistuse tegemisel võtta aluseks varasemaid teenusekaardistamise raamistikke, nt Bogdanov ja Pertel (2012), vaab.ee algatuse raames läbiviidud kaardistust, [Vaimse tervise rohelise raamatu](#) tööversiooni ptk.3 jt.
2. Jätkata olemasolevate tugi- ja raviteenuste osutamist ning laiendada vaimse tervise teenuste kättesaadavust esmatasandil. Vaimse tervise teenuste teenusemahu suurendamiseks ja kättesaadavuse parandamiseks kaaluda perearstide teraapiafondi suurendamist.
3. Kaaluda mehhanismide loomist vaimse tervise vajaduste hindamiseks, et eristada akuutsed abivajajad ja need, kes vajavad plaanilist jälgimist.
4. Ohvriabitelefoni ja 1247 konsultantidele teha kättesaadavaks usaldusväärne hindamisvahend (nt algoritm), mille alusel standardiseeritult hinnata vaimse tervise seisundit ja abivajadust. Kiirkorras hinnata töötajate teadlikkust vaimsest tervisest ja vajadusel pakkuda lühikoolitusi teemadel, milles töötajad ei tunne end kindlalt. Koostada ühtsed põhimõtted, millise spetsialisti tasandi teenusele ja kuhu vaimse tervise probleemidega inimesed suunata, et tagada kvaliteetne abi. Lisaks sellele pakkuda kõnede vastuvõtjatele regulaarseid supervisioone/kovisioone.
5. Planeerida eraldiseisva vaimse tervise abiliini loomist, mis jääks tegutsema ka tavaolukorra ajal.
6. Rahvusvahelisi suuniseid kroonviirusega seoses leiab siit <https://www.socialplatform.org/covid-19-responses-reactions-of-our-members/>.

3.2.4. Digisekkumised: innovatsioonist rakendamiseni

Vaimse tervise häirete käsitluses on toimunud paradigma muutus väljakujunenud vaimsete haiguste ravist ennetustegevuste poole (Uhlhaas & Torous, 2019). Vajadus kulutõhusate psühhosotsiaalset toimetulekut soodustavate ja vaimse tervise probleeme ennetavate digilahenduste järgi on eriti ilmne praeguse kriisisituatsiooni keskel. Mobiiliplatvormil põhinevatel vaimse tervise digilahendustel on potentsiaal suurendada vaimse tervise teenuse kättesaadavust, informeerida ja kaasata inimest aktiivselt osalema raviotsustamises; suurendada tõenduspõhiste praktikate kasutuselevõttu ja tõhustada järelravi (Price et al., 2014).

Ehkki vaimse tervise edendamisele suunatud nutirakendusi on tuhandeid (WHO 2015 a küsitluse kohaselt 15000-st nutirakendusest 29% keskenduvad vaimse tervise hindamisele, ravile ja toele (Anthes, 2016), on oluline mõista, millised neist on demonstreerinud oma tõhusust ja mõjusust, ning mis üldse teeb ühe digilahenduse tõhusaks (Sucala et al., 2019).

Eesti Haigekassa on võtnud suunaks digilahendustele sobivate rahastusmodelite väljatöötamise, nii et neid saaks kasutada eraldiseisvate teenustena. Taoliste rahastusmodelite loomise aluseks on võetud Inglismaal välja töötatud hindamisraamistik Digital Evidence Standard Framework (National Institute for Health and Care Excellence), mille kasutuselevõtu osas on eeldatud, et "see annab piisavad hoovad, et hinnata iga lahenduse tõenduspõhisust" ("Digitervise lahenduste tasustamist toetav raamistik ja ettepanekud" (Kruus, s.a.). Oluline on välja tuua, et antud raamistiku rakendamisel on eraldi välja toodud, et hinnastamist ja rahastusmudeleid luuakse digiteenustele, mille puhul eeldatakse, et nende tõhusus ja kulutõhusus on eelnevalt juba hinnatud. Ebaselgeks jääb siiski, kes ja kuidas korraldab sekkumiste tõhususe ja kulutõhususe hindamise.

2015. a. valitsuse poolt heaks kiidetud "Eesti e-tervise strateegia 2020" meetme 2.4 Inimeste võimestamine tehnoloogia abil alt võib leida järgnevad punktid (Eesti Tervise Strateegia 2020, 2015):

1. Inimestele suunatud nutilahenduste ja veebipõhiste õppemängude (*serious games*) rakenduste arendamine
2. Koostöös erasektoriga arendatakse nutirakendusi (äppe).
3. Arendatakse inimeste võimestamisele orienteeritud ja meditsiiniteenust toetavate (ja selle teenustesse integreeritud) enesehoolduse ja --arenduse lahendusi.
4. Arendatakse inimestele ja lähikondsetele mõeldud veebipõhiseid õppemänge.
5. Toetatakse loodud rakenduste kohta teadlikkuse ja oskuste tõstmist, koostöös üldise infoühiskonna ja e-teenuste alase teadlikkuse tõstmise tegevustega.

Eestis on suurepärane võimalus arendada/kohandada nii lastele, noortele kui ka täiskasvanutele suunatud sekkumisi võttes arvesse muu maailma ligi 20 aastast kogemust, mis liigub üha interaktiivsemate sekkumiste suunas. Olukorras, kus nt kõrgema sissetulekuga riikidest saab üks inimene viiest ja madala ning keskmise sissetulekuga riikidest üks inimene 27-st minimaalset vastuvõetavat depressiooni ravi (Lancet Global Mental Health Group, 2007), on digitehnoloogiate arendamine ja kasutuselevõtu toetamine mitte enam vajalik, vaid hädavajalik.

Soovitused:

1. Rakendada töösse e-tervise strateegia inimeste vaimse tervise toetamiseks ja raviks vajalike tehnoloogiate kasutusele võtmiseks.
2. Kaaluda Haigekassa "Digitervise lahenduste tasustamist toetav raamistik ja ettepanekud" töölerakendamist koos digilahenduste tõhususe ja kulutõhususe hindamise süsteemi väljatöötamisega.

3.3. Universaalsed sekkumised

Samal ajal kui on oluline luua kindla eesmärgi ja sihtgrupiga sekkumisi, on tähtis luua kogu elanikkonda hõlmavaid lähenemisi. See tähendab, luua sekkumisi ja meetmeid, mis pakuvad psühhosotsiaalset ja vaimse tervise tuge kõigile, sõltumata sellest, kas neil on viirusega kontakt olnud, nende emakeelest, rahvusest, vanusest, soost, töökohast ja muust säärasest. Sekkumised, mida IASC (2020) soovitab on:

- Eneseabi strateegiate edendamine
- Hirmu- ja ärevusetunnet normaliseerivad sõnumid, sh ka soovitused, kuidas inimesed üksteist aidata saavad.
- Selged, kokkuvõtlikud ja täpsed sõnumid kroonviiruse ja COVID-19 kohta, sh kuidas saada abi.

3.3.1. Eneseabi

Psühhosotsiaalne toetus on kõige olulisem abi, mida pakkuda kogu elanikkonnale (Boscarino, 2015). Selleks, et inimesed saaksid oma vaimse tervise probleemide ennetamiseks vajalikku infot, eneseabi nõuandeid ja teavet, kust abi on võimalik saada, on vaja seda infot pakkuda kogu elanikkonnale. Seda on vaja teha viisil ja kanalites, mis arvestavad eri gruppide (noored, eakad, venekeelne elanikkond) meediaharjumusi. Oluline on pakkuda ka teavet, kuidas lähedase vaimse tervise probleeme ennetada ja märgata, kuidas teda toetada ning kuidas vajadusel teda abi otsima suunata. Üheks eneseabi juhendite allikaks Eestis on peaasi.ee.

Selleks, et ennetada vaimse tervise probleeme, on vaja pakkuda strateegiaid, mida igaüks saab ise rakendada. Ühendkuningriik on oma psühhosotsiaalse ja vaimse tervise enesetuge (*self-care*) soovitused (Government Office for Science, 2008b) üles ehitanud tõendus põhiste printsiipidele, mida kokku nimetatakse heaolu viieks teeks (*Five ways to wellbeing*, (Government Office for Science, 2008a)).

Nendeks on: suhtle, ole aktiivne, märka, õpi ja anna (*connect, be active, take notice, keep learning, give*). Igaüks neist põhineb parimatel olemasolevatel teadmistel (Aked et al., 2008), ning nende koosmõju ning taset on püütud ka vaadelda ka Euroopa Sotsiaaluuringus. Viiele teele tuginedes on Ühendkuningriik loonud soovitused, mida inimesed saavad oma vaimse ja psühhosotsiaalse heaolu toetamiseks jälgida (Public Health England, 2020b), ning mille rakendamist võiks Eestis ka soovitada. Sarnaseid soovitusi, üldistatud kujul, on pakkunud ka IASC (Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2020, lk 11).

Nende rakendamiseks on vaja sihistatud selget kommunikatsiooni ja kättesaadavaid abimaterjale. Eesti keeles on olemas ka nõuandeid, mida igaüks järgida saab. Nii konkreetselt antud kriisilukorra koha (Riis, 2020) kui ka üldiseid juhiseid (peaasi.ee). Oluline on, et igasugune kroonviirusega seotud kommunikatsioon arvestaks inimeste vajaduste ja harjumustega (Lunn et al., 2020; Utych & Fowler, 2020). See tähendab, et igasugused abimaterjalid peavad olema loodud nii, et annavad teadmisi ja

oskusi, aga mõjutavad ka kuulaja-vaataja suhtumist ning pakuvad emotsiooni. Selleks, et inimene muudaks vastavalt oma teadmistele ja suhtumistele ka oma käitumist, peab lisaks teadmistele ja suhtumisele olema ka emotsionaalne side teemaga (Eilam & Trop, 2010). See tähendab kogemuse saamist, seega - suhtlemine, aktiivsus, õppimine, andmine, parandab vaimset tervist.

Soovitused

1. Luua ja jagada eneseabi materjale, mida Eesti elanikud kasutada saavad (sh vene ja inglise keeles).
2. "Heaolu 5 tee" rakendamiseks kriisiolukorras on lisaks abimaterjalidele vaja luua nende põhimõtete rakendamist toetav võrgustik, kuna positiivse emotsiooni tekkimiseks peab inimesel olema võimalus seda reflekteerida.

3.3.2. Töökohapõhised sekkumised

Eestlased veedavad olulise osa ärkvel oldud ajast palgatööd tehes (OECD.Stat, s.a.). Nii on keskkonnal, kus tööd tehakse, potentsiaalselt suur mõju töötajate nii füüsilisele kui ka vaimsele tervisele. See tähendab seda, et töökoht võib olla nii terviseprobleemide tekitajaks kui ka oluline osa terviseprobleemide ennetamisel ja nende tagajärgedega tegelemisel. Psühhosotsiaalse heaolu riskide maandamine nõuab pidevat tööd ning sekkumisi tuleb viia ellu struktureeritult ja töötajaid kaasates (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions & European Agency for Safety and Health at Work, 2014). Tähtis on pakkuda tööandjatele tuge muudatuste elluviimisel nii, et see arvestaks nende valmisolekuga, aga ka riskidega, millega ettevõtte või sektor hetkel silmitsi seisab (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions & European Agency for Safety and Health at Work, 2014). Eestis on Tööinspeksioon koondanud nõuandeid nii töötajatele kui ka tööandjatele seoses COVID-19 tingitud töökorralduse muudatustega (Tööinspeksioon, 2020). Need soovitused aga ei adresseeri otseselt vaimse tervise vajadusi, kuigi kaudselt võivad aidata kaasa stressi kumuleerumise vähendamisele (nt selgitamine, kuidas olukord töökorraldust mõjutab jms). Sekkumise peamiseks eesmärgiks peaks olema vähendada kroonilise ja akuutse stressi probleeme ning õpetada eneseregulatsiooni oskuseid. Siinjuures tuleb arvestada, et töökohaga seotud riskifaktorid haavavad suurema tõenäosusega naisi, sest nad töötavad suurema tõenäosusega nõ eesliinil (Eurofound, 2020). Põhjalikud Eesti konteksti sobivad soovitused vaimse tervise probleemide ennetamiseks ja tekkinud probleemide leevendamiseks töökohal leiab Poliitikauuringute Keskuse raportist "Vaimse tervise häirega inimesed töökohal" (Veldre et al., 2015). Erilist lisastressi võivad käesoleva kriisi olukorras põhjustada:

- Töö- ja eraelu konflikt (Karu, 2009), mis kriisiolukorras võib olla suurenenud, ning mille lahendamine võib olla naiste jaoks olulisem, kuna suurem osa hoolduskohustustest langeb just nende õlule.
- Ebakindlus, mis tuleneb nii töö ümberkorraldusest kui ka töö kaotamise võimalusest
- Vajadus tegeleda klientide või patsientide emotsioonidega.

Soovitused

1. Luua mehhanism, mis tagab tööandjate ja töötajate pideva informeerimise ja konsulteerimise psühhosotsiaalsetest tervist mõjutavatest teguritest töökeskkonnas, vaimse tervise häiretest ning töökeskkonna parandamise võimalustest just neid riske silmas pidades.

2. Luua vaimse tervise eneseabi materjalid, mida tööandjad saavad jagada oma töötajatele. Abi võib olla juba välja töötatud (rahvusvahelistest) näidistest.
3. Tööandjad peaksid looma võimalusi töötajatel hoida omavahelisi kontakte.
4. Tööandjad peaksid võimestama töökeskkonnavolinikke, kes on töötajate esindajad töökeskkonnaalastes küsimustes ning kes aitavad välja tuua ja tööandjale edastada probleeme töökeskkonnas (Tööelu portaal, 2020).
5. Luua mehhanism, mis aitab tööandjal märgata abivajajat.
6. Täiendada Tööinspektsiooni soovitusi tööandjatele ja töötajatele, nii et need hõlmaksid ka psühhosotsiaalsete riskide maandamist.
7. Töötervishoiuarstid peaksid:
 - o Lühemas perspektiivis tagama teenuse kättesaadavuse;
 - o Pikemas perspektiivis pöörama suuremat tähelepanu vaimsele tervisele.
8. Suurendada tööandjate teadlikkust ja võimalusi kompenseerida töötajatele füsioterapeudi või kliinilise psühholoogi teenuseid (seda erisoodustumaksuta).

3.4 Kogukonnapõhised sekkumised

Olukorras, kus formaalsed psühhosotsiaalsed ja vaimse tervise teenused puuduvad, tuleb tuvastada põhilised toetuse allikad (nt pere, sotsiaalsed grupid) ning tugineda nendele. Kohalikud aktivistid ja kogukonna liidrid võivad juba sellist tuge pakkuda, lisaks sellele peaks kaasama täiskasvanuhariduse struktuuri, ennekõike raamatukogud ja kultuuriasutused, kes peaksid tegelema vaimsete probleemide ennetusega. Oluline on neile pakkuda vajalikke oskusi (nt vaimse tervise esmaabi) ja teadmisi, kuidas ja millal suunata inimesi spetsialiseeritud vaimse tervise teenustesse (Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2020).

Kogukonnapõhiseid teenuseid peetakse vaimse tervise edendamisel ja probleemide ennetamisel üha olulisemaks, kuna kogukondadel on erinevaid ressursse, mida saaks kasutada vaimse tervise edendamiseks ja probleemide ennetamiseks (*Vaimse Tervise Roheline Raamat*, Ilmumisel). Eestis piirduvad kogukonna tähendus ja kogukonnapõhised tegevused sageli külaga. Kogukonda ei mõisteta/tunnetata sotsiaalse kapitali väljendusena ja sotsiaalne sidusus on pigem nõrk ning see raskendab puuetega inimeste olukorda, sest nende osalemisvõimalused ning funktsionaalne ja sotsiaalne lõimumine on piiratud. Ametlik süsteem ja kogukonnapõhised arendused rohujuuresandil tegutsevad eraldi ning on omavahel vähe seotud. Formaalsed teenuseosutajad ja -korraldajad keskenduvad pigem inimeste puudustele, mitte taastumisele ja kogukonnas osalemisele. Sotsiaal- ja päevakeskused on välja töötatud teatud puude/erivajadusega sihtgrupi teenindamiseks ning pakuvad sellele sihtgrupile tegevusi, kuid ei kaasa ega paku tegevusi laiemale kogukonnale, sh naabruskonnale või linnaosale (Wilken et al., 2014). Seda, et kogukonnas osalemise võimalused on loodud puuetega inimestele, kuid puude ennetamise võimalused vanemaealistele on selle kõrval väga kitsad, kinnitavad ka Tambaum ja Pettai (2019). Tsitaat: "Lõuna-Eestis on silmapaistvalt aktiivne Puuetega Inimeste Koda, mis pakub välja märkimisväärset hulgal võimalusi vanematele meestele. Koja teenuste toel saab ennast füüsiliselt arendada, säilitada liikuv elustiil, avardada silmaringi. Osalemine pakub turvatunnet, suhtlemisvõimalust ja kogemuste vahetust. Nagu nimigi ütleb, osalevad selles organisatsioonis puuetega inimesed. Meestel, kel ei ole puuet, on valik oluliselt kitsam. Tegemist on kahetsusväärse olukorraga, kus

meeste väljavaated füüsilist ja vaimset allakäiku ennetada on väiksemad võrreldes võimalusega leevendada allakäigust tingitud tagajärgi."

Kogukonnateenuste, nagu teistegi tasandite sekkumiste puhul, on oluline tagada, et tegevused ja programmid oleksid tõenduspõhised ja annaksid oodatud tulemusi. Programmide valikul ja kohandamisel Eesti oludele tuleks ka silmas pidada, et need vastavad elanikkonna vajadustele, kogukonna võimalustele ning tegevust korraldav organisatsioon omab selleks piisavat võimekust (U.S. Department of Health & Human Services, 2018). Oluline on teada, et kogukonnapõhiste sekkumiste osas on tõendusmaterjali olemas (Castillo et al., 2019). Õhinapõhisus on igati tunnustamist vääriv, kuid selle kõrval ei tohi ära unustada seda, et igasuguse inimestele suunatud sekkumise puhul tuleb eeskätt tagada põhimõte "Ära tee kahju", st ka tahtmatut kahju.

Soovitused

1. Kriisiolukorras ja selle järgselt ei tohi ära unustada kogukondade sotsiaalse sidususe teadlikku tugevdamist; tõhusamalt tuleb kogukondade tasandil toetada ja nõustada erivajadustega inimesi, nii mehi kui naisi, nende perekondi ja võrgustikke.
2. Proaktiivne info jagamine ja kontaktivõtmine karantiinis olevate inimeste või nendega koos elavate inimestega ning juba karantiinist vabastatud või viirushaiguse läbipõdenud inimestega. Heaks näiteks KOV-de poolt vanemaealiste läbihelistamine nende riskide väljaselgitamiseks.
3. Vaimse tervise probleemide ennetamiseks peaksid sarnaselt koolide tegevuse jätkamisele distantsõppe vormis ning kirikute jumalateenistuste ülekannetele, jätkama uues vormis oma tegevust ka asutused ja ühendused, mis tegutsevad kogukonna sidustamise ja sotsiaalse suhtluse arendamisega (kogukonnakeskused, raamatukogud jne).
4. Kasutada kogukondade võimalusi ja vabatahtlikke laiaulatusliku e-oskuste õppe korraldamiseks inimestele, kellel on siiani puudunud motivatsioon ja otsene vajadus e-teenuseid kasutada, kuid kroonviiruse eriolukorraga seoses on need tekkinud.
5. Rakendada päevakeskuseid, raamatukogusid jt kogukonna asutusi nii kriisi ajal kui sellest väljudes pakkuma peatükis 3.3.1 toodud "Heaolu 5 tee" realiseerimise võimalusi.
6. Tõsta koostöös kogukonnatasandi tugevdamisega tegelevate organisatsioonidega (nt Kodukant) kogukondade teadlikkust sekkumiste eetilistest printsiipidest (vt. peatükk 3.1.) ning tõenduspõhise lähenemise põhimõtetest. Innustada kogukondi tegema investeeringuid teadlikult tõenduspõhistesse sekkumistesse.
7. Riigil toetada kogukondi (nagu teisigi teenuseosutajaid) sekkumiste mõjususe hindamise teadlikkuse tõstmise koolitustega ning mõju hindamise toetamisega, näiteks läbi riiklike eraldiste teadusasutustele.

4. Haavatavad⁶ grupid ja erimeetmed, mida ennetuseks ja kahjude vähendamiseks kasutada

4.1. Eesliinitöötajad

Võimalikud riskid

Eesliinitöötajate⁷ läbipõlemise peamised riskitegurid on suur töökoormus, kõrgenenud vastutus ja pingelised suhted töö juures (O'Connor et al., 2018). Kroonviirusega seotud eriolukorras on eesliinitöötajatel kõrgendatud risk läbipõlemiseks ja vaimse tervise häirete tekkeks eriti neil, kes juba eelnevalt on suure koormuse tingimustes tegutsenud.

Eesliinitöötajatel võivad lisanduvateks stressiallikateks olla (Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2020, lk 3):

- Stigmatiseerimine, kui töötatakse kroonviiruse patsientide ja kroonviiruse tõttu surnud inimestega
- Ranged bioturvalisuse meetmed, nt kaitsevahendite põhjustatud füüsiline koormus, isolatsioon, mis raskendab toe pakkumist neile, kes seda vajavad, pidev valvsuse seisund, ranged meetmed, mis piiravad spontaansust ja autonoomsust
- Kõrgendatud nõudmised töökohal, sh pikad töötunnid, suurenenud patsientide või klientide hulk, viimaste parimate praktikatega kaasas käimine
- Vähenenud võimalused ja võimekus tugineda kogukonna toele, nt töökoormuse suurenemise tõttu või stigmatiseerimise tõttu
- Ebapiisav võimekus enesetoeks, eriti neil, kel on erivajadus
- Ebapiisav informatsioon selle kohta, milline mõju on pikaajalisel kokkupuutel kroonviirusega
- Mure, et viirusega nakatatakse oma perekonda ja lähedasi

See kõik võib suurendada ärevuse, ärrituvuse, isegi vihareaktsioone, põhjustada meeleolulangust. Emotsioonide regulatsiooni raskused võivad omakorda viia suurenenud alkoholi ja tubaka tarbimisele, häirunud söömiskäitumise ja uneprobleemideni.

⁶ Haavatavate gruppidega on tuginedes teaduskirjandusele ja Eesti spetsialistidelt saadud infole käsitletud eesliinitöötajaid, puuetega inimesi, tervishoiuteenuste jätkumist vajavaid inimesi, töötuid ja majandusliku toimetulekuraskustega inimesi, lapsi, noorukeid ja nende vanemaid, vanemaealisi, lähisuhtevägivalda all kannatajaid, vange ja vanglatöötajaid.

⁷ Eesliinitöötajate alla kuuluvad ametid on täpsustatud 1. peatüki 8. alapunktis.

Tekstikast 1. Näide eesliinitöötajate olukorrast tuginedes telefonivestlustele kahe omavalitsuse sotsiaalvaldkonna juhtidega ning VATEK inforingides esitatud infole.

Omavalitsuse sotsiaalosalakonna juht tõi välja mure piisava tööjõuressursi olemasolu osas. Kui hoolekandeesutuste töötajad peaksid haigestuma, ei ole kerge leida asendust ja vabatahtlikud ei ole nõus nt hooldekodusse tööle minema, sest on hirm nakatumise ees. Eesliinitöötajate (õed, arstid, kiirabitöötajad, hoolekandeesutuste töötajad, asutuste juhid) osas on erinevad organisatsioonid maininud, et töötajad hakkavad pideva pingeseisundi tõttu väsima. Hoolekandeesutuste juhtide osas toodi välja hirmutunnet, et nende tegevuse/tegevusetuse või võimaluste puudumise tõttu võivad inimesed surra - "minu pärast surevad inimesed ära".

Sekkumised

On teada, et läbipõlemise suhtes kaitsvateks teguriteks on rolli selgus, autonoomia tajumine, tunne, et sind on õiglaselt koheldud ja juurdepääs regulaarsetele kliinilistele supervisioonidele (O'Connor et al., 2018). Lähtudes eelnevast tuleks läbipõlemise ennetamiseks eesliinitöötajaid kaasata juhtide tehtavate otsuste aruteludele. Vajalikud on ka asutusesisesed rutiinsed tugiprotsessid, sh vajadusel kogemusnõustamine (Greenberg et al., 2020).

Eesliinitöötajate vaimset ja füüsilist tervist tuleb järjepidevalt kaitsta ja toetada (Inter-Agency Standing Committee (IASC), 2020), ning juhid peavad võtma vastutuse oma töötajate läbipõlemise ennetamise eest. Juhtivad traumaspetsialistid (COVID Trauma Response Working Group <https://www.traumagroup.org/>) on käesoleva kriisi kontekstis stressiga toimetulekuks ja ärevushäirete, depressiooni ja posttraumaatilise stressihäire ennetamiseks töötanud välja juhised. Nendes rõhutatakse baasvajaduste nagu söök, jook, puhkuse eest hoolitsemist, turvalisuse tagamist, avatud ja läbipaistvat kommunikatsiooni, meeskonnaliikmete omavaheliste suhete toetamise ja tõhustamise vajadust, vajadusel sõber-kolleeži (*buddy*) süsteemi sisseseadmist, ligipääsu psühholoogilisele toele. Vaimse tervise esmaabi andmise oskused ja juhised aitavad pakkuda patsientidele ja ka töökaaslastele emotsionaalset tuge, suurendada enesetõhusust, ning valmistuda ja paremini toime tulla traumadega. On oluline mõista, et igal inimesel on loomulikud toimetulekumehhanismid, ning psühholoogilise abi vajadus stressi ja traumaga toimetulekuks varieerub. Ehkki heade kavatsustega, võib liigvarajane sekkumine (nagu nt *debriefing* või muud kohustuslikud kokkusaamised oma mõtete ja tunnete väljendamiseks) pigem suurendada posttraumaatilise stressihäire riski (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Psühholoogilist abi pakkuvatele spetsialistidele tagada regulaarsed supervisioonid, füüsilise tervise kaitseks rakendada turvameetmeid, võimalusel teha kaugvastuvõtte turvaliste rakenduste vahendusel.

Soovitused:

1. Võimaldada kõigile eesliinitöötajatele vaimse tervise esmaabi oskuste koolitused.
2. Toeta eesliinitöötajatel vaimse tervise eneseabi rakendamist. Häid juhiseid selleks leiab <https://www.traumagroup.org/>
3. Suuna ja taga eesliinitöötajatele ligipääs tõenduspõhiste sekkumistele, ning hoolitse, et seda viiks läbi väljaõppe läbinud spetsialistid.

4. Kaaluda tuleks eesliinitöötajatele ajutise tasuta juurdepääsu pakkumist programmidele ja nutirakendustele, et toetada nende vaimse tervise alast eneseabi (Andersson, 2016).

4.2. Puuetega inimesed

Võimalikud riskid

Kroonviiruse pandeemia on toonud kaasa erilised riskid puuetega inimestele. Puuetega inimesed on ka tavapäraselt üheks kõige marginaliseeritumaks grupiks ning kui kroonviiruse epideemia ajal neile eritähelepanu ja abi ei osutata, võivad nad viiruse leviku laienemisel olla suures haigestumise ja suremise riskis. Neil, kel pole otsest nakkusohtu, võib olla oht mitte pääseda ligi informatsioonile, sotsiaal- ja tervishoiuteenustele, sotsiaalsele kaasatusele, haridusele. Paljud puuetega inimesed sõltuvad oma igapäevaste vajaduste rahuldamisest kogukonnateenustest (toit, hügieen) ning on mures nende teenuste jätkumise pärast (Human Rights Watch, 2020).

Puuetega laste ja noorte vanematel on kroonviiruse ning füüsilise eraldatuse olukorras uued väljakutsed, arvestades, et nad hooldavad lapsi ja noori, kes vajavad igapäevaelu toetavaid teenuseid ning teraapiaid. Kuigi lapsed üldiselt ei ole kroonviiruse riskirühmas, võivad kaasnevate haigustega puuetega lapsed seal siiski olla, mis tekitab nende hooldajatele lisastressi ja hirmu (American Psychological Association, 2020). Seda, et puuetega lastega pered on hetkel väga suurtes raskustes ja ligipääs rehabilitatsiooniteenustele on piiratud, on toonud välja ka Eesti Puuetega Inimeste Koda (Ranne, 2020).

Sekkumised

Euroopa Nõukogu inimõiguste volinik Dunja Mijatović rõhutab, et puuetega inimesi ei tohi kroonviiruse pandeemia olukorras tähelepanuta jätta ning viitab ÜRO Puuetega inimeste konventsiooni artiklile 11, mille kohaselt igasuguse kriisi situatsioonis tuleb tagada puuetega inimeste turvalisus ja kaitse (Euroopa Komisjon, 2020). ÜRO puuetega inimeste õiguste eriraportöör Catalina Devandas rõhutab, et riik peab võtma täiendavaid sotsiaalkaitse meetmeid puuetega inimeste toetamiseks (OHCHR, 2020).

EUNAD (2014) on koostanud soovitusel kuulmis- ja nägemispuudega inimeste vajadustega arvestamiseks kriisiolukorras ja selle järgselt. Peamiseks soovitusel on nägemis- ja kuulmispuudega inimeste kaasamine kriisiplaanide tegemisel ning kriisiolukorras meetmete kavandamisel läbi riiklike ja kohalike võrgustike. Teine soovitusel on ühiskonna tundlikkuse ja teadlikkuse suurendamine puuetega inimeste psühhosotsiaalsele abi vajaduste osas, mis tuleneb ka [ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioonist](#).

Soovitusel

1. Tagada puuetega inimeste ligipääs infole.
2. Psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi korraldamisel hädaolukorras tuleb meetmete kavandamisel kaasata puuetega inimeste esindusorganisatsioone nii riigi kui kohalikul tasandil ning arvestada puudest tulenevate abivajadustega.

3. Leida lahendused nii täisealistele kui lastele rehabilitatsiooniteenuste ja tervishoiuteenuste osutamise jätkamiseks eriolukorras, ennetamaks erivajaduse või kroonilise haiguse süvenemist ja tagada teenuste järjepidevus.
4. Pakkuda tuge ja võimaldada vaimse tervise teenuseid omastehooldajatele, kelle hoolduskoormus on füüsilise eraldatuse olukorras veelgi kasvanud.
5. Järgmiste võimalike hädaolukordade ettevalmistamise vaatest on vajalik välja arendada erinevaid meeltesüsteeme arvestavaid häire- ja hädaabikõnede süsteeme.

Tekstikast 2. Omastehooldajate olukord praeguses eriolukorras Tiina Tambaumi (Tallinna Ülikool) poolt läbi viidud vestluste põhjal (sotsiaalkeskuse juhataja asetäitja, sotsiaalkeskuse juhataja, naiste turvakodu projektis tegev inimene, pensionär Tallinnas, pensionär Tartumaal).

Erihoolekande ja omastehooldajatega seoses on risk, et omaksed, kes on kaotanud töö ja jäänud ise oma lähedast hooldama, ei naase eriolukorra lõppemisel tööturule. Meetmed peaksid arvestama piirkonna eripäraga - näiteks on Pärnu töökohad väga suures osas sõltuvad nii välis- kui siseturismist ja inimesi, kes eriolukorra lõppemisel tööd jätkata ei saa, rohkem, kui mõnes teises piirkonnas. Peab arvestama, et hooldatav võib mõjutada seda, et hooldaja tööturule ei kiirusta.

4.3. Tervishoiuteenuste jätkumist vajavad inimesed

Siin peetakse silmas inimesi, kes vajavad tavapäraseid tervishoiuteenuseid, mitte kroonviiruse põdejaid. Ravi katkemine ja/või piiratud ligipääs tervishoiuteenustele võib tekitada ärevust ja stressi, mis omakorda võib süvendada kroonilisi terviseprobleeme ning omakorda suurendada riski vaimse tervise probleemide tekkimisele.

Sekkumised

Uuringud on leidnud, et videokonsultatsioonid võivad olla sama efektiivsed kui näost-näku vastuvõtud (Andersson, 2016), kuid internetipõhiste vastuvõttude korraldamisel tuleb kindlasti arvestada isikuandmete kaitse seadusega. Tervishoiuspetsialistidele tuleb anda kindlad suunised, mis keskkondi võib kasutada ning tagada neile sinna juurdepääs.

Esmajärjekorras vajavad plaaniliste tervishoiuteenuste jätkumist inimesed, kellel haiguse süvenemine põhjustab olulist elukvaliteedi langust. Nende hulgas on nt psüühikahäirega inimesed, krooniliste terviseprobleemidega inimesed, kelle seisund võib kroonilise stressi foonil ägeneda. Lapseootel naised ja sünnitajad vajavad senisest enam psühhosotsiaalset tuge meditsiinipersonali poolt.

Soovitused:

1. Plaaniliste tervishoiuteenuste jätkumine tervishoiuteenuseid vajavatele inimestele on kriitilise tähtsusega. Oluline eristada akuutsed abivajajad, ja need, kelle seisund eeldab tavapärasest jälgimist.
2. Kõigil tervishoiuspetsialistidel võimaldada omandada vaimse tervise esmaabi oskused.

3. Psüühikahäirete ravis võtta kasutusele usaldusväärsed digitaalsed platvormid. Ülemaailmselt on loodud mitmeid digitaalseid keskkondi, mille kaudu saab pakkuda nii professionaalset psühhiaatrilist abi sh. psühholoogilise hindamise läbiviimist e-toel (nt RED Connect <https://www.redmedical.de/>, millel on sertifitseeritud isikuandmete kaitse), kui ka üldiseid nõuandeid ja harjutusi vaimse tervise toetamiseks.
4. COVID-19 aspektist läbi mõeldud stabiilne psühhiaatriline ambulatoorne abi (sh. kaugtöö meetodil) pakkudes enam psühhoterapia lühisekkumisi (vajalikud kiired lisakoolitused vastavalt vajadusele), et hoida tasakaalus seniseid haigeid ja aidata esmahaigestunuid - sügiseks tagada sarnane kaugtöö paindlikkus, sest nii jõuame ka isoleeritud kaugemate piirkondade inimesteni, kelleni seni abi nii hästi ei jõudnud.
5. COVID-19 aspektist läbi mõeldud erakorraline ja vältimatu psühhiaatriline statsionaarne abi.
6. Teha pingutusi spetsialiseeritud teenuste regionaalse kättesaadavuse tagamiseks, sh *outreach* nende jaoks, kes on ühiskonnast isoleerunud või elavad infosulus.
7. Suitsiidi ennetuse seisukohalt on praegune füüsilise distantseerumise kui rahvatervise meede haavatavas populatsioonis murettekitav. Ka kaugtöös on võimalik rakendada tõendus põhiseid ennetustegevusi, nt telefoni teel kontakti võtmised ja *the Caring Letters* sekkumine (Motto & Bostrom, 2001).

4.4. Töötud ja majandusliku toimetulekuraskustega inimesed

Võimalikud riskid

Viimase majanduskriisi (2007-2008) järgselt raporteeriti depressiooni, ärevushäirete, alkoholi ja teiste psühhootiliste ainete tarvitamise sageduse tõusu paljudes riikides (Barbaglia et al., 2015; Gili et al., 2013). Hollandis läbiviidud populatsioonipõhises longituuduuringus leiti, et leibkonna sisetulekute vähenemine suurendas majanduskriisi järgselt eelnevalt vaimselt tervetel inimestel depressiooniriski 2,24 korda, sealjuures töökaotus meestel suurendas vaimse tervise häirete riski 3 korda (Barbaglia et al., 2015). Ka Eesti elanikkonna puhul on majanduslikul toimetulekul ja depressiooni kujunemisel varasemalt leitud seos (Kleinberg et al., 2010). Uuringud näitavad, et töötuse puhul eksisteerib kriitiline periood - 3 kuu ja 12 kuu vahel -, kus risk vaimse tervise probleemide tekkeks on kõrgeim (Kulik, 2001). Püsiv kõrgendatud stressiseisund ja vaimse tervise probleemid suurendavad omakorda suitsiidiriski. On leitud, et pikaajaline töötus võrreldes lühiajalise töötusega suurendab märkimisväärselt suitsiidi ja suitsiidikatsete riski (Milner et al., 2014), isegi kui arvesse võtta inimese sotsiaalmajanduslik staatus ja vanus (Lundin et al., 2012).

Soovitused:

1. Psühhosotsiaalse ja vaimse tervise abi korraldamisel pidada silmas töötute ja majandusliku toimetulekuraskustega inimeste vajadusi (erilise tähelepanuga neid, kel oht langeda vaesusriski) ning teha meetmete kavandamisel koostööd Töötukassaga.
2. Laiendada vaimse tervise teenuste kättesaadavust esmatasandi tervishoius.
3. Töötukassal arendada kulutõhusad protseduurid ja tagada usaldusväärsed meetodid vaimse tervise probleemide riski tuvastamiseks, et teha otsuseid tööalasele rehabilitatsiooniteenusele ja/või vaimse tervise teenusele suunamise osas.

4. Aktiivsed tööjõuprogrammid, mis hoiavad ja integreerivad inimesi tööturule (sh ümberõpe) aitavad maandada terviseriske (Stuckler et al., 2009).

4.5. Lapsed, noored ja nende vanemad

Võimalikud riskid

Nii Ühendkuningriigid (Public Health England, 2020a) kui ka WHO (2020a) on teinud kokkuvõtlikud juhendid laste, noorte ja nendega tegelevate täiskasvanute toetamiseks hetke olukorras. Neis juhendites tuuakse välja, et lapsed ja noored võivad stressile reageerida erinevat moodi, mistõttu tuleks jälgida muutusi nende tavapärasel käitumises. Nad võivad reageerida emotsionaalselt (näiteks ärrituvus, ärevus või viha), füüsiliselt (näiteks kõhuvalud) või käitumuslikult (näiteks soovivad rohkem lähedust, tõmbuvad rohkem endasse või tekib voodimärgamine).

Lapsi ja noori mõjutab tugevalt sõpradega suhtlemise vähenemine ja kooliskäimise rutiini kadumine. Hindamiste, eksamite, sisseastumiskatsete ja muude lõputööde toimumisega seotud teadmatus põhjustab lastes lisapingeid (Lee, 2020).

Noorte seas on olnud märgata riskikäitumise sagenemist - näiteks alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine ning enesevigastamine, eriti asendushoolduse noorte puhul on täheldatud kodust ärajooksimisi. Laste hälbiva käitumise uuring (Markin & Žarkovski, 2020) näitas, et käitumisprobleemide riskiteguriteks on lapse või noore poolt kogetud perekonfliktid ja traumaatilised sündmused. Seetõttu võivad kroonviiruse levik ning sotsiaalse isolatsiooni olukord noorte käitumisprobleeme võimendada. Tähelepanu tuleb pöörata noortegruppidele, sest üheks riskiteguriks on ka delinkventse grupi liikmeks olemine ning sõprade olemasolu, kes tarvitavad narkootikume, panevad toime poevargusi või on kellelegi kehavigastusi tekitanud. Kaitsvateks teguriteks on eelnimetatud uuringu kohaselt kõrgem enesekontroll, positiivne side kooliga, tõhus ja hästi toimiv kogukond. Praeguses eriolukorras noored koolis ei käi, mistõttu peaksid noortele suunatud sekkumised olema eeskätt indiviidi-, perekonna- ja kogukonnapõhised.

Kroonviiruse olukorras tuleb jätkuvat tähelepanu pöörata ka noorte suitsiidkäitumise ennetamisele ning seetõttu on väga tähtis, kuidas nendest teemadest räägitakse ning millist infot, millistes doosides ja millise emotsionaalse alatooniga jagatakse, et see ei mõjuks häbimärgistavalt või isegi provotseerivalt. Kuna meedial ja sotsiaalmeedial on komme sõnumeid võimendada või moonutada, võib tekkida nn nakkusefekt, mis mõjutab enim just noori (Ortiz & Khin Khin, 2018; Sisask & Värnik, 2012).

Ühendkuningriikides läbiviidud küsitluse põhjal selgus, et lisaks eelpool mainitule mõjutab laste vaimset tervist ka muretsemine oma lähedaste tervise pärast. Neis põhjustab ärevust näiteks meedias levitav info, et noored nakatavad teadmatult oma vanemaid või riskigrupis olevaid sugulasi (YoungMinds, 2020).

Kroonviiruse epideemia ja füüsilise eraldatusega seoses on peredel tekkinud märkimisväärsed lisastressid - töökaotus, eraldatus, ärevused raha ja tervisega seoses, mis võib tuua kaasa kõrge riski kodu- ja lastevastaseks vägivaldaks. Koduvägivalda juhtumite esinemissageduse märgatava tõusu kõrval on tõenäoline, et laste väärkohtlemine on jäänud varjatuks, kuna lastekaitsetöötajad on kriisiolukorras vähendanud kontakte peredega ning koolide sulgemise tõttu ei saa vägivaldamärke

tuvastada ka koolid. Kriisiolukord võib suurendada ka laste seksuaalset väärkohtlemist internetis, Europol on raporteerinud suurenenud laste seksuaalse väärkohtlemise materjalide otsinguid internetis (Human Rights Watch, 2020).

Tekstikast 3. Ekspertarvamuse koostajate poolt Eesti Asenduskodude Töötajate Liidu ja MTÜ Oma Pere esindajatelt kogutud hinnangud ja ettepanekud asendushooldusel olevate laste heaolu tagamiseks kroonviiruse olukorras.

Riskid:

- Käitumisprobleemidega lapsed, kelle osas on asenduskodude töötajatel varasemast rohkem koormust ja vastutust, kuid samas ei ole vajalikku ettevalmistust nende õppetöö juhendamiseks ja kasvava stressi ning ärevusega toimetulekuks
- Mure hooldusperedes viibivate laste heaolu ja turvalisuse osas – asenduskodudes on suurem sotsiaalne kontroll, hooldus- ja eestkosteperedes tegelikult toimuva osas puudub ülevaade.
 - Kui lastel on erivajadused, õpiraskused, käitumisprobleemid, siis hooldajad ei ole valmistunud nende abistamiseks, millest lisastress.
 - Oskuste ja piisava ettevalmistuse puudumise tõttu on vanemad vihased ja tekib vägivallarisk.
- Musta stsenaariumi korral (viiruse lai levik) on väga haavatavad eestkostepered, sest enamasti on seal laste hooldajaks eakad vanavanemad, kes on riskigrupis ning lisaks puudub eestkosteperede osas ülevaade nende hakkamasaamisest, kuna seal puudub otsene riiklik korraldaja, sest eestkoste otsuse teeb kohus.

Ettepanekud:

- Asenduskodude juhid peaksid rohkem võtma vastutust töötajate heaolu ja hakkamasaamise eest, andma inimlikult infot ning lihtsaid juhtnööre. Hetkel saadetakse töötajatele edasi SKA ja Terviseameti pikki ja keerulisi juhiseid, mis neid ei aita.
- Hooldusperede ja eestkosteperede tugiteenused, mida pakuvad mitmed organisatsioonid riigiga sõlmitud lepingu alusel, kattes erinevaid piirkondi. Vaja on riigipoolset koordineerimist ja paindlikkust, et tagada asendusperedele ja asenduskodude töötajatele psühhosotsiaalseid tugiteenused. Teenusele saamiseks tuleks ka vähendada bürokraatiat.
- Asendushooldusel olevatele laste täiendava õpiabi pakkumine vabatahtlike poolt, et kergendada hooldajate ja asenduskodutöötajate koormust.
- Supervisioonid ja nõustamine peaksid olema asenduskodude töötajatele ning hooldusperedele kohustuslikud, selliselt saab tagada, et inimesed tuge ka võtavad.

Koostada lihtne juhiseid hoolduspere ja eestkostevanemale: kuidas sa saad last aidata, kui ise oled väsinud, hädas ja töötaja. Põhimõte - vanem peab ALATI lapse eest vastutama, isegi kui endal häda käes.

Soovitused

1. Koostada ja levitada lastele ning noortele lapsesõbralikke ja eakohaseid juhendeid.
2. Levitada lapsevanemate seas laialdaselt infot tarkvanem.ee lehel olevate juhiste osas, mis annavad nõu, kuidas lapsi toetada ning ka enda tervise eest hoolt kanda ning jätkata lasteabitelefoni numbriga teavitustööd. Vanemluse juhise kroonviiruse tingimustes on koostanud ka nt WHO (2020a).

3. Eritähelepanu tuleb pöörata lastele, kelle vanemad või hooldajad on psüühika- või sõltuvushäirega (Meetmed vt Vaimse Tervise Rohelises Raamatus (Ilmumisel)) ning asendushooldusel ja kinnises lasteasutuses viibivate laste vaimsele tervisele.
4. Võtta kasutusele olemasolevad digitaalsed keskkonnad, mobiilirakendused ja õpetlikud netipõhised mängud, et toetada laste vaimset tervist ning abistada neid õppetöös.
5. Eriolukorras peaks õppetöö olema korraldatud süstemaatiliselt kasutades kaugtöö meetoditeks usaldusväärseid digitaalseid platvorme. Kooli- või klassisiseselt peaks kokku leppima kindlad süsteemid ja platvormid, mida kasutatakse, et vähendada mitmete erinevate platvormide kasutamisest õpilastele tulenevat segadust ja ajakulu.
6. Eksamite, sisseastumiskatsete ja muude tähtsate tööde toimumisest või mitte-toimumisest teavitada õpilasi aegsasti ja läbimõeldult.
7. Kasutada lisasekkumisi haridusvaldkonnas nii lastele kui ka vanematele, näiteks neid, mis on toodud välja Vaimse Tervise Rohelises Raamatus (Ilmumisel).
8. Teha meediaga koostööd, et suitsiidikäitumise ja vaimse tervise teemasid kajastataks vastutustundlikult ja rõhuasetusega ennetusele, vältides seeläbi ennastkahjustava käitumise võimalikku nakkusefekti.
9. Jätkata käitumisprobleemidega noorukite puhul kasutusel olevate sekkumiste, eriti perepõhiste sekkumiste arendamist ja kooli ning kogukonna tasandil kättesaadavaks tegemist. Üheks tõenduspõhiseks sekkumiseks, mida võiks Eestis edasi arendada, on konflikti lahendamise programm [Agression Replacement Training](#).
10. Lastekaitsetöös võtta kasutusele proaktiivsed ning perede iseseisvat hakkamasaamist jõustavad meetmed. Vajadusel tuleb suuremate riskidega perede puhul ka kodukülastusi teha. UK on kroonviiruse olukorras jaganud lastekaitse vaateväljas olevad pered 3 gruppi - punane (kõige suuremate riskidega pered, kus lapsed on ilma toetuseta tõsiselt riskis ning tuleb teha ka külastusi), oranž (perel on majanduslikud probleemid ja keskmine riskitase, iganädalane kontakt) ja roheline (väike abivajadus, piisab üle kahe nädala telefonikõnedest). Iga varasem ja uus lastekaitse vaatevälja sattuv pere tuleb abivajaduspõhiselt hinnata.
11. Laiendada elanikkonna teadlikkust lastevastase vägivalga ning internetis laste seksuaalse väärkohtlemise ohtudest läbi kiirete teavituskampaaniate. Teha teavitustööd lasteabitelefoni 116 111 ja Targalt internetis vihjeliinist.

4.6. Vanemaealised

Võimalikud riskid

Kui füüsilise eraldatuse kehtestamisel on üheks oluliseks eesmärgiks kaitsta vanemaealisi kui olulist riskigrupi kroonviirusesse nakatumise eest, siis teisalt mõjutab eraldatus oluliselt vanemaealiste inimeste füüsilist ja vaimset tervist. Suur tõenäosus on eraldatuse olukorras üksilduse ja meeleolu kõikumise tekkeks, samuti võib ilmneda vähesest liikumisest tulenev lihaskõhjus, mis võib viia kukkumiseni ja füüsilise tervise probleemideni. Uuringutest on teada, et üksildus suurendab suremuse tõenäosust 26% ning on sama halva mõjuga, kui päevas 15 sigareti suitsetamine (Faculty of the Psychology of Older People (FPOP) & British Psychological Society (BPS), 2020). Füüsiline eraldatuse ja üksildusega seostatakse südamehaiguste, dementsuse ja teiste terviseprobleemide teket.

Lisaks näitavad uuringud, et adekvaatsete sotsiaalsete suhetega inimestel on poole suurem tõenäosus ellujäämiseks, kui neil, kellel on vähesed sotsiaalsed kontaktid. Seetõttu võib kroonviiruse epideemia teha olukorda hullemaks, kuna ühelt poolt me kaitseme vanemaealisi, aga teisalt lõikame ära nende heaoluks olulist sotsiaalset suhtlust (Committee on the Health and Medical Dimensions of Social Isolation and Loneliness in Older Adults et al., 2020). Paljud vanemaealised on ise omastehooldajad oma lähedastele, mida tuleb samuti kriisiolukorras silmas pidada.

Sekkumised

Tekstikast 4. Ettepanekud vanemaealiste toetamiseks eriolukorras. Tiina Tambaumi (Tallinna Ülikool) poolt läbi viidud vestluste põhjal (vt vestlustes osalejate kohta tekstikastist 3).

- *Omavalitsuste sotsiaalkeskused planeerivad kokkuhoiumeetmeid ning on antud suuniseid, et eriolukorra ajal katkestatud vaba aja ja kultuuriga seotud tegevusi ei toimu aasta lõpuni. Vanemaealised leiavad, et sotsiaalset suhtlust, ühistegevust tuleb aga eriolukorra lõppedes koheselt toetada ja teadlikult juhtida, et taastuks inimeste aktiivne elustiil. Selleks peaksid KOV-d kaardistama formaalsed ja mitteformaalsed võrgustikud, kes praeguses eriolukorras vanemaid inimesi aitasid (külakogukonnad, KÜ-d), neid tunnustama ja nende tegevuse jätkamist toetama. Vanemaealiste osalemine ja panustamine kogukonda ei tohi olla kokkuhoiu koht, seda tuleb hoopis julgustada.*
- *Laiendada kogukonnas digivahendite õpet vanemaealistele, võimekust teha e-oste ja e-tellimusi, milleks on tekkinud ka selge vajadus ja õppimise motivatsioon kõrge. Selleks kasutada kogukonna ressursse (õppiva linna - Learning City mudeli rakendamine), viia läbi lühikoolitused tuutoritele, väljaõpe nn mitteprofessionaalsetele juhendajatele, kuidas õpetada vanemaealistele e-oskusi (nt kooliõpilastest võiks saada vabatahtlikud tuutorid, kes on saanud selleks lühikese ettevalmistuse).*
- *Väga selgelt on vaja kommunikeerida, kuidas taastub tavalise arstiabi andmine ja plaanilised operatsioonid, sest probleemid on juba kuhjunud ja süvenemas (hambaravi, vigastused, põlveoperatsioonid jne).*
- *Kui eriolukord peaks venima talveni, siis tuleks sisse seada teenused, mis pakuvad asendust praegustele aiatöödele, võimalusele jalutada. Välja peaks töötama KOV telefoniselti teenuse (nt võib MTÜ-lt sisse osta), millel on ajutervist parandav toime. Selliseid kõnesid pakuvad praegu vabatahtlikud Kodukandis, aga selle võiks arendada KOV teenuseks (teenus, mis praegu on seaduses kirjas kui "muud olulised teenused"). Vt juhendvideod: "Pakume telefonitsi seltsi" <https://www.youtube.com/channel/UCmZnaieT3VouLrwN2XtP3AA?>*

UK-s on vanemaealistele vajalik info kroonviiruse kohta koondatud [Age UK](#) lehele, kus antakse infot eakatele vajalike valdkondade kohta, näiteks selgitused viiruse osas, eneseabi ja praktiliste oskuste (digitaalne suhtlus, matuste korraldamine, ostude korraldamine jms), lähedaste toetamise osas ning kuidas teised saavad vanemaealisi toetada.

Soovitused:

1. Analoogselt Age UK eeskujule leida kommunikatsioonikanal, kuidas vanemaealisi kõige enam puudutavaid teemadel informeerida, nt kuidas taastub arstiabi andmine, plaanilised operatsioonid, koolitused, sotsialiseerumise võimalused jms.
2. Kaaluda erinevate vanemaealiste esindusorganisatsioonidega koostöös tõendus põhise info ühtset koondamist ja levitamist vanemaealistele.

3. Tagada sotsiaal- ja tervishoiuteenuste jätkuv kättesaadavus vanemaealistele, jätkates ka vajadusel koduteenuste osutamist ning pöörates eritähelepanu dementsusega inimestele ja inimestele, kellel ei ole veebipõhistele suhtluskanalitele ligipääsu.
4. Teha vanemaealistele kättesaadavaks esmatasandi vaimse tervise teenused ja nõustamisvõimalused, pakkudes neid vajadusel telefoni ja võimaluse korral ka videosilla teel.
5. Eriolukorra lõppedes tuleb sotsiaalset suhtlust ja ühistegevust koheselt toetada ja teadlikult juhtida, et taastuks inimeste aktiivne elustiil. Eriolukorra pikenedes tuleb sotsiaalset suhtlust ja ühistegevust hakata toetama nende vahenditega, mida olukord lubab (e-vahendid, tegevusvormid 2+2 reeglit järgides) ehk kõnealune valdkond peab hakkama otsima teistsuguseid töömeetodeid nagu on seni otsinud koolid või koolitajad. Vajadusel tuleb pakkuda valdkonna töötajatele vastavat väljaõpet.
6. Teavitada laialdaselt eakatele vabatahtlike seltsiliste kasutamise võimalusi, nt kogukondaitab.ee ning Eesti Külaliikumise Kodukant vabatahtlikest teenustest (<https://vabatahtlikud.ee/projektid/sotsiaal>).
7. Lisamaterjale ja soovitusi vanemaealiste osas võib leida <https://www.asaging.org/blog/cdc-covid-19-coronavirus-resources>.

4.7. Lähisuhtevägivalla all kannatajad

Võimalikud riskid

WHO juhises lähisuhtevägivallaga tegelemiseks kroonviiruse tingimustes tuuakse välja, et hädaolukorra ajal on naistevastane vägivald rahvatervise seisukohalt väga oluliseks ohuks ning epideemia olukorras on ka varasemalt täheldatud vägivaldajuhtumite suurenemist. ÜRO allasutuse UN Women'i järgi on paljudes riikides (sh Argentiinas, Kanadas, Prantsusmaal, Saksamaal, Hispaanias, Suurbritannias, Ameerika Ühendriikides, Singapuris, Küprosel ja Austraalias) oluliselt suurenenud lähisuhtevägivallaga seotud juhtumitest teadaandmine (UN Women, 2020). Näiteks Austraalias 40%, Singapuris ja Küprose üle 30%.

Kroonviiruse epideemiaga seotud riskitegurid:

- Stress, sotsiaalsete ja tugivõrgustike katkemine
- Füüsilise eraldatuse ja inimeste koju jäämise tulemusena on kasvanud risk naiste ja laste vastu suunatud vägivaldaks, mida mõjutab
 - perede pidev lähikontaktis olemine, stress ja võimalik töökaotus
 - naiste vähesemad kontaktid laiendatud pereliikmete ja sõpradega ning seetõttu vähesemad toetuse saamise võimalused
 - naiste suurenenud hoolduskoormus suurendab nende stressi
 - pere majandusliku olukorra võimalik nõrgenemine võib kaasa tuua naiste majandusliku väärkohtlemise riski
 - kroonviiruse füüsilise eraldatuse tingimustes võivad vägivaldlatsejad kasutada ära võimalust omada partneri üle suuremat kontrolli piirates partneri võimalusi saada välist abi, psühhosotsiaalset tuge nii formaalsetest kui mitteformaalsetest võrgustikest, kasutada desinfitseerimisvahendeid.

- vägivaldsejad võivad jagada valeinfot kroonviiruse kohta ning stigmatiseerida oma partnerit (WHO, 2020b).
- Vanemaealiste ja puudega naiste puhul märgitakse lisariskide ja -vajaduste olemasolu
- Ligipääs seksuaal- ja reproduktiivtervise teenustele on piiratud.

Soovitused

1. Jätkata olemasolevate tegevuste ja teenuste osutamise ja lähisuhtevägivalla ohvritele ning meetmete rakendamise ja vägivallatsejatele.
2. Luua turvalised kanalid lähisuhtevägivallast teavitamiseks.
3. Olemasolevate meetmete rakendamist tuleb hinnata ja edasi arendada tulenevalt WHO soovitustest lähisuhtevägivalla tõkestamisel kroonviiruse eriolukorras ja sellele järgnevalt tervishoiuteenuste osutajatele:
 - a. Naistevastast vägivalda tuleb käsitleda kõigis kroonviiruse kriisiplaanides ning riigil tuleb tagada vajalike teenuste rahastus ja teenuste kättesaadavus füüsilise eraldatuse tingimustes;
 - b. Tervishoiuteenuste osutajad, eeskätt esmatasandil, peaksid koguma ja pakkuma patsientidele infot kohalike teenuste võimalustest (abinumbrid, varjupaigad, nõustamised) ning praktilist infot lahtiolekuaegade jms osas;
 - c. Kiireloomuliselt tuleb kaaluda e-tervise ja telemeditsiini võimaluste rakendamist vägivallaohvrite abistamiseks;
 - d. Kogukonnaliikmete teadlikkust tuleb tõsta lähisuhtevägivallast ning soovitada neil hoida võimaliku vägivalla all kannatavate naistega ühendust ja pakkuda tuge. Kindlasti tuleb tagada turvalised viisid vägivallatsejatega koos elavate naistega suhtlemiseks.
4. Lähtuda meetmete kavandamisel ka UN Women'i soovitatud strateegiatest:
 - a. Abivajajatele on vaja pakkuda suurendatud võimekusega teenuseid (abitelefoni, varjupaiku ja e-nõustamist).
 - b. Politsei tugev sõnum, et lähisuhtevägivalla kuritegude toimepanijad ei jää karistusetu. Sh peaks politsei olema kõrgendatud valmisolekus reageerima lähisuhtevägivalla juhtumitele.
 - c. Psühhosotsiaalne tugi neile, kes on lähisuhtevägivalla üle elanud ja eesliini töötajatele.

4.8. Vangid ja vanglatöötajad⁸

Võimalikud riskid

Erinevad uuringud näitavad, et vanglates on võrreldes tavapopulatsiooniga oluliselt rohkem vaimse tervise häiretega inimesi. Hinnanguliselt on Eesti vanglates 50-65% inimestest üks või mitu psühhiaatrilist diagnoosi ning vaimse tervise häired vanglas on aladiagnostitud. 2016-2017 aastal diagnoositi Eesti vanglates on vaimse tervise häire 43% kinnipeetavatest ning neist pea pooltel on

⁸ Peatükk on koostatud Avo Üpruse ja Eva Üpruse (Eesti Diakoonia, Balti Kriminaalpreventsiooni Instituut) poolt ekspertarvamusele antud sisendi põhjal.

rohkem kui üks häire, sealjuures eriti noortel. Stressirohketes keskkondades on kriitilistes olukordades, sh kroonviiruse epideemia ajal, oht vaimse tervise häirete süvenemiseks, millest tulenevalt võib suureneda ka suitsiidirisk (Iverson et al., 2019). Käesoleva ekspertarvamuse 2. peatükis on erinevatest uuringutest toodud välja, et eriolukorra kehtestamine suurendas oluliselt nende hulka, kes kogesid olulisel määral depressiooni ja ärevuse sümptomeid, mistõttu võib eeldada, et see kehtib ka kinnipeetavatele.

Vanglates on piiratud ligipääs vaimse tervise spetsialistide toetusele ka väljaspool eriolukorda, mistõttu on hetkeolukorras äärmiselt oluline pakkuda täiendavat tähelepanu, et maandada enesevigastamiste, suitsiidide ning konfliktide riski (Iverson et al., 2019).

Soovitused

1. Avardada kinnipeetavate kontakti loomise võimalusi lähedaste, tugiisikute ja spetsialistidega ning lisada telefonikasutusele ka videosilla loomise võimalused.
2. Võimaldada vanglas viibivatele kinnipeetud inimestele ligipääs vaimse tervise teenustele, sealjuures parandades teenuste kättesaadavust ning internetis pakutavatele nõustamisteenustele (peaasi.ee, lahendus.net).
3. Võimaldada osaleda veebipõhistes arendavates tegevustes, distantõppes ja kodanikuühenduste poolt pakutavates sotsialiseerumisprojektides (vt. nt www.compassionprisonproject.org).
4. Pöörata tähelepanu kinnipidamisasutustes töötavate inimeste vaimse tervise vajadustele ning tagada võimalus psühholoogilisele ja hingehoiu toele.
5. Kriisist väljumisel kasvatada kinnipeetavate võimalusi suhtlemiseks ning sotsiaalvõrgustikesse integreerumiseks, osalemiseks õppes ja rehabilitatsiooni- ning taastava õiguse programmides
6. Pakkuda spetsialiseeritud teenuseid vaimse tervise häirega õigusrikkujatele nii vanglas kui kogukonnas ning võimaldada kinnipeetavatele rohkem füüsilist aktiivsust ning vabas õhus viibimist.

Täname

Anne Kleinberg, Tallinna Lastehaigla psühhiaatrikliiniku juhataja

Märt Masso, Poliitikauuringute Keskuse Praxis töö- ja sotsiaalpoliitika programmijuht

Tiiu Meres, Tallinna Perekeskuse psühholoog

Anna-Kaisa Oidermaa, MTÜ Peaasi tegevjuht ja kliiniline psühholoog

Ott Oja, Eesti vaimse tervise ja heaolu koalitsiooni (VATEK) eestvedaja

Anne Randväli, Poliitikauuringute Keskus Praxis Akadeemia programmijuht, psühholoog

Maire Riis, MTÜ Laste ja Noorte Kriisiprogrammi traumaterapeut

Merike Sisask, Tallinna Ülikooli sotsiaaltervishoiu professor

Tiina Tambaum, Tallinna Ülikooli Ühiskonnateaduste Instituudi teadur

Avo Üprus ja Eva Üprus, Eesti Diakoonia, Balti Kriminaalpreventsiooni Instituut

Viited

- Aked, J., Marks, N., Cordon, C., & Thompson, S. (2008). *Five ways to wellbeing. A report presented to the Foresight Project on communicating the evidence base for improving people's well-being*. Centre for Well-Being, The New Economics Foundation. <https://neweconomics.org/2008/10/five-ways-to-wellbeing>
- American Psychological Association. (2020). *Advice for Caregivers of Children With Disabilities In the Era of COVID-19*. <https://www.apa.org>. <https://www.apa.org/research/action/children-disabilities-covid-19>
- Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 157–179. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006>
- Anthes, E. (2016). Mental health: There's an app for that. *Nature*, 532(7597), 20–23. <https://doi.org/10.1038/532020a>
- Barbaglia, M. G., Have, M. ten, Dorsselaer, S., Alonso, J., & Graaf, R. de. (2015). Negative socioeconomic changes and mental disorders: A longitudinal study. *J Epidemiol Community Health*, 69(1), 55–62. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204184>
- Bogdanov, H., & Pertel, T. (2012). *Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs*. Tervise Arengu Instituut. <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/4863>
- Boscarino, J. A. (2015). Community Disasters, Psychological Trauma, and Crisis Intervention. *International journal of emergency mental health*, 17(1), 369–371.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019, aprill 23). *Quarantine and Isolation*. <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html>
- Chandrashekar, P. (2018). Do mental health mobile apps work: Evidence and recommendations for designing high-efficacy mental health mobile apps. *mHealth*, 4. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.03.02>
- Coveney, C. M., Pollock, K., Armstrong, S., & Moore, J. (2012). Callers' Experiences of Contacting a National Suicide Prevention Helpline: Report of an Online Survey. *Crisis*, 33(6), 313–324. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000151>
- Deloitte UK. (2020). *Mental Health and Employers: Refreshing the case for investment* (Number January). Deloitte.
- Eesti Tervise Strateegia 2020. (2015). *E-tervise visioon 2025. E-tervise strateegiline arenguplaan 2020*. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Eesti_e_tervise_strateegia/e-tervise_strateegia_2020.pdf
- Eilam, E., & Trop, T. (2010). ESD Pedagogy: A Guide for the Perplexed. *The Journal of Environmental Education*, 42(1), 43–64. <https://doi.org/10.1080/00958961003674665>
- Eurofound. (2020, märts 31). *COVID-19 intensifies emotional demands on healthcare workers*. Eurofound. <https://www.eurofound.europa.eu/publications/blog/covid-19-intensifies-emotional-demands-on-healthcare-workers>
- Euroopa Komisjon. (2020, aprill 2). *Persons with disabilities must not be left behind in the response to the*

- COVID-19 pandemic. Commissioner for Human Rights. https://www.coe.int/en/web/commissioner/view/-/asset_publisher/ugj3i6qSEkhZ/content/persons-with-disabilities-must-not-be-left-behind-in-the-response-to-the-covid-19-pandemic
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, & European Agency for Safety and Health at Work. (2014). *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*. Publications Office of the European Union. <https://osha.europa.eu/en/publications/psychosocial-risks-europe-prevalence-and-strategies-prevention>
- Fricchione, G. L. (2018). The Challenge of Stress-Related Non-Communicable Diseases. *Medical Science Monitor Basic Research*, 24, 93–95. <https://doi.org/10.12659/MSMBR.911473>
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103–108. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- Government Office for Science. (2008a, oktoober 22). *Five ways to mental wellbeing*. <https://www.gov.uk/government/publications/five-ways-to-mental-wellbeing>
- Government Office for Science. (2008b, oktoober 22). *Mental capital and wellbeing: Making the most of ourselves in the 21st century*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/mental-capital-and-wellbeing-making-the-most-of-ourselves-in-the-21st-century>
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, m1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, S2215036620301681. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Human Rights Watch. (2020, märts 26). *Protect Rights of People with Disabilities During COVID-19*. Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/news/2020/03/26/protect-rights-people-disabilities-during-covid-19>
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva, Switzerland. https://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2020). *Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of Covid-19 Outbreak* (Interim Briefing Note v 1.5). Inter-Agency Standing Committee (IASC). https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS_0.pdf
- Karu, M. (2009). *Töö-ja pereelu konflikt, töökorraldus ja tööandjate toetused töötajatele*. Poliitikauuringute Keskus Praxis. <http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2014/03/2009-Too-ja-pereelu-konflikt.pdf>
- Kruus, P. (s.a.). *Digitervise lahenduste tasustamist toetav raamistik ja ettepanekud*. Salvestatud 16. aprill 2020,

- https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/Digiteenuste%20tasustamis%20analu%CC%88u%CC%88s%20ja%20raamistik.pdf
- Lancet Global Mental Health Group. (2007). Scale up services for mental disorders: A call for action. *The Lancet*, 370(9594), 1241–1252. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61242-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61242-2)
- Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 0(0). [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)
- Lunn, P. D., Belton, C. A., Lavin, C., McGowan, F. P., Timmons, S., & Robertson, D. A. (2020). Using Behavioral Science to help fight the Coronavirus. *Journal of Behavioral Public Administration*, 3(1). <https://doi.org/10.30636/jbpa.31.147>
- McFarlane, A. C. (2010). The long-term costs of traumatic stress: Intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 9(1), 3–10. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00254.x>
- McFarlane, A. C., & Williams, R. (2012). Mental Health Services Required after Disasters: Learning from the Lasting Effects of Disasters. *Depression Research and Treatment*, 2012, 1–13. <https://doi.org/10.1155/2012/970194>
- McKinsey Consumer Healthcare Insights. (2020, april). *The impact of COVID-19 on mental health*. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/returning-to-resilience-the-impact-of-covid-19-on-behavioral-health>
- Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. *Psychiatric Services*, 52(6), 828–833. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.6.828>
- National Institute for Health and Care Excellence. (s.a.). *Evidence standards framework for digital health technologies* [CorporatePage]. NICE; NICE. Salvestatud 16. aprill 2020, <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/evidence-standards-framework-for-digital-health-technologies>
- NATO. (2008). *Psychosocial care for people affected by disasters and major incidents. A model for designing, delivering and managing psychosocial services for people involved in major incidents, conflict, disaster and terrorism*. https://www.coe.int/t/dg4/majorhazards/ressources/virtuallibrary/materials/Others/NATO_Guidance_Psychosocial_Care_for_People_Affected_by_Disasters_and_Major_Incidents.pdf
- Norris, F. H. (2005). *Range, Magnitude, and Duration of the Effects of Disasters on Mental Health: Review Update 2005*.
- Norris, F. H., Tracy, M., & Galea, S. (2009). Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science & Medicine*, 68(12), 2190–2198. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.043>
- OECD.Stat. (s.a.). *Employment: Time spent in paid and unpaid work, by sex*. OECD. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=54757>
- OHCHR. (2020, märts 17). *COVID-19: Who is protecting the people with disabilities? – UN rights expert*. <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25725&LangID=E>
- Parve, V. (2020, märts 13). Koroona – nakkus emakeelde. *Sirp*. <https://www.sirp.ee/s1-artiklid/c21-teadus/koroona-nakkus-emakeelde/>
- Peaasi. (s.a.). *Peaasi.ee—Pole hullu*. Salvestatud 16. aprill 2020, <https://peaasi.ee/>
- Price, M., Yuen, E. K., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Acierno, R., & Ruggiero, K. J. (2014).

- mHealth: A Mechanism to Deliver More Accessible, More Effective Mental Health Care: mHealth Opportunities. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(5), 427–436.
<https://doi.org/10.1002/cpp.1855>
- Public Health England. (2020a, märts 30). *Guidance for parents and carers on supporting children and young people's mental health and wellbeing during the coronavirus (COVID-19) outbreak*.
<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-guidance-on-supporting-children-and-young-peoples-mental-health-and-wellbeing/guidance-for-parents-and-carers-on-supporting-children-and-young-peoples-mental-health-and-wellbeing-during-the-coronavirus-covid-19-outbreak>
- Public Health England. (2020b, märts 31). *Guidance for the public on the mental health and wellbeing aspects of coronavirus (COVID-19)*. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-guidance-for-the-public-on-mental-health-and-wellbeing/guidance-for-the-public-on-the-mental-health-and-wellbeing-aspects-of-coronavirus-covid-19>
- Riis, M. (2020). *Soovitud koduses isolatsioonis või karantiinis olevale inimesele*.
https://www.terviseamet.ee/sites/default/files/Nakkushaigused/Soovitud/COVID-19/soovitud_koduses_isolatsioonis_voi_karantiinis_olevale_inimesele.pdf
- The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. (2019, oktoober 8). *2019 Edition of the Minimum Standards for Child Protection in Humanitarian Action (CPMS)* [Text].
https://alliancecpha.org/en/CPMS_home
- The Policy Institute. (2020). *Life under lockdown: Coronavirus in the UK*. King's College London.
https://www.ipsos.com/sites/default/files/2020-04/coronavirus_in_the_uk.pdf
- The Sphere Project. (2011). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response: The Sphere Handbook*. The Sphere Project. <https://doi.org/10.3362/9781908176202>
- Tööelu portaal. (2020, jaanuar 16). *Töökeskonnavolinik*.
<http://www.tooelu.ee/et/tooandjale/tookeskkond/tookeskkonnamkorraldus/tookeskkonnavolinik>
- Tööinspeksioon. (2020, märts 16). *Tööinspeksiooni soovitud tööandjale ja töötajale*.
 Tööinspeksioon. https://www.ti.ee/est/koik-uudised/uudised-detailne/?tx_news_pi1%5Bnews%5D=636&cHash=a7cd1949c8ad9c4538b6ded563b8a729
- Uhlhaas, P., & Torous, J. (2019). Digital tools for youth mental health. *Npj Digital Medicine*, 2(1), 1–3.
<https://doi.org/10.1038/s41746-019-0181-2>
- University of Sheffield. (2020, märts 31). *Depression and anxiety spiked after lockdown announcement, coronavirus mental health study shows*. <https://www.sheffield.ac.uk/news/nr/depression-anxiety-spiked-after-lockdown-announcement-coronavirus-mental-health-psychology-study-1.885549>
- U.S. Department of Health & Human Services. (2018, august 28). *Using Evidence-based Programs* [Text].
<https://www.hhs.gov/ash/oah/resources-and-training/tpp-and-paf-resources/using-evidence-based-programs/index.html>
- Utych, S. M., & Fowler, L. (2020). Age-based messaging strategies for communication about COVID-19. *Journal of Behavioral Public Administration*, 3(1). <https://doi.org/10.30636/jbpa.31.151>
- Vaimse Tervise Roheline Raamat. (Ilmumisel). Sotsiaalministeerium.
<https://drive.google.com/open?id=1c8qDI23ejK6djNCVF1X5OdrC2L9Vjgyq>
- Veldre, V., Masso, M., & Osila, L. (2015). *Vaimse tervise häirega inimesed tööturul*. Poliitikauuringute

- Keskus Praxis. http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2015/06/Vaimne_tervis_raport.pdf
- WHO. (2019). *Mental health in the workplace*. WHO; World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/en/
- WHO. (2020a). *Parenting in the time of COVID-19*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/healthy-parenting>
- WHO. (2020b, aprill 7). *COVID-19 and violence against women. What the health sector/system can do*. <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1ParUe-q6yFieNVeLwk3MblLwkLBrIcJ9>
- Wilken, J.-P., Medar, M., Bugarszki, Z., & Leenders, F. (2014). Community support and participation among persons with disabilities. A study in three European countries. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 23(3), 44. <https://doi.org/10.18352/jsi.410>
- World Health Organization, & Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. (2015). *MhGAP humanitarian intervention guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*. http://www.who.int/mental_health/publications/mhgap_hig/en/
- YoungMinds. (2020). *Coronavirus: Impact on young people with mental health needs*. https://youngminds.org.uk/media/3708/coronavirus-report_march2020.pdf