

# Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring

## Lõpparuanne

2022

Uuringut rahastas SA Eesti Teadusagentuur Euroopa Regionaalarengu Fondist toetatava programmi RITA tegevuse 1 „Strateegilise TA tegevuse toetamine“ raames.

Uuring valmis Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi, Haridus- ja Teadusministeeriumi, Justiitsministeeriumi, Siseministeeriumi ja Riigikantselei eesmärkide elluviimiseks.

Uuringu teostasid Tervise Arengu Instituut ja Tartu Ülikool.

**Aruande autorid:**

Kenn Konstabel, TAI krooniliste haiguste osakond  
Jaan Tulviste, TAI krooniliste haiguste osakond  
Kaia Laidra, TAI epidemioloogia ja biostatistika osakond  
Merle Havik, TAI krooniliste haiguste osakond  
Rainer Reile, TAI epidemioloogia ja biostatistika osakond  
Mall Leinsalu, TAI epidemioloogia ja biostatistika osakond  
Carolina Murd, TAI krooniliste haiguste osakond  
Merili Tamson, TAI uimastite ja nakkushaiguste epidemioloogia osakond  
Liisi Panov, TAI tervisestatistika osakond  
Hedvig Sultson, TÜ psühholoogia instituut  
Kairi Kreegipuu, TÜ psühholoogia instituut  
Andero Uusberg, TÜ psühholoogia instituut  
Kirsti Akkermann, TÜ psühholoogia instituut  
Getter Kasekamp, TÜ psühholoogia instituut  
Mare Ainsaar, TÜ ühiskonnateaduste instituut  
Ave Roots, TÜ ühiskonnateaduste instituut  
Oliver Nahkur, TÜ ühiskonnateaduste instituut  
Helina Maasing, TÜ ühiskonnateaduste instituut  
Jana Bruns, TÜ ühiskonnateaduste instituut  
Anet Mürsoo, TÜ ühiskonnateaduste instituut  
Laura Tiitus, TÜ ühiskonnateaduste instituut  
Kadri Kõiv, TÜ Eesti geenivaramu  
Kelli Lehto, TÜ Eesti geenivaramu

**Lisaks aruande autoritele osalesid projekti eri etappide elluviimisel:**

Toomas Veidebaum	Helen Uusberg	Anto Aasa
Jane Idavain	Lili Azin Milani	Emma Lauk
Tatjana Veideman	Hanna Maria Kariis	Jürgen Pikk
Jaana Rahno	Helis Ojala	Merlin Kasesalu
Pille Kasemets	Karoliina Peedu	Katarina Kliit
Julia Geller	Aire Leppik	Maria Krajuškina
Olga Bragina	Kadri Leetmaa	

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

Uuringu tegijad tänavad Eesti Teadusagentuuri esindajaid Liina Eeki, Margus Harakut ja Sigrid Otsa ning kõiki küsitletud ja intervjuueeritud inimesi uuringusse panustatud aja eest.

RITA on Euroopa Regionaalarengu Fondist toetatav programm, mille eesmärk on suurendada riigi rolli teaduse strateegilisel suunamisel ning teadus- ja arendusasutuste võimekust ühiskondlikult oluliste uuringute tegemisel.

Programmi kaudu rahastab SA Eesti Teadusagentuur Eesti riigi vajadustest lähtuvaid sotsiaal-majanduslike eesmärkidega rakendusuuringuid. RITA tegevus 1 „Strateegilise teadus- ja arendustegevuse (TA) toetamine“ eesmärk on suurendada riigi rolli teaduse strateegilisel suunamisel ja prioriteetide määramisel ning tõsta Eesti TA asutuste võimekust viia läbi riigi vajadustest lähtuvaid rakendusuuringuid.

## Sisukord

Joonised ja tabelid .....	7
Mõisted ja lühendid .....	9
Mõisted .....	9
Lühendid .....	10
1. Executive Summary.....	12
2. Sissejuhatus.....	14
2.1. Taust.....	14
2.2. Eesmärgid.....	15
3. Uuringu struktuur .....	15
3.1. Kvantitatiivuuring.....	16
3.2. Kvalitatiivuuring .....	17
3.3. Uuringute ja analüüside kooskõlastused .....	17
4. Tulemused.....	18
4.1. Vaimse tervise probleemide esinemine.....	18
4.1.1. Vaimse tervise häirete esinemine küsitlusuuringu põhjal .....	18
4.1.2. Vaimse tervise häirete esinemine registriandmete põhjal.....	20
4.1.3. Vaimset tervist mõjutavad tegurid — depressiooni näide .....	22
4.1.4. Muutused vaimse tervise olukorras 2019–2022 .....	25
4.1.5. Andmeallikad vaimse tervise häirete esinemise hindamisel: küsitlusuuringu ja haigekassa andmekogu võrdlus .....	30
4.1.6. Kokkuvõte .....	34
4.2. Haavatavad rühmad.....	34
4.2.1. Noorukid (15–17-a).....	35
4.2.2. Noored täiskasvanud (18–24-a).....	36
4.2.3. Sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus.....	37
4.2.4. Töötus ja töötuks jäämine .....	37
4.2.5. Varasema tervises seisundi mõju .....	38
4.2.6. Leibkonnatüüp ja lastega perede toimetulek.....	39
4.2.7. Vanemaealised.....	41
4.2.8. Kokkuvõte .....	42

4.3. Toimetulekuviisid ja teenuste kasutamine .....	42
4.3.1. Mida inimesed koroonakriisi ajal tegid, et paremini toime tulla? .....	42
4.3.2. Koroonastressi nägu.....	44
4.3.3. Mis aitas koroonastressiga toime tulla? .....	47
4.3.4. Kokkuvõte .....	50
4.4. Vaimse tervise teenuste kasutamine, vajadus ja kättesaadavus.....	51
4.4.1. Vaimse tervise teenuste kasutamine küsitlusandmete põhjal .....	51
4.4.2. Vaimse tervise teenuste kasutamine registriandmete põhjal .....	54
4.4.3. Vaimse tervise (ja muude) teenuste kättesaadavus kriisiajal.....	55
4.4.4. Takistused abivõimaluste kasutamisel kriisiajal .....	58
4.4.5. Lõhe vaimse tervise teenuste vajaduse ja kättesaadavuse vahel.....	60
4.4.6. Kokkuvõte .....	64
4.5. Kvalitatiivuuring .....	65
4.5.1. Kuidas mõjutas kriis inimesi?.....	65
4.5.2. Sotsiaalsete rühmade spetsiifilised teemad .....	66
4.5.2.1. Lastega pered ja lapsed.....	66
4.5.2.2 Töötavad inimesed.....	67
4.5.2.3 Politsei- ja päästametnikud.....	67
4.5.2.4 Sotsiaalvaldkonnas töötavad inimesed.....	68
4.5.2.5 Meditsiinitöötajad.....	68
4.5.2.6 Eakad.....	69
4.5.3. Toimetulekustrateegiad .....	69
4.5.4. Soovitused kriisiolukorraga toime tulekuks avalikule sektorile (kvalitatiivuuringu põhjal) .....	69
4.5.5. Kokkuvõte .....	71
5. Indikaatorite pakett Eesti elanikkonna vaimse tervise monitoorimiseks .....	72
5.1. Indikaatorite paketi üldkirjeldus ja eesmärgid .....	72
5.2. Vaimse tervise lühimoodul .....	74
5.3. Registri- ja küsitlusuuringute andmetel põhinev indikaatorite pakett.....	75
5.3.1. Vaimse tervisega seotud heaolu .....	75
5.3.2. Vaimse tervise probleemide esinemine.....	75
5.3.3. Vaimse tervise riski- ja kaitsetegurid .....	77
5.3.6. Vaimse tervise teenused: vajadus, kättesaadavus ja ravikvaliteet.....	78

5.4. Alusuuringud .....	79
6. Kokkuvõtte ja soovitused .....	80
6.1. Järeldused .....	82
6.1.1. Sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus .....	82
6.1.2. Noorte (sh noorte täiskasvanute) vaimne tervis .....	82
6.1.3. Terviseharitus ja infopuudus abivõimaluste kohta .....	82
6.1.4. Sotsiaalne toetus vs. sotsiaalne isolatsioon .....	83
6.1.5. Puudulik info VT häirete ja nende mõju ning riskitegurite kohta .....	83
6.2. Soovitused .....	83
7. Kasutatud allikad .....	87
8. Lisad .....	91

## Joonised ja tabelid

<b>Joonis 3.1.</b> Rahvastiku vaimse tervise uuringu struktuur ja ajakava .....	16
<b>Joonis 4.1.2.1.</b> Valitud diagnooside samaaegne esinemine perioodi 2016–2021 raviarvetel ja retseptidel .....	22
<b>Joonis 4.1.3.1.</b> Erinevate riskitegurite mõju depressiooniriskile .....	23
<b>Joonis 4.1.3.2.</b> Demograafiliste, tervise-, elustiili- ja geneetiliste tegurite seosed viie aasta depressiooni diagnoosiga .....	25
<b>Joonis 4.1.4.1.</b> Depressiooniriski seos vanusega ETeU (2019) ja RVTU (2021–2022) täisealise elanikkonna andmete põhjal .....	26
<b>Joonis 4.1.4.2.</b> Ärevushäire riski seos vanusega ETeU (2019) ja RVTU (2021–2022) täisealise elanikkonna andmete põhjal .....	27
<b>Tabel 4.1.4.1.</b> Vaimse tervise heaolu indeksi ja EEK-2 alaskaalade tulemuste longituudsed muutused kolme RVTU uuringulaine võrdluses .....	28
<b>Joonis 4.1.4.3.</b> Demograafiliste, tervise-, elustiili- ja geneetiliste tegurite seosed pandeemiaaegse suure depressiooniriskiga .....	29
Joonis 4.1.5.1. Depressiooniriski (enesehinnangulise küsimustiku EEK-2 põhjal) ja depressiooni või korduva meeleoluhäire diagnoosi (F32–F34) tõenäosuse (2016–2020) seos vanusega 18-aastastel ja vanematel vastajatel .....	31
<b>Tabel 4.1.5.1.</b> Depressiooni diagnoosi esinemine enesekohase depressiooniriski järgi .....	31
<b>Joonis 4.1.5.2.</b> Ärevushäire riski (EEK-2) ja diagnoosi (F41) seosed vanusega 18-aastastel ja vanematel vastajatel .....	32
<b>Joonis 4.1.5.3.</b> EEK-2 depressiooni alaskaala diagnostiline täpsus võrreldes perioodil 2016–2021 esinenud F32–34 diagnoosi olemasoluga 18-aastastel ja vanematel vastajatel .....	33
<b>Joonis 4.2.1.1.</b> Valitud psüühikahäirete diagnooside esinemine noorukite (15–17-a) raviarvetel ja retseptidel perioodil 2016–2021 .....	36
<b>Joonis 4.2.6.1.</b> Depressiooniriski tõenäosuse seos leibkonnatüübiga .....	40
<b>Tabel 4.3.1.1.</b> Täiskasvanud vastajate nimetatud nende koroonakriisiga toimetulekut soodustanud tegevuste esinemissagedus reastatuna sageduse alusel .....	44
<b>Joonis 4.3.2.1.</b> Stressi kogemise määr geenidoonorite hulgas vanuserühmiti .....	45
<b>Joonis 4.3.2.2.</b> Täisealiste vastajate hinnangud käesoleva aja koroonaga seotud stressile .....	46
<b>Joonis 4.3.2.3.</b> Täiskasvanud vastajate osakaal, kelle jaoks koroonaviirus ja selle leviku tõkestamise vastavad meetmed tekitasid olulist stressi .....	47

<b>Joonis 4.3.3.1.</b> Seos stressi ja depressiooniriski vahel sõltuvalt emotsioonide regulatsiooni viiside kasutamise sagedusest .....	49
<b>Joonis 4.3.3.2.</b> Haigestumisvõimalusest tingitud stressi taseme seos vanuse ja emotsioonide regulatsiooni raskuste esinemisega täiskasvanud elanikkonnas.....	50
Joonis 4.4.1.1. Psühhiaatri, psühholoogi või psühhoterapeudi teenuseid kasutanud vastajate protsent koos 95% usalduspiiridega soo ja vanuserühmade kaupa ETeU 2019 ja RVTU küsitlusuuringute andmetel .....	53
<b>Tabel 4.4.3.1.</b> Vaimse tervise teenused, mis võiksid olla kriisiolukorras kõigile abivajajaile paremini kättesaadavad, võrreldes isikliku tajutud teenuste vajadusega .....	56
<b>Tabel 4.4.3.2.</b> Abi, millest RVTU küsitlusuuringu I laine täiskasvanud vastajad tundsid 2020. a eriolukorra ajal puudust .....	57
<b>Tabel 4.4.4.1.</b> Takistused abivõimaluste kasutamisel täiskasvanutel	59
<b>Joonis 4.4.4.1.</b> Takistused abivõimaluste kasutamisel vaimse tervise abi tajutud vajaduse järgi .....	60
Joonis 4.4.5.1. Vanuserühmade erinevused depressiooni diagnoosis (perioodi 2016–2021 raviarvetel või retseptidel), EEK-2 depressiooniriskis RVTU I küsitluslaine (2021 I kv) andmetel ning vaimse tervise teenuste kasutamises .....	62
<b>Joonis 4.4.5.2.</b> Sissetuleku (2020. a keskmine netosissetulek kuus) kvartiilide seos depressiooni diagnoosi, enesehinnangulise riski ning vaimse tervise teenuste kasutamisega .....	63
<b>Joonis 5.1.1.</b> Vaimse tervise monitoorimissüsteemi komponendid.....	72
<b>Tabel 5.2.1.</b> Heaoluindeksi korrelatsioonid EEK-2 alaskaaladega .....	74



## Mõisted ja lühendid

### Mõisted

**Esinemine** (*occurrence*) — koondnimetus näitajatele, mis kirjeldavad haiguse või häire sagedust rahvastikus, sealhulgas haigestumus ja levimus

**Haigestumus** (*incidence*) — koondnimetus näitajatele, mis kirjeldavad uute juhtude esinemissagedust mingil ajavahemikul (Ahlbom & Norell, 1993). Terminiga *esmashaigestumus* rõhutatakse, et näitaja arvestab ainult esmasjuhte, st arvestusest jäävad välja nt sama inimese korduv haigestumine või korduvad diagnoosid

**Juht** (*case*) — haiguse või häire esinemiskord. Juhu määratlemise aluseks on näiteks diagnoos, uuringutulemus vms

**Levimus** (*prevalence*) — koondnimetus näitajatele, mis kirjeldavad, kui suurel osal rahvastikust esineb uuritav haigus mingil ajamomendil või ajavahemikus (Ahlbom & Norell, 1993)

**Negatiivne prognoosiv väärtus** (*negative predictive value, NPV*) — testi prognostilise täpsuse näitaja: tõenäosus, et testi negatiivse tulemuse korral (nt äralõikepunkti mitteületamisel) sündmust ei toimu (nt häiret ei esine). Vt ka spetsiifilisus

**Positiivne prognoosiv väärtus** (*positive predictive value, PPV*) — testi prognostilise täpsuse näitaja: tõenäosus, et testi positiivse tulemuse korral (nt äralõikepunkti ületamisel) sündmus toimub (nt esineb häire). Vt ka tundlikkus

**Psüühikahäire** (*mental disorder*) — kliiniliselt äratuntav kogum vaimse tervisega seotud sümptomitest või käitumisviisidest, millega enamasti kaasneb oluline stress ja mis häirib isiku funktsioneerimist (WHO, 1995)

**Spetsiifilisus** (*specificity*) — testi prognostilise täpsuse näitaja: tõenäosus, et sündmuse mittetoimumisel (näiteks häire puudumisel) on testi tulemus negatiivne

**Sõelküsimumustik** (*screening questionnaire*) — küsimustik, mille eesmärk on selgitada välja isikud, kelle puhul häire esinemise risk (tõenäosus) on mingist kokku lepitud kriteeriumist suurem. Sõelküsimumustikke kasutatakse näiteks esmatasandi tervishoius, et selgitada välja patsiendid, keda oleks vaja suunata eriarsti või vaimse tervise spetsialisti vastuvõtule. Sõelküsimumustiku eesmärgist tingituna on aktsepteeritav teatud hulk valepositiivseid tulemusi (sõeltesti tulemus näitab suurt riski, kuid eriarsti hinnang seda ei kinnita), kuid oluline on vältida valenegatiivseid tulemusi (sõeltesti tulemus ei näita suurt riski, kuid patsient vajab eriarsti abi). Seega üldjuhul sõeltesti kasutamisel leitud suure riskiga vastajate osakaal ülehindab häire tegelikku esinemist rahvastikus

**Šanss** (*odds*) — sündmuse tõenäosuse ( $p$ ) ja mittetoimumise tõenäosuse ( $1 - p$ ) suhe (Tiit & Tooding, 2019). Sündmuse šanss on üheselt seotud sündmuse toimumise tõenäosusega, nt tegurid, mis

suurendavad sündmuse tõenäosust, suurendavad ka sündmuse šanssi. Šanssi ja tõenäosust on oluline eristada, kui jutt on kvantitatiivsest ennustusest, nt šansisuhtest (ehk šansside suhtest): saab öelda, et riskitegur suurendab sündmuse šanssi näiteks kaks korda, kuid sama tõlgendus ei kehti tõenäosuse kohta (tõenäosuse kahekordne suurenemine ei pruugi isegi olla loogiliselt võimalik, sündmuse šansi kohta see loogiline piirang ei kehti)

**Šansside suhe** (*odds ratio, OR*), ka šansisuhe või riskisuhe — statistiline näitaja, mis iseloomustab mingi tunnuse (nt uneaaja) käitumist kas riski- või kaitsetegurina. Näitaja leitakse võrreldes sündmuse (nt häire esinemise) šansse kahel juhul: tunnuse positiivse väärtuse (nt piisav uneaeg) ja negatiivse väärtuse (nt ebapiisav uneaeg) korral. Šansside suhte väärtus  $> 1$  viitab riskitegurile, väärtus  $< 1$  viitab kaitsetegurile. Pideva tunnuse korral on šansside suhe tõlgendatav kui sündmuse šansi muutus tingimusel, et uuritava teguri väärtus muutub ühe ühiku võrra (nt kehaline aktiivsus suureneb 1 minuti võrra või heaoluindeksi väärtus muutub 1 standardhälbe võrra) — sel juhul tuleb pöörata tähelepanu sellele, millistes ühikutes on uuritavat tegurit mõõdetud

**Tundlikkus** (*sensitivity*) — testi prognostilise täpsuse kriteerium, mis tähistab tõenäosust, et sündmuse toimumisel (nt häire olemasolul) on testi tulemus positiivne

**Usalduspiirid** (*confidence interval, CI*) — vahemik, millesse hinnatava parameetri tõeline väärtus jääb mingi etteantud tõenäosusega. Siinses aruandes kasutame 95% usalduspiire

**Vaimne tervis** (*mental health*) — WHO definitsiooni (Hermann, Saxena & Moodie, 2005) järgi: heaoluseisund, milles inimene realiseerib oma võimeid, tuleb toime igapäevaelu pingetega, suudab töötada tootlikult ja tulemusrikkalt ning on võimeline andma oma panuse ühiskonna heaks

## Lühendid

AOR (*adjusted odds ratio*) — kohandatud šansside suhe

ATH — aktiivsus-tähelepanuhäire

AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*) — WHO test alkoholi tarvitamise hindamiseks (Babor jt, 2001)

CAPi (*computer-assisted personal interview*) — küsitaja läbi viidud silmast silma intervjuu

CI (*confidence interval*) — usalduspiirid

DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) — psüühikahäirete diagnostilise ja statistilise käsiraamatu 5. versioon

EEK-2 — emotsionaalse enesetunde küsimustiku 2. versioon (Aluoja jt, 1999)

EGV — Eesti geenivaramu

EHK — Eesti Haigekassa

ETeU — Eesti terviseuuring

HEVT — TÜ Eesti geenivaramu uuring „Heaolu ja vaimne tervis“

MEHM (*Minimum European Health Module*) — Euroopa tervise minimoodul

NPV (*negative predictive value*) — negatiivne prognoosiv väärtus

OR (*odds ratio*) — šansside suhe

PPV (*positive predictive value*) — positiivne prognoosiv väärtus

RHK-10, RHK-11 — rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10./11. versioon

PTSH — posttraumaatiline stressihäire

RR — rahvastikuregister

RVTU — rahvastiku vaimse tervise uuring

TAI — Tervise Arengu Instituut

TKU — Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring

TÜ — Tartu Ülikool

VT — vaimne tervis

VTHOI — vaimse tervisega seotud heaolu indeks

WHO (*World Health Organization*) — Maailma Terviseorganisatsioon

## 1. Executive Summary

The Estonian National Mental Health Study (EMHS) was commissioned and funded by the Estonian Research Council using European Regional Development Fund programme “Strengthening of sectoral R&D (RITA)” activity 1 “Support for strategic R&D”. The research was conducted to support the policy goals of the Estonian Ministry of Social Affairs, Ministry of Education and Research, Ministry of Justice, Ministry of the Interior, and Government Office. The study period was 01.09.2020–28.02.2022.

EMHS is a mixed method study combining a) repeated cross-sectional and longitudinal surveys, b) registry-linked study, c) validation studies, and d) qualitative studies. The central part of the EMHS is a comprehensive longitudinal mental health survey that was conducted in three waves from 2021 to 2022. For this, a representative stratified random sample totalling 20,000 persons aged 15 years and older were drawn from the Estonian Population Register. The survey sample also formed the basis for the registry study which aimed to complement and validate survey data. Registry study included a range of socio-demographic, health-related and environmental variables collected from six national administrative databases and registries covering retrospectively a period up to 5 years. The questionnaire surveys were enhanced by several substudies (validation study, measurement of biomarkers, sleep and physical activity) and qualitative study. The qualitative study focused on mental health problems and coping strategies during the pandemic on several occupational and demographic risk groups. The qualitative study supported both the development of quantitative survey and contributed to the overall results.

The overall results of EMHS indicate widespread prevalence of mental health problems among the Estonian population.

According to self-reports:

- 1) every fourth adult had an elevated risk for depression;
- 2) every fifth adult is at risk for generalized anxiety disorder;
- 3) these estimates are substantially higher among young adults.

According to registry study:

- 1) almost a quarter of adults had at least one diagnosis of mental disorders in individual medical records of 2016–2021;
- 2) depression (12.4%) and anxiety disorders (9.8%) were the most frequent diagnoses;
- 3) risk of depression and anxiety has increased considerably during the pandemic compared to 2019.

The manifestation of mental health problems is influenced by a range of environmental and genetic risk factors. In the pre-pandemic period, diagnosis of depression was most strongly associated with gender and genetic risk scores, followed by lifestyle factors (smoking, drug and alcohol use). The self-reported depression risk (at the time of the pandemic) was associated with younger age, gender, genetic predisposition, and substance use. In general, the vulnerable groups for mental disorders are adolescents

and young adults, respondents with lower education and lower incomes, and the unemployed. Higher level of mental health problems is also reported by women and adults living alone.

The comparative analysis of survey and registry indicators on depression demonstrated that:

- 1) self-reported and registry-based mental health indicators are strongly linked, but not interchangeable;
- 2) the incidence is significantly higher for self-reported measures compared to recorded diagnosis-based morbidity;
- 3) to assess the extent of mental health problems in a population, a combined approach of self-contained and registry-based indicators should be used.

Various mental health problems and coping strategies emerged in the context of the COVID-19 pandemic. Comparison with earlier population reference data indicates an increase in stress levels (especially among younger age groups) by second quarter of 2021. Stress and its negative consequences can be alleviated through emotion regulation and positive health behaviours (adequate sleep time and physical activity). When in need of mental health support, more than 2/3 of the respondents preferred to manage on their own instead of seeking help. In addition to several self-help techniques, the (mental) health services most frequently used to deal with the COVID-19 crisis were consulting with a family doctor, psychiatrist, psychologist or psychotherapist. The main obstacles to seeking help were restrictions due to the health care system (queues too long, restrictions on scheduled treatment, cost of services) and barriers due to knowledge or attitudes (did not believe that anything would help; did not know where to turn). The gap between the need for and use of mental health services is particularly marked in older age groups, men and among those with low incomes. Findings from the qualitative study revealed that an information environment characterised by rapidly changing, frequently conflicting narratives further affected mental health during the crisis.

Based on the findings, the consortium proposes several recommendations for enhancing the capacity of prevention and treatment of mental health problems in Estonia. These include emphasis on prevention activities which need to be systematic, inclusive and evidence-based. Mental health is still a stigmatized topic and it affects awareness and help-seeking behaviours but also the use of available services. Thus, it is necessary to integrate mental health prevention to wider health education activities and services (including social and community level social services) to tackle different demographic and socio-economic inequalities in mental health. Also, the context of COVID-19 pandemic has raised the need for crisis management plans, scalability of services and the availability of (spare) resources to tackle the rise of mental health problems and resulting pressure on the social protection system as a whole. Finally, the study has emphasized several aspects regarding insufficient information on mental health disorders and their effects and risk factors among general population. Such data is necessary to plan, monitor and administer the mental health services and preventive activities. The consortium has prepared a set of indicators and specific data-related recommendations to improve the current situation awareness and further capabilities in tackling the mental health problems in Estonia.

## 2. Sissejuhatus

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

### 2.1. Taust

COVID-19 pandeemia, riiklik eriolukord ning neist tingitud majanduskriis võivad avaldada pikaajalist mõju paljude Eesti elanike vaimsele tervisele ja tervisekäitumisele. Varasemate pandeemiate (nt Ebola, SARS) tagajärjel tekkinud tugevad vaimse tervise probleemid, sealhulgas suurenenud depressioon, ärevus ja suitsiidirisk, on hästi dokumenteeritud (Cheung jt, 2008; Lee jt, 2007; Shultz jt, 2015; Wu jt, 2005). Esimesed COVID-19 pandeemia ajal läbi viidud uuringud mujal maailmas viitavad samuti vaimse tervise probleemide suurele esinemissagedusele (Vindegaard & Eriksen Benros, 2020). Mõjutatud on ka Eesti elanikkonna vaimne tervis. Kõrgenenud stressitase elanikkonnas sai kinnitust pandeemia tipp hetkel Tervise Arengu Instituudi (TAI) läbi viidud COVID-19 kiiruuringus, mille tulemustest selgus, et üle poole küsitlusele vastanutest koges rohkem stressi ja ärevust kui tavaolukorras (Reile jt, 2021). Sarnasele järeldusele viitasid ka TÜ psühholoogia instituudis 2020. a aprillis ja mais mugavusvalimitel kogutud andmed (avaldamata, ligi 1000 osalejat, teises 1200 osalejat), milles leiti meeleolu- ja ärevushäirete sümptomite märkimisväärselt kõrgem tase võrreldes varasemate sarnase valimiga uuringutega (Akkermann, Kreegipuu, Sultson, käsikiri valmimisel). Lisaks on Riigikantselei koordineerimisel ja Sotsiaalministeeriumi osalusel 15-aastaste ja vanemate Eesti elanike suhtes esindusliku valimiga korraldatud COVID-19 seiret<sup>1</sup> alates 2020. a kevadest, mis samuti käsitleb koroon ja vaimse tervisega seotud teemasid.

Olemasolevad uurimistulemused ei ole aga piisavad tõenduspõhiseks poliitikakujunduseks, suuresti seetõttu, et pandeemia mõju vaimsele tervisele on mitmetahuline. Ühelt poolt mängivad rolli pandeemia otsesed mõjud, nagu enda või lähedaste haigestumine COVID-19-sse või suur haigestumiskriis. Teiselt poolt on olulised pandeemia kaudsed mõjud, näiteks vähenenud töökoormusest tulenev sissetulekute vähenemine, töökaotus, ebakindlus tuleviku suhtes, muutused füüsilises aktiivsuses, alkoholi tarbimine, üksildus või ka lastega perede kõrgem stressitase seoses distantsõppe ja kaugtöö ühitamisega. Need kõik on tõenäolised riskitegurid vaimse tervise probleemide avaldumisel (Jane-Llopis & Matytsina, 2006; Leigh-Hunt jt, 2017; Paul & Moser, 2009), mistõttu nõuab nende seos Eesti elanikkonna vaimse tervisega põhjalikku teaduslikku uurimist.

---

<sup>1</sup> <https://riigikantselei.ee/uuringud>

Varem ei ole aga Eestis tehtud ühtegi rahvastikupõhist põhjalikku vaimse tervise uuringut, mis on takistanud riiklike tugiteenuste tõhusat planeerimist vaimse tervise probleemide ennetamiseks ja ravimiseks.

## 2.2. Eesmärgid

Uuringu peamised eesmärgid ja ülesanded olid järgmised:

- hinnata Eesti elanikkonna vaimse tervise olukorda ning selle muutumist COVID-19 pandeemia jooksul võrreldes pandeemiaeelse ajaga;
- teha kindlaks haavatavad rühmad, kelle vaimne tervis ja toimetulek olid kõige enam mõjutatud;
- selgitada välja peamised toimetulekumehhanismid (sh kasutatud teenused, muutused tervisekäitumises, psühhoaktiivsete ainete tarvitamine) vaimse tervise probleemidega toimetulekuks;
- selgitada välja nii elanikkonnas üldiselt kui ka spetsiifiliselt haavatavate rühmade vaimse tervise valdkonna toetuste ja teenustega seotud vajadused ning koostada soovitusel poliitikakujundamiseks;
- luua vaimse tervise monitoorimiseks sobiv küsimuste ja registripõhiste indikaatorite pakett.

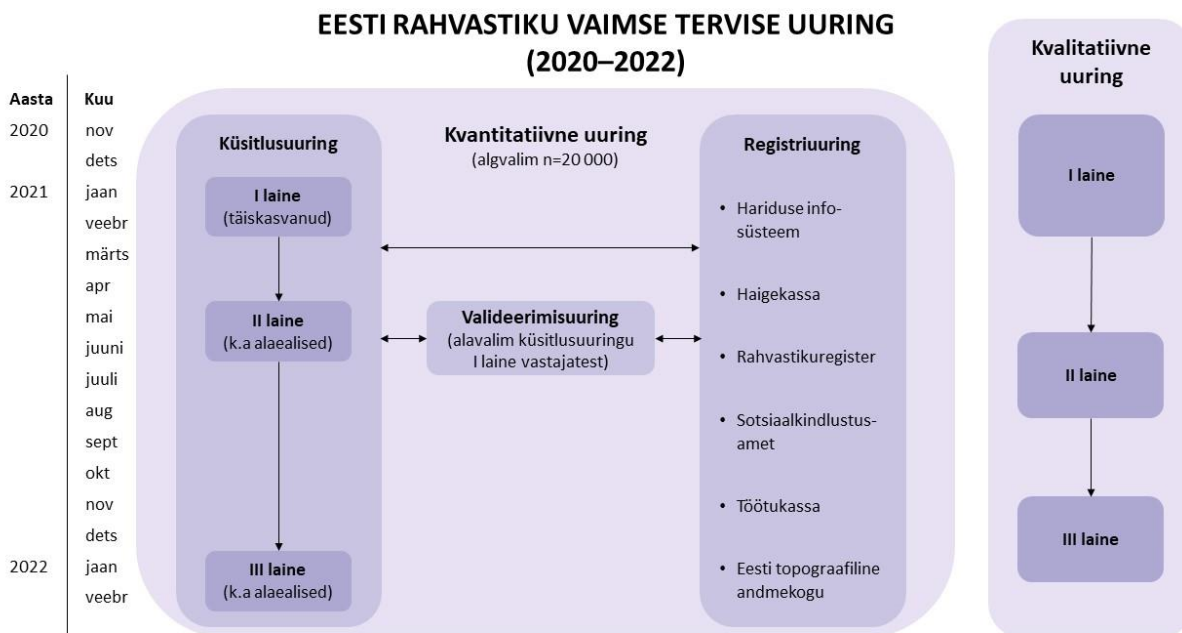
Uuringuga selgitame välja, kui suur hulk inimesi kannatab vaimse tervise probleemide käes (sh depressioon, ärevus, suitsidaalsus ja stressiga seotud haigused), millised on kõige haavatavamad rühmad ning kui suur on elanikkonna vajadus psühhiaatriliste ja psühholoogiliste tervishoiuteenuste ning muude tugiteenuste järele. Uuringu tulemuste põhjal sõnastame konkreetset soovitusel vaimse tervise olukorra parandamiseks kriisi korral. See on oluline teave, mis on suureks abiks ka edaspidiste riiklike kriisilukordade tagajärgedega tõhusalt tegelemisel.

Uuringu käigus välja töötatud indikaatorite pakett Eesti elanikkonna vaimse tervise hindamiseks võimaldab tulevikus kiiresti ja tõhusalt saada ülevaate vaimse tervise olukorrast ning kaardistada riiklike tugiteenuste vajadust. Sellele lisaks koostame lühikese individuaalse riskihindamise tööriista kavandi, mida on võimalik rakendada vaimse tervise probleemide ennetuse ja varase sekkumise korraldamiseks esmatasandi arstiabis, sotsiaaltöös, nõuandetelefonidel ja mujal. Projektis pöörame erilist tähelepanu andmete kvaliteedi hindamisele ja optimeerimisele: seda eesmärki täidavad küsimustikuandmete linkimine (sh küsimustikule mittevastavate linkimine) registriandmetega ja valideerimisuuritud.

## 3. Uuringu struktuur

Nimetatud üldiste eesmärkide saavutamiseks kavandati ja viidi alates 2020. a septembrist kuni 2022. a veebruarini läbi Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring, mille struktuuri on kokkuvõtlikult kujutatud joonisel 3.1. Siin anname põgusa ülevaate uuringu alaosadest ja nende eesmärkidest, kõigi uuringuosade meetodikat on täpsemalt kirjeldatud lisas 1 („Meetodid“).

Uuring koosnes kahest suuremast osast: kvantitatiivuuritud ja kvalitatiivuuritud.



**Joonis 3.1.** Rahvastiku vaimse tervise uuringu struktuur ja ajakava

### 3.1. Kvantitatiivuuring

Kvantitatiivuuring koosnes Eesti rahvastiku suhtes esindusliku valimiga (n = 20 000; edaspidi: RVTU põhivalim) longituudsest küsitlusuuringust koos registripõhiste andmete analüüsimisega ning valideerimisuuringu. Küsitlusuuring tehti kolmes laines (2021. a I ja II kvartalis ning 2022. a I kvartalis), et jälgida vaimse tervise näitajate muutusi ühe aasta jooksul. Uuringu küsimustike koostamise meetodiline raport on esitatud lisa 2, küsimustikud lisades 3–7.

Küsitlusandmeid täiendati iga vastaja kohta riiklikes registrites ja andmekogudes olevate andmetega. Registriuuringu eesmärk oli a) hinnata riiklike andmekogude sobivust rahvastiku vaimse tervise näitajate monitoorimisel, b) täiendada küsitlusandmeid, c) hinnata ütluspõhiste küsitlusandmete kvaliteeti ning d) analüüsida vastamisnihet küsitlusuuringule vastajate ja mittevastajate võrdluses. Registriuuringu võimaldas ka vähendada küsimustike mahtu ja sisuliselt kattuvate tunnuste korral hinnata küsitlusuuringute andmete kvaliteeti. Registriuuringu andmed võimaldasid tagasivaatavalt analüüsida küsitluses osalenud isikute tervishoiuteenuste ja ravimite kasutust, krooniliste terviseprobleemide ja psüühikahäirete olemasolu ning nende seoseid küsitluses antud enesekohaste vastustega. Küsitlus- ja registriandmete kombineerimine annab seega olulise eelise eraldiseisvate andmete analüüsimise ees, kuna võimaldab võrrelda samal populatsioonil nii enesehinnangulisi haiguste sümptomeid (küsimustikest) kui ka riiklikest elektroonilistest andmebaasidest pärinevat faktilist teavet ning hinnata kahe lähenemise kooskõla.



Samuti võimaldasid registriandmed uuringulainete vahel täpsustada valimikoosseisu (nt surnud või emigreerunud isikute eemaldamine valimist, kontaktaadresside ja nimede täpsustamine) ning käsitleda vaimse tervise ja elukeskkonna seoseid.

Küsitlustulemuste usaldusvärsuse hindamiseks ning leitud riski- ja toimetulekutegurite vaheliste seoste täpsustamiseks korraldati 2021. a II kvartalis RVTU põhivalimi baasilt moodustatud alavalimitel lisaks kogemuse väljavõtte meetodil valideerimisuuring. Valideerimisuuring sisaldas osa uuritavate jaoks aktiivsuse ja unekvaliteedi hindamise komponenti, et saada ülevaade vastajate emotsiooniseisundi dünaamikast ja tervisekäitumisest ning nende seostest vaimse tervise ja heaoluga.

Kogemuse väljavõtte uuringu eesmärk oli mõõta kogemuse väljavõtte meetodil (Csikszentmihalyi & Larson, 2014; Shiffman, Stone, & Hufford, 2008) inimese hetkeemotsioone, emotsioonidega toimetulekut ning subjektiivset unekvaliteeti ja füüsilist aktiivsust. Aktiivsuse ja une objektiivse hindamise komponent lisati selleks, et aktiivsusmonitoride kasutamise abil hinnata objektiivsete ja subjektiivsete une, füüsilise aktiivsuse ning stressi hinnangute kokkulangevust.

COVID-19 pandeemia eelse ja pandeemiast põhjustatud eriolukorra aegse rahvastiku vaimse tervise seisundi kindlaks määramiseks kasutati Eesti Terviseuuringu (ETeU) 2019. a küsitluse ja TÜ Eesti geenivaramu (EGV) andmestikku.

### 3.2. Kvalitatiivuuring

Kolmes laines tehti poolstruktureeritud intervjuud eesliinitöötajate ja haavatavate rühmade seas. Kvalitatiivuuringu eesmärk oli saada teavet eesliinitöötajate (meditsiinitöötajad, politseinikud, sotsiaalhoolekande töötajad), lastega perede ja eakate vaimse tervise probleemidest COVID-19 kriisi ajal ning toimetulekumehhanismidest. Kvalitatiivuuringu tulemusi kasutati kõigis kolmes uuringulaines kvantitatiivuuringu ankeedi koroonakriisiga seotud stressorite ja vaimse tervise tugiteenuste plokkide väljatöötamisel. Intervjuude analüüsil kasutati temaatilise analüüsi meetodit.

### 3.3. Uuringute ja analüüside kooskõlastused

Kõigi RVTU alaosade läbiviimine kooskõlastati TAI inimuuringute eetikakomiteega (otsused nr 554, 27.11.2020; 612, 21.01.2021; 700, 31.03.2021; 817, 6.08.2021 ja 931, 28.10.2021).

EGV andmete põhjal läbiviidud andmeanalüüsid kooskõlastati Eesti Bioetika ja Inimuuringute Nõukoguga (otsus nr 1.1-12/2860, 12.10.2021).

## 4. Tulemused

### 4.1. Vaimse tervise probleemide esinemine

Vaimse tervise probleemide esinemist saab hinnata erinevate näitajate ja andmeallikate põhjal. Küsitlusuuringud võimaldavad vaimse tervise probleemide hindamiseks kasutada eri mahu ja detailsusega ankeete. Enesekohaste küsimustikega on võimalik ära katta väga mitme vaimse tervise aspekti hindamise/mõõtmise vajadus, alates üldisest heaolust kuni sõeltestidega psüühikahäire(te) riski hindamiseni. Teisalt esineb küsitlusuuringutel mitmeid puuduseid, näiteks vastamisnihe, ebatäielik vastamine ning enesekohastele küsimustikele vastamise ebatäpsus. Lisaks sõltub küsitlusuuringu abil saadava info täpsus kasutatavate küsimustike kvaliteedist, sealhulgas eelnevatest valideerimis- ja kalibreerimisuuringutest. Sõelküsimustike kasutamisel tuleb arvestada, et ärälõikepunktid, mille alusel tuvastatakse suure riskiga inividid, on kalibreeritud lähtudes sõelküsimustiku eesmärgist: kuna mõõtmisviga ei ole võimalik vältida, tuleb valenegatiivsete tulemuste vältimiseks lubada teatud hulka valepositiivseid tulemusi. Hea kalibreerimisuuringu olemasolul on võimalik valepositiivsete tulemuste määraga arvestada ning levimuse hinnangut selle alusel korrigeerida. Praegu on Eestis vaid üks valideeritud vaimse tervise probleemide sõelküsimustik, emotsionaalse enesetunde küsimustiku 2. versioon (EEK-2; Aluoja jt, 1999), kuid seda vaid depressiooni alaskaala osas.

RVTU küsitlusuuringu andmeid täiendava registriuringu üks peamine andmeallikas on Eesti Haigekassa (EHK) andmekogu. Tänu oma heale kaetusele (ravikindlustatuid ca 95% rahvastikust) võimaldab see anda ülevaate diagnoositud psüühikahäirete juhtudest rahvastikus, samuti vaimse tervisega seotud tervishoiuteenuste kasutamisest. Põhiline puudus andmete täielikkuse seisukohast on see, et andmestik ei sisalda erakliinikute ja -vastuvõtude juhte. Selle osaliseks tasakaalustamiseks on registriandmetes kombineeritud nii raviarvete ja retseptide diagnoose (täiendavad farmakoloogilise ravi korral erameditsiini ravi juhte, mis EHK andmetes ei sisaldu) kui ka vaadeldud pikemat ajaperioodi (2016.–2021. a I kvartal). Tähtis kontseptuaalne piirang on ainult ravi juhtudele tuginev käsitus — diagnoosimata vaimse tervise probleemide kohta raviarved ja retseptid teavet ei anna. Arvestades, et vaimse tervise häirete puhul on aladiagnoosimine sagedane probleem, et diagnoosini jõudmise teekonnad võivad olla erinevad ja ravi piiratud kättesaadavus mõjutab diagnoosini jõudmise tõenäosust, siis on EHK andmestikul põhinevad hinnangud suure tõenäosusega alahinnangud.

Järgmisena kõrvutame RVTU küsitlusuuringu enesekohaseid vaimse tervise indikaatoreid diagnoosipõhiste raviandmetega. Seesugune kombineeritud lähenemine annab rahvastiku vaimse tervise olukorrast mitmekesisema pildi kui kummagi allika eraldi käsitlemine.

#### 4.1.1. Vaimse tervise häirete esinemine küsitlusuuringu põhjal

Selles alapeatükis kirjeldame Eesti täiskasvanud rahvastiku (18-aastased ja vanemad elanikud) enesehinnangulist vaimse tervise häirete esinemist RVTU I küsitluslaine andmetel. Need andmed on sobivaimad rahvastiku vaimse tervise olukorra kirjeldamiseks pandeemia ajal, sest I küsitluslaine toimumisaeg jaanuaris-veebruaries 2021 ühtis pandeemia II laine nakatumiste kõrgperioodiga. Esimese

uuringulaine kasutust põhjendab ka ajaliselt parem kattuvus registriuuringu andmetega ning suurem vastamismäär võrreldes järgnevate uuringulainetega. Erandiks on alkoholi liigtarvitamine, mille puhul tugineme (küsimustiku koosseisu tõttu) II küsitluslaine andmetele. Täpsemad tulemused kolme küsitluslaine kohta on esitatud lisa 8 tabelites 2–28.

Enesekohase EEK-2 küsimustiku tulemused viitavad depressiooni ning ärevus- ja unehäirete riski suurele levimusele täiskasvanud rahvastiku seas. Nimelt ilmes umbes neljandikul vastanutest (27,6%) risk depressiooniks (23,9% meestest ja 30,8% naistest), viiendikul (20%) risk üldistunud ärevushäireks (14,5% meestest ja 24,9% naistest) ning 7%-l vastanutest risk paanikahäireks (4,2% meestest ja 9,4% naistest). Unehäirete riskis oli 38,7% vastanutest (32,7% meestest ja 44% naistest). Nii depressiooni kui ka ärevushäirete puhul oli ülekaalukalt suurim risk noortel täiskasvanutel (18–24-aastased), kellest ärevushäirete risk oli 37,2%-l ja depressioonirisk lausa 56,2%-l.

Korduvaid surma- või suitsiidimõtteid ilmes 7,9%-l vastanutest (8% meestest ja 7,8% naistest). Kõrgeim surma- või suitsiidimõtete määr oli kõige vanemal vanuserühmal — 85-aastastel ja vanematel (19,9%), teisena aga noortel täiskasvanutel — 18–24-aastastel (13,8%). Surma- või suitsiidimõtteid esines märkimisväärselt vähem kõrgharidusega inimestel (5,3%) võrreldes muude haridustasemetega (9–13,3%) ning abielus/kooselus olevatel inimestel (5,3%) võrreldes nt vallaliste inimestega (13,1%). Tahtlikku enesevigastamist esines 1,7%-l vastanutest, sh 1,8% meestest ja 1,5% naistest. Ka siin paistsid noored täiskasvanud silma enesevigastamise kõrge määra poolest (8,9%) võrreldes ülejäänud vanuserühmadega (0,3–2,1%). Sama moodi nagu surma- või suitsiidimõtteid, esines tahtlikku enesevigastamist enim vallaliste inimeste seas (4,8%).

Üle- ja liigsöömishooge, mis viitavad liigsöömistüüpi söömishäirete riskile, esines 27%-l vastanutest, sh 25,6% meestest ja 28,3% naistest. Vanuserühmi vaadates ilmneb, et enim esineb üle- ja liigsöömishooge nooremates vanuserühmades, ulatudes 18–44-aastaste seas 40,2%-ni.

Enesekohase DSM-5 sõelküsimustiku tulemused viitavad samuti ulatuslikule häirete riskile täiskasvanud elanikkonna seas. Pooltel vastanutel (52,3%) esines somaatilisi kaebusi, mis viitavad somatoformsete häirete riskile, kusjuures meeste-naiste risk on mõlemal juhul võrdselt suur (47% meestest, 56,9% naistest). Enim sümptomeid teatasid 65-aastased ja vanemad inimesed (pea 70%), mis võib viidata mitme psüühikahäire riskile (depressioon, ärevushäired, somatoformsed häired), aga ka kehalise tervise halvenemisele. Seega ei peegelda saadud tulemus ilmingimata somatoformsete häirete riski, vaid muretsemist kehalise seisundi halvenemise pärast ning rahulolematust arstiabi ja selle kättesaadavusega. DSM-5 sõelküsimustik ei ole paraku piisavalt tundlik eakatel somatoformsete häirete hindamiseks.

Sundmõtteid ja/või -käitumisi, mis viitavad obsessiiv-kompulsiivse spektri häirete riskile, teatas 15,9% vastanutest, sealjuures suuri erinevusi sugude vahel ei olnud (14,8% meestest, 16,8% naistest). Suurimas riskis on noored täiskasvanud — 18–24-aastased, kelle risk sedalaadi häireteks on lausa 37,8%. Siiski tuleb neid tulemusi, teades obsessiiv-kompulsiivse spektri häirete levimusmäära täisealise elanikkonna seas, tõlgendada reservatsiooniga, kuna ilma täpsustavate küsimusteta võidakse igasuguseid intensiivseid pealetungivaid mõtteid pidada sundmõteteks. Lisaks võisid COVID-19 leviku piiramiseks kasutusele

võetud meetmed (desinfitseerimine, maski kandmise kohustus, distantsi hoidmine jms) suurendada hõivatust võimalikust haigestumisest ja saastumisest ning suurendada samuti kontrollivajadust. Psühhoosirisk täisealises elanikkonnas on 3,2%, kusjuures meeste psühhoosirisk (3,6%) on suurem kui naistel (2,8%). Ka psühhoosi puhul on suurimas riskis 18–24-aastased (6,2%). Dissotsiatsioonirisk täisealises elanikkonnas on 4,9% (4,4% meeste ja 5,3% naiste puhul). Nagu psühhoosiga, on ka dissotsiatsiooni puhul suurimas riskis 18–24-aastased (15,9%).

Elu jooksul olid traumaatilist sündmust kogenud ligi pooled vastanud (48,1%; meestest 43,8%, naistest 52%). Elu jooksul traumaatilise sündmuse kogemise määr on ühtlaselt kõrge kõigis vanuserühmades (üle 40%), ent küündib 85-aastaste ja vanemate seas kõige kõrgemale — 57,8%-ni. Traumaatilist sündmust kogenud vastajatest on omakorda PTSH riskis 27,9% (13,4% täisealisest elanikkonnast), kusjuures meeste risk (14,7% traumat kogenutest ja seega 6,4% kõigist täisealistest meestest) on pea kolm korda väiksem naiste omast (37,5% traumat kogenutest ja seega 19,5% kõigist täisealistest naistest).

Aktiivsus-tähelepanuhäire (ATH) riskis on 8,2% täisealisest elanikkonnast — 7,3% mehi ja 9,1% naisi. Suurim on risk 18–24-aastaste seas (18,6%), ent suurem risk on ka kõige vanemas vanuserühmas (85+), ulatudes 10,7%-ni. Siinkohal on aga oluline meeles pidada, et ATH risk kõige vanemas vanuserühmas ei pruugi tingimata kajastada ATH sümptomeid, vaid võib viidata hoopis vananemisega kaasnevale mälu- ja keskendumisprobleemidele. Ootuspäraselt on ATH risk suurim põhiharidusega vastanute seas (17,2%) ning märkimisväärselt väiksem kõrghariduse (5,2%) ja kesk- või kutseharidusega vastanute seas (9%).

RVTU II küsitluslaine andmetele tuginedes esines 24,3%-l vastanutest alkoholi liigtarvitamist, kusjuures meestel pea kaks korda rohkem (33,9% meestest, 16,2% naistest). On selgelt näha, et lisaks meeste-naiste erinevustele mängib rolli ka vanus: alkoholi liigtarvitamise näitaja on kõrgeim just nooremate täiskasvanute ja keskeas olevate inimeste hulgas, küündides 35–44-aastaste seas ligi 37%-ni. Erinevalt teistest häiretest esineb alkoholi liigtarvitamist enim suure sissetuleku puhul (35,8%). Tuleb siiski meeles pidada, et erinevalt registriandmetest ei näita AUDIT-C sõelküsimumstiku abil mõõdetud enesekohase alkoholi liigtarvitamise skoor veel alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäireid, vaid liigset alkoholi tarvitamist.

#### 4.1.2. Vaimse tervise häirete esinemine registriandmete põhjal

RVTU valimiga lingitud Eesti Haigekassa raviarved ja retseptid küsitlusuuringule eelneva perioodi kohta võimaldavad lisavaadet vaimse tervise probleemide ulatusele Eesti täisealises rahvastikus. Nagu ka enesekohaste näitajate puhul, on valitud võrdluseks depressiooni (RHK-10 F32–F34), ärevushäirete (F41), raskete stressireaktsioonide ja kohanemishäirete (F43), somatoformsete häirete (F45), alkoholisõltuvushäire (F10) ja unehäirete (F51) esinemine nii RVTU I laine küsitlusuuringu vastajatel kui ka kogu täisealises valimis. Mõlemal juhul on kaasatud eelnimetatud diagnooside esinemine aastate 2016–2021 (I kvartal) kohta raviarvetes ja retseptides isikupõhiselt ning esitatud on osakaal koos 95% usaldusintervalliga (lisa 8 tabel 32).

Depressiooni ja püsiva meeleoluhäire diagnoosiga (F32–34) raviarveid-retsepte oli 12,4% (95% CI 11,6–13,3%) täisealisest rahvastikust. Sootunnuse puhul esines depressiooni 15,5%-l naistest (95% CI 14,2–16,8%) ja 8,9%-l meestest (95% CI 7,8–10,1%). Vanuse järgi oli depressiooni diagnoosiga vastajate osakaal üle 10% enamikus vanuserühmades (v.a 25–34-aastased) ning ulatus 85-aastaste ja vanemate hulgas 21,4%-ni (95% CI 16,1–28,1%). Samuti oli tähelepanuväärne depressiooni diagnooside suur osakaal 18–24-aastaste hulgas — 15,7% (95% CI 12,7–19,4%). Statistiliselt olulisi erinevusi depressiooni diagnooside osakaalus esines mitme demograafilise tunnuse puhul (nt perekonnaseis, leibkonnas laste olemasolu, haridus, sissetulek), kuid suurimad suhtelised erinevused olid sissetuleku järgi (*ca* kahekordne erinevus madalaima ja kõrgeima sissetulekukvartili vahel).

Ärevushäireid (F41) esines 9,8%-l (95% CI 9,1–10,6%) täisealistest. Nii nagu depressiooni, oli ärevushäiret diagnoositud naistel palju sagedamini kui meestel, kuid ärevushäire puhul oli sooline erinevus ligi kahekordne: meestel 6,5% (95% CI 5,6–7,5%) ja naistel 12,7% (95% CI 11,5–13,9%). Ärevushäiret oli diagnoositud kõige sagedamini 18–24-aastaste seas (12,8%), kuid näitaja oli üle 10% ka 55–64-aastaste ja 75–84-aastaste vanuserühmades. Teistest demograafilistest tunnustest oli statistiliselt olulisi erinevusi vaid sissetuleku jaotuste vahel: madalaimas sissetulekukvartilis oli vastav näitaja 14,6% (95% CI 12,3–17,2%) ja kõrgeimas 7,8% (95% CI 6,4–9,3%).

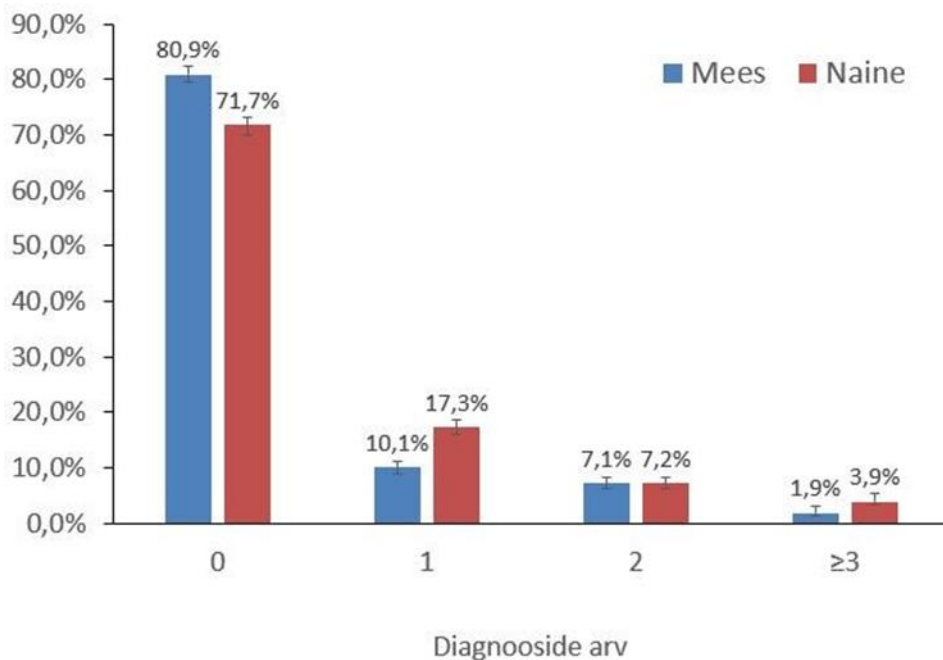
Raskeid stressireaktsioone ja kohanemishäireid (F43) oli perioodil 2016–2021 diagnoositud 5,2% (95% CI 4,7–5,9%) ehk oluliselt vähem kui depressiooni või ärevushäireid. Samas on soolised erinevused siingi statistiliselt olulised: naistel 6,3% (95% CI 5,5–7,2%) ja meestel 4,0% (95% CI 3,3–4,8%). Vanuserühmiti oli levimus suurim taas noorimas, 18–24-aastaste rühmas (7,7%). Samuti esines statistiliselt oluline erinevus rahvuses: F43 diagnoosiga raviarveid või retsepte oli 4,2%-l (95% CI 3,7–4,9%) eestlastest ja 8,5%-l (95% CI 7,1–10,1%) mitte-eestlastest.

Somatoformseid häireid (F45) esines 4,0%-l (95% CI 3,5–4,6%) täiskasvanutest ning sugude võrdluses oli neid häireid diagnoositud taas sagedamini naistel (4,7%) kui meestel (3,2%). Vanuseti oli levimus suurim 18–24-aastaste puhul, kus see ulatus 6,7%-ni (95% CI 4,9–9,3%). Sama moodi nagu F43 diagnoosirühmas, oli ka somatoformsete häirete esinemises rahvusepõhiseid erinevusi: kui eestlastel esines 2,8%-l (95% CI 2,4–3,4%), siis mitte-eestlaste puhul ulatus esinemine 7,7%-ni (95% CI 6,4–9,3%).

Alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäireid (F10) oli perioodi 2016–2021 raviarvetel või retseptidel kokku 1,8%-l täiskasvanutest, meestest 3,1%-l (95% CI 2,5–3,8%) ja naistest 0,7%-l (95% CI 0,5–1,1%). Alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäireid esines sagedamini keskeas, 35–64-aastaste hulgas, ilma (alaealiste) lasteta leibkondades ning väikseima sissetuleku korral.

Unehäireid (F51) oli esinenud 4,6%-l (95% CI 4,1–5,2%) täisealistest, kusjuures soolisi erinevusi ei ilmnenud. Erinevalt teistest psüühikahäiretest suurenes unehäirete levimus vanusega ning on üle 6% 55-aastaste ja vanemate seas. Teistest taustatunnustest olid statistiliselt olulised erinevused vaid väikseima (7,2%, 95% CI 5,6–9,1%) ja suurima (3,8%, 95% CI 2,8–4,9%) sissetulekuga rühma vahel.

Ligi veerandil täiskasvanutest (24,1%, 95% CI 22,9–25,2%) esines perioodi 2016–2021 raviarvetel ja retseptidel vähemalt üks eelkäsitletud psüühikahäire diagnoos. Üksikdiagnooside soo jaotusest tingituna on ootuspärane, et tervikuna esines psüühikahäirega raviarveid ja retsepte märkimisväärselt sagedamini naistel (28,3%; 95% CI 26,7–29,9%) kui meestel (19,1%; 95% CI 17,6–20,6%). Kui vaadelda mitme vaimse tervise probleemi samaaegset esinemist (joonis 4.1.2.1), siis 7,2%-l (95% CI 6,3–8,1%) naistest esines 2 ning 3,9%-l (95% CI 3,2–4,6%) naistest 3 või enam vaimse tervise probleemi, meestel olid vastavad näitajad 7,1% (95% CI 6,2–8,2%) ja 1,9% (95% CI 1,4–2,5%).



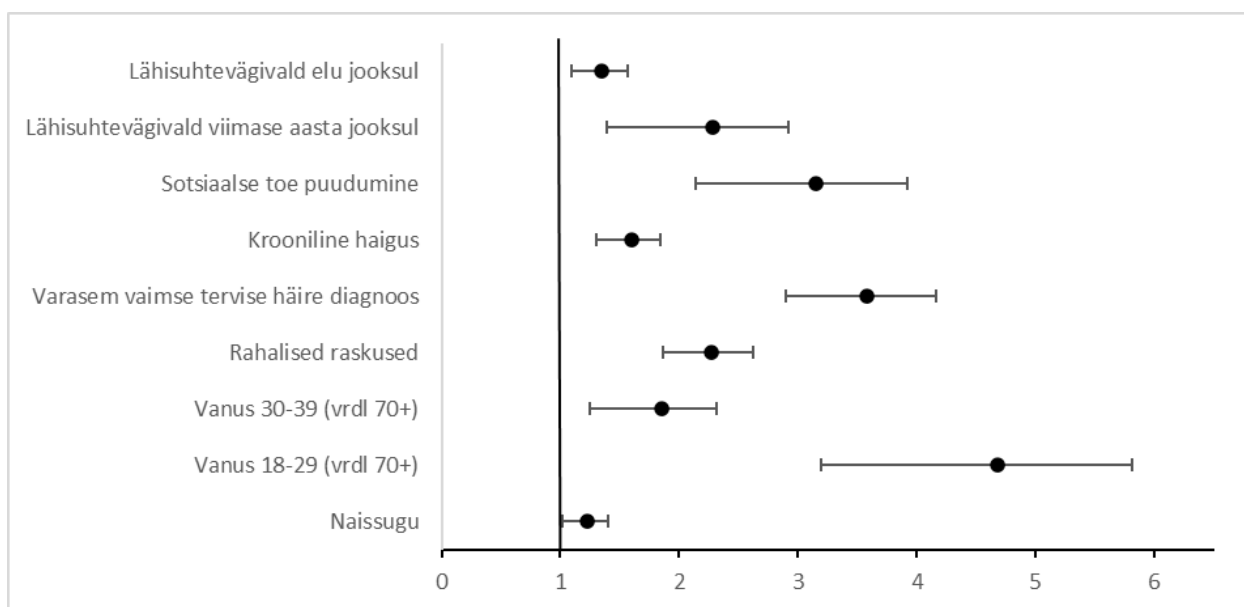
**Joonis 4.1.2.1.** Valitud diagnooside samaaegne esinemine perioodi 2016–2021 raviarvetel ja retseptidel, RVTU I laine vastajate kaalutud andmed

#### 4.1.3. Vaimset tervist mõjutavad tegurid – depressiooni näide

Vaimse tervise probleemid avalduvad nii geneetiliste kui ka paljude keskkonnast tulenevate tegurite koosmõju tõttu. Illustreerime järgmisena nende riskitegurite seoseid depressiooni kui kõige sagedamini diagnoositava vaimse tervise häire näitel, kasutades nii RVTU küsitlus- ja registriandmeid kui ka TÜ Eesti geenivaramu (EGV) andmestikku.

RVTU I küsitluslaine andmeid (n = 5347) kasutavas regressioonanalüüsis on prognoositud depressiooniriski EEK-2 depressiooni alaskaala äralõikepunkti alusel, erinevate tegurite šansside suhted (ingl *odds ratio*) depressiooniriski ennustamisel on esitatud joonisel 4.1.3.1. Demograafilistest ja sotsiaal-majanduslikest teguritest ennustasid depressiooniriski vanus, sugu ja sissetulek. Nooremates vanuserühmades on depressiooniks suurem risk, mida ilmestab ligi viiekordne erinevus (OR = 4,7, 95% CI 3,55–6,17) 18–29-aastaste ning 70-aastaste ja vanemate võrdluses. Naistel on meestest 1,3 korda suurem (95% CI 1,05–1,44), rahaliste toimetulekuraskuste puhul aga 2,3 korda (95% CI 1,93–2,69) suurem

depressiooni esinemise šanss võrreldes olukorraga, kus raha jätkub säästmiseks ja toimetulekuks. Tervisega seostuvatest teguritest ennustavad depressiooniriski olulisel määral nii kroonilise haiguse olemasolu (OR = 1,6, 95% CI 1,35–1,89) kui ka varasem vaimse tervise häire diagnoos. Märginine on siin just viimane, mil depressiooni esinemise šanss on 3,6 korda (95% CI 3,01–4,27) suurem võrreldes inimestega, kel varasem vaimse tervise häire diagnoos puudub. Tähtis roll depressiooniriski ennustamisel on ka pere- ja lähedussuhetega seostuvatel teguritel — sotsiaalse toetuse puudumine (OR = 3,2, 95% CI 2,39–4,17), elu jooksul kogetud lähisuhtevägivald (OR = 1,4, 95% CI 1,13–1,61), eriti aga viimase aasta jooksul kogetud lähisuhtevägivald (OR = 2,3, 95% CI 1,64–3,17).



**Joonis 4.1.3.1.** Erinevate riskitegurite mõju depressiooniriskile (šansside suhted koos 95% usalduspiiridega)

Mõnevõrra erinevat käsitlust depressiooni riskiteguritele pakub registriandmete vaade. Prognoosides depressiooni diagnoosi (F32–34 perioodi 2016–2021 raviarvetel või retseptidel) esinemist RVTU täisealisel koguväljal, ilmneb mitmeid sotsiaal-demograafilisi ja regionaalseid erinevusi (lisa 8 tabel 33). Naistel oli 2,2 korda suurem šanss depressiooni diagnoosiks kui meestel. Vanuse puhul oli võrreldes noorima, 18–24-aastaste vanuserühmaga suurem šanss depressiooni diagnoosiks 45–64-aastastel. Statistiliselt olulised erinevused depressioonis ilmnedid ka perekonnaseisu puhul, kus lahutatud või lesestatud vastajatel oli 1,4 korda suurem depressiooni diagnoosi šanss. Sotsiaal-majanduslike riskitegurite tähtsust ilmestab aga suurem depressioonirisk madalama haridustaseme ja väiksema sissetuleku korral. RVTU maakondlik valim võimaldab hinnata seoseid maakondlikus võrdluses. Võttes võrdluse aluseks Harjumaa (sh Tallinn), ilmneb, et depressiooni diagnoosi šanss on statistiliselt olulisel määral väiksem Ida-Virumaal (OR = 0,61, 95% CI 0,45–0,82), Läänemaal (OR = 0,68, 95% CI 0,51–0,91) ja Saaremaal (OR = 0,72, 95% CI 0,54–0,95). Harjumaa suurem on depressiooni šanss Lõuna-Eestis: Tartumaal (OR = 1,3, 95% CI 1,08–1,62), Võrumaal (OR = 1,4, 95% CI 1,1–1,78), Valgamaal (OR = 1,4, 95% CI 1,13–1,83) ning Põlvamaal (OR = 1,7,

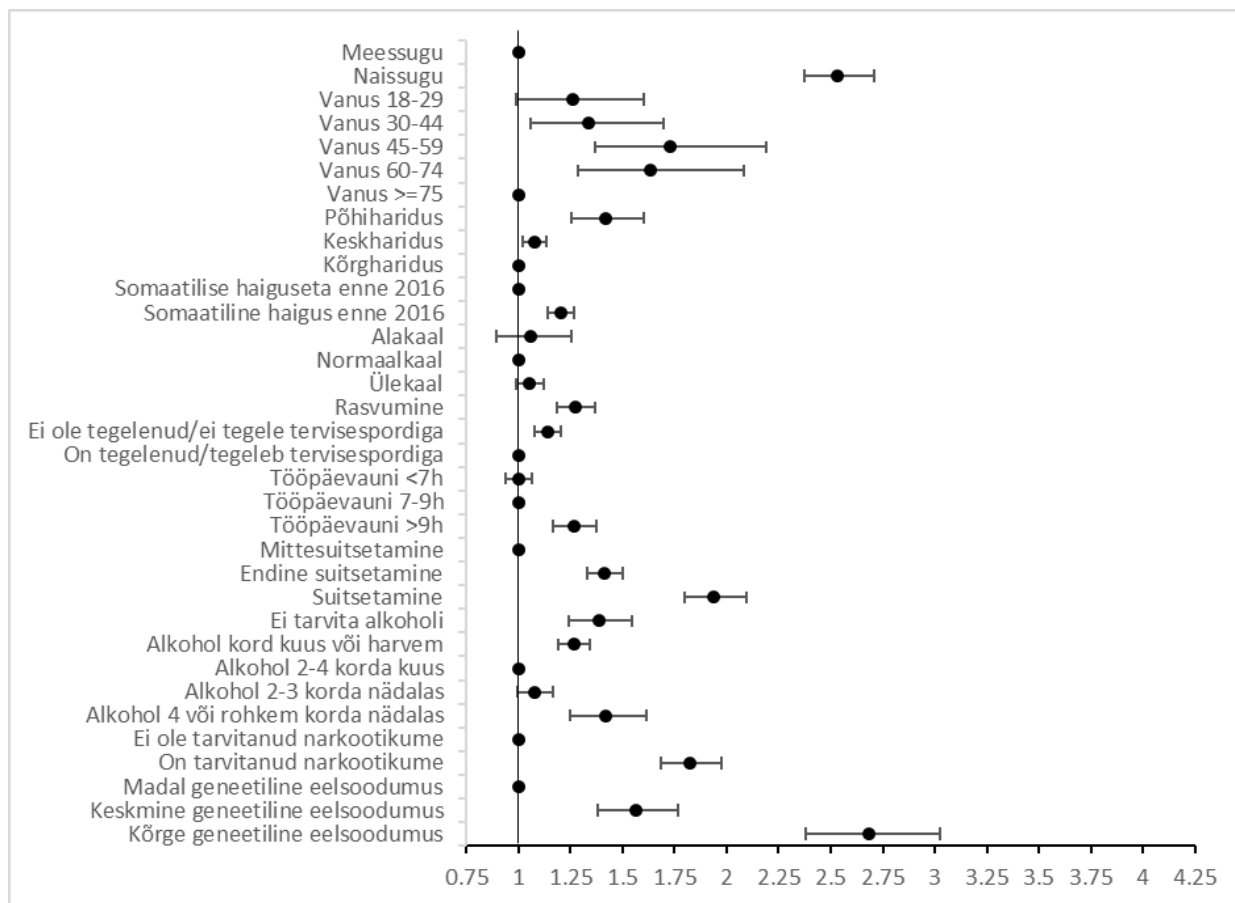
95% CI 1,33–2,12). Lisa 8 tabelis 33 on esitatud seosekordajad peatükis 4.1.2 käsitletud teiste diagnoosikoodide kohta.

RVTU andmeid täiendab EGV andmestiku põhjal tehtud analüüs, mis mitme eelkäsitletud teguri kõrval kaasab samuti käitumuslikud ja geneetilised riskitegurid. EGV andmed hõlmavad üle 200 000 Eesti täiskasvanu geneetilisi andmeid, terviseandmeid riiklikest andmebaasidest ning küsimustikuandmeid demograafiliste, elustiili ja vaimse tervise tegurite kohta (EGV geenidoonori üldküsimustik, EGV uuringu „Heaolu ja vaimne tervis“ (HEVT) küsimustik). Nagu RVTU registriandmete puhul, on järgnevas regressioonanalüüsis prognoositud depressiooni diagnoosi esinemist (RHK-10 koodid F32 ja F33 EHK 2016–2020 raviarvetes), kuid unikaalne on depressiooni geneetilise eelsoodumuse lisamine. See on määratud individuaalse geneetilise riskiskoori kaudu, mis on oma olemuselt kõikide teadaolevate depressiooniga seotud geenivariantide kaalutud summa (Howard jt, 2019). Geneetiline riskiskoor on arvuline pidev tunnus, mille alusel jagati invidiidid kümnesse võrdse suurusega rühma (detsiilidesse) nende geneetilise eelsoodumuse alusel — madalaimast kõrgeimani. Mudelisse kaasati kõik geneetilise eelsoodumuse rühmad, kuid andmete esitamise kompaktsuse eesmärgil keskendume tulemuste esitamisel kolmele depressiooni geneetilise eelsoodumuse detsiilile — madalaim 10% (1. detsiil), keskmine 10% (5. detsiil) ning kõrgeim 10% (10. detsiil). Kui kõige madalama geneetilise eelsoodumusega rühmas esines viimase viie aasta jooksul depressiooni 8,2%-l indiviididest, siis kõige kõrgema geneetilise eelsoodumusega indiviidide seas on samal perioodil depressiooni esinenud 15,7%-l inimestest ehk ligi kaks korda rohkem.

Joonisel 4.1.3.2 esitatud tulemustest on näha, et depressiooni diagnoosiga kõige tugevamalt seotud tegurid on naissugu ja kõrge geneetiline eelsoodumus, mis suurendasid depressiooni diagnoosi šanssi 2,5 ja 2,7 korda võrreldes vastavalt meeste ja madala geneetilise riskiga indiviididega. Seejuures suurendab depressiooni geneetiline eelsoodumus depressiooni esinemise šanssi seda enam, mida kõrgem on eelsoodumus.

Jooniselt 4.1.3.2 on ka näha, et depressiooni diagnoosiga invidiidid on suurema tõenäosusega madalama haridustasemega, kaasuva somaatilise haigusega, rasvunud ning vähem tervisliku elustiiliga, liikudes vähem ning tarvitades rohkem tubakat ja alkoholi. Lisaks on narkootikumide tarvitamine seotud 1,8 korda suurema šansiga depressiooni diagnoosiks.





**Joonis 4.1.3.2.** Demograafiliste, tervise-, elustiili- ja geneetiliste tegurite seosed viie aasta depressiooni diagnoosiga EGV analüüsi andmetel (n = 42 556). Võrdluskategooriad on märgitud punktina vertikaaljoonel, ülejäänud kategooriaid on hinnatud võrdluskategooria suhtes. Joonisel on šansside suhted koos 95% usalduspiiridega

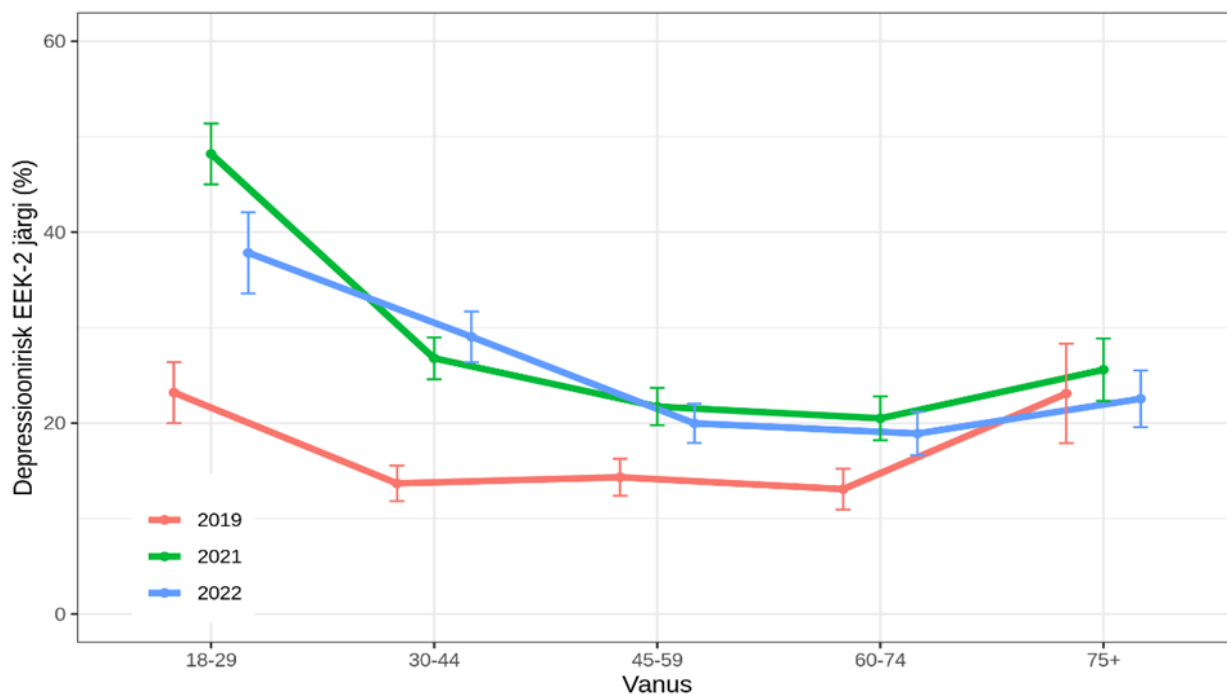
#### 4.1.4. Muutused vaimse tervise olukorras 2019–2022

Kuna Eesti rahvastiku vaimse tervise olukorrast pandeemiaeelsel ajal valdavalt andmed puuduvad, raskendab see perioodi 2019–2022 kohta otseste võrdluste tegemist. Tänu sellele, et RVTU-s ja 2019. a läbiviidud Eesti Terviseuuringus (ETeU, 2019) on kasutatud teataval hulgal samu või sarnaseid küsimusi, võimaldab nende andmete võrdlemine teha kaudseid järeldusi võimalike pandeemia mõjude kohta. Kindlasti on siinkohal oluline arvesse võtta uuringute läbiviimisel kasutatud meetodika erinevusi — ETeU-s oli vastajatel võimalus valida, kas vastata iseseisvalt veebiküsimustikule või osaleda silmast silma tehtud küsitluses, mille viis läbi küsituleja (*computer-assisted personal interviewing* — CAPI). ETeU 2019. aasta uuringulaine täpsema ülevaate saab lisa 1 jaotisest 1.5. Siinses analüüsis võeti võrdluseks ETeU vastajad, kes olid vähemalt 18-aastased või vanemad.

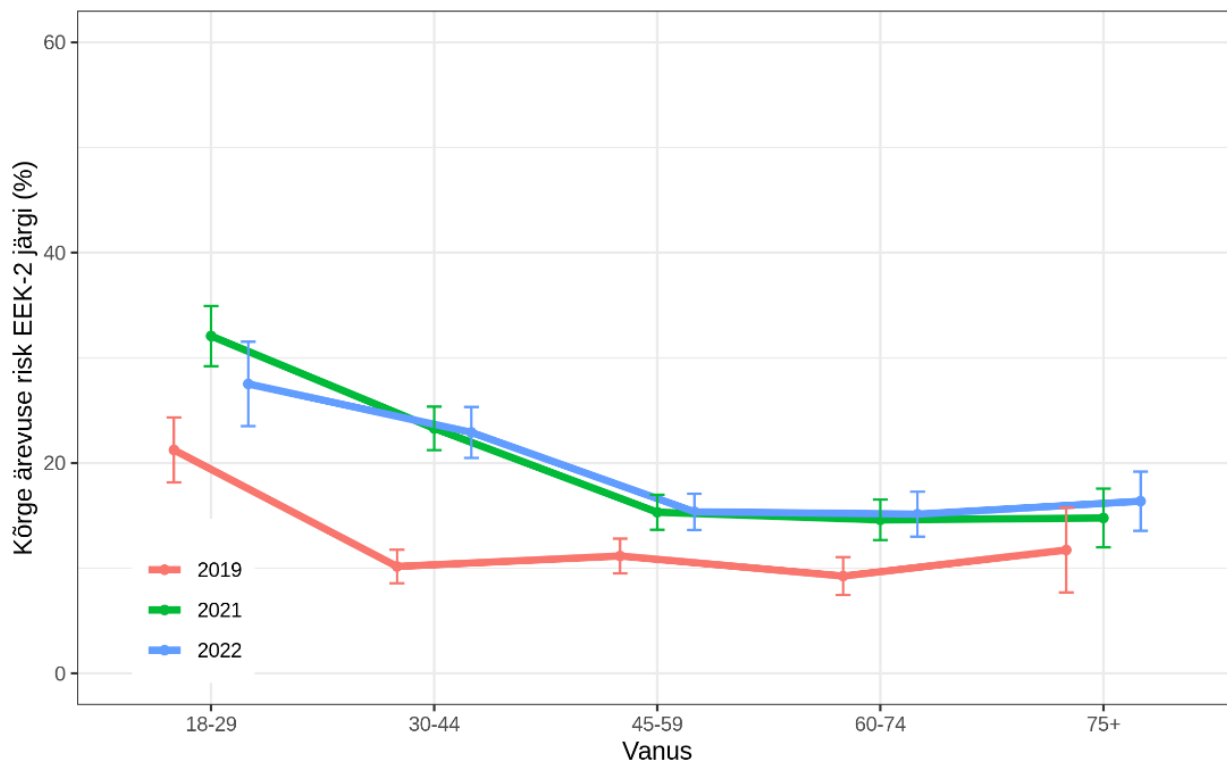
Järgmisena keskendume EEK-2 alaskaalade võrdlemisele kahe eri küsitlusmeetodi tulemusena. Esialgset analüüsid näitasid, et veebivastajate EEK-2 skoorid olid ETeU-s märkimisväärselt kõrgemad kui silmast

silma vastajate valimil. Näiteks oli veebivastajate depressiooniriski (EEK-2 põhjal) šanss ligi kaks korda suurem kui CAPI vastajatel (OR = 1,99, 95% CI 1,62–2,46; soole ja vanuserühmale kohandatud OR = 2,11, 95% CI 1,63–2,49). Ülejäänud EEK-2 alaskaalade tulemused olid väga sarnased: veebivastajatel oli suurem šanss ületada äralõikepunkti nii ärevuse (OR = 2,13, 95% CI 1,66–2,74), paanika ja agorafobia (OR = 1,60, 95% CI 1,07–2,39), unehäirete (OR = 1,43, 95% CI 1,21–1,70) kui ka vaimse kurnatuse (asteenia, OR = 1,89, 95% CI 1,61–2,23) alaskaalal.

Kuna vaimse tervise häirete sõelküsimumstikud on mõeldud eelkõige privaatseks vastamiseks, siis võrdleme järgmisena RVTU valimiga ainult ETeU veebivastajaid, et vältida võimaliku sotsiaalselt soovitava vastamisega kaasnevat vastamiskallet küsitleja vahendusel vastanute valimil. RVTU valimit on kirjeldatud lisa 1. ETeU 2019. a valimis oli 3116 CAPI vastajat, 1289 veebivastajat ning 332 vastajat, kes jätsid veebis vastamise pooleli, kuid olid hiljem nõus intervjuuga. Nii EEK-2 depressiooni kui ka ärevuse riskilävendi ületajaid oli 2021. ja 2022. aastal rohkem kui 2019. aastal (joonised 4.1.4.1 ja 4.1.4.2). See on eriti märgatav nooremate vanuserühmade puhul. Ei saa täie kindlusega väita, et kirjeldatud erinevused tulenevad ainult pandeemia mõjust: oma roll võib olla meetodi erinevustel, nt uuringute erinev lähenemine veebivalimi moodustamisele.



**Joonis 4.1.4.1.** Depressiooniriski seos vanusega ETeU (2019) ja RVTU (2021–2022) täisealise elanikkonna andmete põhjal. Haarad=standardviga



**Joonis 4.1.4.2.** Ärevushäire riski seos vanusega ETeU (2019) ja RVTU (2021–2022) täisealise elanikkonna andmete põhjal. Haarad = standardviga

Kui ETeU ja RVTU tulemuste võrdlemisel tuleb arvestada teatud meetodierinevuste ning alavalimi moodustamisest tulenevate nihetega, siis RVTU uuringulainete omavahelisel võrdlemisel on need probleemid eeldatavalt väiksemad. Üks selle projekti eesmärk oli hinnata kolme uuringulaine arvestuses muutusi Eesti elanikkonna heaolu ja vaimses tervises ühe aasta vältel. Tulemused on esitatud tabelis 4.1.4.1, milles on kujutatud indiviidisestest muutuste suurus standardiseeritud efektsuurusena. Esmalt on tulemustest näha, et uuringu teise laine ajal 2021. a kevadsuvel paranesid mitmed heaolu ja EEK-2 alaskaalade hinnangud. Samas halvenesid aga mitmed positiivse vaimse tervise indikaatorid, näiteks energilisuse ja optimismi osas. Üldine vaimse tervise paranemine 2021. a talvise ja kevadsuvisel perioodi vahel võib viidata nii vaimse tervise probleemide puhul iseloomulikule sesoonsuse efektile kui ka olla seotud kevadsuvisel koroonalukorra leevenemisest tuleneva kergendusega. II ja III uuringulaine võrdlusel näeme negatiivseid muutusi kõikides indikaatorites, mis viitab heaolu ja vaimse tervise halvenemisele kahe uuringulaine vahel. Taas võivad neid muutusi selgitada sesoonsus ja raskenenud koroonalukord III laine toimumisajal. I ja III laine võrdlus annab võimaluse hinnata olukorra muutust ühe aasta jooksul, välistades sesoonsusest tulenevaid mõjusid, sest mõlemad uuringulained korraldati vastavalt 2021. ja 2022. aasta jaanuaris-veebruaries. Nende tulemuste põhjal on näha kõikide heaoluindeksi komponentide väärtuste olulist halvenemist ühe aasta jooksul. EEK-2 alaskaalade puhul olid tulemused kahe aasta võrdluses üsna sarnased.

**Tabel 4.1.4.1.** Vaimse tervise heaolu indeksi ja EEK-2 alaskaalade tulemuste longituudsed muutused kolme RVTU uuringulaine võrdluses

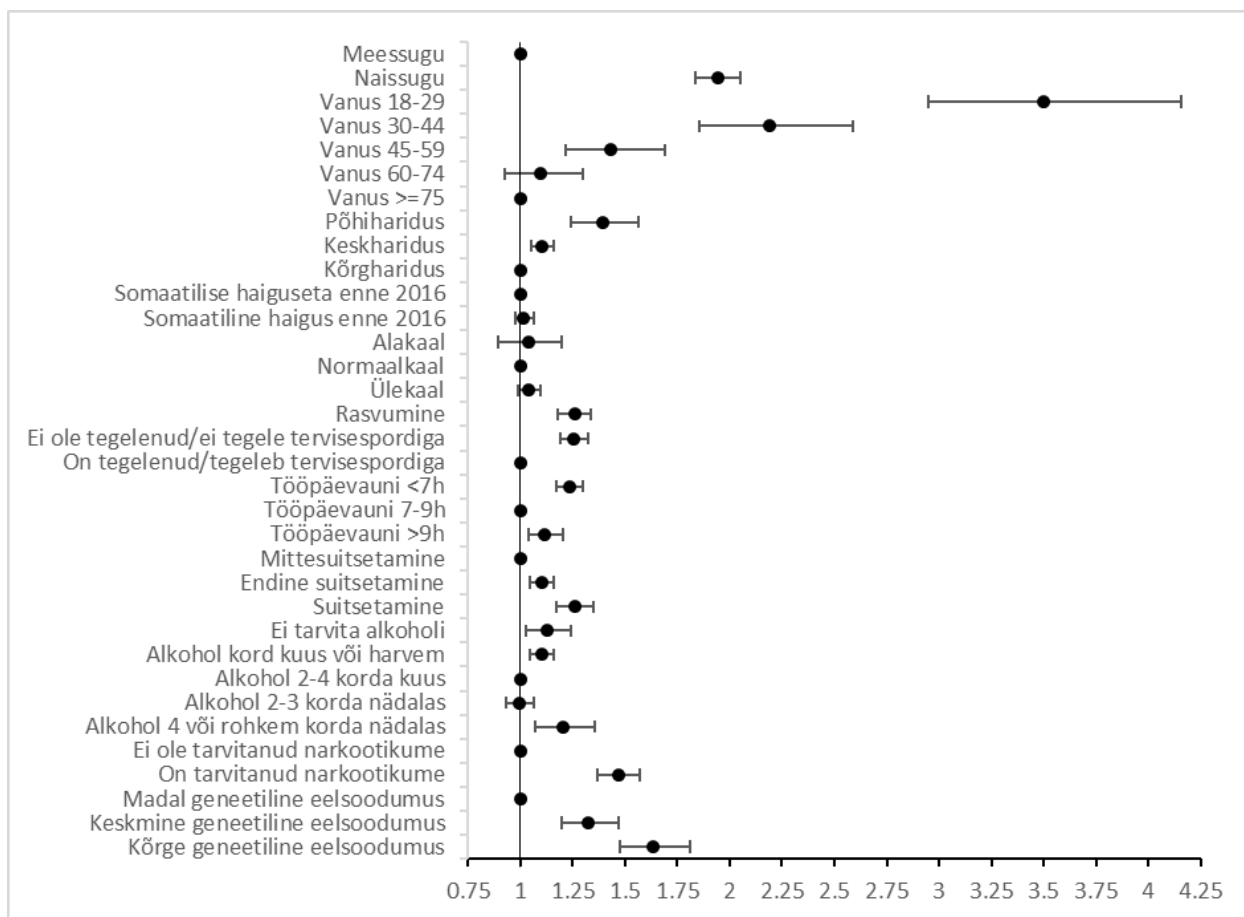
	Muutus kahe laine vahel standardiseeritud efektiivsena					
	I–II		II–III		I–III	
1 <b>VT heaolu indeks</b>	–0,115	***	–0,145	***	–0,245	***
2 „Tunnen end enamasti energilise ja elujõulisena“	–0,099	***	–0,086	***	–0,153	***
3 „Tunnen end enamasti tähelepaneliku ja ärksana“	–0,110	***	–0,082	***	–0,185	***
4 „Vaatan tulevikku lootuse ja entusiasmiiga“	–0,128	***	–0,075	***	–0,213	***
5 Rahulolu eluga tervikuna	0,093	***	–0,224	***	–0,132	***
6 Rahulolu majandusliku olukorraga	0,031		–0,181	***	–0,144	***
7 Rahulolu peresuhetega	–0,031		–0,077	***	–0,120	***
8 Rahulolu sõprussuhetega	0,014		–0,124	***	–0,133	***
9 Tervise enesehinnang	–0,035		–0,087	***	–0,115	***
<b>EEK-2 alaskaalad</b>						
10 EEK-2 depressioon	–0,149	***	0,146	***	0,014	
11 EEK-2 üldärevus	–0,181	***	0,106	***	–0,019	
12 EEK-2 paanika ja agorafobia	–0,122	***	0,071	***	–0,014	
13 EEK-2 asteenia (vaimne kurnatus)	–0,073	***	0,059	**	0,022	
14 EEK-2 uneprobleemid	–0,160	***	0,081	***	–0,030	

**Märkused.** Heaoluindeksi moodustamist on kirjeldatud lisa 1 jaotises 1.6, selle komponendid on ridades 2–9 esitatud üksikväärted. Tabelis on standardiseeritud efektiivsused (indiviidisene versioon Coheni d-st: keskmine erinevus jagatud erinevuste standardhälbega). Tulpades I–II, II–III, I–III on vastavalt I ja II, II ja III ning I ja III laine tulemuste võrdlus. Negatiivne efektiivsus tähendab vähenemist hilisemas laines võrreldes varasema lainega (nt depressiooni-indeks on II laines väiksem kui esimeses). Heaoluindeks ja selle komponendid on kodeeritud nii, et suurem tulemus näitab suuremat heaolu; EEK-2 alaskaaladega on vastupidi. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Muu hulgas annab EGV andmestik võimaluse kaudselt uurida demograafiliste, elustiili- ja geneetiliste tegurite rolli depressiooni esinemises nii enne pandeemiat kui ka pandeemia ajal. Seega uurisime järgmiseks, kuidas ennustavad samad riski- ja kaitsetegurid üheskoos depressiooni diagnoosi esinemist pandeemiaeelsel perioodil (2016–2020) ning võrdlvalt EEK-2 põhise depressiooniriski COVID-19 pandeemia kevadel 2021. aastal (joonis 4.1.4.3). Elustiiliandmed põhinevad enesekohasel geenidoonori küsimustikul, mille geenidoonorid täitsid EGV-ga liitumisel enne pandeemia ja koroonapiirangute algust

(vahemikus jaanuar 2017 – veebruar 2020). Depressiooniriski hinnati EEK-2 küsimustikuga 2021. a märtsist juulini EGV-HEVT uuringu raames, seejuures täitis valdav osa vastanutest küsimustiku teise COVID-19-laine rangete koroonapiirangute perioodil.

Analüüsis kasutasime kahte logistilise regressiooni mudelit, vastavalt viimase 5 aasta depressiooni diagnoosi ja pandeemiaaegse suure depressiooniriski ennustamiseks. Selleks, et oleks võimalik erinevate riski- ja kaitsetegurite seose tugevust omavahel võrrelda, kaasati mudelitesse korraga kõik eelnevas lõigus kirjeldatud küsimustikest pärinevad demograafilised, tervise- ja elustiilitegurid ning geneetiline risk. Kui joonis 4.1.3.2 käsitleb riski- ja kaitsetegurite seoseid depressiooni diagnoosi esinemisega koroonapandeemiaeelset perioodil, siis joonis 4.1.4.3 käsitleb samade tegurite seoseid pandeemiaaegse suure depressiooniriskiga.



**Joonis 4.1.4.3.** Demograafiliste, tervise-, elustiili- ja geneetiliste tegurite seosed pandeemiaaegse suure depressiooniriskiga (n = 44 316). Võrdluskategooriad on märgitud punktina vertikaaljoonel, ülejäänud kategooriaid on hinnatud võrdluskategooria suhtes. Joonisel on šansside suhted koos 95% usalduspiiridega

Joonisel 4.1.4.3 kujutatud seosed on suures osas väga sarnased joonisel 4.1.3.2 kujutatuga, tuues esile seosed suure depressiooniriski ning naissoo, rasvumise, ebatervislikuma elustiili ja kõrge geneetilise riskiga indiviididel. Kõige suurem erinevus ilmneb vanuserühmade võrdlusel, kus suurim pandeemiaaegne depressioonirisk esines noortel täiskasvanutel. Teiseks ilmnis erinevus une pikkuses. Kui pandeemiaeelne depressioon oli seotud pigem liigse magamisega (üle 9 tunni tööpäevadel), siis pandeemiaaegne depressioon ka vähese unega (alla 7 tunni tööpäevadel). Seda erinevust võib samuti seletada pandeemiaaegse uudse olukorraga, mil ühiskonnas valitses palju määramatust ning see tekitas paljudes inimestes stressi, millega omakorda kaasnevad sageli probleemid uinumise või liigvarajase ärkamisega. Somaatilise haiguse olemasolu enne 2016. aastat suurendas šanssi depressiooni diagnoosiks järgmise 5 aasta jooksul, kuid mitte suurema depressiooniriski šanssi pandeemia kontekstis.

#### 4.1.5. Andmeallikad vaimse tervise häirete esinemise hindamisel: küsitlusuuringu ja haigekassa andmekogu võrdlus

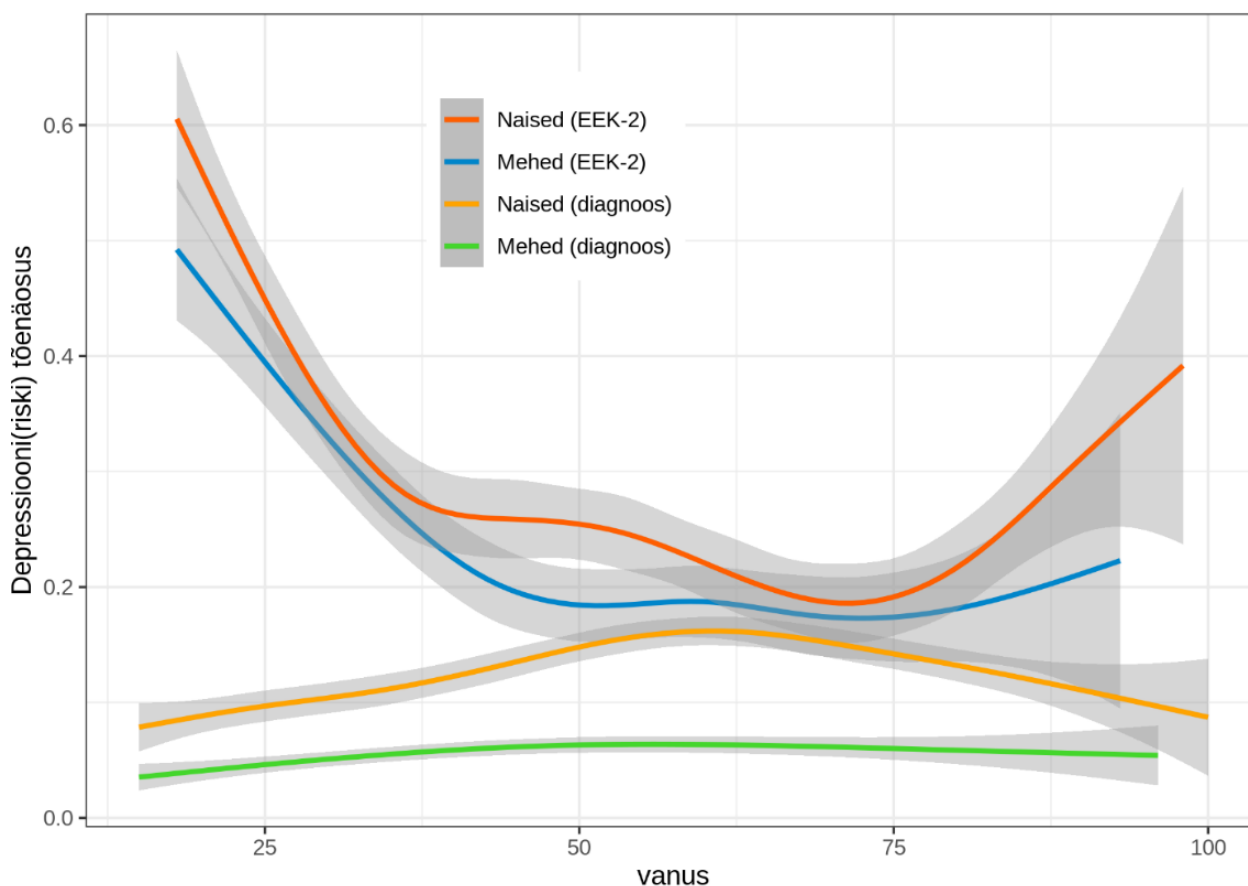
Küsitlusuuringu ja registriandmete kõrvutamine pakub võimalust hinnata vaimse tervise probleemide ulatust rahvastikus. Alapeatükkides 4.1.1 ja 4.1.2 kirjeldatud mitmest vaimse tervise näitajast ilmnis, et enesehinnanguliste mõõdikute puhul on probleemi esinemine ligi kaks korda suurem kui diagnoosipõhises käsitluses: depressiooniriskis 27,6% (23,9% meestest ja 30,8% naistest) vs. varasema depressiooni diagnoosiga 12,4% (8,9% meestest ja 15,5% naistest). Sarnane erinevus on ärevushäirete puhul, kus küsitlusandmetes oli see 21,0% (16,2% meestel, 24,2% naistel), raviarvetel-retseptidel (F41 diagnoosikood) aga 9,8% (6,5% meestel, 12,7% naistel).

Depressiooni näitel on tabelis 4.1.5.1 võrreldud küsitlusuuringus EEK-2 instrumendiga hinnatud depressiooniriski, lähtudes varasema depressiooni diagnoosi olemasolust. Depressiooniriski korral oli 26,2%-l vastajatest esinenud alates 2016. aastast depressiooni diagnoos. Neil, kel depressiooniriski ei esinenud, oli vastav näitaja 8,9%. Kuna enesehinnanguline küsimustik hindab depressioonile viitavate ilmingute esinemist viimase 30 päeva jooksul, võib sama seost vaadelda ka lühemal perioodil. Depressiooniriskiga vastajatest 16,2%-l oli F32–34 diagnoosikoodiga raviarve või retsept pandeemiaperioodil alates 2020. aasta algusest kuni 2021. aasta veebruarini (depressiooniriskita rühmas aga 4,0%-l vastajatest). Kuigi need osakaalud on väiksemad kui 5 aasta perioodi vaates, on suhteline erinevus eelneva diagnoosi ja enesekohase depressiooniriski vahel suurem. Kui määratleda pandeemiaperioodi depressiooni esmasjuhud F32–34 diagnoosina neil, kel perioodil 2016–2019 seda diagnoosi ei esinenud, on enesekohase depressiooniriski puhul vastavaid esmasjuhte olnud 5,1% ja depressiooniriskita vastajatel 1,3%.

Tabel 4.1.5.1. Depressiooni diagnoosi esinemine enesekohase depressiooniriski järgi

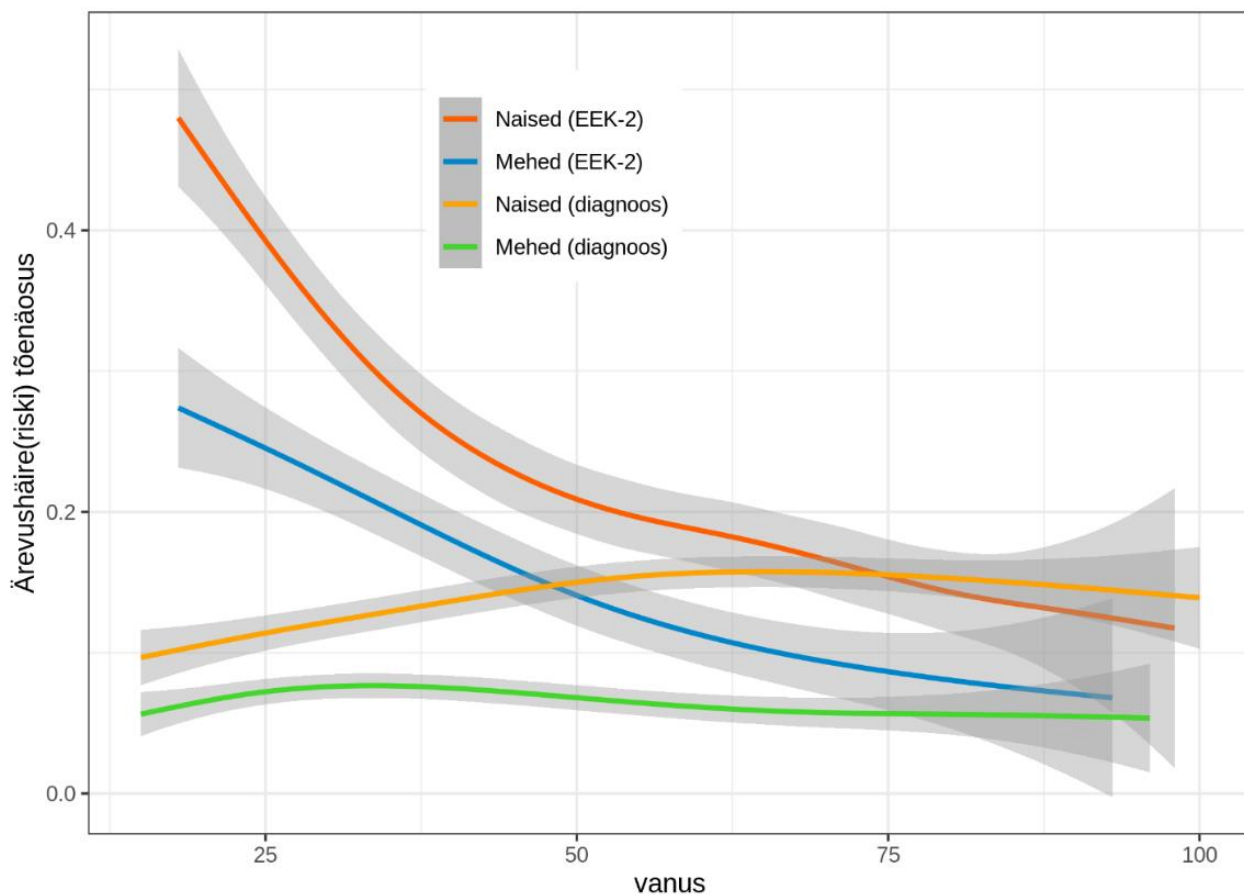
	EEK-2 depressioonirisk		Suhteline erinevus, korda
	Ei	Jah	
F32–34 raviarvel/retseptil alates 2016	8,9% (8–9,8%)	26,2% (24–28,6%)	2,9
F32–34 raviarvel/retseptil alates 2020	4,0% (3,4–4,7%)	16,2% (14,3–18,2%)	4,0
F32–34 esmasjuhud alates 2020	1,3% (1,0–1,7%)	5,1% (3,9–6,6%)	4,0

Varasem depressiooni diagnoos on ka tugev enesehinnangulise depressiooniriski ennustaja. Soole ja vanusele kohandatud logistilises regressioonianalüüsis oli perioodi 2016–2021 depressiooni diagnoosi šansside suhe 3,8 (95% CI 3,2–4,5), alates 2020. aastast depressiooni diagnoosil 5,1 (95% CI 4,0–6,3) ja alates 2020. aastast diagnoositud esmasjuhtude puhul 3,9 (95% CI 2,6–5,9).



Joonis 4.1.5.1. Depressiooniriski (enesehinnangulise küsimustiku EEK-2 põhjal) ja depressiooni või korduva meeleoluhäire diagnoosi (F32–F34) tõenäosuse (2016–2020) seos vanusega 18-aastastel ja vanematel vastajatel. Alumised kaks joont on registriuringu põhjal, hõlmates ka seda osa valimist, kes küsitlusuuringule ei vastanud

Teisalt ilmneb andmetest (joonis 4.1.5.1), et enesekohase depressiooniriski ja depressiooni diagnoosi olemasolu vahel on suured vanuselised erinevused. Depressiooniriski tõenäosus on suurim noortel täiskasvanutel: näiteks kuni 25-aastaste meeste ja naiste puhul ületab depressioonirisk 40%, samas kui depressiooni diagnoos on vaid kuni 10%-l. Enesekohase depressiooniriski ja depressiooni diagnoosi kooskõla on suurim keskeas (eriti naiste puhul), kuid eakate (alates 75. eluaastast) puhul eristuvad EEK-2 põhine depressioonirisk ja depressiooni diagnoosi olemasolu taas märgatavalt. Sarnane muster avaldub ka ärevushäire näitel (joonis 4.1.5.2), kuid vanemaeliste puhul on erinevus diagnoositud juhtude osakaaluga väiksem.

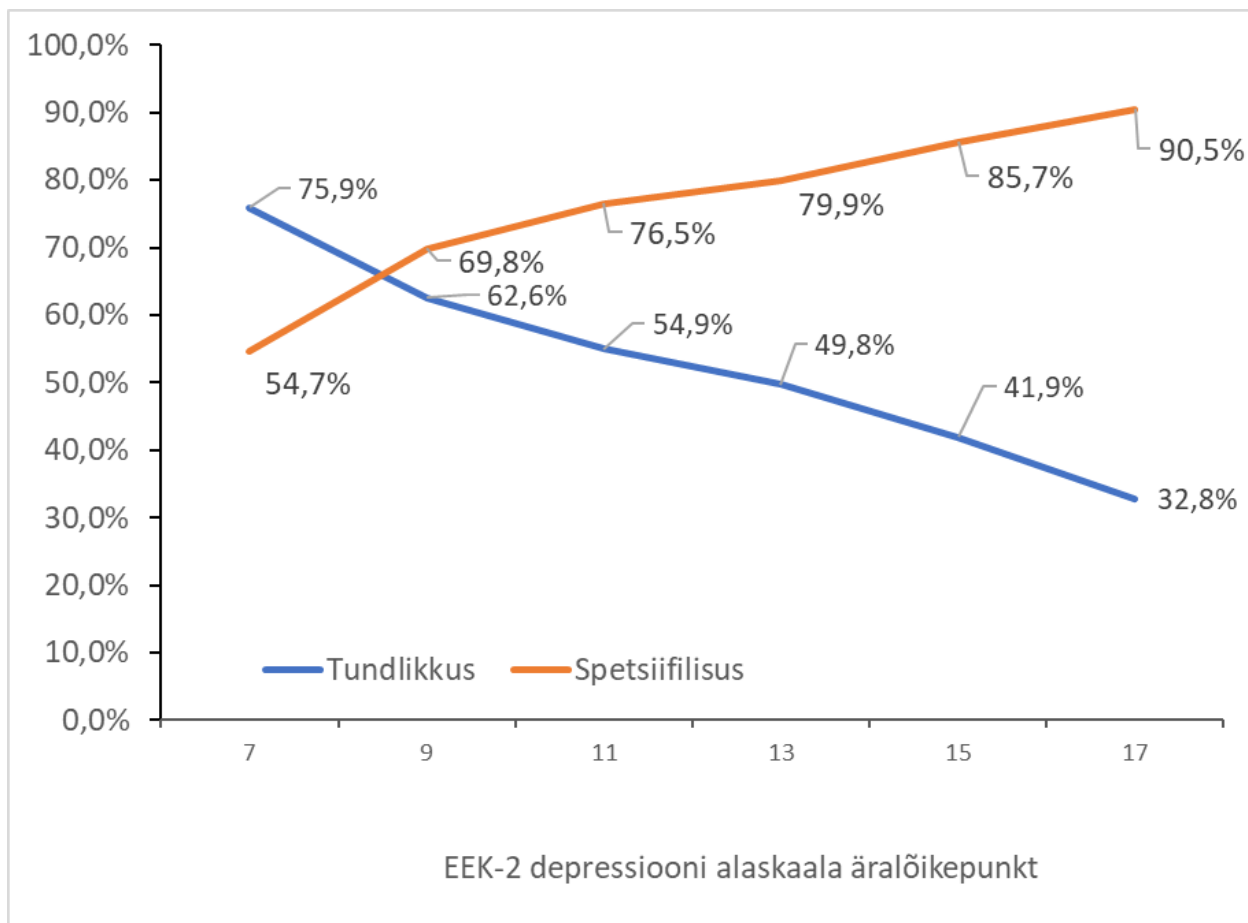


**Joonis 4.1.5.2.** Ärevushäire riski (EEK-2) ja diagnoosi (F41) seosed vanusega 18-aastastel ja vanematel vastajatel. Alumised kaks joont on registriuringu põhjal, hõlmates ka seda osa valimist, kes küsitlusuuringule ei vastanud.

Samas on oluline arvestada, et kumbki võrreldud näitaja pole ideaalne depressiooni esinemise mõõdik. Kliinilise diagnoosi olemasolu sõltub paljudest teguritest (probleemi teadvustamine ja abi otsimine, abi kättesaadavus, diagnoosi täpsus jms), enesehinnanguliste mõõdikute täpsus on kaugel ideaalsest. Viimase puhul on üks tähtis kriteerium depressiooniriski tähistava äralõikepunkti valik. Joonisel 4.1.5.3 on võrreldud EEK-2 depressiooni alaskaala diagnostilist täpsust varasema F32–34 diagnoosikoodi olemasoluga erinevatel äralõikepunktidel. EEK-2 puhul on kliiniliselt valideeritud (Ööpik jt, 2006)



ärälõikepunkt > 11. Selle väärtuse korral oleks testi tundlikkus 54,9% ja spetsiifilisus 76,5%. On ootuspärane, et madalama lõikepunkti korral on testi tundlikkus suurem (ja spetsiifilisus väiksem) ning rangema lõikepunkti korral väiksem (spetsiifilisus suurem). Nende näitajate põhjal saab avaldada positiivse prognoosiva väärtuse (tõenäosus, et depressiooniriskiga inimesel on ka tegelikult varasem diagnoos), mis sõltuvalt lõikepunktist jääb vahemikku 19,1–32,8%.



**Joonis 4.1.5.3.** EEK-2 depressiooni alaskaala diagnostiline täpsus võrreldes perioodil 2016–2021 esinenud F32–34 diagnoosi olemasoluga 18-aastastel ja vanematel vastajatel

Eelkäsitletu põhjal saab järeldada, et enesekohaste ja registriandmetel põhinevate vaimse tervise näitajate vahel on tugev seos, kuid need ei ole mitmesugustel metodoloogilistel põhjustel üksteist asendavad. Tulemused osutavad, et enesehinnanguliste riskinäitajate esinemine on märkimisväärselt suurem kui diagnoosipõhine registreeritud haigestumus. See on ootustekohane, sest individuaalne abi otsimine eeldab esmalt probleemi teadvustamist (vaimse tervise kaebuste ja sümptomite olemasolu korral) ja seejärel mitmeid samme abini jõudmisel, mille läbimist mõjutavad mitmesugused barjäärid (nt teema stigmatiseeritus, pikad ravijärjekorrad). Seega on rahvastiku vaimse tervise probleemide ulatus

hindamiseks mõistlik kasutada kombineeritud lähenemisviisi enesekohastest ja registripõhistest näitajatest.

#### 4.1.6. Kokkuvõte

1. RVTU andmed viitavad vaimse tervise probleemide ulatuslikule levikule Eesti rahvastikus. Enesekohaste hinnangute põhjal oli depressioonirisk neljandikul (27,6%) ja üldistunud ärevushäire risk igal viiendal (20%) täiskasvanul. Mõlema näitaja puhul eristusid riskirühmana noored täiskasvanud (18–24-aastased), kellest ärevushäirete riskis oli 37,2% ja depressiooniriskis 56,2%. Pooltel vastanutest esines somaatilisi kaebusi ja traumaatilisi elusündmusi. Tuleb märkida, et vaimse tervise probleemide sage esinemine enesehinnanguliste näitajate põhjal ei ole Eesti eripära, vaid on võrdlemisi tüüpiline tulemus sellelaadsetes uuringutes ka mujal, sh eriti pandeemia ajal (nt Ettman jt, 2020).
2. Registriuuringu põhjal esines ligi veerandil (24%) täiskasvanutest perioodi 2016–2021 raviarvetel ja retseptidel vähemalt üks psüühikahäire diagnoos. Diagnoositud psüühikahäiretest olid kõige sagedasemad depressioon ja ärevushäired, mida esines vastavalt 12,4%-l ja 9,8%-l vastanutest.
3. RVTU I ja III laine andmete võrdlus ETeU 2019 andmetega iseloomustas pandeemia mõju rahvastiku vaimse tervise näitajatele. EEK-2 depressiooni ja ärevuse riskilävendi ületajate osakaal oli kuni 74-aastasest rahvastikus nii 2021. kui ka 2022. aastal statistiliselt olulisel määral suurem kui pandeemiaeelsetel 2019. aastal.
4. Vaimse tervise probleemide avaldumist mõjutavad keskkondlikud ja geneetilised riskitegurid. Pandeemiaeelse perioodi depressiooni diagnoosiga oli kõige tugevamalt seotud naissugu ning kõrge geneetiline eelsoodumus, millele järgnesid elustiilitegurid, nagu suitsetamine, narkootikumide ja alkoholi tarvitamine. Pandeemiaaegse depressiooni puhul oli kõige tugevamalt seotud noorem vanus, millele järgnes naissugu, geneetiline eelsoodumus ja ainete tarvitamine.
5. Enesekohased ja registriandmetel põhinevad vaimse tervise näitajad on depressiooni näitel tugevalt seotud, kuid need ei ole üksteist asendavad. Enesehinnanguliste näitajate esinemine on oluliselt suurem kui diagnoosipõhine registreeritud haigestumus. Rahvastiku vaimse tervise probleemide ulatuse hindamiseks on mõistlik kasutada kombineeritud lähenemisviisi enesekohastest ja registripõhistest näitajatest.

#### 4.2. Haavatavad rühmad

Vaimse tervise probleemide tekkimist soodustavad riskitegurid on enamasti vanus, naissugu, madalam haridustase, halb tervis, töötus, väike sissetulek, üksi elamine ja ebatervislik elustiil (vt ka eelmised analüüsid). Need tegurid on sageli kumuleeruva mõjuga. Järgmisena kirjeldame erinevate haavatavate rühmade vaimse tervise riske RVTU andmete põhjal, kus küsitlusandmeid on seotud eri registriandmetega. Eelnevates osades on juba üksikasjalikult kirjeldatud soo ja elustiili mõju. Selles osas

analüüsimise veel kord vanuselisi erinevusi vaimses tervises, varasema tervises seisundi, sissetuleku, hariduse ja töötuse mõju ning leibkonnatüüpe.

#### 4.2.1. Noorukid (15–17-a)

Lisaks noortele täiskasvanutele (vanuses 18–24) on oluline tuua eraldi haavatava rühmana esile noorukid (vanuses 15–17). Erinevalt noortest täiskasvanutest, kelle puhul risk vaimse tervise häireteks on suur nii meeste kui naiste seas, torkavad noorukite puhul silma just noored tüdrukud. Nimelt on 15–17-a tüdrukute puhul vaimse tervise häirete risk suur võrreldes nii 15–17-a poiste kui ka vanemate vanuserühmadega (lisa 8 tabelid 34–49). Näiteks on ligi pooled (54,4%) 15–17-a tüdrukud depressiooniriskis (võrrelduna 28,1% poistega) ja üldistunud ärevushäire riskis (50% tüdrukutest, 15,7% poistest). Ka paanikahäire (19,3% tüdrukutest, 5,6% poistest) ja unehäirete risk (35% tüdrukutest, 17,8% poistest) on 15–17-a tüdrukute seas suur, kui võrrelda samaealiste poistega.

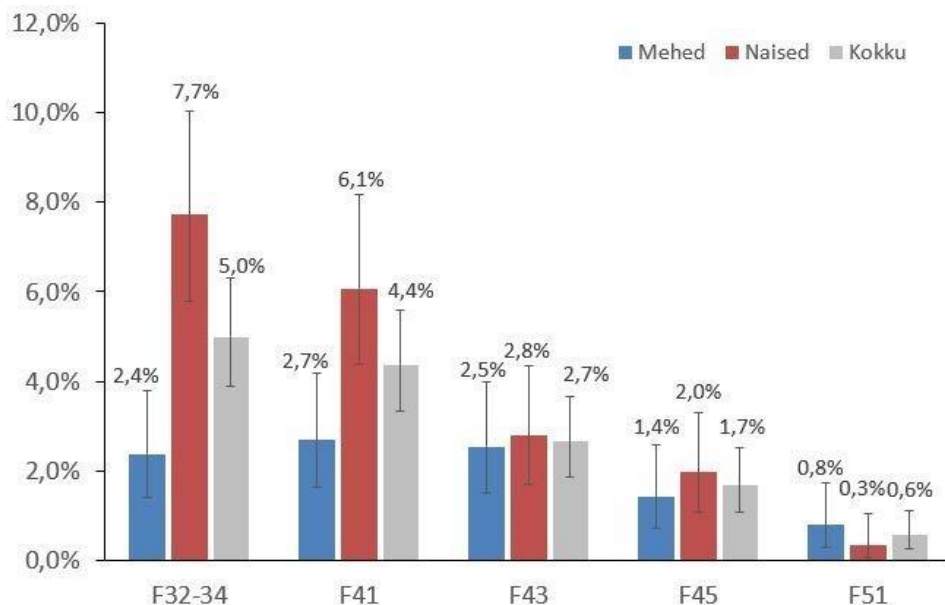
Nii nagu noorte täiskasvanute (18–24-a) puhul, esineb samuti noorukite (15–17-a) hulgas rohkem tahtlikku enesevigastamist (11,5%; 4,4% poistest ja 15,5% tüdrukutest) võrreldes vanemate vanuserühmadega. Surma- või suitsiidimõtteid esineb 15,9%-l noorukitest ning ka siin on mitmekordne erinevus poiste (4,5%) ja tüdrukute vahel (22,1%). Ligi pooltel (49%) 15–17-a tüdrukutel ja umbes neljandikul (26,2%) poistest esineb üle- ja liigsöömishooge, mis viitab liigsöömistüüpi söömishäire suurele riskile just noorte tüdrukute seas.

Traumaatilist sündmust oli kogunud 38% noorukitest, sealjuures tüdrukud (45,4%) palju rohkem kui poisid (24,7%). Kui vaadata aga PTSH riski, on 15–17-a tüdrukud märkimisväärselt suuremas riskis (21,7%) kui poisid (2,3%). Veel ilmneb, et PTSH risk on mitteõpilaste seas lausa 40%, samas kui õpilaste (gümnaasium, põhikool, kutsekool) seas on see 9,2–16,8%.

Tuleb meeles pidada, et mitmed enesekohased mõõdikud, mida RVTU kvantitatiivuurings kasutati (lisad 6 ja 7), ei ole spetsiaalselt noorukitele kohandatud (nt EEK-2, DSM-5), mistõttu on oluline vaimse tervise häirete levimust noorukite hulgas veel uurida. Niisamuti on noorukite valim RVTU küsitluses üsna väike võrreldes täiskasvanud rahvastiku valimiga, seega ei pruugi tulemused olla üldistatavad kõigile noorukitele populatsioonis. Sellegipoolest on selge, et hilises teismeeas tüdrukud näivad olevat erakordselt haavatav riskirühm väga erinevate vaimse tervise häirete suhtes.

Peale küsitluses kasutatavate enesekohastel mõõdikutel põhinevate indikaatorite saab vaimset tervist kirjeldada küsitlusuuringule eelnenud 5 aasta perioodi (2016–2021 I kvartal) raviarvete ja retseptide andmete põhjal. Selleks on valitud depressiooni (RHK-10 F32–F34), ärevushäirete (F41), raskete stressireaktsioonide ja kohanemishäirete (F43), somatoformsete häirete (F45) ja unehäirete (F51) esinemine. Nimetatud diagnoosikoode (kas põhidiagnoosi või kaasuvana) oli esinenud kokku 10,6%-l (9,0–12,4%) uuringu valimisse kuulunud noorukitest. Soolised erinevused on märgatavad: kui psüühikahäirete diagnoosi oli uuringueelsel ajal saanud 7,9% (6,0–10,2%) 15–17-a poistest, siis samas vanuses tüdrukutest oli seda 13,5%-l (10,9–16,3%). Üks diagnoos oli 7,9%-l, kaks diagnoosi 2,9%-l ning kolm või enam diagnoosi

0,7%-l noorukitest. Noorukite vaimse tervise probleemide esinemine diagnooside kaupa on esitatud joonisel 4.2.1.1.



**Joonis 4.2.1.1.** Valitud psüühikahäirete diagnooside esinemine noorukite (15–17-a) raviarvetel ja retseptidel perioodil 2016–2021. F32–34 = depressioon ja korduv meeleoluhäire, F41 = ärevushäired, F43 = rasked stressireaktsioonid ja kohanemishäire, F45 = somatoformsed häired, F51 = unehäired

#### 4.2.2. Noored täiskasvanud (18–24-a)

Nagu eespool toodust nähtub, on pandeemia mõjud vaimsele tervisele eriti märgatavad 18–24-aastastel noortel täiskasvanutel. On teada, et alates hilisest teismeeast kuni varase täiskasvanueani tõuseb märkimisväärselt meeleolu-, ärevus-, sõltuvus- ja söömishäirete määr. Nende psüühikahäirete teket ja kulgu vahendavad oluliselt keskkonnategurid. Eeltoodud tulemustest ilmneb, et pandeemia ajal suurenes võrreldes varasemaga depressiooni ja ärevushäirete levimus noorte täiskasvanute seas (joonised 4.1.4.1 ja 4.1.4.2), seda nii enesekohaste kui registriandmete põhjal.

Noorte vaimse tervise häirumist võib põhjendada sotsiaalse distantsi hoidmise meetmetest tingitud kontaktide vähesuse, töökohtade ja töömahu vähenemisest tingitud finantsilise ebakindluse (Haugas jt, 2021) ning vaimse tervise teenuste vähese kättesaadavusega. Siinse uuringu tulemustest nähtub veel, et ehkki enamlevinud psüühikahäirete tekkerisk on selles vanuses suur, ei saa noored rohkem vaimse tervise häirete (sh depressiooni ja ärevushäirete) diagnoose (joonis 4.1.5.1, vt ka joonis 4.4.5.1). See viitab, et paljud neist juhtudest ei satu vaimse tervise spetsialisti vaatevälja ega saa seega vaimse tervise häirete ravi. Kuigi 18–24-a vanuserühmas oli nii meestel kui naistel risk väga suur, kasutasid pandeemia ajal vaimse tervise spetsialisti teenuseid pigem selles vanuses naised (joonis 4.4.1.1). Pandeemiate tõttu võib tõenäoliselt suurenda vaimse tervise häirumine individuaalsete haavatavus- ja võimendavate tegurite kaudu. Noortel täiskasvanutel olid eakohased arengulised ülesanded, nagu suhete loomine ja

iseseisvumine, pandeemiast tingituna raskendatud, mis võib seletada emotsionaalse seisundi märkimisväärset häirumist.

#### 4.2.3. Sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus

Vähene haridus ja väike sissetulek on tähtsad riskitegurid vaimse tervise probleemide esinemisel. Enamiku enesekohaste näitajate puhul on erinevused põhi- ja kõrghariduse ning madalaima ja kõrgeima sissetulekukvartiili vahel märgatavad. Näiteks RVTU I laine andmetes oli EEK-2 depressiooniriskis 39,9% kuni põhiharidusega vastajatest ja 24,4% kõrgharidusega vastajatest (OR = 1,17). Sissetuleku järgi olid erinevused aga enam kui kahekordsed: madalaima sissetulekukvartiili ( $\leq 450$  eurot kuus) puhul oli depressiooniriskis 45,5% ja kõrgeimas sissetulekukvartiilis ( $> 1400$  eurot kuus) 19,6% (OR = 1,30). Niisugused sotsiaal-majanduslikud erinevused esinevad ka kõigis teistes EEK-2 põhjal hinnatud vaimse tervise probleemides.

Sotsiaal-majanduslik haavatavus ilmneb samuti registriuringu andmete kohaselt. EHK raviandmetega lingitud RVTU I laine vastajatest oli depressiooni diagnoos (RHK-10 F32–34) 16,3%-l põhiharidusega ja 11,7%-l kõrgharidusega vastajatest ning demograafilistele tunnustele kohandatud mudelis olid hariduslikud erinevused statistiliselt olulised (AOR = 1,2). Madalaima sissetulekukvartiili korral olid erinevused depressiooni diagnoosi esinemises isegi suuremad (18,2% vs. 8,6%), kuid seos kohandatud regressioonimudelis statistiliselt oluliseks ei osutunud. Muude käsitletud psüühikahäirete diagnooside puhul oli madalaimasse sissetulekukvartiili kuuluvatel vastajatel võrreldes kõrgeima sissetulekukvartiiliga rohkem ärevushäirete (F41; 14,6% vs. 7,8%) ja unehäirete (F51; 3,4% vs. 1,4%) diagnoose. Märgilised on ka sotsiaal-majanduslikud erinevused alkoholi sõltuvushäire diagnoosi (F10) esinemises: kui F10 diagnoosiga raviarveid või retsepte oli 4% põhihariduse ja 3,4% väiksema sissetulekuga rühma korral, siis kõrgharitudel vaid 1% ja suurima sissetulekuga rühmas 1,4% (AOR vastavalt 3,15 ja 3,93).

Seega on madal haridustase ja väike sissetulek vaimse tervise probleemide riskitegur nii enesekohaste näitajate kui ka registreeritud haigestumuse vaates.

#### 4.2.4. Töötus ja töötuks jäämine

Valimis oli 18 010 täisealist vastajat, kellest 17 146 ei olnud Sotsiaalkindlustusameti andmete põhjal töötud (hõivatud või majanduslikult mitteaktiivsed), 110 jäid töötuks detsembris 2020 (st olid töötud 1.01.2021 seisuga, kuid 2020. a detsembris olid töötud vähem kui 31 päeva), 701 olid sel perioodil töötud (st 1.01.2021 seisuga töötud ja 2020. a detsembris töötud 31 päeva) ning 53 vabanesid töötustaatusest (st olid 2020. a detsembris töötud vähemalt 1 päeva, kuid ei olnud töötud 1.01.2021 seisuga). Arvestades vastasmäära, on nendest rühmadest ainult „püsivalt töötute“ (eespool määratletud tähenduses) rühm piisavalt suur, et võimaldada analüüsida töötuse mõju küsitluse enesehinnangulistele vaimse tervise näitajatele, kuid mõnes analüüsis on võimalik eristada ka detsembris 2020 töötuks jäämise mõju. Järgnev kokkuvõtte tugineb logistilise regressioonanalüüsi tulemustele, kus lisaks töötusetunnusele on kontrollitud veel vastaja sugu, vanuserühma ning registriandmetel põhinevat sissetulekukvartiili; analüüsides on kasutatud kaale.

Töötü olemine ennustas EEK-2 põhjal mõõdetud suuremat depressiooniriski nii I (OR = 1,68, 95% CI 1,23–2,30), II (OR = 2,80, 95% CI 1,89–4,15) kui ka III laines (OR = 1,95, 95% CI 1,39–2,73). Töötuks jäämine 2020. a detsembris või 2021. a esimesel päeval aga viitas I uuringulaines (2021. a jaanuar-veebruar) suuremale depressiooniriskile võrreldes mittetöötü olemisega (OR = 3,92, 95% CI 1,47–11,38). Paraku ei saa väikeste valimisuuruste tõttu hinnata, kas töötuks jäämisest tulenev depressioonirisk püsib II ja III laine toimumise ajal (I laine vastajate hulgas oli 25 eespool nimetatud ajavahemikus töötuks jäänud vastajat, II laines 14, III laines 19).

Kui vaadata EEK-2 põhjal mõõdetud ärevushäire riski, siis töötuks jäämine 2020. a detsembris või 2021. a esimesel päeval ennustas I uuringulaines suuremat ärevushäire riski võrreldes mittetöötü olemisega (OR = 4,46, 95% CI 1,72–12,08). Sama on näha II ja III laine ajal (vastavalt OR = 6,16, 95% CI 1,63–32,08 ja OR = 5,22, 95% CI 1,61–19,77), kuid tulemuste üldistamisel tuleb arvestada, et töötuks jäänud vastajate rühm oli kõigis uuringulainetes väga väike. Muu hulgas viitas töötü olemine ka kõrgendatud ärevushäire riskile nii II (OR = 2,77, 95% CI 1,88–4,08) kui ka III laines (OR = 2,40, 95% CI 1,69–3,39). I uuringulaines ei olnud töötute ärevushäire risk märkimisväärselt erinev mittetöötute omast (OR = 1,39, 95% CI 0,99–1,93,  $p = 0,054$ ), kuid šansside suhe oli samasuunaline. Töötuse mõju selles analüüsis võis maskeerida üldine suurema ärevuse foon 2021. aasta alguses.

Samalaadne seos töötusega oli vaimse tervisega seotud heaolu indeksil (VTHOI): töötü olemine tähendas I laines VTHOI standardiseeritud erinevust 0,46, II laines 0,40 ja III laines 0,32 standardhälbe ühikut võrreldes mittetöötü olemisega.

Kokkuvõttes on töötutel suurem depressiooni- ja ärevushäire risk ning väiksem vaimse tervisega seotud heaolu. Töötuks jäämine tähendas vahetult (1–2 kuud) pärast töötuks jäämist suuremat depressiooniriski ja nii vahetult kui ka üks aasta hiljem suuremat ärevushäire riski.

#### 4.2.5. Varasema terviseseisundi mõju

Üks haavatav rühm vaimse tervise probleemide puhul on inimesed, kel on juba varasem terviseprobleem, st varasem vaimse tervise häire diagnoos ja/või krooniline haigus. See risk tuleb hästi esile, kui vaadata 4.1.3 alaosas kirjeldatud logistilise regressiooni mudelit, kus ennustati EEK-2 depressiooniriski erinevate keskkondlike mõjutegurite abil. Selles mudelis on varasema vaimse tervise häire diagnoosiga inimesel šanss depressiooniks lausa 3,6 korda suurem (95% CI 3,01–4,27) võrreldes inimesega, kel varasema vaimse tervise häire diagnoos puudub. Ühtlasi (vt joonis 4.1.3.1) on see ka üks kaalukamaid riskitegureid mudelis, arvestades seda, et muude keskkondlike tegurite puhul on šansside suhted depressiooniks väiksemad. Niisamuti oli oluline depressiooniriski ennustaja kroonilise haiguse olemasolu. Kroonilise haigusega inimestel on 1,6 korda suurem (95% CI 1,35–1,89) šanss depressiooniks võrreldes inimestega, kel kroonilist haigust ei ole.

#### 4.2.6. Leibkonnatüüp ja lastega perede toimetulek

Kvantitatiivuuringu analüüsid perede laste arvu, üksikvanemate ja muude leibkonnatüüpide kaupa ei näidanud statistiliselt olulisi erinevusi inimeste vaimses tervises. Eelkõige kujundas leibkondade eripärasid üksi või koos elamine ja inimeste vanus. Seepärast on edasiseks analüüsiks leibkonnad jagatud kuueks tüübiks: 1) 18–44-aastased vastajad ning 2) 45-aastased ja vanemad, kelle leibkonnas on vähemalt üks alaealine laps; 3) 18–44-aastased ning 4) 45-aastased ja vanemad, kes elavad üksinda; 5) 18–44-aastased ning 6) 45-aastased ja vanemad muud tüüpi leibkondade esindajad. Vanusepiiri puhul on arvestatud nii depressiooni ja ärevuse esinemise tõenäosust (joonised 4.1.4.1 ja 4.1.4.2), lastega leibkondade osakaalu valimis (I laines vastajatest vanuserühmas 35–44 elas 67% leibkonnas, mille liikmete hulgas oli alaealisi, kuid vanuserühmas 45–54 ainult 37%) ning vanuserühmade piire siinse aruande teistes analüüsides.

Lastega leibkonnad koondavad erinevaid lastega peresid, sest vaimse tervise probleemide esinemine ei olnud erinev üksikvanematel, samuti ei olnud olulisi erinevusi suurema või väiksema laste arvuga leibkondade vahel. „Muude“ perede koosseisust moodustavad enamuse ilma lasteta paarid; järgnevas ei ole tehtud vahet, ega vastajal ei ole lapsi või kas ta elab lapsest eraldi — need rühmad oleksid sisuka analüüsi jaoks liiga väikesed.

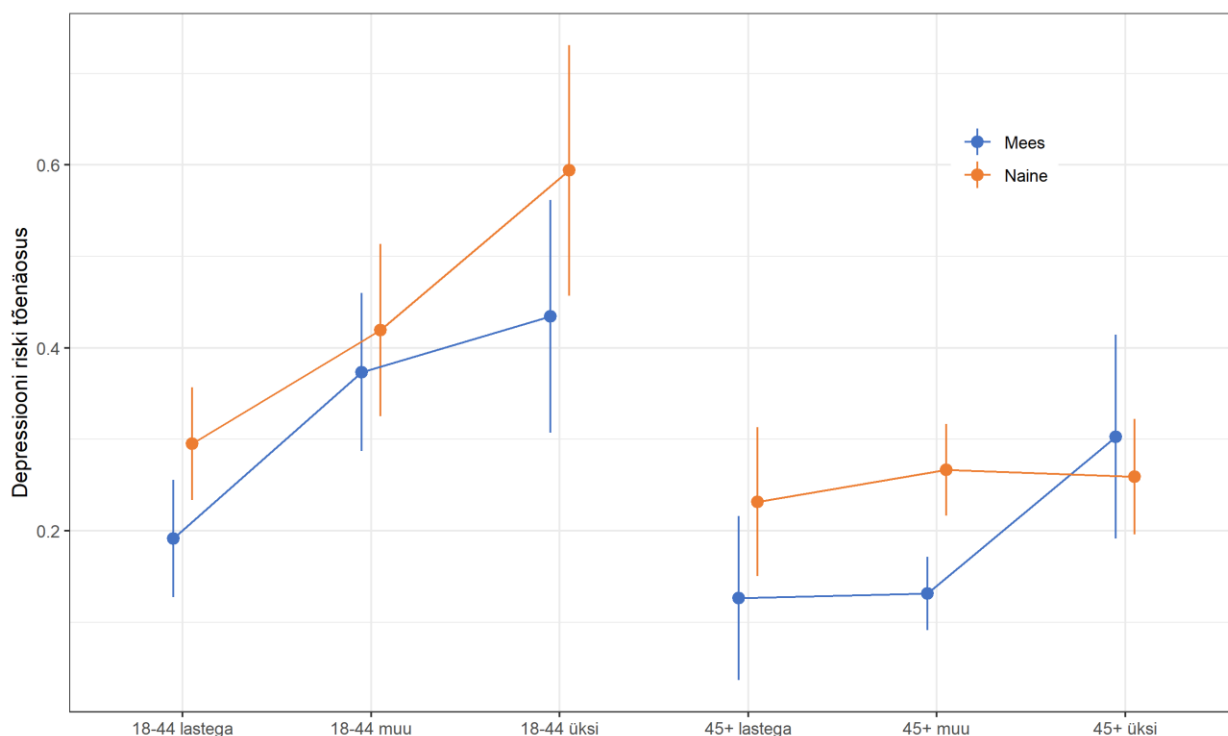
Nende kuue tüübi sees vaatame eraldi mehi ja naisi, kuna soolised erinevused vaimse tervise probleemides on paljudel juhtudel suured. Täpsemad analüüsid (sh nii I kui III uuringulaine joonised EEK-2 alaskaaladel põhineva häireriski kohta rühmade ja soo järgi) on esitatud lisa 8 tabelites 66–75.

Valdavalt tunnistasid naised kõigis leibkonnatüüpides enam, et neil oli viirusega seotud kriisi ajal vaimse tervise probleeme. Naistel oli uuringu järgi suurem sotsiaalne võrgustik, kuid see ei kaitse neid vaimse tervise probleemide eest.

Depressioonirisk oli kõige suurem 18–44-aastaste üksi elavate inimeste seas nii 2021. kui ka 2022. aastal (lisa 8 tabelid ning joonised 66 ja 71; joonis 4.2.6.1), see oli naistel ja meestel oluliselt suurem kui lastega leibkondades. 45-aastaste ja vanemate vastajate hulgas olid erinevused leibkondade vahel väiksemad. Selgelt eristuv rühm olid 45-aastased ja vanemad üksi elavad mehed: nende depressioonirisk oli nii 2021. kui ka 2022. a suurem kui teistes leibkonnatüüpides samas vanuserühmas. 45-aastaste ja vanemate naiste hulgas ei olnud olulisi erinevusi leibkonnatüüpide vahel.

Ärevushäire risk naistel ei sõltunud kummaski küsitluslaines leibkonnatüübist, meestel eristus „muu“ leibkonnatüüp: 18–44-aastaste rühmas oli neil suurem ärevushäire risk kui lastega leibkondades ( $p = 0,022$ ), kuid 45-aastaste ja vanemate rühmas väiksem kui lastega leibkondades ( $p = 0,036$ ; lisa 8 tabelid 67 ja 72). Need erinevused võivad olla juhuslikud.

Unehäirete puhul ei sõltunud naistel probleemide esinemine leibkonnatüübist. 18–44-aastastel lastega leibkondades elavatel meestel oli väiksem uneprobleemide tõenäosus kui teistes leibkonnatüüpides ( $p < 0,01$ ), üksi elavatel meestel oli rohkem uneprobleeme kui lastega leibkondades elavatel meestel (lisa 8 tabelid 69 ja 74). See tulemus võib olla seletatav elustiili erinevustega.



**Joonis 4.2.6.1.** Depressiooniriski tõenäosuse seos leibkonnatüübiga (RVTU I küsitluslaine, 2021 I kv)

Vaimse kurnatuse risk (lisa 8 tabelid 70 ja 75) I küsitluslaines (2021) oli üksi elavatel meestel mõlemas vanuserühmas statistiliselt oluliselt suurem kui lastega leibkondades elavatel meestel (45-aastaste ja vanemate meeste rühmas oli erinevus ka üksi elavate ja „muu“ leibkonnatüübi vahel); 18–44-aastastel naistel oli lastega leibkondades väiksem vaimse kurnatuse risk kui teistes leibkonnarühmades ning 45-aastastel ja vanematel naistel ei olnud leibkonnatüüpide vahel erinevust. III küsitluslaines (2022) ei olnud leibkonnatüüpide vahel vaimse kurnatuse riskis olulisi erinevusi ei naiste ega meeste hulgas. Ainus erand oli 18–44-aastaste naiste seas esinenud erinevus lastega ja „muu“ leibkonnatüübi vahel ( $p = 0,032$ ); ning samasuunaline, kuid statistiliselt mitteoluline erinevus lastega ja üksi elavate naiste vahel ( $p = 0,056$ ).

Alaealiste laste olemasolu on riskitegurina käsitletud mitmes vaimse tervise probleemide esinemist ning teenusekasutust käsitlevas analüüsis. Paljud varasemad uuringud maailmast on näidanud, et lastega peredes oli koroonakriisi ajal kõrgem stressitase, eriti naistel. Miks vaimse tervise uuringus see välja ei tule? Üks põhjus võib olla erinevates meetodikates. Näiteks kui võrdleme EEK-2 vaimse tervise probleemide rühmi vastustega inimestelt, kus neilt küsiti otse, kas koroonaaeg suurendas stressi, siis näeme naistel kõigis rühmades palju kõrgemat taset.

Siiski ei ole ise enda stressi muutust hinnates lastega perede emad kõrgema tasemega kui teised naised. Üks võimalik seletus võib olla see, et lasteaiad olid Eestis lahti ka kriisi ajal. Töötavatel koolilastega lapsevanematel oli raske, kuid tänu õppekorraldusele ning suuremale liikumisvabadusele ei olnud see



siiski nii keeruline kui teistes riikides (vastavad analüüsid on võimalik teha näiteks ESS 2021 andmetega hiljem).

#### 4.2.7. Vanemaealised

RVTU küsitlusuuringu andmete põhjal ilmneb mitmel vaimse tervise probleemil (nt depressioon, paanikahäire, vaimne kurnatus, surma- või suitsiidimõtted) vanusega U-kujuline seos: lisaks noorematele vanuserühmadele on keskealistega võrreldes suurem häirete risk ka vanematel vanuserühmadel. Samas on probleeme, mille esinemine vanusega üha kasvab (nt unehäired, somaatilised kaebused, mäluprobleemid), samuti probleeme, mida vanemaealistel esineb noorematest vähem (nt alkoholi liigtarvitamine, liigsöömine; lisa 8 tabelid 2–28).

Kui määratleda vanemaealistena 75-aastased ja vanemad vastajad<sup>2</sup>, on neil keskealiste (45–74-aastased) vastajatega võrreldes suurem vaimse kurnatuse (I küsitlusaine andmete põhjal OR = 1,54; 95% CI 1,12–2,12), surma- või suitsiidimõtete (OR = 2,02; 1,19–3,43), unehäirete (OR = 1,51; 95% CI 1,10–2,07), somaatiliste kaebuste (OR = 2,10; 95% CI 1,53–2,89) ja mäluprobleemide (OR = 2,95; 95% CI 2,10–4,14) esinemise šanss. Probleemid süvenevad vanuse kasvades — 85-aastastel ja vanematel on 75–84-aastastega võrreldes omakorda suurem vaimse kurnatuse (OR = 2,05; 95% CI 1,03–4,10), somaatiliste kaebuste (OR = 2,06; 95% CI 1,15–3,67) ja mäluprobleemide (OR = 3,04; 95% CI 1,62–5,70) šanss. Nagu eelnevalt mainitud, ei saa somaatiliste kaebuste puhul rääkida somatoformsetest häiretest, kuna kaebuste somaatilised põhjused ei ole välistatud.

EEK-2-ga hinnatud emotsionaalsete probleemide (depressioon, paanikahäire, vaimne kurnatus ja unehäired) suurem risk 75-aastaste ja vanemate vanuserühmas keskealistega võrreldes ilmnis juba enne koroonakriisi, märgatavat hüpet RVTU andmetes ETeU 2019-ga võrreldes ei ilmnenud (joonised 4.1.4.1 ja 4.1.4.2; lisa 8 joonised 1–6). Seega on raske välja tuua koroonakriisi spetsiifilist mõju vanemaealise rahvastiku vaimsele tervisele.

Kõige vanema vanuserühma (85-a ja vanemad) puhul on näha, et kuigi EEK-2 põhjal depressioonirisk suureneb, siis psühholoogi vastuvõtule pöördumise tõenäosus on selles vanuserühmas hoopis vähenenud ning ka viimase 5 aasta diagnoosi saamise tõenäosus ei ole kasvanud (joonis 4.4.5.1). Mõningast suurenemist võib täheldada psühhiaatrilise abi kasutamise tõenäosuses, kuid ei ole selge, kas see kasv vastab 85+ vanuserühmas täheldatud depressiooniriski suurenemisest tingitud lisavajadusele vaimse tervise abi järele. Tulemus viitab võimalikule puudujäägile vaimse tervise teenuste kättesaadavuses vanuserühmas 85+, samuti ennetusvõimaluste ebapiisavale kasutamisele nooremates vanuserühmades.

Siinkohal tuleb arvesse võtta EEK-2 sõelküsimumustiku võimalikke puudusi ja täiendavat valideerimisvajadust eakatel kasutamiseks. Näiteks EEK-2 küsimus “korduvad surma- või enesetapumõtted” kombineerib probleemi ja vaevuse kirjeldusena surma- ja enesetapumõtted ühte väitesse, mis ei pruugi vanemate

---

<sup>2</sup> Vanusepiir valiti vastavalt ETeU 2019 andmete analüüsil kasutatud vanusepiirile.

vastajate puhul olla sama tähendusega kui noorematel, sest vanemas eas on kokkupuuted surmaga sagedasemad ning inimese häiritus nendest seetõttu väiksem.

#### 4.2.8. Kokkuvõte

1. Noorukid, eriti alaealised tüdrukud, on silmatorkav riskirühm erinevate vaimse tervise häirete suhtes. Noorukite puhul on oluline teha lisauuringuid suurematel valimitel ja noorukitele kohandatud mõõdikutega.
2. Noorte täiskasvanute seas on võrreldes pandeemiaeelse ajaga suurenenud depressiooni ja ärevushäirete levimus, seda nii enesekohaste kui ka registripõhiste andmete järgi.
3. Madal haridustase ja väike sissetulek on vaimse tervise riskitegurid enamiku enesekohaste näitajate ja mitmete registreeritud haigestumuse indikaatorite puhul.
4. Töötutel on suurem depressiooni- ja ärevuserisk ning väiksem vaimse tervisega seotud heaolu. Töötuks jäämine tähendas vahetult (1–2 kuud pärast töötuks jäämist) suuremat depressiooniriski ning kogu mõõtmisperioodi jooksul suuremat ärevuseriski.
5. Naistel on depressiooni- ja ärevushäirete risk suurem kõigis leibkonnatüüpides, v.a keskealised ja vanemad üksikud inimesed, kus meeste depressioonirisk on pisut suurem.
6. Lastega täiskasvanutel on üldiselt vähem vaimse tervise probleeme (depressiooni, ärevust, vaimset kurnatust) kui üksi elavatel täiskasvanutel.
7. Teatud vaimse tervise probleemid (nt depressioon, suitsidaalsus, vaimne kurnatus, unehäired, somaatilised kaebused, mäluprobleemid) esinevad vanemaealistel sagedamini kui keskealistel, kuid koroonakriisi selget mõju vanemaealiste vaimsele tervisele tulemustest ei ilmnenud.

### 4.3. Toimetulekuviisid ja teenuste kasutamine

#### 4.3.1. Mida inimesed koroonakriisi ajal tegid, et paremini toime tulla?

Selge on see, et inimesed saavad oma toimetuleku toetamiseks päris palju ise ära teha. Näiteks on võimalik jätkata võimalikult normaalse elukorraldusega või seada oma tegemisi nii, et need pakuksid rohkem rõõmu, aga ka tugineda olemasolevatele abivõimalustele ja vaimset tervist toetavatele teenustele. Küsitlusuuringu I ja III laines küsisime täiskasvanutelt ning II ja III laines alaealistelt, millised pakutud abivõimalused aitasid neil koroonakriisis toime tulla.

Täiskasvanute valimis oli mõlemas laines kasutamise sageduselt esikohal kasulike tele- ja raadiosaadete vaatamine ja kuulamine või veebiseminaridel osalemine — I laines märkis selle abivõimaluse kasutamist 60,4% (95% CI 57,9–62,8%) ja III laines 55,7% (95% CI 52,7–58,6%) vastajatest (lisa 8 tabel 77). Ligi pooled vastajad (48,2%; 95% CI 45,3–51,1) kasutasid lähedaste abi (küsitati sellisena ainult III laines). Samuti oli populaarsemate abivõimaluste seas oma murede kohta internetist lisateabe otsimine (I laines 38,0%, 95%

CI 35,6–40,4%; III laines 39,7%, 95% CI 36,9–42,6%). Abivõimaluste kasutamine oli seotud vastajate sotsiaal-demograafilise profiili ja vaimse tervise seisundiga (lisa 8 tabelid 50–51).

Alaealised (15–17-a, keda küsitleti II ja III laines) kasutasid etteantud mitteformaalsetest abivõimalustest kõige rohkem (III laines 64,2%, 95% CI 57,2–70,8%) lähedaste poole pöördumist. Vanemate täiskasvanutega võrreldes otsisid nad rohkem abi internetist (II laines 46,4%, 95% CI 39,7–53,2%; III laines 49,8%, 95% CI 42,7–56,8%) ning kasutasid veebi- ja telefonirakendusi (II laines 17,6%, 95% CI 12,8–23,2%; III laines 11,8%, 95% CI 7,9–17,0%), kuid kuulasid-vaatasid vähem radio- ja telesaateid ning veebiseminare (II laines 39,6%, 95% CI 33,2–46,4%; III laines 37,4%, 95% CI 30,8–44,5%). Samad tendentsid ilmselid täiskasvanute valimi sees nooremate ja vanemate vanuserühmade võrdluses. Ühegi abivõimaluse kasutamise sagedus ei olnud kahe laine võrdluses erinev.

15–17-a tüdrukud olid aktiivsemad abi otsijad kui samas vanuses poisid: nad pöördusid sagedamini abi saamiseks lähedaste poole, otsisid internetist lisateavet ja kasutasid vaimse tervise rakendusi. Muude sotsiaal-demograafiliste tunnustega (asulatüüp, rahvus, peretüüp, õppimisstaatus, pere majanduslik olukord) abivõimaluste kasutamisel märkimisväärseid seoseid ei ilmnenu. Alaealised, kes kogesid enam koroonakriisist tulenevat stressi ning kelle tervise enesehinnang või eluga rahulolu oli väike, kasutasid enam vaimse tervise veebi- ja telefonirakendusi ning otsisid internetist teavet (lisa 8 tabelid 78–79).

Kuna need tegevused ei kata ära kõiki võimalikke abiviise, siis etteantud valikutega küsimuste kõrval küsisime II laines täiskasvanutelt vabavastustena, mis olid need kolm kõige olulisemat tegevust, mis aitasid inimestel koroonakriisi ajal toime tulla või meeleolu parandada (D38 „kolm kõige olulisemat tegevust, mis aitasid .. toime tulla“). Vastuste kodeerimisel on arvestatud, et üks tegevus võib sisaldada mitut asja, näiteks lastega metsas matkamine on seotud nii pere (lähedaste), liikumise kui ka loodusega. Kõikidest teises laines vastanutest (3760 inimest, täiskasvanute valim) 85% ehk 3202 vastajat teatasid üht või mitut sellist tegevust (Kasekamp, 2022). Tabelis 4.3.1.1 on esile toodud kõik kategooriad, mille alla tegevused paigutusid ja mida vastajad nimetasid rohkem kui 5%. Mitmeid teisi viise, näiteks psühhoaktiivsete ainete kasutamist, seksi või informatsioonist hoidumist toodi esile harvemini (lisa 8 tabel 81).

Torkab silma, et inimesed said koroonakriisist tuge peamiselt isiklikest suhetest ja tegevustest ning mehed ja naised kasutasid küllaltki sarnaseid tegevusi. Mitte ükski kõige sagedamini kasutatud toimetulekut toetavatest tegevustest ei ole otseselt riigi või omavalitsuse korraldada, küll aga esines riigi tegevuse tulemusena neis märkimisväärseid takistusi, näiteks suleti spordiklubid või laulukoorid ning piirati kontakte inimeste vahel. Kõige edukamaks peetigi suhtlemist ja koos tegutsemist pere, laste ja lähedastega, mis vastab lisa 8 tabelis 77 esitatud tulemustele, kust on näha, et see oli III laines sageduselt teine, kuid efektiivsuselt kõige parem abimeetod. Erinevaid tegevusi on naised kasutanud sagedamini kui mehed: ainult 13,8% naisi ei nimetanud ühtki tegevust, mis oleks neid koroonakriisist aidanud, samas kui selliseid mehi oli peaaegu kaks korda rohkem (23,8%). Lisaks on näha, et töö on mehi aidanud rohkem kui naisi, samas kui sõbrad, liikumine ja hoid on pakkunud naistele meestest rohkem tuge.

**Tabel 4.3.1.1.** Täiskasvanud vastajate nimetatud nende koroonakriisiga toimetulekut soodustanud tegevuste esinemissagedus reastatuna sageduse alusel (RVTU küsitlusuuringu II laine, 2021 II kv)

Strateegia	Kõik vastajad (N = 3202)		Mehed (N = 1155)		Naised (N = 2047)	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%
	1. Sotsiaalne tugi	1528	47,7	463	40,1	1065
2. Liikumine, sport	1198	37,4	352	30,5	846	41,3
3. Hobid	1169	36,5	325	28,1	844	41,2
4. Aed, kodu	1129	35,3	385	33,3	744	36,4
5. Loodus, värsk õhk	1065	33,3	321	27,8	744	36,4
6. Meelelahutus	941	29,4	343	29,7	598	29,2
7. Töö	448	14,0	223	19,3	225	11,0
8. Positiivne mõtlemine	378	11,8	147	12,7	231	11,3
9. Tervist toetav käitumine, piirangute järgimine	332	10,4	140	12,1	192	9,4
10. Lemmikloomad	200	6,3	47	4,1	153	7,5

**Märkus.** Kaalumata andmed. Analüüs on tehtud G. Kasekampi magistritöö raames (Kasekamp, 2022).

Tervisega seotud elustiilitegurid olid heaoluga seotud samuti küsitlusandmetes (regressioonanalüüsi tulemused lisa 8 tabelis 31, kohandatud taustateguritele). Nii I kui ka III laines olid healuindeksiga (VTHOI) positiivselt seotud uneaja ( $\geq 7$  tundi) ja kehalise aktiivsuse (möödukas kuni intensiivne kehaline aktiivsus vähemalt kaks korda nädalas) soovitude järgimine. Alkoholi tarvitamine üle kolme korra nädalas ennustas väiksemat heaolu. I laine andmetes oli väiksema heaoluga seotud suitsetamine ja narkootiliste ainete tarvitamine. Tugevaim seos (standardiseeritud regressioonikordaja 0,34–0,35) oli uneaja tunnusel, sellele järgnes I ja III laines alkoholi tarvitamine üle kolme korra nädalas (standardiseeritud regressioonikordajad vastavalt –0,22 ja –0,35).

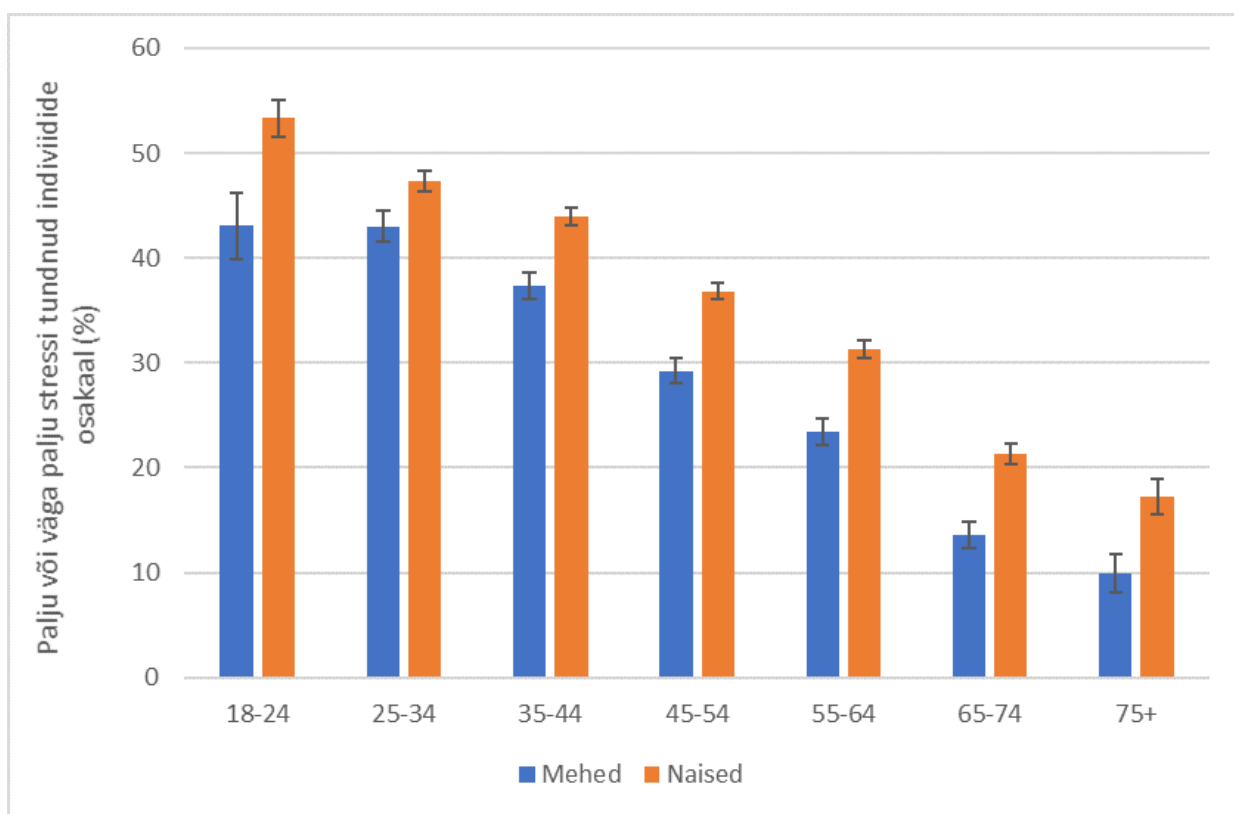
Longitudandmetes (võrreldes käitumise muutusi eri uuringulainete vahel) kaasnes positiivse tervisekäitumise muutusega (uneaja või kehalise aktiivsuse suurenemine) positiivne muutus heaolus ja depressiooniskoori vähenemine (tulemused lisa 8 tabelis 30).

#### 4.3.2. Koroonastressi nägu

Kui koroonaviiruse leviku tõttu seadis riik 2020. a kevadel inimeste tegutsemisvabadusele hulgaliselt piiranguid, on paslik küsida, mil määral need piirangud seostusid koroonaviirusest tuleneva stressiga. On teada, et inimesed kogevad ikka stressi. See on elu loomulik osa, mida kinnitavad ka juba rohkem kui 30 aastat kogutud Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu (TKU) andmed. TKU-s on stressi tajumist hindavale küsimusele „Kas Te olete viimase 30 päeva vältel olnud stressis, pinges all?“ viimastel aastatel (2018, 2020; Reile jt, 2019; Reile ja Veideman, 2021) vastanud „talumatult või teistega võrreldes

oluliselt rohkem“ umbes 20% 16–64-a rahvastikust, kusjuures võrreldes 2018. aastaga on see osakaal 2020. aastaks pisut tõusnud (21,2% vs. 20,7%). On põhjust arvata, et koroonapandeemia ja sellega seotud piirangud on stressi ühiskonnas suurendanud.

TÜ EGV 2021. a kevade HEVT uuring seda järeldust täiskasvanute osas ka toetab. Kuigi küsimus („Kõike oma elus toimuvat arvesse võttes, kui palju stressi te olete viimasel ajal tundnud?“) polnud sõnastatud päris samamoodi kui TKU-s, näitasid tulemused, et palju või väga palju stressi oli tundnud 37,6% 18-aastastest ja vanematest naistest ning 30,3% meestest. Jooniselt 4.3.2.1 nähtub, et lisaks üsna tavapärasele naiste kõrgematele stressiskooridele (võrreldes meestega) on stressis suhteliselt rohkem nooremaid kui vanemaid inimesi.

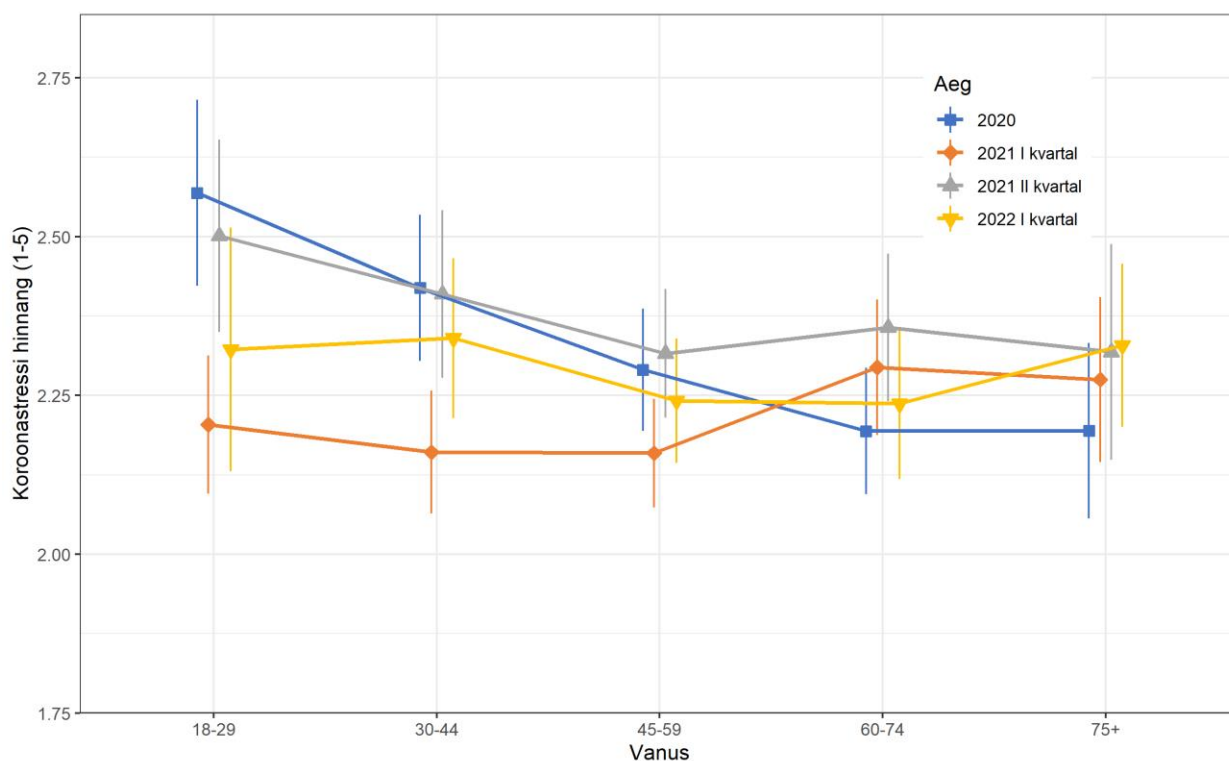


**Joonis 4.3.2.1.** Stressi kogemise määr geenidoonorite hulgas vanuserühmiti (2021. a kevade EGV-HEVT uuring, N = 85 864). Haarad on +/-95% usaldusvahemikud

Stressitaset hindas samuti sinne uuring. Kõigis kolmes laines küsisime (skaalal: 1 – üldse mitte ... 5 – väga palju) täiskasvanutelt (18-aastased ja vanemad), kui palju koroonaga seotud stressi vastaja hetkel tunneb. Lisaks küsiti I laines, kui palju koroonastressi tundis vastaja eriolukorra ajal (kevadel 2020). Nende vastuste tulemused on joonisel 4.3.2.2.

Nagu ka EGV-HEVT uuringust oli näha, puudutas koroonastress tugevamalt pigem nooremaid vastajaid ning et alates keskeast pole selle kogemises vanuserühmade vahel märkimisväärseid erinevusi. Varasuvine koroonastressitase oli kõikides vanuserühmades oluliselt kõrgem kui talvine, samuti on

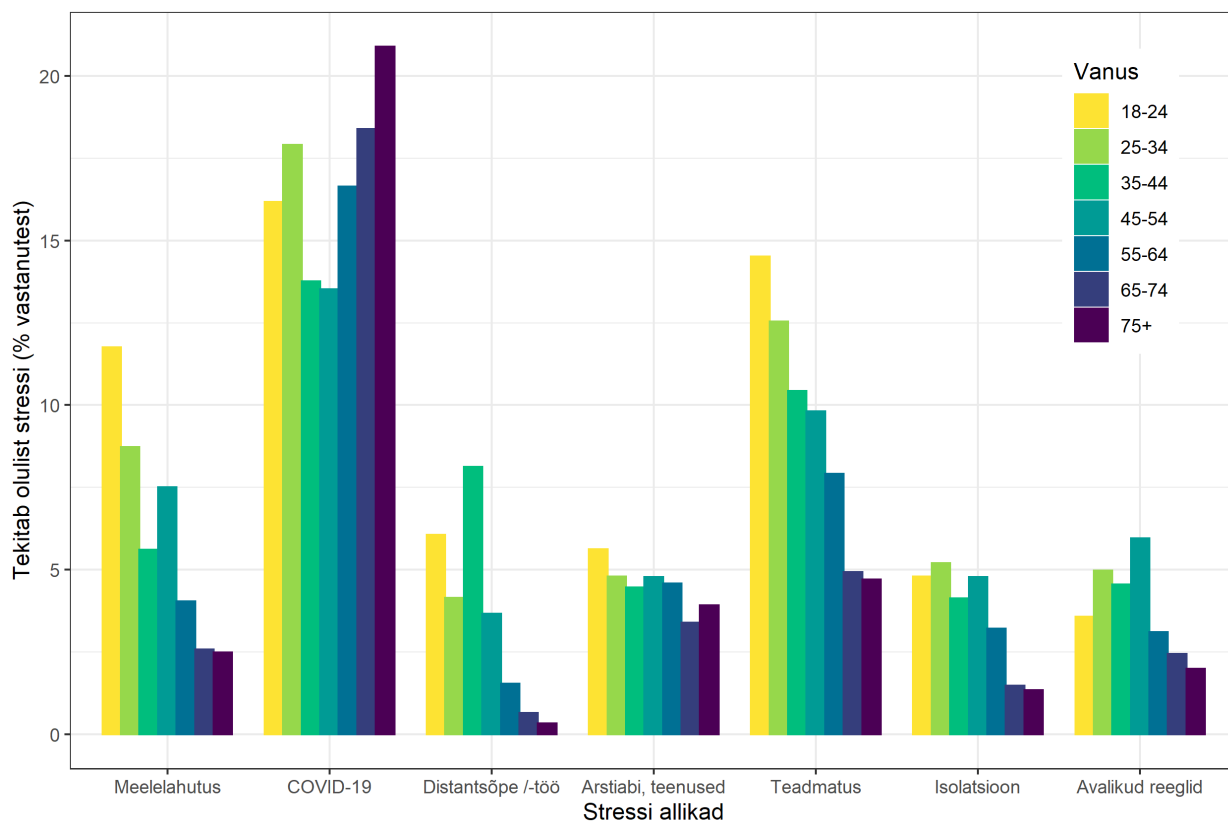
erinevus koroonastressitasemes noorte ja vanemate vahel suvel suurem kui talvel. Selle põhjuseid me praegu veel ei tea. Samas torkab silma, et vanemaelised vastajad meenutavad eriolukorraaegset koroonastressi leebemalt kui nooremad (joonis 4.3.2.2). See on ilmselt seletatav tegelike suuremate piirangutega noorematele, kelle tegutsemine koolis, tööl ja lapsevanemana nõudis tegelikkuses suuremaid pingutusi kohanemisel, aga ka eakohaste mälu iseärasustega. Kuna hetkehinnangud erinevad noorte ja vanemaeliste vahel vähem kui retrospektiivsed hinnangud, võib positiivse kaldega mäletamist pidada küllaltki tõepäraseks.



**Joonis 4.3.2.2.** Täisealiste vastajate hinnangud käesoleva aja koroonaga seotud stressile. Hinnangud on kogutud 3 küsitluslaines (I – 2021 I kvartal, II – 2021 II kvartal, III – 2022 I kvartal); hinnang 2020 kevade eriolukorraga seoses kogetud stressile anti tagasisivaatavalt I küsitluslaines. Haardad esindavad +/-95% usalduspiire

Eespool viitasime sellele, et koroonaviiruse leviku tõkestamisega seotud piirangud võisid olla lisastressi allikaks. RVTU uuringu II laines küsisimegi täiskasvanute valimilt spetsiifiliselt, mil määral erinevad koroonaviiruse leviku tõkestamise piirangud vastajates stressi tekitasid. Loetelus oli kokku 27 tegurit ning need saab koondada järgmiste teemade alla: meelelahutus ja suhtlemispiirangud, oht haigestuda koroonasse ja selle tagajärjed, distantsõpe ja -töö, teenuste (sh arstiabi) kättesaadavuse ja külastuspiirangud, piirangute ja juhiste ebaselgus, kohustus püsida isolatsioonis ning avalikud käitumispriirangud (maskikandmise kohustus jms). Üllatuslikult selgub, et kõigis vanuserühmades oli suurim koroonaga seotud stressor korona ise (ehk oht, et vastaja ise või keegi lähedane haigestub ja selle tagajärjed). Arusaadavalt olid distantsõpe ja kaugtöö (sh kodukontoris töötamine) kõige selgemalt

stressoriks vanuserühmas 35–44 aastat, sest selles vanuses on ka abi vajavate kooliõpilaste vanemaid enim. Noorematel olid olulised stressorid veel meelelahutuse piirangud ning teadmatus koroonaja ja selle levikut tõkestavate meetmete rakendamise kohta. Need tulemused on näha joonisel 4.3.2.3.



**Joonis 4.3.2.3.** Täiskasvanud vastajate osakaal, kelle jaoks koroonaviirus ja selle leviku tõkestamise vastavad meetmed tekitasid olulist stressi (RVTU II küsitlusaine andmed)

Võttes need kaks teadmist nüüd kokku (et koroonaja ise oli koroonapiirangutest tugevamgi stressor ning inimesi aitas nende enda arvates koroonaja toime tulla meediatarbimine, suhtlemine ja meeldivad tegevused), saame küsida, kas meil on ka tõendeid nende abimeetodite tõhusast mõjust vaimse tervise näitajatele?

#### 4.3.3. Mis aitas koroonastressiga toime tulla?

Kõik toimetulekut toetavad abimeetodid on olnud neid kasutanud täiskasvanute hinnangul suures osas kasulikud (lisa 8 tabel 77). Samas on näha, et enam kasutatud abisaamisviisid on samad, mille puhul hinnatakse, et need aitasid koroonakriisis toime tulla. Järgmisena analüüsisime, kas on võimalik nende kasutatud abimeetodite vaimset tervist toetavat olemust kogutud andmete põhjal ka kuidagi demonstreerida. Selleks analüüsisime logistilise regressiooni meetodi abil nii koroonastressi kui depressiivsuse (EEK-2 andmetel) tulemusi täiskasvanud elanikkonnal I ja III laines, eeldades, et abimeetodeid kasutanud isikutel võiks see kasutamine väljenduda madalamas koroonastressi või

depressiivsuse tulemuses. Koroonastressi puhul jaotati inimesed nendeks, kes käesoleval hetkel tundsid seoses koroonaga suurt või väga suurt stressi, ja nendeks, kes seda ei tundnud. Depressiivsuse puhul oli jaotuse aluseks EEK-2 testi depressiivsuse alaskaala äralõikepunkti (11) ületamine. Seega ennustasid kasutatud mudelid kuulumist kõrgesse stressi tajumise või depressiooniriski rühma III laines, kusjuures faktorid olid veel sugu, haridus (3 tasemel: alla keskhariduse, kesk- või kutseharidus, kõrgharidus), vanus, vastav vaimse tervise tunnus I laines (st kas koroonastressitase või depressiivsus) ning abimeetodist vähemalt mõningal määral abi saamine või mitte (siin analüüsis on need, kes ei kasutanud abimeetodeid ja need, kes küll kasutasid, aga ei saanud abi, koos, kaalusid kasutatud ei ole).

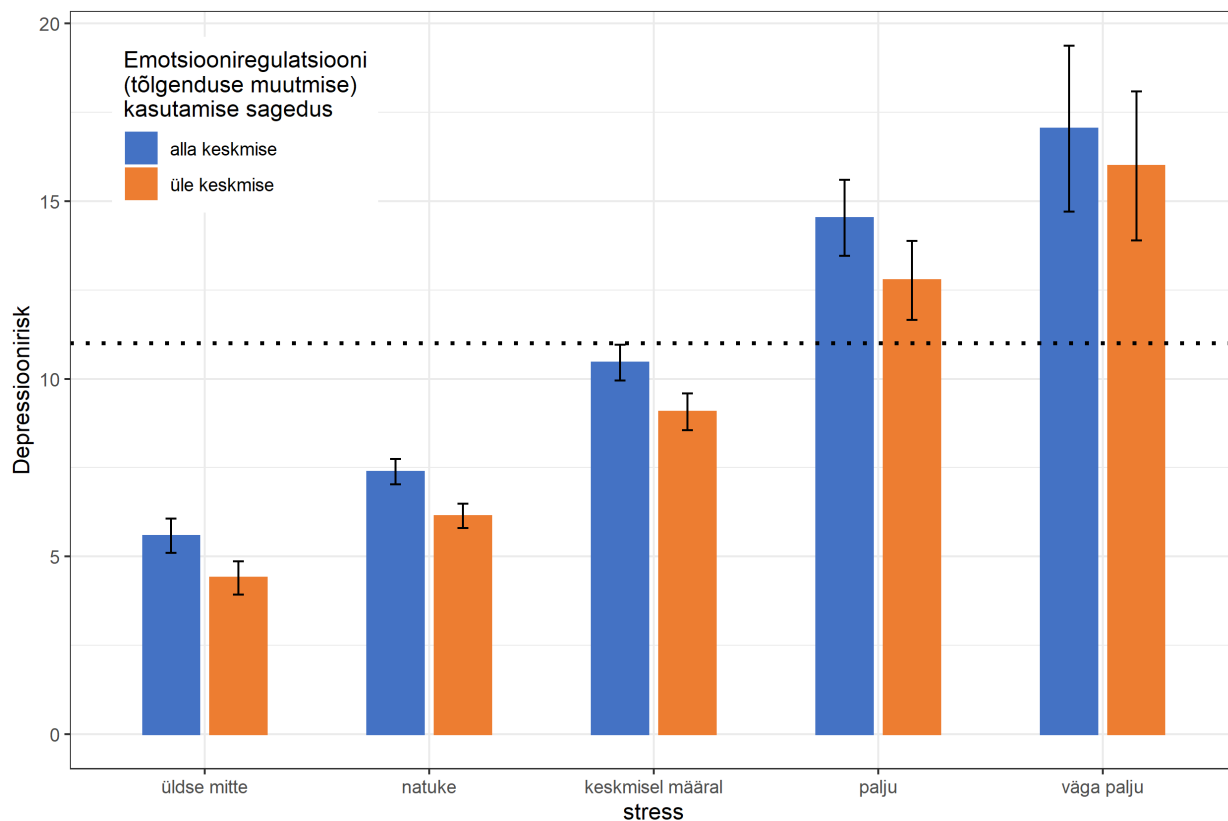
Tulemustest ilmneb, et siinse uuringu I laines registreeritud koroonastress või depressioonirisk on kõige tugevam III laines mõõdetud koroonastressi või depressiivsuse ennustaja, mis on ka mõistetav, sest muutused vaimse tervise seisundis (eriti paremuse suunas) ei ole tihti kiired ega suured. Lisaks selgub, et enamik kasutatud abimeetodeid (tabel 4.3.1.1) ei anna aasta jooksul koroonastressi- ja depressiivsuse tasemele vahetult jälgitavat efekti. Positiivse poole pealt saab esile tuua kasulike tele- ja raadiosaadete vaatamise ja kuulamise või veebiseminaridel osalemise, mis tõepoolest mõnevõrra koroonastressi vähenemises väljendus. Lisaks leevendas uuritud tunnustest koroonastressi kõrgharidus (võrreldes põhiharidusega). See pole väga üllatav, sest haridus võimaldab keerulistes oludes paremini teavet otsida ja hallata ning niimoodi võiksid põhjendamatud hirmud hajuda. Veel ilmnes, et III laine koroonastress ja depressiivsus olid võrreldes I lainega veidi suurenenud nendel, kes teatasid professionaalsete vaimse tervise spetsialistide (psühhiaater, psühholoog, psühhoterapeut) juurest abi saamist. Siin tuleb olla järelustega ettevaatlik, sest see näitab tõenäoliselt, et nende spetsialistide abi kasutavadki inimesed suuremate probleemide puhul. Me ei tea, milline oleks nende vaimne seisnud, kui nad ei oleks kasutanud professionaalset vaimse tervise abi.

Võiksite hoopis küsida, kas laialdasem psühholoogiline tugi võiks stressi kahjulike tagajärgede eest kaitsta. Teatavasti on stressil inimesele hulk kahjulikke tagajärgi, sh kehalised sümptomid (pulsi- ja hingamissageduse suurenemine, vererõhu tõus jms) ning muutused mõtlemises ja tunnetuses, mis kokkuvõttes aitavad nii mõnigi kord stressi tekitava olukorra lahendada, aga võivad samas viia raskemate kehaliste ja vaimsete probleemideni (nt depressioonini).

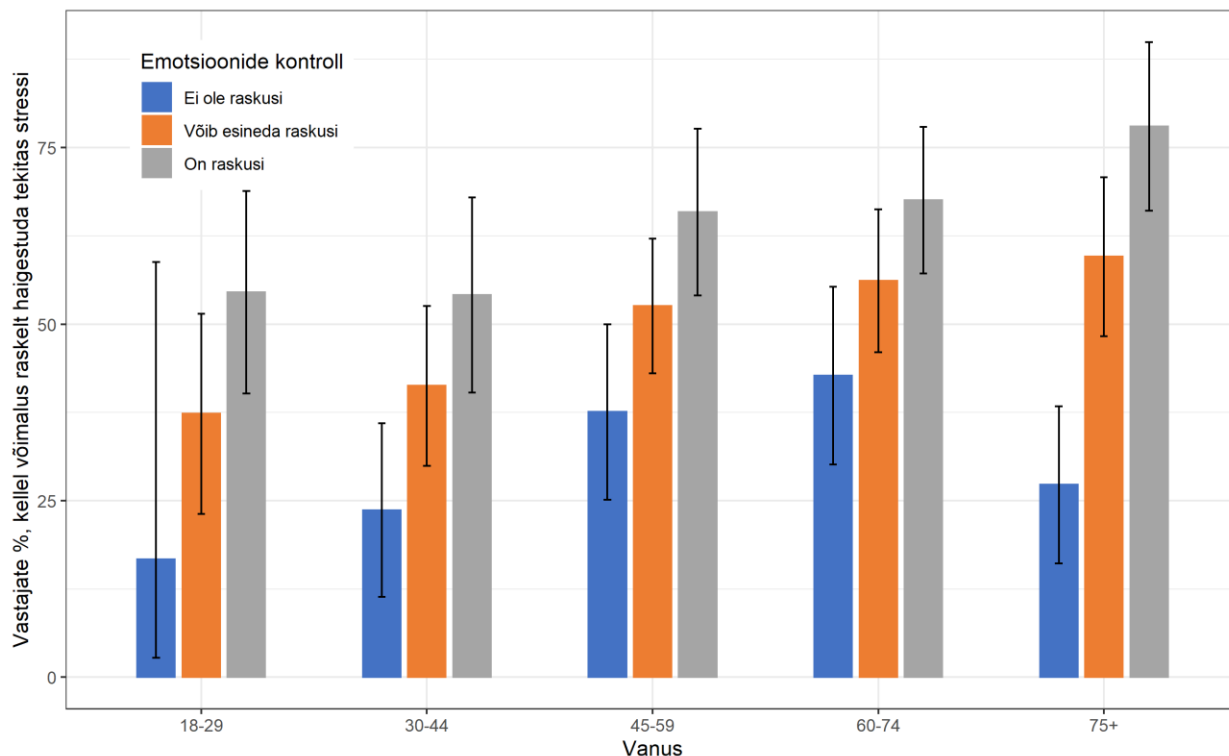
Iga kord ei ole olukorra muutmine inimese võimuses ja siis saabki rakendada teisi stressiga toimetulemise viise. Tabel 4.3.1.2 näitab, et inimesed olid need viisid, mis lubasid oma tähelepanu fookuse, olukorra teistmoodi tõlgendamise ja oma reaktsioonide muutmise kaudu stressi leevendada, kenasti üles leidnud. Meie uuring võimaldas vaadata, kas ja kuidas oma emotsioonide reguleerimise võime vähendas stressi ja depressiivsuse riski vahelisi seoseid. Peale stressitajumise („Kui palju stressi tunnete seoses koroonakriisiga käesoleval ajal?“) ja depressiivsuse (EEK-2, I laine) hindasime ka, kui sageli inimesed kasutavad järgmisi emotsioonidega toimetuleku viise: a) mõtlevad, mida nad sellest olukorrast õppida saaks; b) tuletavad endale meelde, et tulevad ebameeldivate olukordadega enamasti toime; c) küsivad endalt, kui oluline see olukord nende jaoks õigupoolest on; d) möönavad, et ebameeldivad olukorrad on elu paratamatu osa (Gross jt, 2019). Vastajad (kokku 4966, I laine) jaotati nende viiside kasutamise sageduse alusel kaheks, sündmuse emotsionaalse tõlgenduse muutmise keskmisest rohkem ja keskmisest



vähem kasutajateks. Jooniselt 4.3.3.1 selgub, et tõepoolest muudab emotsioonide reguleerimise kalduvus stressi ja depressiooniriski seost: sama stressitaseme korral on neil, kes kalduvad oma emotsioone reguleerima (sinised tulbad), väiksem depressioonirisk kui neil, kes seda eriti sageli ei tee (punased tulbad). Oluline on tähele panna, et lisaks sünnipärastele erinevustele emotsioonide reguleerimise oskuses on see midagi, mida saab igas eas nii ise kui ka vaimse tervise spetsialisti abiga õppida ja harjutada. Samas ei ole see oskus omandatav üleöö, vaid nõuab pidevat praktiseerimist. Siinne uuring ei võimalda vastata küsimusele, mida osalejad, kes kasutasid erinevaid eneseabi vahendeid või vaimse tervise spetsialistide abi, täpselt seejuures tegid ega ka sellele, milliste probleemidega nende abiviiside poole pöörduti. Küll aga saab praegusele analüüsile toetudes väita, et sõltumata probleemist võib oma emotsioonide reguleerimise oskust pidada vaimse tervise riskide puhul universaalseks viisiks, millega elus eettulevaid raskusi leevendada.



**Joonis 4.3.3.1.** Seos stressi ja depressiooniriski vahel sõltuvalt emotsioonide regulatsiooni viiside kasutamise sagedusest. N = 4966, I laine. Punktiirjoonega on märgitud EEK-2 depressiooniskaala äralõikepunkt (11)



**Joonis 4.3.3.2.** Haigestumisvõimalusest tingitud stressi taseme seos vanuse ja emotsioonide regulatsiooni raskuste esinemisega täiskasvanud elanikkonnas (RVTU I laine andmetel)

Küsimustikus sisaldus neli väidet emotsioonide regulatsiooni raskuste skaalast (DERS, Difficulties in Emotion Regulation Scale, Gratz & Roemer, 2004), nt küsiti, kui sageli on vastajal raske ärritununa oma käitumist kontrollida ning kui sageli nad usuvad, et ei saa endast väljas olles olukorra parandamiseks midagi teha. Selle skaala alusel jagati vastajad kolme rühma: need, kes vastasid kõigile neljale küsimusele, et probleeme ei esine „peaaegu mitte kunagi“, need, kes vastasid kõigile küsimustele, et probleeme esineb vähemalt „mõnikord“, ning vahepealne rühm. Jooniselt 4.4.4.2 on näha, et kõigis vanuserühmades tundsid haigestumisvõimalusest tingitud stressi enim need vastajad, kellel esines raskusi emotsioonide kontrolliga, ning vähim need, kellel emotsioonide kontrolli raskusi ei olnud. Seega seostus emotsioonide kontrolli edukus haigestumisvõimalusest tingitud stressi tundmisega, see muster on kõige selgemini jälgitav vanimas (75+) vanuserühmas.

#### 4.3.4. Kokkuvõte

1. Nii EGV-HEVT uuringu kui RVTU küsitlusandmed viitavad koroonakriisist tingitud tõusnud stressitasemele, eriti nooremates vanuserühmades ja 2021. a II kvartalis.
2. Sõltumata vanusest oli suurim koroonakriisiga seotud stressor oht haigestuda koroonasse ja selle tagajärjed, vähemal määral haiguse leviku tõkestamiseks kehtestatud piirangud.

3. RVTU küsitlusuuringu 2021. ja 2022. a ankeedis ette antud variantidest kolm kõige enam kasutatud võimalust koroonakriisiga toimetulekuks olid nii täiskasvanutel kui alaealistel nende jaoks kasulike tele- ja raadiosaadete või veebiseminaride jälgimine, lähedaste poole pöördumine ning internetist murede kohta lisateabe otsimine.
4. Spontaanselt nimetatud toimetulekut soodustanud tegevustest olid populaarseimad pere ja sõprade ning kehalise aktiivsusega seotud tegevused.
5. Emotsioonide reguleerimise kaudu on võimalik stressi ning selle negatiivseid tagajärgi leevendada. Heaolu ja depressiooni tõenäosust mõjutavad elustiilitegurid (sh uneaeg, kehaline aktiivsus, psühhoaktiivsete ainete tarvitamine) ning uneaja ja kehalise aktiivsuse muutused on longituuduuringus seotud heaolu ja depressiivsuse muutustega. See tulemus on laias laastus kooskõlas kvalitatiivuuringuga, kus paljud märkisid liikumist vaimse tervise probleemidega toimetuleku viisina, kuid une tähtsust mainiti palju vähem.

#### 4.4. Vaimse tervise teenuste kasutamine, vajadus ja kättesaadavus

##### 4.4.1. Vaimse tervise teenuste kasutamine küsitlusandmete põhjal

Vaimse tervise teenuste all käsitleme kitsamalt formaalseid vaimse tervise abivõimalusi, mis on psühhiaatri, psühholoogi ja psühhoterapeudi teenuste kasutamine, perearsti poole pöördumine, infotelefonile helistamine ning vaimuliku/hingehoidja poole pöördumine. Nende abivõimaluste kasutamise sagedused on samuti esitatud kokkuvõtlikult lisas 8 tabelis 77 ning üksikasjalikult tabelites 50–51, 58, 78 ja 79.

Kõige aktiivsemalt kasutati nimetatud vaimse tervise teenustest koroonakriisis toimetulekuks perearsti poole pöördumist, seda nii täiskasvanute (I laines 26,8%, 95% CI 24,7–29,0%; III laines 37,1%, 95% CI 34,4–39,9%) kui ka alaealiste valimis (II laines 27,0%, 95% CI 21,3–33,4%; III laines 34,0%, 95% CI 27,5–41,0%). Tuleb siiski tähele panna, et küsimuse üldine sõnastus ei võimalda eristada, kui suur osa pöördumistest oli seotud vaimse tervise murega ja kui suur osa muude terviseprobleemidega. Esimeses küsitluslaines pöördusid perearsti poole sagedamini naised (29,4% võrreldes 23,8%-ga meestest; OR = 1,33, 95% CI 1,06–1,67) ja nooremad vanuserühmad (39,0% 18–24-aastastest (baastase) vs. 19,2% 85-aastastest ja vanematest; OR = 0,37, 95% CI 0,20–0,67), alaealiste lastega vastajad (31,0% võrreldes 25,2%-ga ilma lasteta vastajatest; OR = 1,33, 95% CI 1,05–1,70) ja eesliinitöötajad (32,9% võrreldes 24,2%-ga teistest; OR = 1,54, 95% CI 1,18–2,01), samuti madalama tervise enesehinnanguga (30,6% vs. 22,5% hea või väga hea tervise enesehinnanguga; OR = 1,52, 95% CI 1,21–1,91), eluga rahulolematumad inimesed (32,6% vs. 24,9% eluga rahul olijatest; OR = 1,46, 95% CI 1,12–1,90) ning inimesed, kes kogesid koroonakriisiga seoses suuremat stressi (46,1% vs. 24,8% madala koroonastressitasemega; OR = 2,60, 95% CI 1,86–3,63). Kolmandas küsitluslaines oli perearsti poole pöördunute osakaal täiskasvanute valimis suurenenud ning sugude, vanuserühmade, lastega ja lasteta leibkondade, eesliinitöötajate ja teiste vahel statistiliselt olulised erinevused olid kadunud. Mõnevõrra enam kui suurima sissetulekuga rühm (31,9%) märkisid III laines perearsti poole pöördumist väikseima sissetulekuga vastajad (43,4%; OR = 1,69, 95% CI 1,06–2,69).

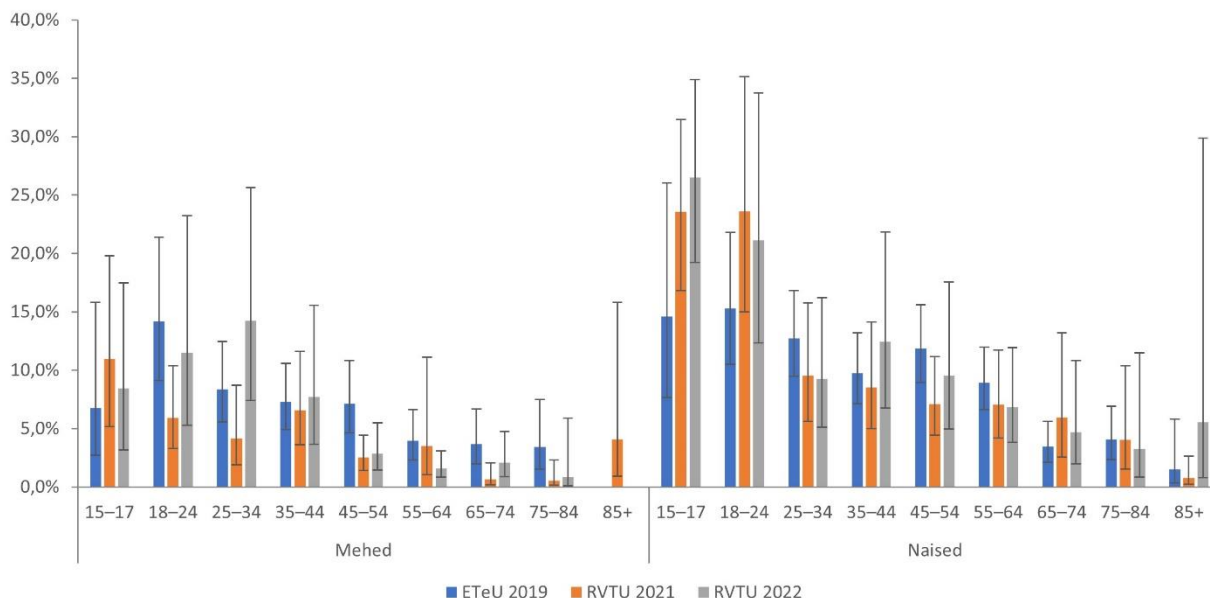
Seosed tervise enesehinnangu, eluga rahulolu ja koroonastressiga jäid sarnaseks I laines. Alaealiste valimis pöördusid perearsti poole sagedamini tüdrukud, mitte-eestlased ja madala tervise enesehinnanguga vastajad, kuid need erinevused oli statistiliselt olulised ainult II laines.

Vaimse tervise spetsialisti ehk psühhiaatri, psühholoogi või psühhoterapeudi teenuseid kasutati märkimisväärselt vähem: I laines 6,1% (95% CI 5,1–7,3%) ja III laines 7,6% (95% CI 6,2–9,3%) täiskasvanutest. Esimeses laines oli naiste hulgas teenuse kasutajate osakaal suurem (8,1%) kui meestel (3,8%; OR = 2,25, 95% CI 1,48–3,41), kuid III laines oli see ühtlustunud (vastavalt 8,8% ja 6,2%; OR = 1,46, 95% CI 0,92–2,32). Tugev negatiivne seos ilmnes vanusega: kui 18–24-aastaste vanuserühmas kasutas psühhiaatri, psühholoogi või psühhoterapeudi teenuseid 14,9% I laine vastajatest ja 16,1% III laine vastajatest, siis vanimates vanuserühmades jäi see osakaal mõlemas laines alla 5%. Psühhiaatri, psühholoogi või psühhoterapeudi teenuseid kasutasid enam väikese sissetuleku, madala tervise enesehinnangu, eluga rahulolematumad ja kõrge koroonastressitasemega vastajad (lisa 8 tabelid 59–62). Alaealistest kasutas neid teenused ligikaudu iga viies noor (II laines 18,9%, 95% CI 14,0–24,7%; III laines 20,2%, 95% CI 14,9–26,4%). Tüdrukud olid aktiivsemad kasutajad (23,6% II laines ja 26,5% III laines vs. poistest 11,0% II laines ja 8,5% III laines; OR = 2,50, 95% CI 1,13–5,54 II laines; OR = 3,91, 95% CI 1,56–9,82 III laines) ja sugu oli ka ainus sotsiaal-demograafiline tunnus, mis selle abivõimaluse kasutamise seostus. Küll aga ilmnesid täiskasvanutega sarnased ootuspärased seosed (vaimse) tervise näitajatega: psühhiaatri, psühholoogi ja psühhoterapeudi poole pöördusid sagedamini madalama tervise enesehinnanguga, eluga rahulolematud ja koroonastressis alaealised (lisa 8 tabel 78 ja 79).

Psühholoogi, psühhiaatri või psühhoterapeudi vastuvõtt on ainus siin käsitletavatest vaimse tervise teenustest, mille kohta on võrreldavaid andmeid ETeU-st. ETeU 2019 andmetel (N = 4881<sup>3</sup>) oli viimase 12 kuu jooksul käinud psühholoogi, psühhiaatri või psühhoterapeudi vastuvõtul enda tervise pärast 8,0% (95% CI 7,2–8,9%) täiskasvanutest, sh 6,9% (95% CI 5,7–8,2%) meestest ja 9,0% (95% CI 7,9–10,2%) naistest. Teenuse kasutajate osakaal oli suurim 18–24-aastaste vanuserühmas (14,7%; 95% CI 11,1–19,4%) ning väikseim 85-aastaste ja vanemate hulgas (1,2%; 95% CI 0,3–4,7%). Alaealistest (15–17-aastastest) oli psühholoogi, psühhiaatri või psühhoterapeudi vastuvõtul käinud 10,5% (95% CI 6,2–17,3%) vastajatest, sh 6,8% (95% CI 2,7–15,8%) poistest ja 14,6% (95% CI 7,7–26,0%) tüdrukutest.

Psühhiaatri, psühholoogi või psühhoterapeudi teenuste kasutajate osakaal soo- ja vanuserühmade kaupa enne koroonapandeemiat (ETeU 2019) ja selle ajal (RVTU 2021 ja 2022) on esitatud joonisel 4.4.1.1. Kui pandeemia esimesel aastal vaimse tervise spetsialisti teenuse kasutamine võrreldes pandeemiaeelse ajaga üldiselt pisut langes ( $z = 3,70$ ,  $p < 0,001$ ), mis võib olla tingitud piirangutest tulenenud teenuse kättesaadavuse vähenemisest, siis alaealistel ja noortel naistel oli sel perioodil märgata teenuse kasutamise suurenemist. Pandeemia teisel aastal jõudis üldine teenuse kasutamine uuesti pandeemiaeelsele tasemele ( $z = 0,71$ ,  $p > 0,05$ ).

<sup>3</sup> Kuna vastaval tunnusel ei ilmnenud seost vastamisviisiga, kasutati selles analüüsis kõigi ETeU 2019 vastajate andmeid sõltumata vastamisviisist.



**Joonis 4.4.1.1.** Psühhiaatri, psühholoogi või psühhoterapeudi teenuseid kasutanud vastajate protsent koos 95% usalduspiiridega soo ja vanuserühmade kaupa ETeU 2019 ja RVTU küsitlusuuringute andmetel. ETeU 2019 kaalutud andmed, N = 4881; RVTU alaealiste andmed on kaalumata, 2021 II kv N = 222, 2022 I kv N = 203; RVTU täiskasvanute andmed on kaalutud, 2021 I kv N = 5173 ja 2022 I kv N = 4293

Koroonakriisiga toimetulekuks infotelefonile helistamist märkis 5,2% (95% CI 4,2–6,4%) täiskasvanutest I laines ja 7,5% (95% CI 6,1–9,1%) III laines ning 5,0% (95% CI 2,5–8,7%) alaealistest II laines ja 2,5% (95% CI 0,8–5,7%) III laines. Kuna alaealiste valim on väike ja seda abivõimalust kasutati vähe, ei ole võimalik infotelefonile helistajate profiili täpsemalt analüüsida. Täiskasvanute seas helistasid infotelefonile mõnevõrra enam nooremad vanuserühmad, mitte-eestlased (I laines 7,2% ja III laines 12,8% vs. vastavalt 4,5% ja 5,7% eestlastest; I laines OR = 1,64, 95% CI 1,00–2,69; III laines OR = 2,41, 95% CI 1,51–3,85), abielus/kooselus vastajad (I laines 6,1% vs. 3,7% vallalistest; OR = 1,71, 95% CI 1,04–2,82) ja alaealiste lastega vastajad (I laines 7,6% ja III laines 11,3% vs. vastavalt 4,2% ja 5,9% lasteta vastajatest; I laines OR = 1,87, 95% CI 1,16–3,01; III laines OR = 1,90, 95% CI 1,11–3,25).

Vaimuliku või hingehoidja abi kasutati loetletud võimalustest kõige vähem: vaid 1,8% (95% CI 1,3–2,5%) täiskasvanutest I laines ja 2,5% (95% CI 1,8–3,6%) III laines ning 3,2% (95% CI 1,3–6,4%) alaealistest II laines ja 2,9% (95% CI 1,1–6,3%) III laines. Kasutajate vähese arvu tõttu ei saa nende sotsiaal-demograafilist tausta analüüsida.

Seega kasutati neljast käsitletud vaimse tervise teenusest koroonakriisiga toimetulekuks kõige rohkem perearsti teenuseid. Alaealiste seas oli ka psühhiaatri, psühholoogi ja psühhoterapeudi teenuste kasutamine küllaltki sage, kuid täiskasvanutel, eriti vanemates vanuserühmades, jäi nende teenuste kasutamine kordades perearsti poole pöördumisele alla. Infotelefonide kasutus oli tagasihoidlik, hingehoidja/vaimuliku poole pöörduti vaid üksikutel juhtudel. Teenuste kasutamisel ei joonistunud välja selgeid seoseid sotsiaal-demograafiliste tunnustega. Teistest stabiilsemateks osutusid seosed soo ja

vanusega: naised ja nooremad vanuserühmad kasutasid teenuseid pigem sagedamini, mis on kooskõlas mitme psüühikahäire suurema riskiga nendes rühmades ja sellest tuleneva suurema abivajadusega. Sellele, et vaimse tervise teenuseid kasutavad rohkem need, kellel neid enda hinnangul vaja on, viitavad ka seosed tervise enesehinnangu, eluga rahulolu ja koroonastressiga.

Lisas 8 (tabelid 52, 53 ja 77) on vaimse tervise teenuste kasutamise sageduste kõrval näidatud samuti nende teenuse kasutajate osakaal, kes teenusest enda hinnangul vähemalt mõningal määral abi said. Kõik käsitletud vaimse tervise teenused aitasid valdavalt osa kasutajaid vähemalt mõningal määral. Täiskasvanutel oli tendents hinnata mõnevõrra kõrgemalt perearstilt ja psühhiaatrit/psühholoogilt/psühhoterapeudilt saadud abi võrreldes infotelefonidelt ja hingeoidjatelt/vaimulikelt saadud abiga. Alaealiste valimi puhul on teenuste kasutajate väikese arvu ja suurte veapiiride tõttu raske teenuste tajutud efektiivsuse kohta järeldusi teha.

Selles aruandes ei ole analüüsitud ravimite kasutamist, kuid TKU andmetes (Reile & Veideman, 2021) on märgatav rahustite ja antidepressantide kasutamise suurenemine 16–64-a rahvastikus 2020. aastal võrreldes 2018. aastaga, seda eriti naiste hulgas.

#### 4.4.2. Vaimse tervise teenuste kasutamine registriandmete põhjal

Vaimse tervise teenuste kasutamist nii täiskasvanute kui alaealiste poolt aastatel 2016–2021 hinnati samuti registripõhiselt, kasutades selleks Eesti Haigekassa raviarvete andmeid, mis lingiti RVTU valimiga. Raviarvetelt tehti väljavõtte haigekassa tasustatavate psühhiaatri (sh õe), kliinilise psühholoogi ja psühhoterapeudi teenuste kasutamise kohta perioodil 2016–2021 (I kvartal). Psühhiaatrilised teenused hõlmasid psühhiaatri ja õe vastuvõttu aktiivravi perioodil ning psühhiaatri vastuvõttu (kaug või kontakt) toetusravi perioodil. Psühhoterapeudi teenused katsid psühhoteraapia seansid ühele haigele (kaug või kontakt), samuti grupiseansid. Kliinilise psühholoogi teenus kattis eriarsti suunamisel toimunud vastuvõttud (kaug või kontakt). Loetletud vaimse tervise teenuste puhul liideti kõik teenuse kasutamise korrad uuritava perioodil, mille järel moodustati binaarne tunnus iga isiku kohta olenevalt sellest, kas ta oli või ei olnud teenust kasutanud. Tulemused on esitatud kaalutud osakaaludena koos 95% usaldusintervalliga (lisa 8 tabelid 59–64). Et võimaldada küsitlusuuringust pärit taustatunnuste kasutamist, põhinevad järgnevad analüüsid nende vastajate andmetel, kes vastasid I küsitluslaine ankeedile.

Vähemalt üht haigekassa tasustatud psühhiaatri, psühholoogi või psühhoterapeudi teenust oli perioodil 2016–2021 registriandmetel kasutanud 12,8% (95% CI 11,9–13,7%) täisealisest rahvastikust, meestest 11,6% (95% CI 10,4–12,9%) ja naistest 13,8% (95% CI 12,6–15,1%). Vanuse järgi eristus märkimisväärselt noorim (18–24) vanuserühm, milles vaimse tervise teenust oli kasutanud 26,2% (95% CI 22,2–30,3%) isikutest; üle 65 aasta vanustel isikutel jäi teenuste kasutamise osakaal alla 10%. Statistiliselt olulisi erisusi vaimse tervise teenuste kasutamises esines mitmel sotsiaal-demograafilisel tunnusel. Võrreldes abielus/kooselus olijate ja lahutatud/lesestanutega oli vaimse tervise teenuse kasutajate hulk ligikaudu kaks korda suurem vallalistel (19,2%; 95% CI 16,9–21,5%). Põhi- ja madalama haridusega isikutest oli teenust kasutanud 23,2% (95% CI 19,7–26,9%), mis on üle kahe korra suurem kui kõrgharidusega isikutel.

Väikseima ja suurima sissetulekuga rühma vahe teenuste kasutamisel oli enam kui kolmekordne, vastavalt 23,9% (95% CI 21,0–26,9%) ja 6,8% (95% CI 5,5–8,3%).

Aktiivravi perioodil psühhiaatri ja õe vastuvõtul oli perioodil 2016–2021 käinud 10,0% (95% CI 8,3–10,5%) täisealistest, meestest 9,4% (95% CI 8,3–10,5%) ja naistest 10,6% (95% CI 9,5–11,7%). Nagu koondandmete puhul, oli teenust kasutanute hulk suurim noorimas (18–24) vanuserühmas (16,5%; 95% CI 13,3–20,1%), vallalistel (15,1%; 95% CI 13,1–17,2%), põhiharidusega (17,3%; 95% CI 14,2–20,7%) ja madalaimas sissetulekukvartiilis olevatel isikutel (18,4%; 95% CI 15,8–21,2%). Toetusravi perioodil psühhiaatri vastuvõtul käinute osakaal täisealistel oli 4,3% (95% CI 3,7–4,8%), meestel 3,5% (95% CI 2,8–4,2%) ja naistel 4,9% (95% CI 4,2–5,7%). Statistiliselt olulisel määral enam kasutati teenust noorimas (18–24) vanuserühmas (9,4%; 95% CI 6,9–12,3%), vallaliste isikute poolt (7,3%; 95% CI 5,9–8,9%) ja madalaimas sissetulekukvartiilis (8,3%; 95% CI 6,6–10,4%).

Psühhoterapia seansil (ühele isikule) oli käinud 4,4% (95% CI 3,9–5,0%) täisealistest, meestest 3,1% (95% CI 2,5–3,9%) ja naistest 5,5% (95% CI 4,7–6,3%). Suurim psühhoterapeudi teenuse kasutamise osakaal oli 18–24-aastaste hulgas (13,8%; 95% CI 10,9–17,2%). Statistiliselt oluliselt rohkem kasutasid psühhoterapeudi teenust eestlased mitte-eestlastega võrreldes, vastavalt 4,8% (95% CI 4,2–5,5%) ja 2,9% (95% CI 2,1–3,9%), samuti madalaimasse sissetulekukvartiili jäävad isikud (7,7%; 95% CI 6,0–9,7%). Psühhoterapia grupiseansil käinute osakaal oli 1,1% (95% CI 0,9–1,4%), meestel 1,2% (95% CI 0,8–1,7%) ja naistel 1,1% (95% CI 0,7–1,5%). Psühhoterapia grupiseansil käinuid oli enim noorimas vanuserühmas (6,2%; 95% CI 4,3–8,8%), vallaliste hulgas (2,4%; 95% CI 1,7–3,5%) ja madalaimas sissetulekukvartiilis (3,9%; 95% CI 2,8–5,5%).

Kliinilise psühholoogi vastuvõtul oli perioodil 2016–2021 käinud 2,6% (95% CI 2,2–3,0%) täisealistest, meestest 2,3% (95% CI 1,8–2,9%) ja naistest 2,8% (95% CI 2,3–3,4%). Noorimas vanuserühmas oli psühholoogi vastuvõtul käinud 10,0% (95% CI 7,5–13,1%), mis on üle kolme korra rohkem kui kõigis ülejäänud vanuserühmades. Psühholoogi teenust olid abielus olijatega võrreldes üle kahe korra rohkem kasutanud vallalised (4,9%; 95% CI 3,8–6,3%). Samuti kasutasid psühholoogi teenust rohkem lastega isikud (3,7%; 95% CI 2,9–4,7%) võrreldes ilma lasteta isikutega (2,1%; 95% CI 1,7–2,6%).

Haigekassa andmetel hinnati vaimse tervise teenuste kasutamist ka alaealiste vanuserühmas. Psühhiaatri vastuvõttu perioodil 2016–2021 (I kvartal) oli kasutanud 15,2% (95% CI 13,2–17,2%) 15–17 aasta vanustest noorukitest, poistest 14,9% (95% CI 12,3–17,8%) ja tüdrukutest 15,5% (95% CI 12,8–18,5%). Maakondlikus vaates ulatus psühhiaatri vastuvõtul käinud noorukite osakaal üle 20% Jõgeva, Järva ja Pärnu maakonnas (lisa 8 tabel 65).

#### 4.4.3. Vaimse tervise (ja muude) teenuste kättesaadavus kriisiajal

Küsitlusuuringu I laines küsiti täisealiste vastajate arvamust selle kohta, millised vaimse tervise teenused võiksid olla kriisiolukorras abivajajaile paremini kättesaadavad; III laines paluti nii täiskasvanutel kui ka 15–17-aastastel alaealistel hinnata, millistest teenustest nad ise puudust tunnevad. Tabelis 4.4.3.1 esitatud koondtulemustest ilmneb, et kui abstraktsel tasandil nähakse suurt vajadust teenuste

kättesaadavuse parandamiseks — 77,9% vastajatest märkis vähemalt ühe teenuse, mis võiks olla kriisiolukorras kõigile abivajajaile kättesaadavam —, siis isiklik tajutud teenuste puudus on märgatavalt väiksem. Seega peetakse võimalust vaimse tervise teenuseid kasutada tähtsaks ka siis, kui isiklikku vajadust ei nähta. Soov, et vaimse tervise teenused oleksid üldiselt kõigi jaoks kättesaadavamad, on igati mõistetav: inimene ei tea, kas või millal võib temal või tema lähedasel tekkida vajadus vaimse tervise teenuse järele (isegi, kui tal vajadust praegu ei ole), ja loomulikult soovib ta kindlustunnet, et vajaduse korral on abi kättesaadav.

**Tabel 4.4.3.1.** Vaimse tervise teenused, mis võiksid olla kriisiolukorras kõigile abivajajaile paremini kättesaadavad, võrreldes isikliku tajutud teenuste vajadusega

Vaimse tervise teenus	Vastajad, kes arvasid, et teenus võiks olla kõigile kättesaadavam		Vastajad, kes tundsid ise teenusest puudust			
	Täiskasvanud		Täiskasvanud		Alaealised	
	I laine, N = 4852	III laine, N = 4102	III laine, N = 192			
	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI
Perearstiabi	48,0	45,4–50,5	15,5	13,3–18,0	6,8	3,7–11,3
Psühholoogi või nõustaja vastuvõtt (sh psühhoteraapia, nõustamine, pereteraapia)	40,4	37,9–43,0	13,0	10,9–15,5	17,7	12,6–23,9
Arsti, (vaimse tervise) õe või nõustaja vastuvõtt interneti või telefoni vahendusel	30,5	28,2–32,8	5,0	3,5–7,1	7,3	4,0–11,9
Psühhiaatri vastuvõtt	25,8	23,6–28,1	7,6	5,9–9,7	15,6	10,8–21,5
Kriisiabi infotelefon	21,3	19,3–23,4	1,3	0,5–3,4	0,5	0,0–2,9
Vaimse tervise veebilehekülg abivõimaluste tutvustamiseks	17,7	15,9–19,7	4,3	2,9–6,2	6,3	3,3–10,7
Ohvriabi teenused	10,9	9,5–12,5	0,8	0,2–3,4	2,1	0,6–5,2
Hingehoidja, vaimuliku tugi	10,6	9,2–12,3	1,6	0,7–3,6	0,5	0,0–2,9
Mitte ükski loetletust	22,1	20,0–24,4	70,3	67,4–73,0	64,6	57,4–71,3

**Märkus.** RVTU I (2021 I kv) ja III laine (2022 I kv) andmed; täiskasvanute andmed on kaalutud, alaealiste andmed kaalumata.

Üksikasjalikud andmed vaimse tervise teenuste üldise kättesaadavuse parandamise vajaduse ja isikliku vajaduse kohta taustatunnuste ja vaimse tervise näitajate kaupa on esitatud lisa 8 tabelites 55, 57 ja 80.

Vaimse tervise teenuste kõrval häirisid koroonapandeemia ja 2020. a kevadel kehtestatud eriolukord ka muude harjumuspäraste abivõimaluste ja teenuste toimimist, mis otseselt või kaudselt avaldasid mõju vaimsele tervisele. Tabel 4.4.3.2 annab ülevaate, millisest abist tundsid RVTU I küsitluslaine täiskasvanud



vastajad 2020. a eriolukorra ajal tagantjärele (2021. a alguses) vastates kõige rohkem puudust (üksikasjalikud tulemused on esitatud lisa 8 tabelis 54).

**Tabel 4.4.3.2.** Abi, millest RVTU küsitlusuuringu I laine täiskasvanud vastajad tundsid 2020. a eriolukorra ajal puudust

Abi liik	Koguvalim N = 5107		Seos koroonastressiga		Seos depressiooniga	
	n	%	% neist, kellel oli koroonastress (N = 476)	% neist, kellel ei olnud koroonastressi (N = 4602)	% neist, kes olid depressiooniriskis (N = 1256)	% neist, kes ei olnud depressiooniriskis (N = 3592)
Erinevad teenused (nt kosmeetik, juuksur, füsioteraapia)	785	15,4	23,5	14,5	13,1	16,6
Arstiabi	687	13,5	34,4	11,1	18,9	11,5
Majanduslik/rahaline abi	661	13,0	31,3	11,0	20,7	10,3
Emotsionaalne tugi (sh mõistmine, tunnetest rääkimine)	637	12,5	38,9	9,6	27,8	6,7
Abi lapse/laste koduõppe läbiviimisel	365	7,2	10,6	6,8	7,1	7,4
Vaimse tervise teenus (psühholoogiline või psühhiaatriline abi, nõustamine)	283	5,5	19,4	4,0	14,5	2,3
Lastehoid	228	4,5	6,4	4,3	4,4	4,8
Erinevad koduabiteenused iseendale (nt toidu ja ravimite toomine poest ja apteegist, abi koristamisel ja toiduvalmistamisel jms)	154	3,0	9,4	2,3	5,4	1,9
Lähedase hooldusteenus	114	2,2	3,5	2,1	3,1	1,9
Isiku- või koduabiteenus lähedastele	42	0,8	2,0	0,7	1,3	0,6
Erinevad isikuabiteenused iseendale (nt abi riidessepanekul, enda pesemisel jms)	19	0,4	0,8	0,3	0,5	0,2
Ei tundnud millestki puudust	2662	52,2	17,7	55,9	36,7	57,4

**Märkus.** Küsitlusuuringu I laine kaalutud andmed.

Täiskasvanud tundsid enim puudust ilu- ja heaoluteenustest, mida igatsesid eriti naised, kõrgharitud ja suurema sissetulekuga inimesed. Teiseks tunti puudust arstiabist, mida märkisid enam naised, vanemad inimesed ja väiksema sissetulekuga täiskasvanud. Majanduslikku abi oleks soovinud 13% vastajatest, eriti nooremad ja väiksema sissetulekuga inimesed ning mitte-estlased. Emotsionaalsest toest jäi vajaka

12%-l vastajatest, eriti naistel, noortel, mitte-eestlastel ja vallalistel. Ülejäänud pakutud teenustest puudust tundnud vastajate osakaal jäi alla 10%. Spetsiifilistel demograafilistel rühmadel ilmnedid spetsiifilised abivajadused: alaealiste lastega vastajad tundsid puudust laste koduõppega seotud abist (22,1%) ja lastehoiust (12,6%), vanemaealised koduabiteenustest iseendale (üle 85-aastastest vastajatest 10,1%).

Torkab ka silma, et vaimse tervise teenustest tundis eriolukorra ajal puudust tunduvalt vähem inimesi, kui meie hinnangute kohaselt oli psüühikahäire riskis (vrd peatükk 4.1). Näiteks suure depressiooniriskiga vastajatest vaid 14,5% tajus vaimse tervise teenuse vajadust. Tõsi, see protsent oli siiski palju kõrgem kui väikese depressiooniriskiga vastajatel (2,3%; OR = 7,18, 95% CI 4,30–11,99). Ehkki on selge, et tajutud vaimse tervise teenuse vajadus ei ole eriti informatiivne tegeliku abivajaduse indikaator, on abivajaduse tunnistamine siiski abi otsimiseks vajalik eeldus. Vaimse tervise probleemide äratundmist ja isikliku abivajaduse hindamist aitaks parandada sõeltestide laialdasem kättesaadavus.

Madala tervise enesehinnangu, eluga rahulolematumad ning kõrge koroonastressitasemega vastajad tundsid eriolukorra ajal enamikust teenustest rohkem puudust. Üle poole vastajatest ei tundnud puudust ühestki nimetatud teenusest. Nende hulgas oli suhteliselt rohkem mehi, vanemaid inimesi ja eestlasi.

#### 4.4.4. Takistused abivõimaluste kasutamisel kriisiajal

Abi kättesaadavust iseloomustab lisaks sellele, kui palju teenuseid kasutatakse ja kui palju neist puudust tuntakse, ka see, milliseid takistusi abivõimaluste kasutamisel nähakse. RVTU küsitlusuuringu I laine täiskasvanud vastajate tajutud takistustest abivõimaluste kasutamisel annab ülevaate tabel 4.4.4.1 (üksikasjalikumalt lisa 8 tabel 56). Ligi 80% vastajatest ei tajunud vajadust abi järele või takistusi abi saamisel. Neist, kes mingil hetkel abi vajasid, omakorda 70%-l lahenesid probleemid ise. Teisi takistusi toodi esile mitu korda harvemini, neist olulisimad olid pikad ootejärjekorrad. Sellest, et teiste ebasoosiv suhtumine ja hukkamõistu kartmine jäid takistuste pingereas viimastele kohtadele, võib järeldada, et stigma kartus abi otsimist eriti ei mõjutanud.

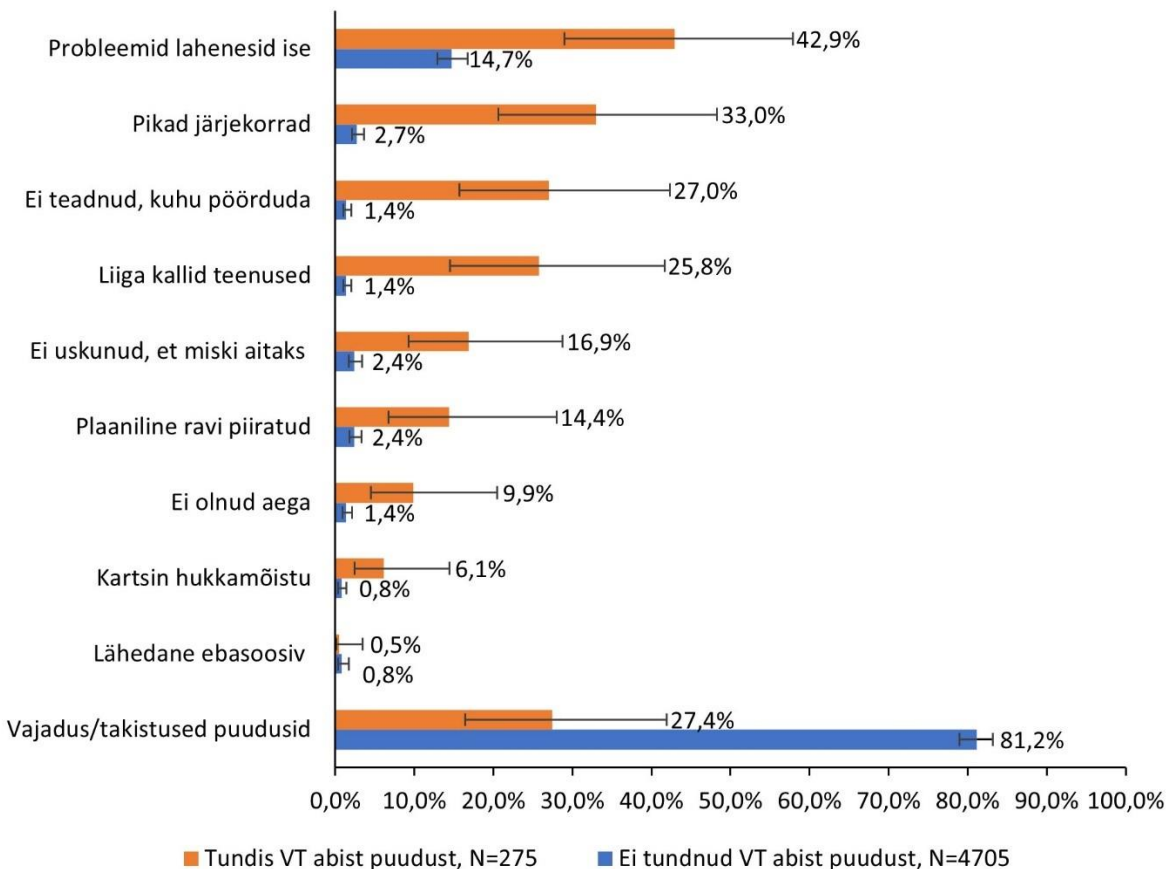
Tunduvalt enam takistusi märkisid võimaliku akuutse vaimse tervise probleemiga vastajad, nt suure koroonastressi ja depressiooniriskiga vastajad (tabel 4.4.4.1), kuid üldiselt vastab nende välja toodud takistuste järjestus koguvalimil leitud järjestusele.

**Tabel 4.4.4.1. Takistused abivõimaluste kasutamisel täiskasvanutel**

Takistus	Koguvaim, N = 5187		Seos koroonastressiga		Seos depressiooniga	
	n	%	% neist, kellel oli koroonastress (N = 476)	% neist, kellel ei olnud koroonastressi (N = 4683)	% neist, kes olid depressiooni-riskis (N = 1257)	% neist, kes ei olnud depressiooni-riskis (N = 3665)
Abivajadus puudus/ takistusi ei olnud	3968	76,9	43,9	80,4	56,4	85,5
Probleemid lahenedid/ proovisin ilma abita hakkama saada	838	16,2	32,9	14,5	25,3	12,2
Liiga pikad järjekorrad	256	5,0	20,2	3,3	12,1	2,1
Plaaniline ravi piiratud	190	3,7	17,0	2,2	8,1	1,8
Ei uskunud, et miski aitaks	182	3,5	12,0	2,6	11,3	0,6
Ei teadnud, kuhu pöörduda	160	3,1	10,5	2,3	9,2	0,9
Liiga kallid teenused	160	3,1	10,2	2,3	8,4	1,1
Ei olnud aega	103	2,0	7,1	1,4	5,6	0,1
Ei julgenud abi otsida, sest kartsin teiste hukkamõistu	65	1,3	4,8	0,9	4,3	0,1
Pereliige/lähedane oli ebasoosiv	52	1,0	2,8	0,8	2,6	0,2

**Märkus.** RVTU I küsitluslaine (2021 I kv) kaalutud andmed.

Kui aga vaadata, milliseid takistusi tõi esile spetsiifiline rühm vastajaid (n = 275), kes tundsid eriolukorra ajal vaimse tervise teenusest puudust, kuid mingil põhjusel psühhiaatri, psühholoogi või psühhoterapeudi teenuseid ei kasutanud, tuleb takistuste seast peale pikkade järjekordade (33,0%) esile ka teenuste hind (25,8%) ning teadmatus, kuhu abi saamiseks pöörduda (27,0%; joonis 4.4.4.1). Rühma, kes tundsid vaimse tervise teenustest puudust, kuid neid ei kasutanud, kuulusid sagedamini noored, mitte-estlased ja vallalised vastajad.



**Joonis 4.4.4.1.** Takistused abivõimaluste kasutamisel vaimse tervise abi tajutud vajaduse järgi. Küsitlusuuringu I laines vastava vastusevariandi valinud täiskasvanud vastajate kaalutud protsent koos 95% usalduspiiridega

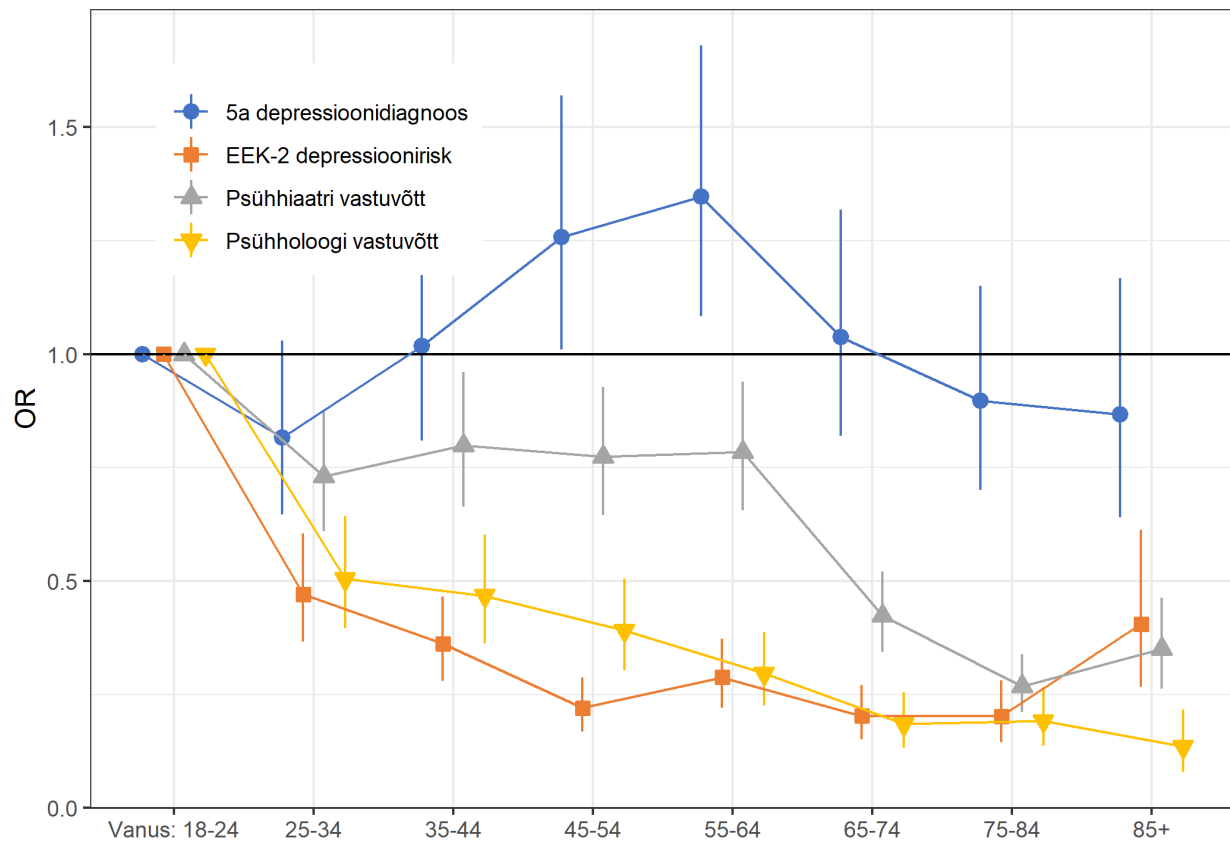
#### 4.4.5. Lõhe vaimse tervise teenuste vajaduse ja kättesaadavuse vahel

Alapeatükkides 4.4.1 ja 4.4.2 on kirjeldatud vaimse tervise teenuste kasutamist ning alapeatükis 4.1 vaimse tervise probleemide esinemist RVTU küsitlusuuringu täisealiste valimil. Siinse alapeatüki eesmärk on neid kaht perspektiivi võrreldes (ning tulemusi kokkuvõtlikumalt esitades) teha järeldusi vaimse tervise teenuste vajaduse ja kättesaadavuse kohta. Tuleb arvestada, et tegeliku teenusevajaduse otsene hindamine eeldab palju põhjalikumaid algandmeid, kui selle projekti raames oli võimalik koguda — näiteks oleks vajalik häirete perioodilevimuse täpsem hindamine (praegused parimad hinnangud põhinevad enesekohastel küsimustikel, millest ainult EEK-2 depressiooniskaala on kliinilise hinnangu suhtes kalibreeritud) ning teenuste kasutamise hindamine pärast (mitte enne) enesekohasele küsimustikule vastamist. Teave tajutud teenusevajaduse kohta on oluline, kuna see on seotud abi otsimise tõenäosusega, samas ei saa seda kasutada tegeliku teenusevajaduse asemel, sest tajutud teenusevajadust mõjutavad ka terviseharitus (sh teadlikkus abivõimalustest) ning vaimse tervise seotud hoiakud.

Kuigi tulevikus on vaja oluliselt täpsemaid uuringuid, saame praeguste andmete põhjal teha mõningaid kaudseid järeldusi teenuste kättesaadavuse ja vajaduse kohta täiskasvanutel. Arvestades, et a) enesehinnanguliste sümptomiküsimustike stabiilsus täiskasvanueas on suur, nt ärevuse ja depressiooni puhul on kordustesti korrelatsioon *ca* 0,8 (Nivard jt, 2015) ning seega võib eeldada, et nende näitajate tase 5–6 aastaga väga palju ei muutu, ja b) isegi kui teenusevajaduse absoluuthinnang ei ole praegu leitav, saame teha suhtelisi (st eri rühmi võrdlevaid) järeldusi teenusevajaduse ja -kasutuse muustrite kohta. Seega ei ole praeguste andmete põhjal võimalik hinnata teenusevajadust nt inimtundides või ravi vajavate patsientide arvuna (sellised hinnangud oleksid liiga ebatäpsed), kuid on võimalik osutada, millised rahvastikurühmad kasutavad teistega võrreldes teenuseid vähem või rohkem, võttes arvesse nende enesehinnangulisi riskiskoores. Vaatleme seda küsimust depressiooni kui kõige sagedamini esineva psüühikahäire näitel. Järgnevatel joonistel põhinevad teenusekasutamise ja diagnooside andmed kogu registriuringu valimil (kaalumata andmed) ning riskiskoorid küsitlusuuringu I laine kaalutud andmetel.

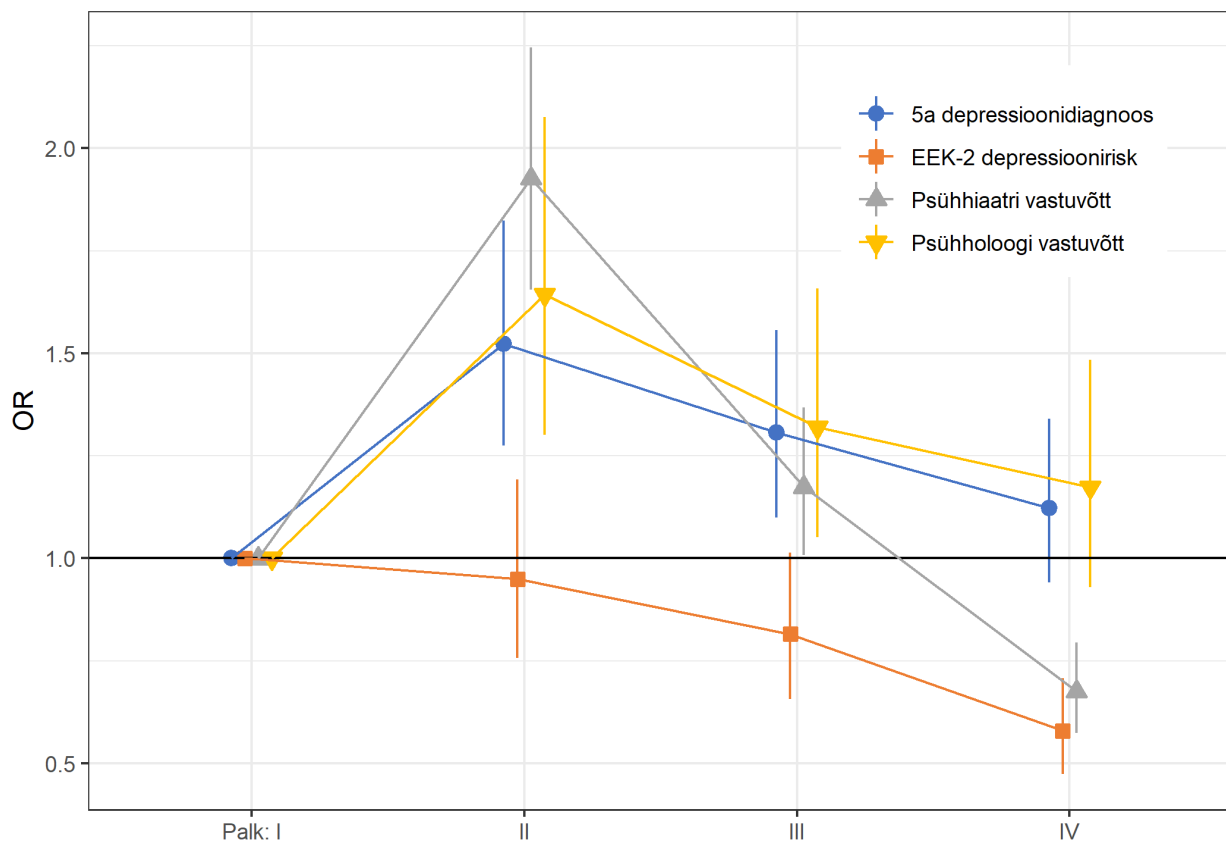
Joonisel 4.4.5.1 on kujutatud vanuselised erinevused depressiooni diagnoosi ja -riski ning vaimse tervise teenuste kasutamisel. Jooniselt näeme kõigepealt, et noorem vanuserühm (18–24) kasutab teenuseid rohkem ja on mõnevõrra suuremas depressiooniriskis (EEK-2 põhjal). Siin tuleb arvestada, et andmestikus kajastatud teenuste kasutamise ajal (01.01.2016–01.03.2021) on arvestatav osa sellest vanuserühmast olnud alaealised ning nende terviseseisundi üle on tihedam institutsionaalne kontroll (koolipsühholoogid, tervisekontroll koolis ja autokoolis, perearsti kontroll 9. klassi õpilastel) ja sageli perekonna suurem tähelepanu. Teiseks võib oletada, et seda vanuserühma iseloomustab parem teadlikkus abivõimalustest ning stigmaparandamine hoiab vaimse tervise probleemide suhtes. Seega tuleneb suurem teenuste kasutamine ühelt poolt suuremast riskist, kuid teiselt poolt kindlasti ka tervishoiusüsteemi suuremast tähelepanust sellele vanuserühmale (st kokkuvõttes teenuste paremast kättesaadavusest).

Jooniselt 4.4.5.1 on näha selged erinevused kõverate kujus: vanuselised erinevused depressiooni diagnoosi tõenäosuses on teistsugused kui erinevused teenuste kasutamises ja enesehinnangulisel küsimustikul põhinevas depressiooniriskis. Depressiooni diagnoosi (arvestatud on diagnoosikoode F32–F34, st ka korduvat meeleoluhäiret) tõenäosus on kõige suurem vanuserühmades 55–64 ja 45–54 ning sealt edasi mõnevõrra väheneb. Teenuste kasutamise seos vanusega jääb alles samuti pärast enesehinnangulise depressiooniriski kontrollimist: see tähendab, mida vanem inimene, seda väiksema tõenäosusega ta kasutab vaimse tervise teenuseid isegi sel juhul, kui tal on küsimustiku vastuste põhjal noorema eärühma esindajaga sama riskiskoor.



**Joonis 4.4.5.1.** Vanuserühmade erinevused depressiooni diagnoosis (perioodi 2016–2021 raviarvetel või retseptidel), EEK-2 depressiooniriskis RVTU I küsitluslaine (2021 I kv) andmetel ning vaimse tervise teenuste kasutamises. Joonisel on šansside suhted (OR, 95% CI) võrreldes vanuserühmaga 18–24; OR > 1 näitab selle rühmaga võrreldes suuremat ning OR < 1 väiksemat tõenäosust saada diagnoos, ületada EEK-2 depressiooni äralõikepunkt või kasutada vaimse tervise teenuseid. Seosed on kohandatud soole ja sissetulekukvartiilile. „Psühholoogi“ teenusena on kombineeritud kliinilise psühholoogi, psühhoteraapia ja grupiteraapia teenused, mida sageli (kuid mitte alati) osutab psühholoog

Sugu ennustas logistilise regressiooni mudelites nii depressiooni diagnoosi kui ka teenuste kasutamist sõltumatult vanuserühmast ja sissetulekust, kuid samuti enesehinnangulisest riskiskoorist. See tähendab, et sama riskiskoori korral kasutavad naised teenuseid meestest suurema tõenäosusega ja saavad meestest suurema tõenäosusega depressiooni diagnoosi.



**Joonis 4.4.5.2.** Sissetuleku (2020. a keskmine netosissetulek kuus) kvartiilide seos depressiooni diagnoosi, enesehinnangulise riski ning vaimse tervise teenuste kasutamisega. Joonisel on vanuserühmale ja soole kohandatud šansside suhted (OR) koos 95% usalduspiiridega

Varasemates analüüsid (alapeatükid 4.1 ja 4.4.1) nägime, et suurem sissetulek seostub teenuste vähema kasutamisega, väiksema enesehinnangulise depressiooniriskiga ning depressiooni diagnoosi väiksema tõenäosusega. See on kooskõlas varasematest uuringutest teadaoleva faktiga, et tervis, sh vaimse tervise häired, on seotud sotsiaal-majandusliku taustaga: madalama sotsiaal-majandusliku staatuse korral esineb häireid rohkem (Fryers jt, 2005; Lund jt, 2010). Joonis 4.4.5.2 lisab sellele tulemusele tähtsa nüansi: puuduva või väga väikese sissetuleku korral (alumise sissetulekukvartili piires) oli teenuste kasutamise ja depressiooni diagnoosi tõenäosus oluliselt väiksem kui II sissetulekukvartilis (2020. a 347–551 eurot kuus).

Seega väga väike või puuduv (ametlik) sissetulek tähendab teenuste vähemat kasutamist ning diagnoosi väiksemat tõenäosust, kuid mitte väiksemat enesehinnangulist depressiooniriski.

Teiseks on jooniselt näha, et kõrgeimas sissetulekukvartilis (alates 963 eurot) oli teiste kvartiilidega võrreldes väiksem nii enesehinnanguline depressioonirisk kui ka psühhiaatriteenuse kasutamine, kuid diagnoosi tõenäosus ja psühholoogiteenuse kasutamise tõenäosus ei erine oluliselt I sissetulekukvartilist.

Selline tulemuste muster viitab, et kõige väiksema sissetulekuga elanike hulgas on märkimisväärselt väiksem kas vaimse tervise teenuste kättesaadavus, abi otsimise soov või ka teadlikkus vaimsest tervisest ja vaimse tervise teenustest.

#### 4.4.6. Kokkuvõte

1. RVTU küsitlusuuringu 2021. ja 2022. a andmetel kasutati vaimse tervise teenustest koroonakriisis toimetulekuks kõige rohkem perearsti poole pöördumist, kuid ei ole võimalik eristada vaimse tervise probleemi tõttu pöördumist teistest pöördumise põhjustest.
2. Psühhiaatri, psühholoogi või psühhoterapeudi teenust kasutasid nii enne pandeemiat kui pandeemia ajal enam noored (sh 15–17-a noorukid) ja naised.
3. Kui vaimse tervise spetsialisti poole pöördumine pandeemia alguses pandeemiaeelse ajaga võrreldes üldiselt pigem vähenes, siis pandeemia teisel aastal saavutas see uuesti pandeemiaeelse taseme.
4. Haigekassa raviarvete analüüs näitas, et Eesti Haigekassa rahastatavaid vaimse tervise teenuseid kasutasid perioodil 2016–2021 I kv enam noored (18–24-a), vallalised, madalama haridustaseme ja väiksema sissetulekuga inimesed.
5. Valdav osa vastajatest pidas vajalikuks parandada vaimse tervise teenuste kättesaadavust kriisiolukorras, seda hoolimata sellest, et isikliku vajadust teenuste järele tajuti vähe. Ka 2020. a kevadise eriolukorra ajal oli suhteliselt vähe neid, kes tundsid vaimse tervise teenustest puudust (vaid 5,5% täisealistest vastajatest).
6. Abivajaduse tekkides eelistas 70% vastajatest abi otsimise asemel lasta probleemidel ise laheneda või ilma abita hakkama saada.
7. Abi otsimise peamised takistused olid tervishoiusüsteemist tulenevad piirangud (liiga pikad järjekorrad, plaanilise ravi piirangud, teenuste hind) ning teadmistest või hoiakutest tulenevad takistused (ei uskunud, et miski aitaks; ei teadnud, kuhu pöörduda).
8. Arvestades, kui suurel osal rahvastikust on ühe või teise psüühikahäire suurenenud risk, viitab vaimse tervise teenuste isikliku vajaduse vähene tunnistamine vajadusele soodustada vaimse tervise probleemide õigeaegset märkamist ja kasvatada elanikkonna teadlikkust abivõimalustest.
9. Lõhe vaimse tervise teenuste vajaduse ja kasutamise vahel on eriti märgatav vanemates vanuserühmades, meestel ja väga väikese või puuduva sissetuleku korral.



## 4.5. Kvalitatiivuuring

Järgnevalt esitame lühikokkuvõtte kvalitatiivuuringu tulemustest. Kvalitatiivuuringu ülesanne oli uurida, kuidas mõjutas kriis tervishoiutöötajate, sotsiaalhoolekande töötajate, eakate, lastega perede ja politseinike vaimset tervist. Intervjuudes räägiti järgmistel põhiteemadel (1) vaimse tervise probleemide ilmumise viisid; (2) käitumise muutus; (3) toimetulekustrateegiad; (4) suhtlemine ja suhted; (5) abi saamine; (6) meedia ja info tarbimise mõju; (7) stress töö, selle riskifaktorid ja kohanemine; (8) stress, mis on seotud pereeluga, selle faktorid ja kohanemine; (9) soovitusel kriisiga edukaks toimetulekuks. Lisaks puudutati muid inimeste jaoks olulisi vaimse tervisega seotud teemasid.

Kvalitatiivuuringu põhjalikum aruanne on lisa 9.

Longituudne lähenemine võimaldas jälgida vaimse tervise seisundi ja mõjurite muutusi uuringuperioodi jooksul. Üheks eesmärgiks oli algselt teha järeldusi ka kriisist väljumise mustrite kohta; kuna kriis kestis taotluse koostamise ajal eeldatust kauem, siis ei olnud selle eesmärgi täitmine võimalik. Erinevaid perioode (sh intervjuude toimumise ajad sügis 2020, kevad 2021, sügis 2021; retrospektiivselt ka kevad 2020) on võrreldud lisa 9 mitmes alapeatükis (nt kriisiga harjumine: 2.23; vaksineerimine: 2.24); olulisemad võrdlused on välja toodud ka järgnevas lühikokkuvõttes.

### 4.5.1. Kuidas mõjutas kriis inimesi?

Esmalt kirjeldame ülevaatlilikult kriisi mõjusid uuringus osalenud inimeste elukorraldusele ning psühhosotsiaalsele toimetulekule. Kvalitatiivuuringu tulemustes ei ilmnunud vaimse tervise probleemide avaldumise osas üheselt eristatavat mustrit või häireteni viivat teekonda. Uuringus osalejate vaimse tervise probleemid tekkisid erinevatel ajahetkedel, mõnel juhul kohe pandeemia alguses, 2020. aasta kevadel, mõnel juhul aga pandeemia hilisemates etappides. Osalejate hulgas oli neid, kellel avaldusid vaimse tervise probleemid esmakordselt, kuid ka neid, kellel reaktiveerusid varasemad häired. Peamised avaldusid enamlevinud üleüldisele stressi- ja pingeseisundiga kaasnevad une ja kurnatusega seotud kognitiivsed häired, aga ka depressiooni ja ärevushäirete sümptomaatika. Ärevuse ilmingud seostusid sageli avalikus ruumis või sotsiaalsetes situatsioonides nakatumise võimaluse tajumisega, kuid täheldatav oli ka sümptomite avaldumine üldistunud ärevushäirele omaselt, spontaansete episoodidena.

Üks olulisemaid pandeemiaga otseselt seotud ja vaimsele tervisele mõju omanud tegureid oli hirm. Hirm uue haiguse, enese ja lähedaste (ka kolleegide) nakatumise, viiruse levitamise ja pandeemiaga kaasneva võivate majanduslike raskuste ees. Hirmu majandusliku toimetuleku osas esines pisut vähem eestikeelsete osalejate seas, mis võib olla seletatav eestikeelse toetusmeetmeid puudutava info parema kättesaadavusega. Hirmu suurendas viiruspuhanguga seotud meediakajastus, mis sisaldas sageli vastuolulist ning kiiresti muutuvat informatsiooni, mis omakorda viis teatud vastajate puhul meedia vältimise strateegiate väljakujunemiseni.

Üksildus ja hirm toimetuleku ees oli täheldatav eelkõige üksinda elavate inimeste hulgas, ka nende puhul, kellel oli tugi naabrite või tuttavate poolt tegelikult olemas. Tunti puudust kindlast, paika pandud ja

toimivast kohaliku omavalitsuse poolt koordineeritud tugisüsteemist. Teadmine, kes ja kuidas vajadusel appi tuleb, suurendas märkimisväärselt kindlustunnet ning omas vaimsele tervisele positiivset mõju.

Sageli esines viirusega kokkupuutunudel nakatumise ja teiste nakatamisega seotud süütunnet. Ennast tunti süüdi nii teiste nakatamise kui ka nakatumise tõttu tegemata jäänud tööülesannete pärast.

Kiired muutused ühiskonna-, töö- ja pereelu korralduses osutasid paljude uuritavate jaoks tõeliseks väljakutseks ning olid intensiivseks stressi allikaks. Lahendamist vajavaid probleeme oli palju ning tugivõrgustik (ka kolleegid) samuti erinevate probleemide ja pingetega hõivatud. Vajadus kiiresti muutunud oludega kohaneda ning leida uusi töötavaid lahendusi, tõi sageli kaasa ka töömahu kasvu. Samas oli paljud tegevused, mis muidu pakkusid vaheldust või lõõgastumise võimalusi, nagu näiteks puhkuseraisid ja kohtumised sõpradega, rangelt reguleeritud või tühistatud. Mõnel juhul viis stressirohke periood ning pingete maandamata jätmine ka depressiooni väljakujunemiseni.

Omaette terviku moodustasid piirangute ja tulevikuperspektiiviga seonduvad teemad, üheltpoolt tundus olukord väljapääsmatu, teisalt oodati ja loodeti, et vaktsiinide valmimisel olukord siiski laheneb. Oli inimesi, kelle jaoks piirangud võtsid ära elu mõtte ja inimesi, kelle tavapärase elustruktuur muutus nii tugevalt, et tavapärase elurütm ja ka ööpäeva rütm häirisid, tekkisid unehäired. Unehäired jagunesid peamiselt nelja rühma: (1) tööpetsiifikaga seotud (nt eesliinitöötajad); (2) töömahu suurenemise ja une arvelt töötamisega seotud; (3) ärevusega seotud; (4) ööpäeva rütmi kadumisest tingitud unehäired.

Olulise stressiallikana toodi välja ka pandeemia tõttu muutunud suhted ja silmast silma suhtlemise vähenemine. Kõige enam mõjutas see üksinda elavaid inimesi, eriti vanemaealisi ja juhul, kui sotsiaalmeedia ja telefoni teel suhtlemist ei peetud n-õ päris suhtlemiseks. Mõnel juhul märgati ka vastupidist mõju suhete lähenemise näol. Lastega perede puhul oli täheldatav lastelt sõpradest eemaloleku tõttu tekkinud pinge ülekandumist lastevanematele ja peresuhetesse üldiselt. Pinget suhtluses tekitasid ka erinevad arusaamad COVID-viirust puudutavatest teemadest ning erinev ohutaju.

#### 4.5.2. Sotsiaalsete rühmade spetsiifilised teemad

Järgnevalt toome esile uuringusse kaasatud sotsiaalsete rühmade heaolu ja toimetulekut puudutavad spetsiifilised eripärad.

##### 4.5.2.1. Lastega pered ja lapsed

Koroonaviirusest tingitud pandeemia pidurdamiseks kasutatud meetmed sundisid perekondi rohkem koos ja kodustes tingimustes aega veetma, mis mõjus ühelt poolt pinget ja stressi tekitavana, kuid teiselt poolt osati seda koosolemise aega ka väärtustada. Piirangute mõju leevendamiseks võeti ette erinevaid koostegevusi — tegeleti ühiselt füüsilise aktiivsusega, veedeti üheskoos vabu hetki. Lahuselavate pereliikmetega võis pandeemia eelse perioodiga võrreldes suhtlemine isegi tiheneda.

Lastega perede puhul oli suureks väljakutseks töö- ja pereelu ühitamine ehk samal ajal laste distantsõppe ja vanemate kodukontoris töötamisega hakkamasaamine. Probleeme tekitasid vajadus töövahendeid ja

tööpiirkonda erinevate pereliikmete vahel jagada. Pingeid ja konflikte põhjustas pidev samal pinnal koosolemine, vanemate suur töökoormus ning vajadus erinevate probleemidega samaaegselt toime tulla, millele omakorda lisandus laste rahulolematuse olukorraga. Pingeid aitasid leevendada meeldivad ühised tegevused: matkamine, komöödiafilmide vaatamine jms. Põhjalikum ülevaade ja näited on välja toodud kvalitatiivuuringu raporti peatükkides 4 ja 5 (lisa 9).

Intervjuudest selgus, et sageli nägid vanemad laste vaimse tervise probleemide põhjusena koduõpet. Lastel esines raskusi koolitöödele keskendumisel ja motivatsiooni leidmisel. Keeruline oli hakkama saada keskkonna muutusega — kui varem oli kool õppimise ja kodu puhkamise koht, siis nüüd tuli kõike teha ühes kohas. Probleeme esines ajajuhtimise ning tavapärasest rutiinist kinnipidamisega, seda eriti algkoolilaste puhul. Koolipäevad venisid pikaks, lastel oli raskusi korralduste järgmisel, tunti puudust eakaaslastest ning sõpradega suhtlemisest. Oluliselt suurenes nutiseadmete kasutus (ka suhtlemise eesmärgil), mis omakorda muutis lapsi ärevamaks. Lastel oli keeruline aru saada vanemate erinevatest „rollidest“ päeva lõikes — millal oldi vanema ja millal töötaja rollis.

Halvemal juhul võis lastel tekkida koolitöodes mahajäämus, kuid oli ka lapsi, kellele koduõpe sobis ning kellele olukord andis võimaluse koos perega rohkem kvaliteetselt aega veeta.

#### *4.5.2.2 Töötavad inimesed*

Töötavate inimest jaoks oli kõige keerulisem toimetulek pidevate muutustega, mis töid sageli kaasa uusi tööülesandeid, suurendasid töökoormust ja -tempot. Tööpäevad venisid pikemaks ning lastega peredel lisas pinget töö- ja pereelu ühitamine. Kodukontoris puudusid sageli vajalikud töötingimused, tehnilisi vahendeid ei jagunud kõigile pereliikmetele samaaegselt kasutamiseks. Segadust tekitas vajadus kasutada mitmeid erinevaid suhtluskanaleid. Tööaeg muutus tihtipeale ebaregulaarseks, hakitus ning nihkus ka öötundidele. Kriisiga seotud juhtivatel ametikohtadel ning eesliinitööl töötavatel inimestel sageli töö kõrval millekski muuks aega ei jäänud. Probleemidena toodi veel välja tööandjate soovimatust spetsiifiliste olukordade ning ettepanekutega arvestada. Uuringus osalenute seas oli neidki, kelle jaoks pidev pinged ja stress kulmineerusid läbipõlemisena alles 2021. aastal.

Toimetulekut toetavate tegevustena toodi selle grupi puhul esile ajaplaneerimise oskuste arendamist, ajaliste piiride seadmist töötamisele ning nii füüsilise kui ka mentaalse distantseerimise meetodite kasutamist tööst eemaldumiseks (nt loodusesse jalutama või maale puhkama minemine). Täpsema ülevaate leiab kvalitatiivuuringu raporti peatükist nr 4 (lisa 9).

#### *4.5.2.3 Politsei- ja päästeametnikud*

Politseiametnike vaimset tervist mõjutasid eelkõige töökorraldusega seotud probleemid. COVID-19 pandeemia tõi kaasa muudatused tööülesannetes (nt piirangutest kinnipidamise järgimise kontroll), tuli hakata kasutama täiendavaid kaitsevahendeid (kindad, maskid). Tööpäevad pikenesid ning sageli muutus ülesannete sisu ühe päevaga, mis omakorda põhjustas segadust, teadmatust ja ebakindlust. Tõsis töötempo, esines olukordi, mil lisandunud tööülesanded ei tundunud alati otstarbekad, kuid töötajate soovitusi muudatusteks ei arvestatud. Kõik see tõi omakorda pikema perioodi jooksul kaas pingeid

töökeskkonnas, kodus, põhjustas unehäireid ning väsimust. Sageli tekitas üksinda töötamine isoleerituse ning pärssis võimalusi kolleegidega tööalaste probleemide osas nõu pidada.

Riskigrupi kuuluvatel eesliinitöötajatel esines suurenenud hirm haigestumise ees. Tööandjate poolt positiivsete ja heaolu toetavate meetmetena toodi välja kaugtöö, vajadusel kaitsevahendite ja ületundide puhul puhkepäevade võimaldamine ning psühholoogi teenus.

#### *4.5.2.4 Sotsiaalvaldkonnas töötavad inimesed*

Sotsiaalvaldkonnas töötavate inimeste puhul tuli teravalt esile, et kuigi ka nemad kogesid, sarnaselt teistele eesliinitöötajatele, kriisiga kaasnevaid uusi väljakutseid ning mõju vaimsele tervisele, ei hinnatud ega tunnustatud neid, näiteks meditsiinitöötajatega võrreldes, piisavalt.

Olulisemate väljakutsetena kerkisid esile uute reeglite selgitamise, nende mõistmise ning nendega harjumise keerulisus, eriti erihoolekande patsientidele. Ootamatu probleemina kerkis esile füüsilise kontaktiga harjunud klientidega distantseerumise vajalikkuse põhjendamise ning reaalse distantsi hoidmine.

#### *4.5.2.5 Meditsiinitöötajad*

Sarnaselt politsei- ja päästametnikele, olid meditsiinitöötajate jaoks, nakatumise ja nakkuse pereringis levitamise kõrval üheks suurimaks stressiallikaks pidevalt muutuvad tööprotsessid. Pandeemia alguses, 2020. aasta kevadel, võisid töökorralduse ja -keskkonnaga seotud reeglid muutuda isegi mitmel korral päevas. Vaja oli kiiresti reageerida ning sageli meetodid ise töö käigus välja töötada. Lisapingete allikaks oli arstide ja õdede puudus, mistõttu võis olla vaja töötada mitmes osakonnas või tervishoiuasutuses korraga. Hiljem suurendas töökoormust vaktsineerimine, pingeid tekitas sellega kaasnev info ning puudulik avalik kommunikatsioon.

Pandeemia teiseks ja kolmandaks laineks oldi tervishoiuasutustes juba valdavalt paremini valmis — teadmisi oli rohkem, tööprotsessid paremini paigas, kuid tunda hakkas andma väsimuse ja stressi kuhjumine. Eraldi keerulise perioodina toodi välja periood 2021. aasta veebruarist aprillini, mil kogeti sageli läbipõlemist. Samal ajal tajuti ka meditsiinitöötajate osas vaenuliku suhtumise kasvu, mis väljendus verbaalsetes rünnakutes ning mis pani arste ja õdesid omakorda kahtlema oma töö mõttekuses, vähendas motivatsiooni, tekitas empaatiaväsimust.

Vaimse tervise probleemidega tegelemisel eelistati, lisaks kolleegidele, pigem asutuseväliseid spetsialiste ning meditsiinitöötajad otsisid ka ise aktiivselt abi võimalusi, kuid sageli osutus probleemiks psühholoogilise abi kättesaadavus, eriti teravalt kerkis probleem esile Ida-Virumaal. Ühe võimaliku lahendusena toodi eeskujuks Inglismaad, kus tervishoiuasutuses töötajatele suunatud teenuseid osutama palgatud spetsiaalne psühholoog. Süstemaatilist tähelepanu vajavana nähti emotsioonidega toimetuleku oskuste arendamist. Toodi esile, et vaimse tervise probleemide ennetamisele aitaks kaasa, kui graafiku koostamisel arvestatakse klientide arvu ning töötajate kogemusega.

#### 4.5.2.6 Eakad

Eakate vaimset tervist mõjutavad tegurid olid suurel määral teiste vanuserühmadega võrreldavad. Oli neid, kes leidsid, et nende elu palju ei muutnud, kuid siiski oli täheldatav teatav üldise ärevuse taustal esile kerkiv mure vähenenud kontaktide, lemmiktegevuste piiramise, turvatunde ja tuleviku pärast. Selle rühma eripärana võibki esile tuua juba varasemalt vanemate inimeste puhul oluliste probleemide ja teemade võimendumine, mis neil juba pandeemia eelnevalt muret valmistasid — lootusetus tuleviku suhtes, mure oma tervise pärast ning hirm suremise ees. See grupp kerkis esile ka viiruse leviku takistamiseks kasutusele võetud meetmete ja piirangute hoolika jälgimise poolest.

#### 4.5.3. Toimetulekustrateegiad

Käesoleva alapunkti all esitame kokkuvõtliku ülevaate intervjueeritavate poolt pandeemia ajal vaimse tervise probleemidega toimetulemiseks kasutatud strateegiatest. Kasutatud strateegiad võib jagada nelja kategooriasse: eneseabi, keskkonnaga seotud tegurid, professionaalne nõustamine ning ravimid. Vaimse tervise probleemide ennetamiseks ning negatiivsete emotsioonidega toimetulekuks kasutati nii kognitiivseid (nt hirmumõtetega tegelemine) kui ka käitumuslikke strateegiaid (nt meeldivate või lõdvestavate tegevustega tegelemine, uute oskuste õppimine, tasakaalukas infotarbimine usaldusväärsetest allikatest). Tavapärasest enam pöörati tähelepanu tervislikule elustiilile — üritati toituda tervislikult, loobuda ergutavate ainete tarvitamisest, tegeleti enam füüsilise aktiivsusega, viibiti rohkem aega looduses. Tuge oli vana rutiini säilitamisest või uue päevarutiini sisseseadmisest, toimetulekut parandas tugivõrgustiku olemasolu — seda nii perekonna, sõprade, kolleegide, tööandjate või ka laste õpetajate näol.

Nagu eelnevalt mainitud, otsiti ka elukutselistelt nõustajatelt. Uuritavate seas oli neid, kellel oli juba positiivne professionaalse abi kogemus, kui ka neid, kes olid teadlikud professionaalse abi võimalustest, kuid eelistasid seda võimalust mitte kasutada, pidades seda parasjagu mittevajalikuks. Detailsem nimekiri individuaalselt vaimse tervise probleemidega toimetulekuks kasutatud ja positiivset mõju omanud strateegiatest on välja toodud kvalitatiivuuringu kokkuvõtte soovitude osas (lisa 9).

#### 4.5.4. Soovitused kriisiolukorraga toime tulekuks avalikule sektorile (kvalitatiivuuringu põhjal)

Läbiviidud kvalitatiivuuringu tulemuste põhjal ei eristunud ükski haavatavaks peetud grupp teistest sel määral, et oleks vajalik nende gruppidele eraldi lähenemisi rakendada. Tulemustest saab järeldada, et kriisiolukorras toimetulekut ja vaimset tervist toetavad meetmed peaksid olema oma iseloomult eelkõige universaalsed ja vajadusel erinevatele sihtrühmadele sisu poolest kohandatavad. Kõigi uuritud gruppide puhul kerkisid esile sarnased muutused toimetulekus ning sarnased stressi allikad. Politseinike ja tervishoiutöötajate, sh hooldajate, vaimse tervise probleemid sarnanesid ülejäänud elanikkonda mõjutanud probleemidele — peamiseks stressiallikaks olid väga kiiresti toimunud ulatuslikud muutused tööelus — eelkõige töökorralduses (nt kaitsevahendite kasutamine) ning ülesannete sisus (COVID-19 nakatunute eest hoolitsemine, hiljem vaksineerimise korraldamine meditsiinitöötajate puhul, piirangutest kinnipidamine politseinike puhul). Ühe olulise läbiva temana kerkis uuritavate seas esile

kommunikatsiooni olulisus. Ühelt poolt mõjutas inimeste vaimset tervist informatsiooni pidev muutumine, teiselt poolt vastuolulise informatsiooni edastamine meedias ning liigne orienteeritus negatiivsele. Selleks, et kommunikatsioon, aga ka kriisiolukorra lahendamisele suunatud meetmed ja poliitika aitaks kaasa ühiskonnaelus stabiilsuse suurendamisele ning võimalikult edukale toimetulekule, tuleks strateegia loomisel lähtuda järgmisest viiest Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO, 2020) poolt soovitatavast põhimõttest:

- 1) Informatsiooni läbipaistvus. Tuleks olla võimalikult aus ning selgitada arusaadavalt ja läbipaistvalt, mis on kasutusele võetava meetme või soovitusel põhjus.
- 2) Järjekindlus. Sekkumiste ja meetmete rakendamisel, aga ka sõnumite edastamisel tuleks olla võimalikult järjekindel, hoiduda omavahel vastuollu minevatest soovitustest ja sekkumistest.
- 3) Ennustatavus. Kui vähegi võimalik, tuleks ebakindlas olukorras püüelda olukorra poole, kus järgnev võiks olla ette ennustatav, nt võiks see olla saavutatav otsustamisel objektiivsetest andmetest lähtumise abil.
- 4) Võrdsus. Otsused, suunatud meetmed ning piirangud peaksid olema erinevatele rühmadele, piirkondadele võimalikult sarnased ja võrdsed.
- 5) Koordineeritus. Oluliste sõnumite edastamisel oleks hea ekspertide vahel kokku leppida edastatavate sõnumite ühtsus, et vähendada vastuolulise informatsiooni levikut.

Vaatamata sellele, et riik tegeles usaldusväärse info levitamisega üsna operatiivselt, jäi intervjuudest kajama, et informatsioon ei olnud piisavalt kättesaadav. Seega tuleks kindlasti informatsiooni levitamiseks kasutada võimalikult erinevaid kanaleid ning teha seda aktiivsemalt ka muukeelse elanikkonna seas.

Kriisisituatsioonides tuleks toimetulekut ja vaimset tervist toetava meetmena tuleks edaspidi võimalikult kiiresti välja töötada ka erinevatele sihtrühmadele suunatud sõnumid ja materjalid, mis aitaks selgitada nende (nt tööandjate) rolli kriisiga toimetulekul, kujundaks hoiakuid, normaliseeriks kohaseid (ka stressi ja ärevuse) reaktsioone ning pakuks parimaid tegutsemisviise konkreetsetes enamlevinud olukordades toimetulekuks. Näiteks ilmses intervjuudes, et stressi ja pingete allikaks võisid olla tööandjad ja organisatsioonid. Kui suuremad organisatsioonid valdavalt asusid ise organisatsioonisiseks kasutamiseks juhendmaterjale välja töötama, siis väiksemate asutuste puhul võis selleks ressursi väheks jääda. Siinkohal võiks kasu olla üldistest sihtgrupile suunatud juhistest. Lastega perede puhul kerkis esile erinevaid probleeme esile seoses distantstõppega — ka siinkohal võiks abi olla sihtgrupile suunatud konkreetsetest, nii praktilistest (ajajuhtimise, õpikeskkondade kasutamine, distantstõppe eripärad) kui ka psühholoogiliste pingetega toimetuleku juhistest. Parima tulemuse saavutamiseks tuleks juhendmaterjalide väljatöötamisel võimalusel kaasata sihtgruppide esindajaid, kas organisatsioonide, kohalike omavalitsuste esindajate või vabatahtlike panustajate näol.

Tuleviku kriisides toimetuleku tagamiseks on äärmiselt oluline kogu elanikkonna vaimse tervise kirjaoskuse parandamine. Nagu ka käesoleva uuringu tulemustest selgus, aitavad vaimse tervise probleemide teket vältida ning nendega toimetulekut parandada konkreetset teadmised sellest, mis on vaimne tervis, millised on vaimse tervise probleemide tekkimise üldlevinumad põhjused, oskus probleeme ära tunda ning probleemi ilmnemisel midagi selle lahendamiseks ette võtta. Mida paremini on elanikkond

vastavate teadmiste ja oskustega varustatud, seda vastupidavam ja stabiilsem on toimetulek nii igapäevaelus ettetulevate raskuste kui ka kriisiolukorras. Selleks, et üldisel tasandil muutusi saavutada, peab teadlikkuse tõstmine on järjepidev ning mitmekülgset, erinevatele sihtrühmadele suunatud tegevus. Ühelt poolt aitavad kindlasti kaasa üldsusele erinevad vaimse tervise probleeme selgitavad, aga ka tervislike eluviiside edendamiseks läbiviidavad kampaaniad, teiselt poolt konkreetsemate toimetulekumehhanismide õpetamisele suunatud (sh haridusasutustes läbiviidavad) programmid. Ka vaimse tervise teenuste kättesaadavuse parandamine aitab kaasa vaimse tervise teadmiste ning probleemidega toimetuleku oskuste paranemisele. Jätkata tuleks juba riigi poolt juba planeerimisel ja elluviidavate teenuste, nagu kogukonnapõhiste teenuste ja vanemlusprogrammide kättesaadavuse järjepidevuse tagamisega, kuid leida ka lisavõimalusi suuremate elanikkonnagruppideni jõudmiseks. Ühe võimalusena tuleks kaaluda vaimse tervise teemade mahu suurendamist nii põhikooli kui ka gümnaasiumiastme õppeprogrammis.

Kuna käesoleva uurimistöö läbiviimise ajaks ei olnud pandeemia ning COVID-19 viiruse leviku takistamiseks kasutatavate meetmete rakendamine lõppenud, ei ole võimalik hinnata, kuidas tulid inimesed, sh erinevad grupid, toime pandeemiast väljumisega. Olukorra muudab komplitseeritumaks ka 24. veebruaril 2022. aastal puhkenud Vene-Ukraina sõda, millega lisandusid täiendavad ebakindlust ning igapäevaelus pingeid põhjustavad tegurid. Välistatud pole ka uute COVID-19 viiruspuhangute teke ning sellest tulenevate piirangute kehtestamise vajadus. Edaspidi on soovitatav hinnata elanikkonna vaimset tervist järjepidevalt ning regulaarselt, et tuvastada pandeemia kestel või järgselt esile kerkivad probleemid võimalikult varakult.

#### 4.5.5. Kokkuvõte

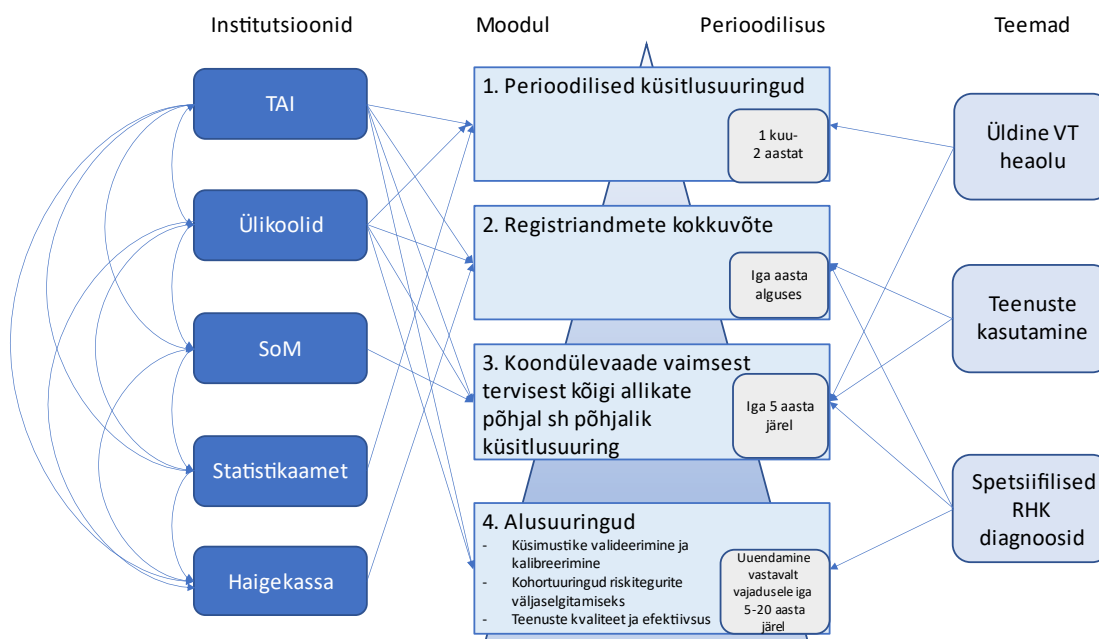
1. Kvalitatiivuuringus osalenute vaimse tervise probleemid ning nende põhjused olid universaalsed ning kõigi gruppide lõikes oma olemuselt sarnased. Sarnased olid ka vaimse tervise probleemidega toimetulekumehhanismid, pingete ja stressiga toimetulekul kasutati sarnaseid võtteid.
2. Olulise vaimsele tervisele mõju omanud teemana kerkisid esile erinevad kommunikatsiooniga seotud probleemid, nagu kiiresti muutuv ja vastuoluline informatsioon rakendatavate meetmete ja nende vajalikkuse osas. Edaspidiste kriisidega toimetulekul lähtuda järgmisest viiest Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO, 2020) poolt soovitatavast põhimõttest: edastatav informatsioon peaks olema võimalikult ausalt põhjendatud ehk läbipaistev, hoiduda tuleks omavahel vastuollu minevatest meetmetest ja soovitustest, sõnumite edastamisel tuleks olla järjekindel, meetmed peaksid olema erinevatele inimrühmadele ja piirkondadele võimalikult ühesugused ehk võrdsed ning edastatavad sõnumid ekspertidel omavahel koordineeritud.
3. Tulemustest saab järeldada, et kriisiolukorras toimetulekut ja vaimset tervist toetavad meetmed peaksid olema oma iseloomult eelkõige universaalsed ja vajadusel erinevatele sihtrühmadele sisu poolest kohandatavad. Kriisisituatsioonides tuleks toimetulekut ja

vaimset tervist toetava meetmena edaspidi võimalikult kiiresti välja töötada ka erinevatele sihtrühmadele suunatud sõnumid ja materjalid, mis aitaks selgitada nende (nt tööandjate) rolli kriisiga toimetulekul, kujundaks hoiakuid, normaliseeriks kohaseid (ka stressi ja ärevuse) reaktsioone ning pakuks parimaid tegutsemisviise konkreetsetes enamlevinud olukordades toimetulekuks.

4. Elanikkonna valmisolekut edaspidistes kriisides edukalt toime tulla, aga ka pandeemiast väljumisel olulist leevendavat mõju võiks omada elanikkonna vaimse tervise kirjaoskuse parandamine ehk vaimse tervise alaste teadmiste ja toimetulekuviisidest teadlikkuse parandamine.
5. Edaspidi on soovitatav hinnata elanikkonna vaimset tervist järjepidevalt ning regulaarselt, et tuvastada pandeemia kestel või järgselt esile kerkivaid probleeme võimalikult varakult.

## 5. Indikaatorite pakett Eesti elanikkonna vaimse tervise monitoorimiseks

### 5.1. Indikaatorite paketi üldkirjeldus ja eesmärgid



**Joonis 5.1.1.** Vaimse tervise monitoorimissüsteemi komponendid

Projekti tulemusi arvestades pakume välja neljast komponendist koosneva monitoorimissüsteemi (joonis 5.1.1). Käesoleva projekti ülesandeks ei olnud vaimse tervise poliitika analüüs, seega tuleb arvestada võimalusega, et autorite teadmised olemasolevatest ja plaanitavatest meetmetest ei ole täielikud ning monitoorimissüsteemi tuleb sellest lähtuvalt kohandada. Alapeatükis 4.4.5 viitasime probleemidele



seoses teenusevajaduse täpse hindamisega. Välja pakutud monitoorimissüsteem loob eeldused nende probleemide lahendamiseks: esimese sammuna on vajalik kalibreerida enam levinud VT häirete hindamisvahendid diagnooside suhtes (arvestades ka hindamisvahendite sobivust küsitlusuuringus kasutamiseks; vt ka alapeatükki 5.4). Kalibreerimisuuringul põhinev info (sh PPV ja NPV) võimaldab hinnata häirete tõenäolist levimust küsitlusuuringu tulemuste põhjal ning selle alusel teha järeldusi teenusevajaduse kohta. Info tajutud teenusevajaduse kohta on oluline, kuid ei ole piisav teenusevajaduse mahu hindamiseks.

- 1) Vaimse tervise lühimoodul, mida saab kasutada erinevates perioodilistes küsitlusuuringutes. Sellise mooduli eesmärk on jälgida vaimse tervise muutusi, samuti suuremaid rühmadevahelisi erinevusi (demograafilised, sotsiaal-majanduslikud ja regionaalsed erinevused ning nende muutused aastate kaupa). Mooduli tuuma moodustab üldise vaimse tervisega seotud heaolu küsimuste plokk (4–8 küsimust). Kaalumist väärivad veel a) küsimus tavapärasest suurema stressi kohta; b) üksikküsimused olulisemate psüühikahäirete kohta; c) üksikküsimused olulisemate vaimset tervist mõjutavate tervisekäitumiste kohta, nt uni, kehaline aktiivsus, stressiga toimetuleku viisid; d) pikemas perspektiivis ka psühhopatoloogia üldfaktorit kajastav indeks, mis aga vajab eraldi valideerimist (vt 5.2).
- 2) Olemasolevate registrite ja andmekogude alusel jälgitavad indikaatorid. Neid indikaatoreid peaks uuendama vajaduse järgi: mõnel juhul on sobilik jooksev uuendamine (nt korda päevas), keerulisemate ja mitmest allikast pärit andmeid kombineerivate indikaatorite puhul piisab tõenäoliselt iga-aastasest uuendamisest. Näiteks selleks, et kirjeldada sotsiaal-majanduslikke erinevusi depressiooni esinemises, on vaja haigekassa andmekogule lisada teave sissetuleku ja/või hariduse kohta teistest allikatest. Esmaste diagnooside eristamiseks korduvatest on vaja võrrelda mitme aasta (vähemalt 5, soovitatavalt veel pikema ajavahemiku) teavet haigekassa andmekogus.
- 3) Iga viie aasta tagant koostatav koondülevaade vaimsest tervisest, mis põhineb kõigil kättesaadavatel allikatel, sealhulgas registriandmed (2), perioodilised küsitlusuuringud, mis kasutavad vaimse tervise lühimoodulit (1), samuti eraldi põhjalikum vaimse tervise küsitlusuuring.
- 4) Alusuuringud, mis on vajalikud eespool nimetatud moodulite toimimiseks.

Neid mooduleid kirjeldame täpsemalt punktides 5.2–5.4. Indikaatorite uuendamise ja andmebaasi haldamise ettepanekut kirjeldame lisas 11.

RVTU projekti raames võeti vaatluse alla maailmas vaimse tervise monitoorimisel teerajajateks olevate riikide, sh Saksamaa (Thom jt, 2021), Šveits (Schuler jt, 2020), Austraalia (Department of Health, Commonwealth of Australia, 2017), Kanada (Orpana jt, 2016; Varin jt, 2020), loodud vaimse tervise monitoorimissüsteemid ning kaardistati indikaatorid, mida juba mujal maailmas kasutatakse süsteemselt ja regulaarselt vaimse tervise valdkonna trendide jälgimisel, vajalike ennetustegevuste ja sekkumiste kavandamisel ning nende tulemuste hindamisel. Jaotises 5.3 esitame esmase valiku indikaatoritest, mida soovime Eestis vaimse tervise monitoorimissüsteemi kaasata. Laiapõhjalise, ent samas kompaktselt indikaatorite komplekti koostamisel tuleks eelistada, et indikaator hindab mõju pigem populatsiooni

tasandil, on suunatud üldiste, mitte spetsiifiliste häirete (nt arenguhäirete, dementsuse, autismi) esinemise või suundumuste tuvastamisele ega keskendu liiga palju vähemusrühmadele (Peitz jt, 2021).

Lõpliku indikaatorite valiku tegemisel tuleks arvestada:

- 1) riigi- ja omavalitsusasutuste vajadustega ning valmisolekuga indikaatorite rakendamiseks (Thom jt, 2021);
- 2) monitoorimise erinevate eesmärkide (nt häirete levimuse hindamine poliitika planeerimiseks, poliitikamuutuste või muude rahvastiku tervist mõjutavate sündmuste lühi- või pikaajalise mõju hindamine) ja ajaraamidega, mis tingivad vajaduse eri tüüpi ja eri sagedusega mõõdetavate indikaatorite kasutamiseks;
- 3) monitoorimissüsteemi regulaarse täiendamise ja muutmise vajadusega, sh lähtudes tervishoiusüsteemi vajaduste ja rahvastiku tervise muutumisest ning teadusuuringute tulemustest, mis võimaldavad informatiivsemate indikaatorite kasutuselevõttu.

## 5.2. Vaimse tervise lühimoodul

Vaimse tervise lühimooduli eesmärk on võimaldada vaimse tervise üldseisundi perioodilist jälgimist küsitlusuuringutes. Mooduli tuum on siinse uuringu tarbeks koostatud vaimse tervisega seotud heaolu indeks (VTHOI), mille koostamist on täpsemalt kirjeldatud lisa 1 jaotises 1.6. Selline heaoluindeks on korreleeritud kõigi EEK-2 alaskaaladega (tabel 5.2.1) ning selle seosed viimase 5 aasta vaimse tervise häirete diagnoosidega on sama tugevad kui EEK-2 depressiooniskaalal (lisa 8 tabel 76).

**Tabel 5.2.1.** Heaoluindeksi korrelatsioonid EEK-2 alaskaaladega

		Uuringulaine		
		I	II	III
1	EEK-2 depressioon	-0,66	-0,65	-0,68
2	EEK-2 ärevus	-0,56	-0,54	-0,58
3	EEK-2 paanika ja agorafobia	-0,45	-0,42	-0,45
4	EEK-2 vaimne kurnatus (asteenia)	-0,67	-0,65	-0,68
5	EEK-2 unehäired	-0,48	-0,47	-0,50

**Märkus.** Kõik korrelatsioonid on statistiliselt olulised ( $p < 0,001$ ).

Lisaks üldise vaimse tervisega seotud heaolu küsimustele on otstarbekas kaaluda järgmiste osade kaasamist vaimse tervise lühimoodulisse.

- 1) Psüühikahäirete üldfaktor (Caspi & Moffitt, 2018). RVTU andmestik ei võimalda täielikult korrata Caspi ja kolleegide analüüse, mis viisid üldfaktori postuleerimisele, kuid esialgsed (siinses aruandes esitamata) analüüsid näitavad, et üldfaktor on küll korreleeritud (-0,5) vaimse tervisega seotud heaolu indeksiga, kuid ei ole selle täpne vastand. Seega on võimalus, et üldfaktoris

suurema kaaluga küsimuste kaasamisel õnnestuks häirete tõenäosust ennustada täpsemini, kui ainult heaoluindeksi põhjal.

- 2) Suurema levimusega VT probleemide (nt depressioon, ärevus, kõrgenenud stressitase, suitsiidirisk) spetsiifiliste küsimuste kaasamine üksikvaidetena.
- 3) Olulisemate tervisekäitumise valdkondade kaasamine (nt uni, kehaline aktiivsus, psühhoaktiivsete ainete tarvitamine). See ei tähenda tingimata küsimustiku pikenemist, kuna need teemad on terviseetematistes küsitlusuuringutes (TKU, ETeU) juba kaetud.
- 4) Olulisemate VT probleemide riskitegurite kaasamine (nt sotsiaalse toe puudumine, lähisuhtevägivald, töötus, rahalised raskused).

Nendele ettepanekutele vastav versioon vaimse tervise lühimoodulist on esitatud lisa 10, kus VT probleemide spetsiifilised küsimused on valitud kolmest EEK-2 alaskaalast (depressioon, ärevus, vaimne kurnatus) üksikvastuste teooria põhjal (*Graded Response Model*, Samejima, 1969; iga alaskaalat esindab selle kõige informatiivsem väide). Siinses aruandes kirjeldatud tulemuste põhjal sobib selline lühimoodul kasutamiseks ka vaimse tervise esmase sõelküsimumstikuna, kuid soovitatav on kõigepealt läbi viia lisavalideerimine. Sõelküsimumstikuna kasutatavust toetavad näiteks lisa 8 tabelis 76 kirjeldatud seosed VTHOI ja eelmise 5 aasta vaimse tervise häirete diagnooside vahel, kuid ennustava väärtuse tõestamiseks tasuks uurida prospektiivseid seoseid VTHOI ja järgnevate aastate diagnooside vahel, mida saab teha siinse uuringu jätkuna.

### 5.3. Registri- ja küsitlusuuringute andmetel põhinev indikaatorite pakett

#### 5.3.1. Vaimse tervisega seotud heaolu

Järgnevad indikaatorid moodustavad alapeatükis 5.2 kirjeldatud vaimse tervisega seotud heaolu indeksi (VTHOI). Praeguses ettepanekus lähtume RVTU küsimustikust ja välja pakutud vaimse tervise lühimoodulist tervikuna, alternatiivina on mõeldav kasutada samateemalisi küsimusi teistest küsitlusuuringutest (nt ETeU, TKU, Euroopa Sotsiaaluuring). Üldise heaolu indeksi osana kasutamise kõrval on otstarbekas eraldi indeksina esile tuua järgmised kolm näitajat.

- 
- 1 **Eluga rahulolu**  
Eluga rahul või pigem rahul olevate vastajate osakaal (B1)
  - 2 **Tervise enesehinnang**  
Oma tervist heaks või väga heaks hindavate vastajate osakaal (C4, ka Euroopa tervise minimooduli (MEHM) 1. küsimus)
  - 3 **Emotsionaalne heaolu ja optimism**  
Vastajate osakaal, kes tunnevad end tuleviku suhtes lootusrikkalt ja entusiastlikult (B54)
- 

#### 5.3.2. Vaimse tervise probleemide esinemine

Selles jaotises käsitleme indikaatoreid, mida tuleks jälgida nii registriandmete kui ka küsitlusuuringute põhjal. Registriandmete puhul lähtume diagnoosi esinemisest Eesti Haigekassa andmekogu raviarvete või retseptide andmestikus. Esmashaigestumust saab määratleda kui diagnoosi esmakordset esinemist vaatlusalusel perioodil, eeldusel, et sama diagnoos ei ole varem esinenud. (Tegelikult tuleb siin teha

mööndusi: kuna EHK andmekogu ulatub tagasi 2004. aastasse, siis ei pruugi varasemat esinemist olla võimalik kontrollida. Seega saab esmashaigestumust operatsionaliseerida kui diagnoosi esinemist vaatlusalusel perioodil eeldusega, et sama diagnoos ei ole esinenud varasemal 5 või 10 aastal.) 12 kuu levimust saab määratleda kui diagnoosi esinemist EHK andmekogus vaatlusaluse 12 kuu (kalendriaasta) jooksul. Esmashaigestumus ja levimus esitatakse osakaalu või määrana (nt 10 000 elaniku kohta).

Küsitlusandmete kasutamine eeldab kliinilise diagnoosi suhtes kalibreeritud küsimustikke, mille alusel saaks hinnata häire tegelikku levimust rahvastikus. Praegu lähtume olemasolevatest küsimustikest, mille tulem on riskiskoor või riskilävendi (ärälõikepunkti) ületamine. Kuigi mitmel juhul on teada, et ärälõikepunkti ületamisel on häire esinemise tõenäosus oluliselt suurem (st isikutel, keda test liigitab riskis olevateks, on ka tegelikkuses häire esinemise risk suurem), siis enamasti ei võimalda see info häire levimust teadaoleva täpsusega hinnata (erand on EEK-2 depressiooniskaala).

Järgnev indikaatorite valik põhineb aruande alapeatükkidel 4.1.2 (registriandmete põhjal sagedamini esinevad häired) ja 4.1.1 (RVTU küsitlusuuringu põhjal häired, mille esinemise risk on märkimisväärne). Registriandmete kokkuvõtet võiks teha vajaduse järgi, kuid vähemalt iga aasta alguses (jaotises 5.1 esitatud monitoorimissüsteemi moodul 2). Põhjalikumas iga 5–10 aasta tagant läbiviidavas küsitlusuuringus (monitoorimissüsteemi moodul 3) on otstarbekas lähtuda uuringu toimumise ajaks olemasolevatest kalibreeritud hindamisvahenditest (siin on oluline eeltöö, mis on osa moodulist 4). Muu hulgas on sellise uuringu ülesanne võrrelda ja seostada registri- ja küsitlusandmeid, vajaduse korral kasutades andmeid eri registritest ja andmekogudest. (Nt depressiooni diagnooside esinemine sotsiaal-majandusliku tausta põhjal määratletud rühmades.)

Seega erinevad monitoorimissüsteemi moodulid 2 ja 3 põhjalikkuse astme ja perioodilisuse poolest.

Moodul 2: häirete 12 kuu levimus ja esmashaigestumus (EHK andmekogu põhjal) soo- ja vanuserühmade järgi, minimaalselt kord aastas, kõikne uuring.

Moodul 3: häirete 12 kuu levimus ja esmashaigestumus (EHK andmekogu põhjal) ning kalibreeritud enesekohase küsimustiku põhjal määratletud häirerisk soo- ja vanuserühmade ning registri- ja vajaduse korral küsitlusandmete põhjal määratletud sotsiaal-demograafiliste (sissetulek, haridus, elukoht, rahvus) tegurite järgi, iga 5 aasta järel, juhuvalimiga uuring.

---

#### 4 Vaimse tervise häirete (kõik F-diagnoosid) esinemine

- 4.1. Vaimse tervise häirete esmashaigestumus
- 4.2. Vaimse tervise häirete 12 kuu levimus
- 4.3. Mitme häire korraga esinemine (komorbiidsus)

#### 5 Meeleoluhäirete esinemine

- 5.1. Depressiooni (F32–F34) esmashaigestumus
- 5.2. Depressiooni (F32–F34) 12 kuu levimus
- 5.3. Sünnitusjärgse depressiooni (F53.0) 12 kuu levimus
- 5.4. Depressiooni levimus ja riskirühmad küsitlusuuringu põhjal

#### 6 Ärevushäirete esinemine

- 6.1. Ärevushäirete (F40–F49) esmashaigestumus
  - 6.2. Ärevushäirete (F40–F49) 12 kuu levimus
  - 6.3. Ärevushäirete levimus ja riskirühmad küsitlusuuringu põhjal
-

- 
- 7 **Sõltuvushäirete esinemine**
    - 7.1. Sõltuvushäirete (F10–F19) esmashaigestumus
    - 7.2. Sõltuvushäirete (F10–F49) 12 kuu levimus
    - 7.3. Alkoholist tingitud psüühika- ja käitumishäirete (F10) 12 kuu levimus
    - 7.4. Alkoholi liigtarvitamise levimus ja riskirühmad küsitlusuuringu põhjal
  - 8 **Unehäirete esinemine**
    - 8.1. Mitteorgaaniliste unehäirete (F51) esmashaigestumus
    - 8.2. Mitteorgaaniliste unehäirete (F51) 12 kuu levimus
    - 8.3. Unehäirete levimus ja riskirühmad küsitlusuuringu põhjal
  - 9 **Somatoformsete häirete esinemine**
    - 9.1. Somatoformsete häirete (F45) esmashaigestumus
    - 9.2. Somatoformsete häirete (F45) 12 kuu levimus
    - 9.3. Somatoformsete häirete levimus ja riskirühmad küsitlusuuringu põhjal
  - 10 **Raskete stressireaktsioonide ja kohanemishäirete esinemine**
    - 10.1. Raskete stressireaktsioonide ja kohanemishäirete (F43) esmashaigestumus
    - 10.2. Raskete stressireaktsioonide ja kohanemishäirete (F43) 12 kuu levimus
    - 10.3. Posttraumaatilise stressihäire esinemine ja riskirühmad küsitlusuuringu põhjal
  - 11 **Aktiivsus- ja tähelepanuhäire esinemine**
    - 11.1. Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (F90.0) 12 kuu levimus
    - 11.2. Aktiivsus- ja tähelepanuhäire esinemine ja riskirühmad küsitlusuuringu põhjal
  - 12 **Söömishäirete ja ülesöömishoogude esinemine**
    - 12.1. Söömishäirete (F50) 12 kuu levimus
    - 12.2. Ülesöömishoogude esinemine ja riskirühmad küsitlusuuringu põhjal
  - 13 **Sundmõtete ja -käitumiste esinemine**
    - 13.1. Obsessiiv-kompulsiivse häire (F42) 12 kuu levimus
    - 13.2. Obsessiiv-kompulsiivse häire riskile viitavate sundmõtete ja -käitumiste esinemine ja riskirühmad küsitlusuuringu põhjal
  - 14 **Ennast kahjustav käitumine**
    - 14.1. Suitsiidikordaja (surma põhjuste registri ja EHK andmekogu põhjal)
    - 14.2. Enesetapukatsete esinemine (tahtlik enesekahjustamine, X60–X84)
    - 14.3. Enesetapumõtete esinemine ja riskirühmad küsitlusuuringu põhjal
    - 14.4. Tahtliku enesevigastamise esinemine ja riskirühmad küsitlusuuringu põhjal
- 

### 5.3.3. Vaimse tervise riski- ja kaitsetegurid

Siin on käsitletud indikaatoreid, mis siinse aruande põhjal on vaimse tervise häirete olulised riski- või kaitsetegurid.

- 
- 15 **Pikaajaliste terviseprobleemide esinemine**  
RVTU 1. laine küsimustikus C5, MEHM 2. küsimus
  - 16 **Rasvumise esinemine**  
Küsitlusuuringu põhjal: kehamassiindeks (kaal [kg] / pikkus [m]<sup>2</sup>) > 30
  - 17 **Majanduslik toimetulek**  
Hästi või väga hästi majanduslikult toime tulevate majapidamiste osakaal
  - 18 **Ebasoodsate lapsepõlvesündmuste esinemine**
-

- 
- 19 **Füüsilise või emotsionaalse lähisuhtevägivalla kogemine**
    - 18.1. Füüsilise või emotsionaalse lähisuhtevägivalla kogemine elu jooksul
    - 18.2. Füüsilise või emotsionaalse lähisuhtevägivalla kogemine viimase 12 kuu jooksul
  - 20 **Ebaausa kohtlemise või diskrimineerimise kogemine**
  - 21 **Tavapärasest suurema stressi kogemine viimase 30 päeva jooksul**
  - 22 **Tööstressi esinemine**
    - 22.1. Töötajate osakaal, kes peavad oma tööd äärmuslikult stressi tekitavaks
    - 22.2. Läbipõlemise esinemine
  - 22 **Emotsioonide regulatsioon**
    - 22.1. Adaptiivsete emotsiooniregulatsiooni meetodite kasutamine
    - 22.2. Emotsioonide regulatsiooni raskuste esinemine
  - 23 **Üksildus**
    - 23.1. Üksi elavate inimeste osakaal
    - 23.2. Ennast tõrjutuna või kõrvale jäetuna tundvate isikute osakaal
  - 24 **Tajutud sotsiaalne toetus**
    - 24.1. Isikute osakaal, kes tunnevad, et nad saavad raskuste korral lähedaste abile loota (C28)
  - 25 **Uni**
    - 25.1. Uneaja soovitusi järgivate isikute osakaal (C18)
  - 26 **Kehaline aktiivsus**
    - 26.1. Kehalise aktiivsuse soovitusi järgivate isikute osakaal (C12)
  - 27 **Alkoholi liigtarvitamine**
    - 27.1. Alkoholi tarvitamise soovituslikku piirmäära ületavate isikute osakaal (C14–C16)
  - 28 **Narkootiliste ainete tarvitamine**
    - 28.1. Narkootiliste ainete tarvitamine viimase 12 kuu jooksul (C17)
- 

### 5.3.6. Vaimse tervise teenused: vajadus, kättesaadavus ja ravikvaliteet

Vaimse tervise teenuste kvaliteedi hindamine peab arenema koos teenustesüsteemi enda arendamisega. Näiteks ravijärjekorra ja -ooteaja hindamine oleks üldjuhul tähtis, kuid ei pruugi praegu olla informatiivne, kuna see ei kajasta piisavalt tegelikku ooteaega patsiendi vaatest. Ametlik ravijärjekord kajastab küll tervise infosüsteemis (TIS) leiduvate edukalt tehtud broneeringute põhjal arvestatud ravijärjekorras olemise aega broneeringust vastuvõtuni, aga jätab arvestamata nende patsientide kogemuse, kes broneeringut ei tee, sest ei leia digiregistratuurist või teenuseosutajate broneerimissüsteemist sobivat vastuvõtuaega või -kohta. Teadaolevalt on juurutamisel Ajaleidja rakendus, et probleemi patsiendi vaatest leevendada (vt <https://www.tehik.ee/ajaleidja>). Osa siin käsitletud indikaatoritest ei ole käesolevas projektis kajastatud (nt 29, 31, 33–36) või on kajastatud vaid osaliselt, need on ära toodud täielikkuse huvides.

- 
- 29 **Psüühikahäirete statsionaarsed ravijuhud**
    - 29.1. Ravijuhtude arv 12 kuu jooksul
    - 29.2. Vaimse tervise häiretega hospitaliseerimiste arv
    - 29.3. Haiglast lahkunute arv (psüühika- ja käitumishäired)
-

---

**30 Vaimse tervise teenuste kasutamine**

Vaimse tervise teenuste kasutamist on otstarbekas jälgida EHK andmete põhjal. Andmete täielikkuse huvides oleks oluline registreerida ka sellised vastuvõtud, mille eest 100% tasub patsient või klient — kui see on teostatav, siis ei ole põhjust teenuste kasutamise infot täiendada küsitlusuuringuga. Tähtis on tuvastada potentsiaalne ebavõrdsus teenuste kasutamises, seetõttu on siin punktides 30.1–30.3 rõhutatud, et indikaatoreid tuleks vaadata sotsiaal-majanduslike ja -demograafiliste taustatunnuste järgi.

30.1. Psühhiaatrilised vastuvõtud soo- ja vanuserühmade, sissetulekukvartiilide ja rahvuse või emakeele järgi

30.2. Kliinilise psühholoogi vastuvõtud soo- ja vanuserühmade, sissetulekukvartiilide ja rahvuse või emakeele järgi

30.3. Psühhoteeraapia seansid soo- ja vanuserühmade, sissetulekukvartiilide ja rahvuse või emakeele järgi

**31 Psüühikahäirete tuvastamine esmatasandil**

31.1. Depressiooni tuvastamine esmatasandil (% diagnoosidest 12 kuu jooksul)

31.2. Ärevushäirete tuvastamine esmatasandil (% diagnoosidest 12 kuu jooksul)

**32 Psühhofarmakonide tarvitamine**

32.1. Antidepressantide (N06A) tarvitamine

32.2. Anksiolüütikumide (N05B) tarvitamine

**33 Patsientide rahulolu vaimse tervise teenustega****34 Ravi kvaliteet, efektiivsus ja kättesaadavus**

34.1. Ravijuhiste järgimine vaimse tervise häirete ravis

34.2. Ravijärjekordade pikkus, lubatud maksimaalset pikkust ületavate juhtude arv

**35 Vaimse tervise edendus- ja ennetusprogrammid**

35.1. Vaimse tervise edenduse ja ennetuse eelarve

35.2. Inimeste hulk, kes on kaasatud VT edendus- ja ennetusprogrammidesse

35.3. Tõenduspõhiste VT edendus- ja ennetusprogrammide olemasolu töötervishoius, töökohtadel, koolides

35.4. Vanemlike oskusi toetavatesse programmidesse kaasatud inimeste hulk

35.5. Suitsiidiennetusprogrammide olemasolu

---

## 5.4. Alusuuringud

Psüühikahäirete levimuse hindamise kuldstandard on psühhiaatriline intervjuu, mille käigus hinnatakse häire või probleemi tunnuste esinemist kehtiva häirete klassifikatsiooni kohaselt. Epidemioloogilistes uuringutes (nt *National Comorbidity Survey*, Kessler, 2011; *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*, Alonso jt, 2004) on kasutusel nn epidemioloogiline intervjuu, mille viib läbi väljaõppega intervjuerija, kes ei pruugi olla vaimse tervise spetsialist. Sellisel intervjuul põhinev diagnoos on statistiliselt oluliselt seotud kliinilise diagnoosiga, kuid seos ei ole kaugeltki täiuslik (Kessler & Wang, 2008). Enesehinnanguliste küsimustike täpsusaste on enamasti veelgi väiksem. Seetõttu on levimuse hindamisel tähtis kasutatava meetodi kalibreerimine parima saadaoleva meetodi (praegusel juhul kliinilise intervjuu) suhtes. Meetod võib levimust üle- või alahinnata, kuid kalibreeritud meetodi puhul on võimalik seda üle- või alahinnangut kompenseerida. Selleks on vaja teada meetodi prognostilist väärtust (PPV — *positive predictive value* — tõenäosus, et meetodiga „positiivseks“ tunnistatud isikul, nt vastajal, kelle

depressiooniskoor ületab äralõikepunkti, on ka tegelikult vastav häire; NPV — *negative predictive value* — tõenäosus, et meetodiga „negatiivseks“ tunnistatud isikul vastavat häiret ei ole).

RVTU-s kasutatud skaaladest on ainult EEK-2 depressiooniskaala sellisel moel kalibreeritud. Seega ainult depressiooni puhul on võimalik suure depressiooniriskiga vastajate protsendist tuletada tõenäoline levimusmäär, teiste häirete puhul peame leppima väiksema täpsusega. Ööpiku ja kolleegide (2006) uuringus oli tegu perearsti läbi viidud intervjuudega; kuna on teada, et perearsti pandud vaimse tervise diagnoosid ei pruugi olla täpsed (nt Mitchell, Vaze ja Rao, 2009, leidsid, et vähem kui 50% depressiooniga patsientidest oli perearstide poolt õigesti diagnoositud), on soovitatav, et intervjuu viiks sellises kalibreerimisuuringus läbi kas kliiniline psühholoog või psühhiaater.

Häirete levimust ei saa täpselt hinnata diagnooside põhjal, kuna diagnoosini jõudmine sõltub nii tervishoiusüsteemist kui ka terviseharitusest ning vaimse tervisega seotud hoiakutest. Näiteks kui teenuse kättesaadavus on puudulik, siis ei jõua abivajaja spetsialistini, kes saaks panna diagnoosi. Seega üldjuhul diagnoosil põhinev levimuse hinnang alahindab tegelikku levimust.

Küsitlusuuringutes on ebatäpsuse allikaks veel erinevad nihked, sh vastamisnihe (küsitlusele vastamise tõenäosus sõltub teguritest, mis on seotud vaimse tervise probleemidega, nt on tüüpiline, et madalama sotsiaal-majandusliku staatusega elanikud osalevad küsitlustes väiksema tõenäosusega) ja raporteerimisnihe (eri vastajarühmad võivad probleemide esinemise või tõsiduse teatamisel kasutada erinevaid kriteeriume, nt ankeedile vastates probleeme kas võimendada või vähendada). Mitmes uuringus (nt Hanandita & Tampubolon, 2015) on näidatud, et terviseprobleemide raporteerimisnihe on seotud sotsiaal-majandusliku staatusega: see tähendab, et küsitlusuuringud võivad sotsiaal-majanduslikku ebavõrdsust alahinnata. RVTU III laine küsimustikus olid tervise enesehinnangu ja depressiooni ankurvinjetid, mis võimaldavad lähitulevikus nende teemade puhul raporteerimisnihet täpsemalt uurida.

Kokkuvõttes on vaimse tervise monitoorimissüsteemi toimimiseks vajalikud regulaarsed alusuuringud, sealhulgas olulisemate häirete puhul diagnostiliste instrumentide (sh sõelküsimustike) kalibreerimine kliinilise intervjuu suhtes, samuti longituuduuringud häirete varajaste riskitegurite tuvastamiseks.

## 6. Kokkuvõtte ja soovitused

See aruanne andis ülevaate RITA projekti „Eesti rahvastiku vaimse tervise uuring“ tulemustest. Uuringu peamiste tulemuste kokkuvõtte on peatüki 4 iga alapeatüki lõpus. Siin toome esile nende lühikokkuvõtte ning järgmisena sõnastame tulemuste põhjal sõlmprobleemid (6.1), mille võimalikud lahendused pakume välja alapeatükis 6.2. See peatükk põhineb nii RVTU kvantitatiiv- kui ka kvalitatiivuuringu tulemustel ja taustainfol.

RVTU andmed viitavad vaimse tervise probleemide ulatuslikule levikule Eesti rahvastikus. Enesekohaste hinnangute põhjal on depressioonirisk ligi neljandikul ja üldistunud ärevushäire risk igal viiendal täiskasvanul, märkimisväärselt suurem risk on noortel täiskasvanutel. Registriuuringu põhjal esines ligi veerandil täiskasvanutest perioodil 2016–2021 vähemalt üks psüühikahäire diagnoos, millest kõige



sagedasemad olid depressioon (12,4%) ja ärevushäired (9,8%). Võrreldes pandeemiaeelse ajaga (2019) on depressiooni- ja ärevushäire risk suurenenud.

Vaimse tervise probleemide avaldumist mõjutavad nii keskkondlikud kui ka geneetilised riskitegurid. Pandeemiaeelse perioodi depressiooni diagnoosiga oli kõige tugevamalt seotud naissugu ja kõrge geneetiline eelsoodumus, millele järgnesid elustiilitegurid (suitsetamine, narkootikumide ja alkoholi tarvitamine). Pandeemiaaegse enesekohastel hinnangutel põhineva depressiooniriskiga oli kõige tugevamalt seotud noorem vanus, millele järgnesid naissugu, geneetiline eelsoodumus ning ainete tarvitamine.

Enesekohased ja registriandmetel põhinevad vaimse tervise näitajad on depressiooni näitel tugevalt seotud, kuid need ei ole üksteist asendavad. Enesehinnanguliste näitajate esinemine on oluliselt suurem kui diagnoosipõhine registreeritud haigestumus. Rahvastiku vaimse tervise probleemide ulatuse hindamiseks on mõistlik kasutada kombineeritud lähenemisi enesekohastest ja registripõhistest indikaatoritest.

Vaimsete häirete suhtes haavatavad rühmad on noorukid ja noored täiskasvanud, madalama haridustaseme ja väiksema sissetulekuga vastajad, töötud. Riskitegur on naissugu. Lastega peredes elavatel täiskasvanutel on vähem vaimse tervise probleeme võrreldes üksi elavate inimestega.

Koroonakriisiga toimetuleku viisidest RVTU küsitlusuuringu 2021. ja 2022. a ankeedis ette antud variantidest kolm kõige enam kasutatud võimalust koroonakriisiga toimetulekuks olid nii täiskasvanutel kui ka alaealistel kasulike tele- ja raadiosaadete või veebiseminaride jälgimine, lähedaste poole pöördumine ning internetist murede kohta lisateabe otsimine.

Spontaanselt nimetatud toimetulekut soodustanud tegevustest olid populaarseimad pere ja sõprade ning kehalise aktiivsusega seotud tegevused. Andmed viitavad koroonakriisist tingitud kõrgeks tõusnud stressitasemele, eriti nooremates vanuserühmades ja 2021. a II kvartalis.

Sõltumata vanusest oli suurim koroonakriisiga seotud stressor oht haigestuda koroonasse ja selle tagajärjed, vähemal määral haiguse leviku tõkestamiseks kehtestatud piirangud.

Emotsioonide reguleerimise ja positiivse tervisekäitumise (piisav uneaeg ja kehaline aktiivsus) kaudu on võimalik stressi ning selle negatiivseid tagajärgi leevendada.

Küsitlusuuringu andmetel kasutati vaimse tervise teenustest koroonakriisist toimetulekuks kõige rohkem perearsti poole pöördumist (andmed ei võimalda eritleda pöördumise põhjusi). Psühhiaatri, psühholoogi või psühhoterapeudi teenust kasutasid nii enne pandeemiat kui ka pandeemia ajal enam noored (sh alaealised) ja naised. Vaimse tervise spetsialisti poole pöördumine vähenes pandeemia alguses võrreldes pandeemiaeelse ajaga, kuid pandeemia teisel aastal saavutas see uuesti pandeemiaeelse taseme.

Haigekassa rahastatavaid vaimse tervise teenuseid kasutasid perioodil 2016–2021 I kv rohkem noored, vallalised ning madalama haridustaseme ja väiksema sissetulekuga inimesed. Valdav osa vastajatest pidas vajalikuks parandada vaimse tervise teenuste kättesaadavust kriisiolukorras, kuigi isiklikku vajadust

teenuste järele tajuti vähe ka eriolukorra ajal. Abivajaduse tekkides eelistas üle 2/3 vastajatest abi otsimise asemel ise hakkama saada. Abi otsimise peamised takistused olid tervishoiusüsteemist tulenevad piirangud (liiga pikad järjekorrad, plaanilise ravi piirangud, teenuste hind) ja teadmistest või hoiakutest tulenevad takistused (ei uskunud, et miski aitaks; ei teadnud, kuhu pöörduda).

Arvestades, kui suurel osal rahvastikust on ühe või teise psüühikahäire suurenenud risk, viitab vaimse tervise teenuste isikliku vajaduse vähene tunnistamine vajadusele õpetada inimesi vaimse tervise probleeme märkama. Lõhe vaimse tervise teenuste vajaduse ja kasutamise vahel on eriti ilmne vanemates vanuserühmades, meestel ja väga väikese sissetuleku korral.

Kvalitatiivuuringus osalenud märkisid olulise vaimset tervist kriisiajal mõjutanud teemana kiiresti muutuvat ja vastuolulist infot rakendatavate meetmete ja nende vajalikkuse kohta.

## 6.1. Järeldused

### 6.1.1. Sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus

- Väike sissetulek ja madal haridustase on depressiooni ja ärevuse riskitegurid nii enesekohaste hinnangute kui ka diagnooside järgi.
- Isikud, kellel puudub ametlik sissetulek, saavad märkimisväärselt vähem depressiooni ja ärevushäirete diagnoose, kuid nende häirete esinemise risk ei ole väiksem.
- Töötuks jäämine tähendab mööduvat VT häirete riski suurenemist (kuid püsiv töötus tähendab püsivalt suuremat riski).
- Väiksem heaolu Ida-Virumaal ja Kagu-Eestis.

### 6.1.2. Noorte (sh noorte täiskasvanute) vaimne tervis

- Noortel on vaimse tervise häirete risk enesehinnanguliste küsimustike järgi suurem, kuid registriandmete järgi ei saa nad rohkem diagnoose.
- Noored kasutavad rohkem vaimse tervise teenuseid (nt käivad rohkem psühholoogi/psühhiaatri vastuvõtul).
- Noored tajuvad rohkem takistusi abi saamisel: ei tea, kuhu pöörduda, ei usu, et miski aitaks, teenuste kõrge hind.

### 6.1.3. Terviseharitus ja infopuudus abivõimaluste kohta

- Märkimisväärne hulk vastajaid kas „ei usu, et miski aitaks“, „ei tea, kuhu pöörduda“ või ootab probleemide lahendamist iseenesest. Abivõimaluste leidmise takistusi märkisid palju rohkem need, kes olid EEK-2 põhjal depressiooniriskis või tundsid koroonakriisiga seoses tavalisest suuremat stressi.
- Emotsiooniregulatsiooni probleemid võimendavad stressi ja selle tagajärgi, sealhulgas hirmu raskelt haigestuda. Suboptimaalne tervisekäitumine (sh ebapiisav uni ja liikumine ning psühhoaktiivsete ainete tarvitamine) on seotud väiksema vaimse tervisega seotud heaoluga.

Kvalitatiivuurings mainiti liikumist kriisiga toimetuleku viisina sageli, kuid piisavat uneaega mainisid vaid üksikud osalejad, mis võib tähendada, et alahinnatakse piisava une tähtsust healoluks.

- Kriisiolukorras tunti puudust selgest kommunikatsioonist, infosegadus suurendas stressi (4.5).

#### 6.1.4. Sotsiaalne toetus vs. sotsiaalne isolatsioon

- Üldjuhul on üksi elavatel inimestel rohkem vaimse tervise probleeme. Kriisiolukord suurendas paljudel üksildustunnet (4.5).
- Tajatud sotsiaalse toe puudumine on oluline depressiooni riskitegur.
- Põhjuslik järgnevus ei ole selge: kas VT probleemid tekitavad üksildust või vastupidi. Seda saaks täpsustada longituuduuringutega.

#### 6.1.5. Puudulik info VT häirete ja nende mõju ning riskitegurite kohta

- Kvaliteetset infot VT häirete levimuse ja esmashaigestumuse kohta on vaja, et hinnata haiguskoormust ning ravi või ravimata jätmise majandusmõju, samuti VT poliitika (sh teenuste mahtude) planeerimiseks.
- Levimuse hindamine kliinilise intervjuu põhjal annaks täpse info, kuid ei ole suuremahulises epidemioloogilises uuringus teostatav. Seetõttu on vaja arendada meetodeid, mis võimaldaksid levimust täpsemalt hinnata küsitlusuuringute põhjal (sh küsimustike kalibreerimine kliinilise intervjuu suhtes). Varaste riskitegurite hindamiseks on vajalikud longituuduuringud.
- Info ravi kvaliteedi ja kättesaadavuse kohta on puudulik.
- Alaealistel ei saa vanema nõusolekuta seostada registriandmeid küsitlusandmetega, mis raskendab kvaliteetse info kogumist.

## 6.2. Soovitused

1. **Ennetus.** VT probleemide ennetamine on odavam ja tõhusam kui probleemide ravi/tagajärgedega tegelemine.

1.1. Pöörata rohkem tähelepanu sellele, et keskkond toetaks vaimset tervist.

1.2. Tagada olemasolevate tõenduspõhiste ennetusprogrammide universaalne kättesaadavus (sh selleks vajalik rahastus). Analüüsida, millised uued ennetusprogrammid võimaldaksid rahvastiku VT olukorda parandada. Kaasata ennetusprogrammide välja töötamise algetappi sihtrühma esindajaid (nt fookusgruppides).

1.3. Rõhutada VT aspekti ka kehalise tervise probleemide ennetuses (sh patsiendijuhendites) ja tervisekäitumise sekkumistes. Vaimse tervise seos tervisekäitumisega on leidnud järjest rohkem kinnitust, millele viitavad siinse aruande tulemused.

1.4. Võtta kasutusele süsteemne skriininguinstrument, et ennetada enamikku probleemidest, tuvastada riskijuhud ja suunata nad abile.

2. **Normaliseerimine.** VT teemaga kaasnev stigma mõjutab nii probleemi teadvustamist, abi otsimist kui ka teenusekasutust (nt soolised erinevused VT diagnoosides). Normaliseerimise edendamiseks integreerida VT sekkumised ja teenused sotsiaalhoolekande, kogukonna, kooli, töökohtade jne võrgustikesse ja tegevustesse.

3. **Kriisivalmidus.** Viimaste aastate erandlikud/ootamatud sündmused (pandeemia, sõda, põgenike- ja majanduskriis) on tekitanud ootamatu surve sotsiaalkaitsesüsteemile tervikuna. See puudutab ka VT (esma)abi ja teenuste mahte ning kättesaadavust. Kriisiolukordades suureneb teenusevajadus lühikeses ajaraamis mitu korda ning see eeldab teenuste skaleeritavust ja (varu)ressursside olemasolu. Sellistest puhkudeks on vaja läbimõeldud ja toimivat kriisiplaani, milles VT aspektidega oleks läbivalt arvestatud.

3.1. Tagada läbimõeldud ja koordineeritud kriisikommunikatsioon, et vähendada vastuolulistest ja kiiresti muutuvatest sõnumitest tingitud stressi ja abitust.

3.2. Töötada välja logistika VT teenuste (sh kaugteenuste ja telefoninõustamise) pakkumise suurendamiseks kriisiolukorras, kaasates näiteks kohalikke omavalitsusi, vabatahtlike ühendusi ja erialaliite.

4. **Sotsiaal-majanduslik ebavõrdsus** (probleemi kokkuvõte 6.1.1)

4.1. Võtta kasutusele meetmed teenuste kättesaadavuse suurendamiseks eelkõige sotsiaal-majanduslikult haavatavates rahvastikurühmades.

4.2. Toetada nende sihtrühmade teadlikkuse suurendamist ning teavitamist olemasolevatest vaimse tervise teenustest ja eneseabivõimalustest.

4.3. Vaimse tervise probleemide varaseks tuvastamiseks võtta esmatasandi arstiabis ja kogukonna vaimse tervise teenustes laiemalt kasutusele sõelküsimumstikud.

5. **Sotsiaalne isolatsioon** (probleemi kokkuvõte 6.1.4)

5.1. Suurendada kogukondlikku tuge piisava sotsiaalse võrgustikuta inimestele.

5.2. Tugevdada VT kogukonnateenuseid (sh nii vaimse tervise teenuseid kui ka mitteformaalseid tugitegevusi) ja toetada kohalikke omavalitsusi formaalsete ja mitteformaalsete kogukonnateenuste edendamisel.

6. **Noorte** (sh noorte täiskasvanute) **vaimne tervis** (probleemi kokkuvõte 6.1.2)

6.1. Integreerida terviseharidus (sh vaimse tervise hoidmiseks vajalikud pädevused) õpetamise ning tagada üldpädevuste tegelik õpetamine.

6.2. Tagada sotsiaal-emotsionaalsete pädevuste õpetamine ja rakenduslike teemade (nt suhtlemistreening, eneseregulatsioonioskused) lisamine inimeseõpetuse, psühholoogia või muudesse ainekavadesse, et vaimse tervise teemad oleksid kooliprogrammides süstemaatiliselt ja järjepidevalt käsitletud.

6.3. Teha VT teemaga haakuvad tõenduspõhised edendusprogrammid koolides universaalselt kättesaadavaks.

## 7. Terviseharitus ja infopuudus teenuste kohta (probleemi kokkuvõtte 6.1.3)

7.1. Tagada lihtsasti arusaadava info kättesaadavus VT abi (sh eneseabi sekkumiste) võimaluste kohta.

7.2. Võtta tõenduspõhised ennetusprogrammid laiemalt kasutusele VT valdkonnas (vt ka soovitus 1.1).

8. **Puudulik info** vaimse tervise häirete levimuse, mõjude ning riskitegurite kohta (probleemi kokkuvõtte 6.1.5). Selle info süstemaatiline kogumine on vajalik VT valdkonna teenuste ja ravikvaliteedi sihipäraseks arendamiseks.

8.1. Võtta kasutusele neljast moodulist koosnev vaimse tervise monitoorimissüsteem (5.1): perioodiline vaimse tervise lühimoodul küsitlusuuringutes, registriandmete regulaarne jälgimine ja kokkuvõtete tegemine, iga 5 aasta tagant toimuv vaimse tervise põhjalik ja registriandmetega lingitud küsitlusuuring ning eelnevate toetamiseks vajalikud alusuuringud.

8.2. Algatada longituuduuring vaimse tervise varaste riskitegurite tuvastamiseks.

8.3. Viia läbi uuringud, et kalibreerida levinumate vaimse tervise häirete hindamisvahendid kliinilise diagnoosi suhtes. See on oluline häirete levimuse ja sellest tuletatud info (haiguskoormus, ravivajadus jne) tõepäraseks hindamiseks.

8.4. Kaaluda VT eravastuvõtude lisamist andmekogudesse.

8.5. Viia läbi süstemaatiline VT teenuste kvaliteedi ja tõhususe hindamine.

8.6. Tagada kõigi VT teenuste ja sekkumiste (sh ennetuse) tõenduspõhisus, sh korraldades efektiivsuse uuringuid.

8.7. Tagada registrite ja administratiivsete andmebaaside kvaliteedi ja katvuse süstemaatiline hindamine ja parandamine – sealhulgas rahvastikuregistri elukoha ja kontaktandmete (sh elektrooniliste) ajakohastamine, mis võimaldaks tõsta küsitlusuuringute osalusmäära ja seeläbi parandada tulemuste usaldusväärsust.

9. **IT-lahendused.** Tagada turvalise andmevahetuse sujuv korraldus ning infosüsteemide omavaheline liidestatus, mis toetaks VT abivajajat nii ennetuses kui ka raviteekonnal ning hõlbustaks innovatiivsete VT lahenduste juurutamist. Sujuva infovahetuse eelduseks on seda võimaldav õigusruum.

9.1. Luua küsimustike elektroonse täitmise ja tulemuste säilitamise võimalus infosüsteemides, mis võimaldab spetsialistidel tulemusi tõhusamalt kasutada ning vältida sama küsimustiku mitmekordset täitmist.

9.2. Luua võimalus alaealiste küsitlusandmete turvaliseks sidumiseks registriandmetega (lihtsustada vanemate nõusoleku küsimist, nt digiallkirjastatud nõusolekuna infosüsteemis, või säilitada linkimisel anonüümsus eraldi krüptograafilise lahendusega).

## 7. Kasutatud allikad

- Ahlbom, A., & Norell, S. (1993). *Sissejuhatus moodsasse epidemioloogiasse*. Tallinn: Huma.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lépine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M.A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S.S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N. and Vollebergh, W.A.M. (2004), Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21–27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., & Leinsalu, M. (1999). Development and psychometric properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(6), 443–449. <https://doi.org/10.1080/080394899427692>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care* (2 ed.). Geneva: World Health Organization.
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2018). All for one and one for all: mental disorders in one dimension. *American Journal of Psychiatry*, 175, 831–844.
- Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Yip, P. S. F. (2008). A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1231–1238. <https://doi.org/10.1002/gps.2056>
- Csikszentmihalyi, M., & Larson, R. (2014). Validity and reliability of the experience-sampling method. In *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 35–54). Springer, Dordrecht.
- Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M., Galea, S. (2020). Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 3(9), Article e2019686. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>
- Department of Health, Commonwealth of Australia. Canberra (2017) *Fifth national mental health plan measurement Strategy*. <https://www.mentalhealthcommission.gov.au/getmedia/0209d27b-1873-4245-b6e5-49e770084b81/Fifth-National-Mental-Health-and-Suicide-Prevention-Plan.pdf> (külastatud 30.04.2022)
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., & Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 14. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-14>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 26, 41–54.
- Gross, J. J., Uusberg, H., & Uusberg, A. (2019). Mental illness and well-being: an affect regulation perspective. *World Psychiatry*, 18(2), 130. <https://doi.org/10.1002/WPS.20618>

- Hanandita, W. & Tampubolon, G. (2015). Does reporting behaviour bias the measurement of social inequalities in self-rated health in Indonesia? An anchoring vignette analysis. *Quality of Life Research*, 25, 1137–1149. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1152-y>
- Haugas, S., Allemann, M., & Anniste, K. (2021). *COVID-19 pandeemia sotsiaal-majanduslik mõju noortele*. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.
- Herrmann, H., Saxena, S., & Moodie, R. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne. Geneva: World Health Organization.
- Howard, D. M., Adams, M. J., Clarke, T. K., Hafferty, J. D., Gibson, J., Shirali, M., ... & McIntosh, A. M. (2019). Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. *Nature Neuroscience*, 22(3), 343–352.
- Jane-Llopis, E., & Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 515–536. <https://doi.org/10.1080/09595230600944461>
- Kasekamp, G. (2022). *COVID-19 pandeemiaga seotud stress ja sellega toimetulek Eestis Rahvastiku Vaimse Tervise Uuringu (RVTU) 2021. aasta kevad-suvise uuringulaine andmetel* [Magistritöö]. Tartu Ülikool, psühholoogia instituut.
- Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*, 29, 115-129.
- Kessler, R. C. (2011). The National Comorbidity Survey (NCS) and its extensions. In M. T. Tsuang, M. Tohen & P. B. Jones (Eds.), *Textbook of Psychiatric Epidemiology* (pp. 221-241), Chichester: Wiley-Blackwell.
- Lee, A. M., Wong, J. G., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., Chu, C.-M., Wong, P.-C., Tsang, K. W., & Chua, S. E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 233–240. <https://doi.org/10.1177/070674370705200405>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., Swartz, L., & Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Social Science & Medicine*, 71(3), 517–528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>
- Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*, 374, 609–619.
- Nivard, M., Dolan, C., Kendler, K., Kan, K., Willemsen, G., Van Beijsterveldt, C., . . . Boomsma, D. (2015). Stability in symptoms of anxiety and depression as a function of genotype and environment: a longitudinal twin study from ages 3 to 63 years. *Psychological Medicine*, 45(5), 1039–1049. <https://doi.org/10.1017/S003329171400213X>



- Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L., & Jayaraman, G. (2016). Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice*, 36(1), 1.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264–282. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
- Peitz, D., Kersjes, C., Thom, J., Hoelling, H., & Mauz, E. (2021). Indicators for public mental health: a scoping review. *Frontiers in Public Health*, 9, 714497. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.714497>
- Reile R, Tekkel, M., Veideman T. (2019). *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2018*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut. URL: <https://www.tai.ee/et/valjaanded/eesti-taiskasvanud-rahvastiku-tervisekaitumise-uuring-2018>
- Reile R, Veideman T. (2021). *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2020*. Tallinn: Tervise Arengu Instituut. <https://www.tai.ee/et/valjaanded/eesti-taiskasvanud-rahvastiku-tervisekaitumise-uuring-2020>
- Reile, R., Kullamaa, L., Hallik, R., Innos, K., Kukk, M., Laidra, K., . . . Vorobjov, S. (2021). Perceived stress during the first wave of COVID-19 outbreak: results from nationwide cross-sectional study in Estonia. *Frontiers in Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.564706>
- Samejima, F. (1969). Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometrika monograph supplement*, 17(4), 2. <https://doi.org/10.1002/j.2333-8504.1968.tb00153.x>
- Schuler D, Tuch A, Peter C (2020) Psychische Gesundheit in der Schweiz. OBSAN Bericht 15/2020. Schweizerisches Gesundheits- observatorium (OBSAN), Neuchâtel. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-der-schweiz-3> (külastatud 30.04.2022)
- Shiffman, S., Stone, A. A., & Hufford, M. R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 1–32.
- Shultz, J. M., Baingana, F., & Neria, Y. (2015). The 2014 Ebola outbreak and mental health: current status and recommended response. *JAMA*, 313(6), 567–568. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.17934>
- Tiit, E.-M., & Tooding, L.-M. (2019). *Statistikaleksikon*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus.
- Thom, J., Mauz, E., Peitz, D., Kersjes, C., Aichberger, M., Baumeister, H., ... & Hölling, H. (2021). Establishing a mental health surveillance in Germany: development of a framework concept and indicator set. *Journal of Health Monitoring*, (6)4, 34–63. <http://dx.doi.org/10.25646/8861>
- Varin, M., Palladino, E., Lary, T., & Baker, M. (2020). An update on positive mental health among adults in Canada. *Mise à jour sur la santé mentale positive chez les adultes au Canada. Health promotion and chronic disease prevention in Canada : research, policy and practice*, 40(3), 86–91. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.3.04>
- Vindegard, N., & Eriksen Benros, M. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>

- Ööpik, P., Aluoja, A., Kalda, R., & Maaros, H.-I. (2006) Screening for depression in primary care. *Family Practice, 23*, 693–98.
- WHO (1995). *Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10. Kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised*. Tartu: Tartu Ülikool.
- WHO Regional Office for Europe (2020). *Pandemic fatigue – reinvigorating the public to prevent COVID-19. Policy framework for supporting pandemic prevention and management*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wu, K. K., Chan, S. K., & Ma, T. M. (2005). Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Journal of Traumatic Stress, 18*(1), 39–42.  
<https://doi.org/10.1002/jts.20004>

## 8. Lisad

Lisa 1. Meetodid

Lisa 2. Küsitlusuuringu küsimustiku väljatöötamise metoodiline raport

Lisa 3. Küsitlusuuringu I laine täiskasvanute küsimustik

Lisa 4. Küsitlusuuringu II laine täiskasvanute küsimustik

Lisa 5. Küsitlusuuringu III laine täiskasvanute küsimustik

Lisa 6. Küsitlusuuringu II laine alaealiste küsimustik

Lisa 7. Küsitlusuuringu III laine alaealiste küsimustik

Lisa 8. Kvantitatiivuuringu tabelid

Lisa 9. Kvalitatiivuuringu aruanne

Lisa 10. Vaimse tervise lühimoodul

Lisa 11. Vaimse tervise indikaatorite andmebaasi jätkusuutliku haldamise ettepanek

Lisa 12. Valideerimisuuringu põhitulemused