

Meeleoluhäiretega täiskasvanute rehabilitatsioonijuhise koostamine Sotsiaalkindlustusametile

LISA 1: Rehabilitatsioonijuhis
meeleoluhäiretega täiskasvanud
rehabilitatsiooniteenuse saajale



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks



SOTSIAALKINDLUSTUSAMET

Sisukord

Lühendid ja mõisted.....	3
1. Sissejuhatus.....	7
1.1. Meeleoluhäirete spekter	7
1.2. Rehabilitatsioonijuhise koostamise vajadus	8
1.3. Rehabilitatsioonijuhise käsitusala ja sihtrühm	9
1.4. Tõendusmaterjali otsimine ja hindamine	9
2. Rehabilitatsioonijuhise soovitused	12
3. Rehabilitatsioonijuhise soovitused koos tõenduse ja arutelu lühikokkuvõttega	17
3.1. Meeleoluhäirega inimestele teenuste korraldus.....	17
3.2. Meeleoluhäiretega inimeste igakülgne toetus kogu rehabilitatsiooni vältel	20
3.3. Meeleoluhäirega inimese rehabilitatsiooni häirespetsiifilised komponendid	22
3.4. Teenusekasutaja kogemus.....	25
3.5. Meeleoluhäiretega inimeste rehabilitatsioonilised sekkumisvõimalused.....	25
3.5.1. Enesejuhtimine ja eneseabipraktikad.....	25
3.5.3. Psühhoharidus	27
3.5.4. Igapäevaelu ja sotsiaalsete oskuste treenimine	28
3.5.5. Loov-ja tegevusteraapiad.....	29
3.5.6. Liikumistegevused- ja füsioteraapia	29
3.5.7. Pereteraapia.....	30
3.5.8. Psühholoogilised nõustamised ja psühhoteraapia	30
4. Rehabilitatsiooniteenuse osutamine meeleoluhäirete diagnoosiga isikule	33
5. Interdistsiplinaarne meeskond	37
6. Rehabilitatsioonijuhise rakendamine	40
Allikad.....	41

Lühendid ja mõisted

Lühendid

AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
APA	<i>American Psychology Association</i>
IPS	<i>Interpersonal communication skills (inimestevahelised suhtlemise oskused)</i>
NICE	<i>National Institute for Care and Health Excellence</i>
RANZCP	<i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist</i>
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SKA	Sotsiaalkindlustusamet
SRT	Sotsiaalne rehabilitatsioon
USA	Ameerika Ühendriigid
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon

Mõisted

Mõiste	Kirjeldus
Biblioteraapia	Biblioteraapia ehk kirjandusteraapia on loovteraapia vorm, mis kasutab peamiste töövahenditena kirjutamist, lugemist ja loetu üle arutlemist, lugude jutustamist ja tööd sümbolitega. Kõike, mis haarab inimese poeetilist mõtlemist, selle saab töösse panna, et korrastada sisemaailma, avastada oma olemust ja teadvustada ja sõnastada soove ja vajadusi.
CARe meetodika	<i>Comprehensive Approach of Rehabilitation</i> – kõikehõlmav rehabilitatsioonikäsitus, mis sobib kasutamiseks kõigi teenuste puhul, mille eesmärk on aidata kaasa inimese igapäevaelu parandamisele ja iseseisvale toimetulekule.
Disainiteraapia	Disainiteraapia on empaatiline vestlus terapeudi ja teenuse saaja vahel. Selles vestluses esitab terapeut asjakohaseid küsimusi, kuulab empaatiliselt ja võimaldab rääkimise, mõtlemise, tunnete, minikogemuste kaudu sügavamat eneseteadvust. Üks peamisi eesmärke on leida taas oma „mina“, energia töötamiseks, enesearmastus ja -hool – ning nende tasakaal. Disainiteraapia kasutab käivitajatena süsteemseid psühhoteraapia elemente, narratiivseid elemente ja keskendumist emotsioonidele.
Inimestevaheline ja sotsiaalne rütmiteraapia	<i>Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT)</i> - sekkumine eelkõige bipolaarse häirega inimestele. Selle peamine eesmärk on stabiliseerida ööpäevarütmi häired, mis on tavalised bipolaarse häirega inimestel. IPSRT tugineb inimestevahelise psühhoteraapia põhimõtetele, mis on tõendus põhine depressiooniravi ja rõhutab igapäevase rutiini (rütmi) tähtsust.
Interpersonaalne teraapia (IPT)	Ajaliselt piiratud sekkumine, mille eesmärk on vähendada sümptomeid, töötades inimestevaheliste suhete kvaliteedi parandamise nimel. IPT keskendub konkreetsetele inimestevahelistele probleemvaldkondadele, nagu näiteks leinale, rolli üleminekule ja vaidlustele. Soodustatakse positiivset terapeutilist liitu ja kasutatakse mitmesuguseid terapeutilisi strateegiaid, et soodustada afektide avatud väljendamist ja probleemide lahendamist. Teenuse saajalt kirjaoskust ei nõuta.

Kognitiivne käitumisteraapia (KKT)	Struktureeritud ja koostööl põhinev terapeutiline lähenemine, mis nõuab asjakohast koolitust ja pidevat juhendamist. KKT eesmärk on luua selged seosed mõtlemise, emotsioonide, füsioloogia ja käitumise vahel, peamiselt käitumiskatsete ja juhitud avastuste kaudu, et saavutada süstemaatiline muutus aluseks olevates uskumustes ja käitumismustrites, mis arvatakse põhjustavat ja säilitavat psühholoogilisi probleeme.
Käitumise aktiveerimine	Struktureeritud, eesmärgile suunatud terapeutiline lähenemine, mis julgustab pigem osalema rahuldust pakkuvates tegevustes kui taganemises ja tegevusetuses. Eesmärgiks on suurendada inimese poolt kogetud positiivseid emotsioone.
Kunstiteraapia	Psühhoteraapia vorm, mis kasutab peamise suhtlemisviisina kunstivahendeid.
Lahenduskeskne lühiteraapia (LKLTL)	Lahenduskeskne lühiteraapia (<i>solution-focused brief therapy</i>) või lühiteraapia on psühhoteraapia lähenemine, mis põhineb pigem lahenduste loomisel, kui probleemi põhjuste lahendamisel. Kuigi selles teadvustatakse hetkeprobleeme ja nende põhjuseid, uurib LKLTL peamiselt inimese praeguseid ressursse ja tulevikuootusi. See võib aidata inimestel muutuda tuleviku suhtes lootusrikkamaks ja kasutada oma tugevusi eesmärkide saavutamiseks.
Liivateraapia	Liivateraapia on üks viise õppida ennast paremini mõistma ja saavutama kindlamat sisemist tasakaalu. Selleks kasutatakse pooleni liivaga täidetud kasti, mis on „tühja ja palja“ maailma võrdkuju ja kus inimene saab tegutseda täisväärtusliku loojana. Selleks võib ta kasutada peale liiva tervet hulka väikeseid „mänguasju“, mis sümboliseerivad pärismaailma objekte ja isikuid. Kasti seinad on kaitseks nii sisemiste kui väliste arvustajate ja sekkujate eest. Teraapia kulg on rahulik, aeglane sõltudes inimese enda valmisolekust minna sügavamale ja soovist mõista oma emotsionaalsete reageeringute ja seisundite põhjuseid.
Loomateraapia	Teraapia, mille puhul kasutatakse koeri või teisi lemmikloomi. Loomateraapia eesmärk on parandada inimese sotsiaalset, emotsionaalset ja kognitiivset seisundit.
Muusikateraapia	Teraapiline lähenemine, kus muusika tegemine on suhtlemise esmane alus.
Pereteraapia	Pereteraapia on laialtlevinud psühhoteraapia meetod, mis on suunatud lahendamaks süsteemselt probleeme, mis tekivad inimestel suhtes oma lähedaste ning teiste oluliste inimestega. Traditsiooniliselt on pereteraapia fookuses pereliikmete omavaheline suhtlemine ning suhete kvaliteet, perekonna erinevad arengukriisid ning nendega toimetulek. Teraapia tulemuseks võib olla näiteks perekonna toimetuleku paranemine, üksteisemõistmise suurenemine, emotsionaalse toetuse jagamine ja saamine pereliikmete poolt, probleemilahendusoskuste paranemine.
Personaalne taastumine (PT)	Taastumine on sügavalt isiklik ja ainulaadne subjektiivselt tunnetatav protsess, mille käigus muudetakse oma hoiakuid, väärtusi, tundeid, eesmäärke, oskusi või rolle. See on viis elada rahuldust pakkuvat, lootusriikat ja panustavat elu isegi haigusest tingitud piirangute raames. PT on subjektiivselt tunnetatav, taastuja enese poolt määratletud ja inimest käsitletakse kui oma taastumise eksperti.
Psühhodünaamiline psühhoteraapia	Psühhodünaamiline psühhoteraapia on kliinilise psühholoogia haru, mille eesmärgiks on jõuda inimese psüühika alateadliku osa mõistamiseni, seega sarnaneb see psühhoanalüütilise lähenemisega. Rohkem kui teised süvapsühholoogia meetodid rõhutab psühhodünaamiline teraapia inimese ja terapeudi omavahelise suhte olulisust. Oma lähenemiselt on see teraapia pigem eklektiline ja kaasab mitme koolkonna tehnikaid.






	Psühhodünaamilist teraapiat kasutatakse nii individuaalse, grupi- kui ka pereteraapia puhul.
Psühhoharidus	Psühhoharidus (<i>psychoeducation</i>) annab meeleoluhäirega tööeliste ja nende lähedastele teavet vaimse tervise seisundite, diagnoositud haiguse põhjuste, sümptomite, prognoosi ja ravi kohta.
Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon	Organiseeritud, struktureeritud, multidimensionaalne lähenemine, mis aitab taastujal saada ja hoida eelistatud elukondlikke, töö- ja õppimise eesmärke ning olla kaasatud kogukonnas. Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni eesmärk on soodustada taastumist, täielikku integreerumist kogukonda ja elukvaliteedi parandamist inimestel, kellel on diagnoositud ükskõik milline vaimse tervise olukord, mis piirab elada tähendusrikast elu.
Sotsiaalne rehabilitatsioon (SRT)	SRT on sotsiaalteenus, mille eesmärk on õpetada ja arendada igapäevaelu oskusi, suurendada võimalusi ühiskonnaelus osaleda, toetada õppimist ja töötamise eelduste ettevalmistamist.
Tantsuteraapia	Tantsu ja liikumisteraapia on Ameerika Tantsuteraapia Assotsiatsiooni (ADTA) määratluse kohaselt tantsu ja liikumise psühhoteraapiline kasutamine, et edendada inimese emotsionaalset, sotsiaalset, kognitiivset ja füüsilist integratsiooni, eesmärgiga parandada tervist ja heaolu.
Teadveloleku praktika	Teadveloleku praktika (<i>mindfulness</i>) annab inimesele võimaluse aeg maha võtta, astuda emotsioonidest ja seda tekitanud olukorrast hetkeks välja ja olukordi hinnangutevabalt uurida. Selline enese distantseerimine võib aidata tunnetega paremini toime tulla.
Töölane rehabilitatsioon	Töölane rehabilitatsioon on mõeldud inimestele, kellel on puude või haiguse tõttu mitmeid takistusi ja kes vajavad seetõttu tööle asumiseks või töötamise jätkamiseks erinevate spetsialistide ehk rehabilitatsiooni-meeskonna abi.

Meeleoluhäiretega täiskasvanud sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse saaja (edaspidi selles dokumendis: meeleoluhäirete diagnoosiga inimene, taastuja, abivajaja, teenuse saaja või teenuse kasutaja, va juhtudel, kus on kasutatud terminit patsient kliiniliste situatsioonide kirjeldamisel) rehabilitatsioonijuhis tugineb rahvusvahelistele meeleoluhäiretega täiskasvanud inimeste rehabilitatsioonijuhistele ning metaanalüüsidele.

Teadusliku tõenduse kvaliteet

Kõrge	Võib olla kindel, et sekkumise tegelik mõju on lähedane uuringutes antud hinnangutele.
Mõõdukas	Võib olla mõõdukalt kindel, et sekkumise tegelik mõju on lähedane uuringutes antud hinnangutele.
Madal	Ei saa olla kindel sekkumise mõjule antud hinnangutes, tegelik mõju võib olla hinnangutest oluliselt erinev.
Väga madal	Ei saa olla kindel sekkumise mõjule antud hinnangutes, tegelik mõju on tõenäoliselt hinnangutest oluliselt erinev.

Soovituse tugevus ja suund

<p>Tugev soovitus teha</p> 	<p>Soovituse tugevus peegeldab seda, kui kindel võib olla selles, et sekkumisest saadav kasu ületab võimaliku kahju. Soovituse tugevuse määravad järgmised tegurid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soovitud ja soovimatu toime vahelise erinevuse suurus; • teadusliku tõenduse kvaliteet; • teenuse saajate eelistuste varieeruvuse määr; • ressursikulu.
<p>Soovitus pigem teha</p> 	
<p>Soovitus kaaluda tegemist</p> 	<p>Tugev soovitus antakse, kui on kindel, et enamus hästi informeeritud teenuse saajaid otsustaksid kõnealuse sekkumise kasuks. Tugev soovitus on väljendatud sõnadega „tuleb tagada“, nõrk soovitus väljenditega „vajalik on tagada, võib kaaluda“.</p>
<p>Soovitus hoolikalt kaaluda enne rakendamist</p> 	
<p>Praktilised soovitused</p> 	<p>Rehabilitatsioonijuhis sisaldab lisaks rahvusvahelistele suunistele juhiseid, mis põhinevad rehabilitatsioonijuhise väljatöötamise töörühma liikmete kogemusel ja mis võivad olla nende kogemusele tuginedes abiks parima tulemuse saamisel.</p>

1. Sissejuhatus

1.1. Meeleoluhäirete spekter

Meeleoluhäire on emotsionaalne häire, mille puhul on pikema aja jooksul avaldunud intensiivistunud meeleolu spektri muutus: kas alanemine või kõrgenemine. Meeleoluhäired (F30.0 – F39.0) liigitatakse järgnevalt (RHK-10) (1):

- Maniakaalne episood ehk maania (F30).
- Bipolaarne meeleoluhäire (F31).
- Depressioon (F32).
- Korduv depressioon (F33).
- Püsivad meeleoluhäired (F34).
- Muud meeleoluhäired (F38).
- Täpsustamata meeleoluhäired (F39).

Meeleoluhäired avalduvad meeleolu või afekti muutuses, tavaliselt depressiooni või meeleolu tõusu suunas. Meeleolu muutusega kaasneb tavaliselt ka aktiivsuse muutus, elurõõmu kadumine. Enamik neist häiretest kordub, episoodide algus on sageli seotud stressi tekitavate sündmuste või olukordadega (2).

Meeleoluhäireid iseloomustab tõsine meeleolu muutus, mis põhjustab häireid elutegevuses. Kuigi on tunnustatud palju erinevaid alatüüpe, on olemas kolm peamist meeleoluhäirete seisundit: depressiivne, maniakaalne ja bipolaarne seisund. Tugevat depressiivset häiret iseloomustab üldine depressiivne meeleolu. Kõrgendatud meeleolu iseloomustab maania või hüpomaania. Bipolaarsetele meeleoluhäiretele on iseloomulik nii depressiivsete kui ka maniakaalsete meeleolude vaheline tsüklilisus (3). Lisaks meeleolu tüübile ja alatüübile varieeruvad need häired ka intensiivsuse ja raskusastme poolest. Näiteks on düstüümia sügava depressiooni kergem vorm ja tsüklotüümia on tunnustatud kui bipolaarse meeleoluhäire sarnane, kuid vähem raske vorm (4). Kurbus ja rõõm (elevus) on osa igapäevaelust. Kui kurbus on universaalne reaktsioon kaotusele, pettumusele ja muudele masendavatele olukordadele, siis rõõm on universaalne reaktsioon edule, eesmärgi saavutamisele ja muudele julgustavatele olukordadele (5). Meeleoluhäire diagnoositakse siis, kui kurbus või elevus on ülemääraselt intensiivne ja püsiv ning sellega kaasneb vajalik arv muid afektiivsete häirete sümptomeid ja see kahjustab oluliselt inimese funktsioneerimist (5). Sellistel juhtudel nimetatakse intensiivset kurbust depressiooniks ja intensiivset elevust maaniaks. Depressiivseid häireid iseloomustab meeleolu alanemine; bipolaarseid häireid iseloomustavad depressiooni ja maania erinevad kombinatsioonid. Ärevushäired ja nendega seotud häired, kuigi neid ei liigitata meeleoluhäirete alla, mõjutavad samuti meeleolu (5).

Meeleoluhäiretega inimeste eluaegne suitsiidirisk on tõenäoliselt 5-6%, bipolaarse häiretega ja tõenäoliselt mõnevõrra suurem kui suure depressiivse häirega inimestel (6,7). Suitsiidirisk suureneb järgmistel juhtudel (5):

- Ravi alguses, kui psühhomotoorne aktiivsus normaliseerub, kuid meeleolu on endiselt alanenud.
- Bipolaarsete segasus seisundite ajal.
- Isiklikult oluliste tähtpäevade ajal.
- Raske ärevuse tõttu.
- Alkoholi ja sõltuvust tekitavate ainete kasutamise tõttu.
- Nädalate või kuude jooksul pärast suitsiidikatset, eriti kui suitsiidikatse sooritati eriti vägivaldsel meetodil.

Muud meeleoluhäirete tüsistused on:

- Kerge kuni täielik võimetus funktsionaalselt toimida, säilitada inimeste vahelisi suhteid ja sooritada rutiinseid tegevusi.
- Halvenenud toitumine.
- Raske ärevus.
- Alkoholism.
- Muud uimastisõltuvused.

1.2. Rehabilitatsioonijuhise koostamise vajadus

Üha enam tunnustatakse, et meeleoluhäired on paljudel juhtudel kroonilised häired. Seetõttu on nendega kõige parem toime tulla kasutades kroonilise häire mudelit, mis tõstab esile inimese aktiivse osalemise vajaduse oma häire ravimisel. Erinevalt akuutsetest häiretest, kus kliiniku ekspertide ravimeetodid on tervise seisundi muutuste peamine kujundaja, on krooniliste häirete juhtimise keskmises psüühilise häirega inimene ise. Inimeste optimaalne juhtimine mõõduka kuni raske meeleoluhäirega täiskasvanu rehabilitatsioonis ei nõua mitte ainult mitme tervishoiutöötaja kaasamist, sealhulgas perearsti, vaimse tervise õe, psühhiaatri ja psühholoogi, rehabilitatsioonispetsialistide, vaid ka pereliikmete, hooldajate, tugirühmade ja kogukonna partnerlust, mis on osa integreeritud rehabilitatsioonimeeskonnast.

Probleemid, millega psühhiaatrilise abivajaja pered kokku puutuvad, on seotud nii nende omavaheliste suhetega, kui ka väljastpoolt tulevate keskkonnateguritega. Elukvaliteedi langemine on üks meeleoluhäirega inimeste põhiprobleemidest ja seda langetav põhitegur on stigma ning suutmatus hoida ja luua uusi ja tähenduslikke suhteid.

Ainuüksi depressiooni ravi (raviteenused, soodusravimid ja töövõimetus hüvitised) moodustasid 2020. aastal 0,7% haigekassa tervishoiukuludest, millest u. 1/3 moodustas töövõimetus hüvitiste kulu. Depressiooni ravikulude summa ja vähemal määral ka osakaal tervishoiukuludest on alates 2014. aastast 2020. aastani tõusnud (summa 5,4 mln € → 11,4 mln €, osakaal 0,6% → 0,7%) (8).

Töötavatest depressiooniga inimestest 7% on depressiooni tõttu võtnud töövõimetuslehe ja sealjuures on alates 2014 aastast stabiilselt võetud just 1,5% haiguslehtedest depressiooni tõttu. Depressiooni diagnoosiga haiguslehed on märgatavalt pikemad kui haiguslehed keskmiselt; näiteks aastal 2020 oli see 41 päeva (depressioon) või 52 päeva (korduv depressioon) 29 päevaga võrreldes (keskmine töövabastuspäevade arv diagnoosist sõltumata) (8). See näitab, et teemaga on vaja igakülgset tegeleda ning meeleoluhäirega inimesi toetada.

Rehabilitatsiooni esmane eesmärk on parandada toimetulekuvõimet, sotsiaalset osalust, kaasatuse ja rahulolu suurenemist. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eesmärk on õpetada ja arendada igapäevaelu oskusi, suurendada võimalusi ühiskonnaelus osaleda, toetada õppimist ja töötamise eelduste ettevalmistamist. See võib pikemas perspektiivis viia sümptomite vähenemiseni ja seisundi stabiliseerumiseni. Rehabilitatsioonimeeskond ja teenuse saaja moodustavad terapeutilise suhte, milles teenuse saaja ja tema lähedased arenevad, kohanevad ja õpivad meeleoluhäirega elama.

Rehabilitatsioonimeeskonnal on võimalus toetada meeleoluhäirega inimest ning aidata tal otsida motivatsiooni kogukonnas hakkama saamiseks. Näiteks võivad rehabilitatsiooniteenused avaldada positiivset mõju inimese peresisesele elule, mis omakorda parandab tema enesetunnet ja tugevdab motivatsiooni abi küsida.

1.3. Rehabilitatsioonijuhise käsitlusala ja sihtrühm

Meeleoluhäiretega täiskasvanutele mõeldud rehabilitatsioonijuhise eesmärk on suurendada ja ühtlustada rehabilitatsiooniteenuse osutajate teadmisi meeleoluhäiretega täiskasvanute käsitlemisest rehabilitatsiooniasutustes ning kasutatavatest sekkumistest, et parandada seeläbi teenuse saaja ja lähedaste elukvaliteeti ning heaolu.

Eesti konteksti arvestades keskendume käesolevas juhises eelkõige sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust osutavatele asutustele. Rehabilitatsioonijuhis keskendub rehabilitatsiooniteenuste osutamisele täiskasvanud teenuse saajatele alates 16. eluaastast, kellel on diagnoositud meeleoluhäire. Rehabilitatsioonijuhis on eelkõige kasutamiseks rehabilitatsiooniasutustes töötavatele spetsialistidele (sh vaimse tervise õed, psühholoogid, sotsiaaltöötajad, logopeedid, füsioterapeudid, tegevusterapeudid, loovterapeudid, kogemusnõustajad), kuid seda saavad kasutada ka sotsiaalteenuste osutajad, teenuse saaja esindusorganisatsioonid ning nii ametlikud kui mitteametlikud hooldajad, kes puutuvad kokku meeleoluhäirega täiskasvanu ja tema lähedastega.

Rehabilitatsioonijuhis on abiks rehabilitatsiooniteenuste kavandamiseks ja rakendamiseks ning vajadusel uute rehabilitatsiooniteenuste loomiseks. Rehabilitatsiooniteenuseid ja tervishoiukorralduslikke küsimusi käsitlevad soovitusel on esitatud rehabilitatsioonijuhise rakenduskavas ning nende rakendamise eelduseks on rakenduskavas toodud tegevuste (koostöö, koolitused, rahastus jms) teostamine.

Tõhusa rehabilitatsiooniteenuse jaoks on oluline hinnata individuaalselt iga meeleoluhäirega täiskasvanu vajadusi, suutlikkust, ressursse (sisemisi ja väliseid), tugevusi ja riske ning välja selgitada olemasolevad, arendada edasi ja kujundada uusi stressi ja endaga toimetuleku mehhanisme. Stress on oluline tegur, mis kujundab haiguse kulgu ja taastujate jaoks on igapäevased olukorrad sageli selle allikaks, sest need ületavad nende toimetulekuvõime.

Nõuetekohaselt läbiviidud rehabilitatsioon on seotud parema häirega toimetulekuga, lühema haiglaraviga, madalamate ravikuludega ja meeleoluhäirega täiskasvanu parema osalemisega kogukonnas (9). Meeleoluhäiretega täiskasvanute rehabilitatsiooni eesmärk on haigusega parem toimetulek. See ei tähenda tingimata täielikku sümptomite taandumist, vaid normaalse elu elamist oma häirest hoolimata, terve inimese rolli võtmist ja oma elu kontrolli alla võtmist.

Rehabilitatsioonijuhise koostamise meeleoluhäirespektriga täisealisele (F30–F39) algatas Sotsiaalkindlustusamet (SKA). Rehabilitatsioonijuhistega luuakse ühtne, tõendus põhine raamistik ja tegevuskava tööks kindla sihtgrupiga, mille tulemusena teenuseosutaja lähtub funktsioneerimisvõime sooritusest, suutlikkusest, kogukonna ressurssidest ning inimese enda seatud eesmärkidest, mitte kitsamalt häirest. Käesoleva juhise väljatöötamist juhtis Mõttekoda Praxis, kuid tööühma kuulusid veel Ülle Lepik (rehabilitatsioonispetsialist), Epp Laugaste-Poobus (psühholoog), Hanna Sova (psühhiaater) ning Mari Reilson (Tartu Ülikooli Kliinikumi sotsiaaltöötaja). Lisaks aitasid soovitude valideerimisse panustada Benita Kodu terapeudid ja Taastumise Kool MTÜ.

1.4. Tõendusmaterjali otsimine ja hindamine

Rehabilitatsioonijuhise soovitude koostamisel arvestati teadusliku tõendusmaterjali tugevust, sekkumise tõhusust (sh potentsiaalse kasu ja kahju suhestumist), meeleoluhäirega inimeste eelistusi ja väärtushinnanguid. Samuti võeti arvesse soovitusega kaasneda võivad ebavõrdsust ja võimaluse korral soovitude rakendamise võimalusi.

Tõendusmaterjali otsimist alustati olemasolevatest meeleoluhäirealastest juhistest, mille on koostanud sõltumatud avaliku sektori asutused. Andmebaasist PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) otsiti

inglise-, saksa- ja horvaatiakeelseid juhendeid, mis on valminud 2012. aastal või hiljem. Kuigi Eestis meeleoluhäirega seotud uuemad ravijuhised puuduvad, siis on 2021. aastal välja tulnud Eesti Tervisekassa poolt depressiooniga tööealise inimese raviteekond (8), kust on kasutatud ka mõnda elementi soovitude formuleerimisel.

Meeleoluhäirete rehabilitatsioonijuhendite otsingutingimustes oli vaja kohandada otsingutermineid. Otsing viidi läbi eelkõige „*social rehabilitation*“, „*vocational rehabilitation*“ või „*psychosocial intervention*“ otsisõnadega. Otsiti eraldi nii meeleoluhäirete kui depressiooni ja bipolaarse häire kontekstis.

Veel vaadati läbi järgmised ravijuhendite andmebaasid/veebilehed:

- *Guideline Central* (<https://www.guidelinecentral.com/>);
- Ühendkuningriigi riiklik tervishoiu ja kliinilise kvaliteedi instituut (NICE) (www.nice.org.uk);
- *Guidelines International Network*, GIN (<https://www.g-i-n.net/>);
- Kanada kliiniliste ravijuhendite andmebaas (CPG infobase: *clinical practice guidelines*: <https://joulecma.ca/cpg/homepage>);
- Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) ravijuhendid (<https://www.who.int/publications/guidelines/en/>);
- Kanada ravimi ja tervishoiutehnoloogia amet (CADTH, www.cadth.ca);
- Šoti palliatiivse ravi juhendid SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*) (<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/>);
- *American Association of Psychiatric Pharmacist AAPP* (<https://cpnp.org/guideline/external/bipolar>);
- *American Psychiatric Association, APA* (<https://psychiatryonline.org/guidelines>);
- *British Association for Pharmacology* (https://www.bap.org.uk/pdfs/BAP_Guidelines-Bipolar.pdf).

Otsingu tulemusena leiti hulk kliinilisi ravijuhendeid, kus oli kajastatud ka rehabilitatsiooniteenuste valdkonda. Kuna Eestile sarnasel kujul rehabilitatsiooniteenuste osutajaid on maailmas vähe, siis ainult rehabilitatsiooniteenuste osutajatele mõeldud rehabilitatsioonijuhiseid leida ei õnnestunud. Seega on käesoleva rehabilitatsioonijuhise koostamisel kasutatud palju kohandamist kliinilistest ja kogukonna tasandile mõeldud juhistest.






Kõiki leitud ravijuhendeid hinnati esmalt sisukokkuvõtete alusel ja jäeti välja need, mis ei vastanud käsitlusale või kordusid. Valiti ravijuhendid, mis käsitlesid rehabilitatsiooni laiemalt.

Rehabilitatsioonijuhise koostamisse kaasatud ravijuhendid:

- *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) guidelines (Mood disorder guidelines)*.
- *NICE guideline – National Institute for Care and Health Excellence - Depression in adults*.
- *NICE guideline – National Institute for Care and Health Excellence -Bipolar affective disorders in adults*.
- *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Hrsg.) S3-Leitlinien (Unipolare Depression)*.
- *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Hrsg.) S3-Leitlinien (Bipolarer Störungen)*.
- *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Non-pharmaceutical management of depression in adults: a national clinical guideline*.
- *British Association for Pharmacology (BAP) – Evidence based guidelines for treating bipolar disorder*.

- *Croatian Society for Psychiatry, Croatian Association for Affective Disorders, Croatian Association for Clinical Psychiatry – Guidelines for treatment of depression.*
- *Croatian Society for Psychiatry, Croatian Association for Affective Disorders, Croatian Association for Clinical Psychiatry – Guidelines for treatment of bipolar affective disorder.*
- *American Psychiatric Association Practice Guidelines – bipolar disorder.*
- *American Psychiatric Association Practice Guidelines – major depression disorder.*
- *American Psychological Association - Clinical practice guidelines on depression.*
- *European Clinical Practice Guidelines for depression.*
- *Austrian Ministry for Work and Social Affairs, Health and Consumer Protection (BMASGK), Guidelines on depression.*
- *Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan): Sozial-beruflichen Integration – Depression*
- *Käypä hoito -suositus: Depressio.*
- *Käypä hoito -suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö.*

2. Rehabilitatsioonijuhise soovitused

Meeleoluhäirega inimestele toetavate teenuste korraldus (sh süsteemi tasandil)		
1		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimesed saavad võimalikult kiiresti rehabilitatsiooniteenuseid (võimalusel juba esimese raskema episoodi järel).
2		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega abivajajaid juhib kogu ravi- ja toetavate teenuste teekonda juhtumikorraldaja, kes jääb üheks pidepunktiks erinevate süsteemide vahel ning kellel on terviklik ülevaade saadavate teenuste ja toetuste kohta.
3		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimestele on kättesaadavad kvaliteetsed, asjakohased, sihistatud ja mitmekesised teenused nii tervise- kui sotsiaalsüsteemist.
4		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimesed saavad teenust vastavalt vajadusele ning omale sobivas asukohas (nt kodus).
5		Vajalik on tagada töökeskkond, kus üks juhtumikorraldaja tegeleb maksimaalselt 20 juhtumiga samal ajaperioodil. Juhtumikorralduse meetod peab tulenema vajadustest ning süsteemi võimalustest ning korraldusest (nt juhtumikorraldaja tegevused ja vastutusvaldkond).
6		Vajalik on tagada, et meeleoluhäiretega isikule on lisaks sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusele tagatud vajadusel ka tööalase rehabilitatsiooni teenuse kättesaadavus ja ta saaks mugavalt nende teenuste vahel liikuda.
7		Tuleb tagada, et rehabilitatsioonimeeskond panustab meeleoluhäiretega inimeste ja tema lähedastele paindliku ning jätkusuutliku teenuse osutamisse, kus toetatakse haiguse mõistmist ning stigmade vähenemist.
8		Tuleb tagada meeleoluhäiretega inimese nõustamine ravisoostumuse parandamise eesmärgil.
9		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimesele on info kättesaadav kõigist teenust pakkuvatelt rehabilitatsiooniasutustelt, kust inimene saab valida endale sobivaima.
Meeleoluhäiretega inimeste igakülgne toetus kogu rehabilitatsiooniteenuse vältel		
10		Tuleb tagada, et rehabilitatsiooniasutus pakuks meeleoluhäiretega inimestele laiaulatuslikku valikut sekkumisi, mis lähtuksid inimese vajadustest, mitte olemasolevatest teenustest.
11		Tuleb tagada, et rehabilitatsiooniteenused hõlmaksid kõiki soovitatud psühholoogilisi, sotsiaalseid ja tööalaseid ohutuid sekkumisi.
12		Tuleb tagada, et teenuseosutaja ja teenuse saaja suhe võimaldaks arutada rehabilitatsiooni strateegiaid ning nende eeliseid ja puudusi. Samas teenuse saaja peaks osalema nii otsuste tegemisel kui ka otsusele jõudmise protsessis võrdväärseina rehabilitatsioonispetsialistiga. Inimene ise annab enda olukorrale hinnangu ja seab eesmärgid.
13		Tuleb tagada, et SRT spetsialistid oskaksid vajadusel suunata meeleoluhäiretega inimesed farmakoloogilisele nõustamisele tagamaks, et nii SRT kui farmakoloogiline ravi toetaksid üksteist.
14		Vajalik on tagada, et rehabilitatsioonimeeskonna suhtluses meeleoluhäiretega inimeste ja nende lähedastega oleks tagatud: <ul style="list-style-type: none"> • kliinilise sõnavara vältimine või selle minimeerimine; • põhjaliku teabe olemasolu sobivas keeles ja teenuse saajale kuuldavalt; • vajadusel tõlgi olemasolu.









15		Vajalik on tagada teenuse järjepidevus olukordades, kus meeleoluhäirega inimene vahetab elukohta või teenuseosutajat (vajadusel peab saama juhtumi üle anda teise piirkonna juhtumikorraldajale).
16		Vajalik on tagada, et meeleoluhäiretega inimestega töötavatel spetsialistidel on võimalik läbida teemakohaseid koolitusi, et olla teadlik meeleoluhäirete eripäradest ning nendega arvestamisest SRT pakkumisel.
17		Vajalik on tagada, et teenusemudelid kirjeldavad selgelt ära võimalused inimeste üleminekuks eri sihtrühmadele mõeldud ja erineva rahastusega teenuste (nt laste ja noorte teenustelt täiskasvanutele, kohtumäärusega erihoolekandelt tulnutele) ja erinevate teenusepakkujate (rehabilitatsioonispetsialistid, psühhiaatrid, perearstid, sotsiaaltöötajad jne) vahel.
18		Oluline on tagada, et rehabilitatsioonimeeskond oskaks jälgida meeleoluhäirega inimese füüsilist tervist ja vajadusel nõustada erinevatest ravivõimalustest (nt soovitada minna perearsti, toitumisenõustaja vms juurde).
19		Tuleb tagada, et psühhosotsiaalsed sekkumised aitaksid meeleoluhäiretega inimestel parandada elukvaliteeti ja iseseisvat toimetulekut, mis läbi kiireneks taastumine ja annaks inimesele rohkem võimalusi töö- ja kogukonnaelus osalemiseks ning paraneks elukvaliteet.
20		Tuleb tagada, et psühhosotsiaalsed rehabilitatsiooniteenused sisaldaksid individuaalses tegevuskavas, mis hõlmaks funktsioneerimisvõime (tegutsemise- ja osalemispiirangute)määra ja tausta (keskkonna ja personaalsete) tegurite tuvastamist ning nende raskuste kõrvaldamist või vähendamist. Eesmärgi saavutamiseks peavad olema kindlaks määratud toetavad sekkumised.
Meeleoluhäirega inimese rehabilitatsiooni härespetsiifilised komponendid		
21		Tuleb tagada rehabilitatsiooniasutuses täiendav personaalne nõustamine meeleoluhäiretega tööelastele inimestele, kes suurema tõenäosusega loobuvad ravist või teenustest (suurema edukuse tagab juhtumikorraldaja olemasolu).
22		Tuleb tagada, et juba esmakordsel haigestumisel saaks abivajaja rehabilitatsiooniteenuseid ja lähedased nõustamist (haiglaravi korral peaks see koostöö saama alguse juba haiglas olles esimese episoodi ajal).
23		Tuleb pakkuda toetatud töö programme meeleoluhäiretega isikutele, kes soovivad leida tööd või tööle naasta.
24		Tuleb pakkuda meeleoluhäirega inimestele täiendavalt kogemusenõustamist, et tõsta teenusekasutaja elukvaliteeti.
25		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimestele oleksid kättesaadavad erinevad mitmekülgsed tervist edendavad sekkumised (sh ka tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse alane nõustamine).
26		Vajalik on tagada, et kogemusenõustamist osutab professionaalne kogemusenõustaja.
27		Vajalik on tagada, et psühhosotsiaalsete sekkumiste hulka kuuluks ka psühhoharidus, pereteraapia, kognitiiv-käitumuslik psühhoteraapia (KKT), psühhodünaamiline psühhoteraapia ja muud psühhoteraapilised meetodid, mida osutaksid koolitatud spetsialistid.
28		Tuleb tagada, et psühhosotsiaalsete sekkumiste puhul oleks arvesse võetud erinevate osapoolte (arstid, terapeutid, inimene, lähedased jt kokkupuutuvad inimesed) poolt tehtud tagasisidet ja seda arvestatakse meeleoluhäirega inimesele psühhosotsiaalse sekkumise teenuse disainimisel.
Teenuse saaja kogemus		
29		Tuleb tagada, et SRT tegevuskava luuakse koostöös meeleoluhäiretega inimestega ja vajadusel oleksid kaasatud ka lähedased.

30		Vajalik on tagada, et rehabilitatsiooniteenuseid pakutakse taastumist toetavas õhkkonnas, meeleoluhäiretega inimestele kõige mugavamas kohas (sh vajadusel kodus)
31		Vajalik on tagada, et rehabilitatsioonimeeskonna liikmed võtaksid aega toetavate ja empaatiliste suhete loomiseks, mis on rehabilitatsiooni oluliseks osaks.
32		Vajalik on edendada meeleoluhäiretega inimeste autonoomiat ja aktiivset osalemist teenuste rehabilitatsiooniplaani koostamisel ning seeläbi toetada ka inimese enesejuhtimist.
Meeleoluhäiretega inimeste rehabilitatsioonilased sekkumisvõimalused		
Enesejuhtimine ja eneseabipraktikad		
33		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimestele oleksid kättesaadavad eneseabigrupid (nt rehabilitatsiooniasutuse poolt korraldatud).
34		Tuleb tagada meeleoluhäiretega inimestele veebipõhised sekkumised koos professionaalse tagasisidestamisega.
35		Vajalik on tagada eneseabigrupid (tugirühmad) meeleoluhäiretega inimeste lähedastele nende toimetulekuvõime suurendamiseks.
36		Tuleb tagada, et rehabilitatsioonilased sekkumised tugevdaksid meeleoluhäirega inimese kognitiivseid ja sotsiaalseid funktsioone. Nende sekkumiste läbiviimise eelduseks on oskus järgida juhiseid, suunata tähelepanu ja keskenduda treeningprotsessile. Sotsiaalsete oskuste treeninguid võib läbi viia individuaalselt, grupis või koos pereliikmetega.
37		Tuleb tagada, et enesejuhtimine oleks oluline osa häirega toimetulekul ja seda peab toetama kogu rehabilitatsiooniprotsessi vältel (sh võiks olla sellele seatud eraldi tegevused individuaalses tegevuskavas eesmärkide saavutamiseks).
38		Tuleb tagada, et erinevad juhendid ja eneseabi käsiraamatud meeleoluhäirega inimese jaoks oleksid sõltumatud, kergesti mõistetavad ja tõenduspõhised.
39		Tuleb tagada, et info enesejuhtimise ja eneseabipraktikate kohta oleks meeleoluhäirega inimestele ja nende lähedastele kättesaadav ning vajadusel tuleks julgustada nende kasutamist.
Psühhoharidus		
40		Tuleb tagada, et meeleoluhäirega inimesele ja tema lähedastele oleksid kättesaadavad võimalikud erinevad psühhohariduslikud sekkumised, mis võivad olla nii individuaalsed kui grupipõhised. See peaks eelkõige hõlmama spetsialistide ja abivajajate vahelist teabevahetust ning hõlmama ka teavet meeleoluhäirete ja selle käsitlemise kohta.
41		Tuleb tagada, et psühhohariduslikke sekkumisi kasutatakse selleks, et meeleoluhäiretega inimesed ja nende lähedased teaksid, kuidas suhtuda meeleoluhäiretesse, kuidas ära tunda tagasilangusi ja kuidas neid ennetada ning muid häirega seotud riskitegureid (nt meelemürkide tarbimine).
42		Tuleb tagada, et meeleoluhäirega inimestele ja nende lähedastele oleks tagatud kogu antava informatsiooni arusaadavus (sh tuleb arvesse võtta nii keelelisi kui kultuurilisi eripärasid).
43		Tuleb tagada, et meeleoluhäirega inimese ümber toimiks hästi kolmepoolne koostöö (spetsialistid, meeleoluhäirega inimene ja lähedased). Toimuma peaksid ka regulaarsed omavahelised kohtumised sobivates vormingutes (koosolek, seminar, foorum vms), kus erinevad meeskonnaliikmed teevad hindamisel, sekkumiste planeerimisel ja teenuste osutamisel tihedat omavahelist koostööd.

44		Vajalik on tagada, et bipolaarse diagnoosiga inimestele oleksid tagatud nii lihtsad kui interaktiivsed haridusliku lähenemisega sekkumised, mis peaksid ennetama ka tagasilangust. ¹
45		Vajalik on tagada, et depressiooni diagnoosiga inimeste ja nende lähedastele puhul oleksid tagatud psühhohariduslikud sekkumised ka taastusperioodis (peaksid ennetama ka tagasilanguste teket). ²
Igapäeva- ja sotsiaalsete oskuste treenimine		
46		Tuleb tagada, et bipolaarse diagnoosiga inimestele oleks tagatud suhtlemist parandav treening (eng. <i>communication enhancement training</i> , CET) ning probleemilahendamise oskuste treening (eng. <i>problem-solving skills training</i>) ning sinna oleksid vajadusel kaasatud ka lähedased.
47		Tuleb tagada, et rehabilitatsiooniteenused tugevdaksid nii kognitiivseid kui sotsiaalseid funktsioone. Nende sekkumiste läbiviimise eelduseks on oskus järgida juhiseid, suunata tähelepanu ja keskenduda treeningprotsessile. Sotsiaalsete oskuste treeninguid võib läbi viia individuaalselt, grupis või koos pereliikmetega.
48		Tuleb tagada, et sotsiaalsete oskuste treeningu tulemusel paraneksid meeleoluhäiretega inimeste suhtlemisoskused igapäevastes olukordades.
49		Tuleb tagada sotsiaalsete oskuste treenimine, mis oleks integreeritud kompleksesse teenuste paketti (mida võiks juhtida ja jälgida juhtumikorraldaja). SRT teenusele sisenedes viiakse läbi alghinnang (RFK), kus inimene ise hindab ennast sotsiaalsete oskuste valdkonnas ning periooditi toimuvad vahehindamised ja lõpphinnang SRT teenusperioodi lõpus (igas etapis toimub teenuse saaja poolne enesehinnang).
Loov- ja tegevusteraapiad		
50		Vajalik on tagada, et meeleoluhäiretega inimestele oleksid kättesaadavad talle sobivad erinevad loovterapeutilised tegevused (nt kunstiteraapia, muusikateraapia, draamateraapia, biblioteraapia, disainiteraapia, liivamänguteraapia jne), mida osutatakse järjepidevalt soovitatud arv kordi.
51		Vajalik on tagada, et meeleoluhäiretega inimene saaks kõik talle sobivad tegevusterapeutilised sekkumised, mis vastaksid inimese individuaalsetele eelistustele ning kus sekkumiste tulemused oleksid ajas (tegevuskavas vahetunnangutes) jälgitavad.
Liikumistegevused- ja füsioteraapia		
52		Vajalik on tagada, et lisaks diagnoosipõhiste sümptomitele arvestatakse liikumis- ja tegevusteraapia osutamisel abivajaja füüsilise võimekusega ja teraapiat tuleb läbi viia vastavalt füüsilisele võimekusele.
53		Väga hea sobivuse ja inimese soovi korral võib meeleoluhäirega inimesele soovitada terapeutilisi loomi kaasavat teraapiat ja joogat alternatiivsete teraapiatena.
Pereteraapia		
54		Tuleb tagada, et pereteraapiat pakutakse kõigile meeleoluhäiretega isikutele ning seda tuleks pidada esmatähtsaks püsivate sümptomite või suure tagasilanguse riski korral Perekonnaliikmeid kaasav sekkumine peab hõlmama: <ul style="list-style-type: none"> • suhtlemisoskuste tõhustamist; • probleemi lahendusoskuste omandamist; • psühhoharidust.
Psühhoteraapia		

¹ Sinisega on eraldi välja toodud soovitusel bipolaarse diagnoosiga inimeste kontekstis

² Kollasega on eraldi välja toodud soovitusel depressiooni diagnoosiga inimeste kontekstis


55		Tuleb tagada, et meeleoluhäirega inimestele oleks kättesaadav individuaalne kognitiiv-käitumisteraapia (KKT). Kui rehabilitatsiooniasutusel endal selleks võimalus puudub, peab ta oskama inimese suunata vajaliku teenuseni.
56		Võimalusel soovitame bipolaarse häirega inimesele osutada interpersonaalset teraapiat (inimestevaheline ja sotsiaalne rütmiteraapia).
57		Tuleb tagada teadvelolekul (Mindfulness) põhinevat kognitiivset grupiteraapiat meeleoluhäiretega inimestel.
58		Tuleb tagada depressiooniga inimeste käitumisaktiivsuse aktiveerimine (käitumisteraapia).
59		Vajalik on tagada, et liikumisteraapiat läbi viies oleks arvestatud kehapsühhoterapia ³ (ing k <i>Body Psychotherapy</i>) meetoditega, mille fookuses on võrdselt inimkogemuse psühholoogilise ja füüsilise mõõtme käsitlemine. Terapeut loob turvalise keskkonna, kasutades oskusi, mida inimene saab iseseisvalt kasutada väljaspool teraapiaaega, et tunda end turvaliselt ja emotsioonidega paremini toime tulla - eneserahustamine, eneseregulatsioon (käte asendid kehal, koputamine, enesemassaaž ehk lihaste pigistamine).
60		Vajalik on tagada, et depressiooniga inimestele oleks kättesaadav probleemi lahendamise teraapia.
61		Vajalik on tagada, et depressiooniga inimestele oleks kättesaadav nii lühiajaline kui pikaajaline psühhodünaamiline psühhoterapia.
62		Võimalusel soovitame meeleoluhäirega inimestele tagada dialektilise käitumisteraapia kättesaadavuse, mis aitab mõista ja aktsepteerida inimese erinevaid tundeid, õppima neid juhtima ning nägema positiivseid muutusi elus.

³ Kehapsühhoterapia meetodid on kogemustele orienteeritud, mis tähendab, et tähelepanu keskmes on teraapiaprotsessi käigus hetkeline ja eelkõige füüsiliselt tunnetatav kogemus.

3. Rehabilitatsioonijuhise soovitusd koos tõenduse ja arutelu lühikokkuvõttega


Käesolevas peatükis on ära toodud iga soovitusd lõikes tõenduspõhine materjal, mille põhjal soovitusd on tehtud. Suures osas on tegu rahvusvaheliste praktikatega ning seetõttu ei pruugi kõik mõisted Eesti süsteemis kasutatavate mõistetega kattuda. Näiteks eristatakse mujal maailmas lihtsalt juhtumikorraldajat (*case management*) ning intensiivset juhtumikorraldajat (*intensive case management*). Samas Eestis ei ole veel üldse sellisel kujul juhtumikorraldajaid, nagu mujal on.

3.1. Meeleoluhäirega inimestele teenuste korraldus

1		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimesed saavad võimalikult kiiresti rehabilitatsiooniteenuseid (võimalusel juba esimese raskema episoodi järel).
---	---	--

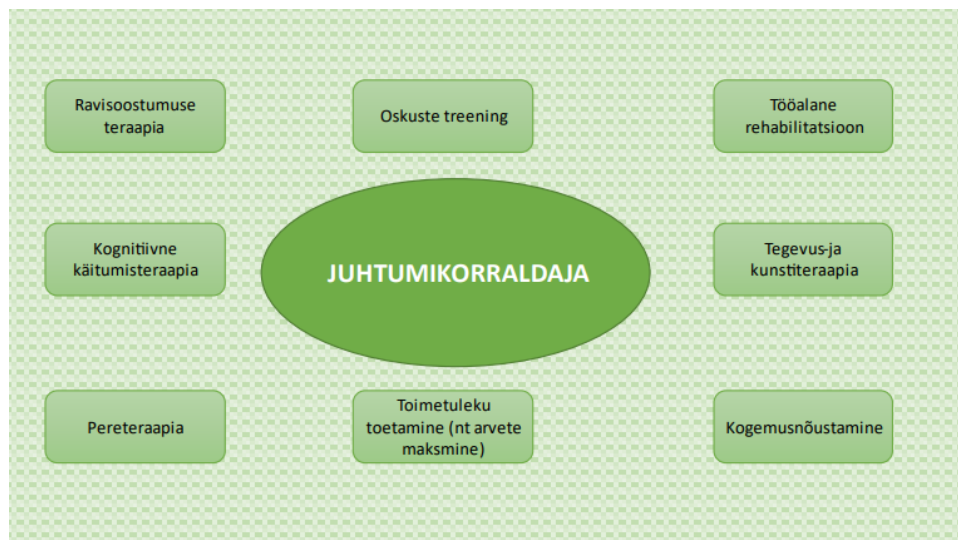
Sekkumisi meeleoluhäirete süvenemise vältimiseks tuleks alustada kohe haiguse varajases staadiumis. Selleks võib esmalt kasutada KKT lähenemisi. Võimaluse korral tuleks kõigile teenuse saajatele pakkuda ravisoostumusteraapiat ja psühhoharidust, kus kasutatakse ka KKT tehnikaid. Paljudel inimestel võib optimaalne farmakoteraapia koos KKT-ga taastada töövõime. Kuna haigus kipub oma olemuselt korduma, peavad psühhosotsiaalsed teraapiad jätkuma vähendatud intensiivsusega ent regulaarselt, et ennetada tagasilangust või et vähendada kordumise riski (10). Haiguse ägenemiste püsimisel tuleks ravile lisada sotsiaalsete oskuste väljaõpe, pereteraapia, tööalane rehabilitatsioon ja sotsiaalsete oskuste arendamine, et minimeerida funktsionaalseid kaotusi ja parandada elukvaliteeti.

Juba 1990-ndate lõpust on mitmel pool maailmas leitud, et varane sekkumine kohe haiguse esimese episoodi järgselt vähendab ravi katkestamist ja haiglaravi vajadust (11). On häid tõendeid selle kohta, et kvaliteetsed varajase sekkumise teenused suurendavad hea tulemuse tõenäosust ja on kulutõhusad (12). Varajane sekkumine võib vähendada haiglaravi viibimiste arvu ja kestust 1–2 aasta jooksul pärast esimest ägedat haiguseepisoodi, kuigi pikemas perspektiivis on mõju vähem selge (13,14). Oluline on see, et varajase sekkumise teenused on näidanud märkimisväärset kokkuhoidu tervishoiu- ja ühiskonnakuludes (15), vältides haiglaravi, suurendades tööhõivemäära ja vähendades kriminaalõigussüsteemi seotust (15).

2		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega abivajajaid juhib kogu ravi- ja toetavate teenuste teekonda juhtumikorraldaja, kes jääb üheks pidepunktiks erinevate süsteemide vahel ning kellel on terviklik ülevaade saadavate teenuste ja toetuste kohta.
---	---	--

Juhtumikorralduse põhieesmärk on pakkuda praktilist abi raske psüühikahäirega inimesele. Eesmärk on võimaldada inimesel ravist ja rehabilitatsioonist kinni pidada ning seeläbi vähendada haiglaravi ja parandada sotsiaalset toimetulekut. Tavapäraste juhtumikorralduslike sekkumiste asemel, mis viiakse läbi ametniku tasandil (nt SKA teenuste konsultant), on efektiivsemad juhtumikorralduslikud praktikad, mida viiakse läbi esmatasandil (võib olla ka rehabilitatsiooniasutus või mõni erihoolekandeaasutus), mis on tihedas kontaktis meeleoluhäirega inimese ja teda vahetult ümbritseva keskkonnaga (nt kodu, hooldekodu, raviasutus, vangla jne) (16). Siinkohal on oluline võimalikult kiiresti ja tõhusalt pakkuda vajalikke sekkumisi, ravi ja toetavaid teenuseid ning seeläbi hoida ära haiguse negatiivseid mõjusid ja funktsionaalsust kõrgel tasemel. Eriti on juhtumikorraldajad olulised nendele inimestele, kes kannatavad ägenemiste ja korduvhospitaliseerimiste all ning kellel on vähene või puudub perekonna toetus. Juhtumikorraldusega vähenevad ägenemised ja haiglaravi ning toimetulek paraneb (17). Juhtumihaldust saab rakendada mitmel viisil, olenevalt ressurssidest ja riigi sotsiaal- ja tervise poliitikast. Kuigi juhtumikorraldust soovitatakse tihti inimestele, kellel ei ole piisavat peretuge, oleks kasulik, kui suurem osa teenuse saajatest

oleks juhtumikorraldaja järelevalve all, kuna peredel puuduvad sageli teadmised professionaalsetest teenustest. Juhtumikorraldaja hindab inimest psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni põhimõtete kontekstis ja tagab talle vajalike teenuste osutamise (17). Näited psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni sekkumistest juhtumikorraldaja koordineerimisel on toodud joonisel 1.



Joonis 1. Näide psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni sekkumisest juhtumikorralduse vaatest (17)


3		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimestele on kättesaadavad kvaliteetsed, asjakohased, sihistatud ja mitmekesised teenused nii tervise- kui sotsiaalsüsteemist.
4		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimesed saavad teenust vastavalt vajadusele ning omale sobivas asukohas (nt kodus).

Meeleoluhäiretega inimestele mõeldud teenuste kavandamine toimub paljudes riikides haiguse levimuse ja ravivajaduse hinnangute alusel (18). Samas ei ole piisavalt tõendeid selle kohta, et elanikkonnapõhised hinnangud üldse oleks vaimse tervise teenuste planeerimise ja osutamise aluseks (19). Näiteks on võrreldud rahvastikupõhiste vaimse tervise teenuste osutamise mudeleid erinevate majandusarengu tasemetega (20). Tulemused on näidanud, et arenenud riikides (nt Kanada) peaksid elanikkonnale suunatud vaimse tervise teenused olema võimalikult kõikehõlmavad, sisaldades nii kogukondade vaimse tervise meeskondi, akuutset statsionaarset ravi, rehabilitatsiooniteenuseid, raviresistentsusega teenuse saajatele vastavaid programme jne. Erinevad majanduslikud modelleerimised on viidanud sellele, et psüühikahäiretega inimestele on optimaalsed tõenduspõhised ravimeetodite ja rehabilitatsiooni kombinatsioonid kulutõhusamad võrreldes olukordadega, kus pakutakse vähem tõenduspõhiseid sekkumisi (21).


5		Vajalik on tagada töökeskkond, kus üks juhtumikorraldaja tegeleb maksimaalselt 20 juhtumiga samal ajaperioodil. Juhtumikorralduse meetod peab tulenema vajadusest ning süsteemi võimalustest ning korraldusest (nt juhtumikorraldaja tegevused ja vastutusvaldkond).
---	--	--

Paljud analüüsid on näidanud, et ühel juhtumikorraldajal ei saa olla korraga palju juhtumeid käsil, kuna see tooks kaasa olulise teenuse kvaliteedi languse ning juhtumikorraldaja ei suudaks juhtumitesse vajalikul määral süveneda (22–24). Olenevalt juhtumikorralduse eripäradest, võib juhtumite arv ühe juhtumikorraldaja lõikes olla erinev, kuid psüühikahäiretega inimestega tegelemisel peetakse maksimum


juhtumite arvuks 20 juhtumit ühe korraldaja kohta. Samuti on teadusartiklites ja rahvusvahelistes juhistes rõhutatud seda, et see 20 on tõesti maksimummäär, mida vähem seda parema kvaliteediga teenus on (25,26).

6		Vajalik on tagada, et meeleoluhäiretega isikule on lisaks sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusele tagatud vajadusel ka tööalase rehabilitatsiooni teenuse kättesaadavus ja ta saaks mugavalt nende teenuste vahel liikuda.
---	---	---

Raske psüühikahäirega inimeste tööhõive määr on madal ja teisalt on tööol vaimsele tervisele kasulik mõju. Praeguseks on olemas häid tõendeid spetsialistide kutsealase sekkumise (toetatud tööhõive) tõhususe kohta psüühikahäiretega inimestel (27). Paljudes riikides on sotsiaalne- ja tööalane rehabilitatsioon korraldatud samast kohast ning see tagab ka mugava liikumise erinevate teenuste vahel. Kui riigi süsteem aga on üles ehitatud selliselt, et TRT ja SRT teenuseid korraldatakse erinevate osapoolte poolt, siis tuleks tagada et teenuste vahel liikumine oleks mugav ja hästi korraldatud (nt juhtumikorraldaja poolt).


7		Tuleb tagada, et rehabilitatsioonimeeskond panustab meeleoluhäiretega inimeste ja tema lähedastele paindliku ning jätkusuutliku teenuse osutamisse, kus toetatakse haiguse mõistmist ning stigmade vähenemist.
---	---	--

Vaatamata ühiskonna hoiakute paranemisele seisavad paljud inimesed endiselt silmitsi sotsiaalse isolatsiooni, eelarvamuste ja diskrimineerimisega, mis muudab nende jaoks keeruliseks ühiskonnas täisväärtusliku elu elamine. See diskrimineerimine võib takistada neil oma haigusseisundiga abi otsimast ning häirida nende isiklike suhteid ja tööturu staatust: vaimse tervise häirega inimesed jäävad suurema tõenäosusega töötuks kui haigusseisundita inimesed, samuti puutuvad nad eriti suure tõenäosusega kokku kohtusüsteemidega (28). Samuti on oluline toetada meeleoluhäirega inimese lähedasi haiguse mõistmisel ja olukorraga toimetulekul, kuna meeleoluhäirega inimesehaigusseisund võib oluliselt mõjutada ka lähedaste vaimset tervist ning hakkamasaamist.

8		Tuleb tagada meeleoluhäiretega inimese nõustamine ravisoostumuse parandamise eesmärgil.
---	---	---



Meeleoluhäiretega inimestele on tagasilanguse ennetamiseks mitmeid tõhusaid ravimeid (29), kuid nendega võivad kaasned märkimisväärsed kõrvalmõjud (30). Näiteks näitas Ameerika Ühendriikides läbiviidud ulatuslik andmebaasiuuring, et ligikaudu pooled bipolaarse häirega inimesest ei võtnud neile raviks määratud liitiumi ega säilitusravimeid 12-kuulise perioodi jooksul. Sellise raviplaani mittejärgimisega kaasneb suur tagasilanguse oht, mis on tingitud haiguse korduvast olemusest ja asjaolust, et ravi, eriti liitiumi, järsk katkestamine võib põhjustada tagasilöögi depressiooni ja maania näol. Samuti on ravi mittejärgimine bipolaarse häirega inimeste puhul seotud märkimisväärselt suurenenud tagasilanguse, kordumise, haiglaravi ja suitsiidiriskiga ning remissiooni ja taastumise tõenäosuse vähenemisega ning suuremate üldiste ravikuludega. Ravi mittejärgimise peamisteks põhjusteks on ravimite kõrvalmõjud, keerulised raviskeemid, inimeste negatiivset suhtumist ravimitesse, halb ülevaade häirest, kaasuvate ainete kuritarvitamine ja halb ravi kättesaadavus. Arstid peaksid rutiinselt küsima mittejärgimise kohta hinnanguid andmata. Potentsiaalsed sammud ravisoostumuse parandamiseks hõlmavad lihtsaid pragmaatilisi strateegiaid, mis on seotud retseptide väljakirjutamisega, sealhulgas jagatud otsuste tegemine, psühhoharidus, mis keskendub selgelt järgimisele, meeldetuletused (traditsioonilised ja digitaalsed), depooravimite kasutamine suukaudse antipsühhootikumi asemel, kaasuvate ainete kuritarvitamise ohjamine ja ravi parandamine. On näidatud, et rahalised stiimulid parandavad depooravimite järgimist, kuid see lähenemisviis tõstatab eetilisi probleeme ja selle pikaajaline tõhusus pole teada. Sageli on vaja lähenemisviiside kombinatsiooni. Vastuvõetavad strateegiad peavad olema inimese

vajadustest lähtudes, peegeldades seda, et mittejärgimisel ei ole ühte põhjust ning need valivad teenuse saaja ja teenuseosutaja koos töötades (31).



9		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimesele on info kättesaadav kõigist teenust pakkuvatest rehabilitatsiooniasutustest, kust inimene saab valida endale sobivaima.
---	---	--

Erinevad uuringud on välja toonud selle, et vaimse tervise häiretega inimestel võib olla info kättesaadavus raskem, tulenedes ühest küljest sellest, et neil ongi infot keerulisem hallata ja töödelda ja teisalt ei pruugi see info neid olemasoleval viisil kõnetada (32, 33). Seetõttu on väga oluline, et neil oleks olemas info kõigist kättesaadavatest teenustest erinevatest süsteemidest. Siinkohal saab olla juhtumikorraldaja see, kes haldab meeleoluhäirega inimese informatsiooni ja tagab, et tal oleks kõigist teenustest hea ülevaade ning vajadusel aitab teenusele saamisel.


3.2. Meeleoluhäiretega inimeste igakülgne toetus kogu rehabilitatsiooni vältel

10		Tuleb tagada, et rehabilitatsiooniasutus pakuks meeleoluhäiretega inimestele laiaulatuslikku valikut sekkumisi, mis lähtuksid inimese vajadustest, mitte olemasolevatest teenustest.
11		Tuleb tagada, et rehabilitatsiooniteenused hõlmaksid kõiki soovitud psühholoogilisi, sotsiaalseid ja tööalaseid ohutuid sekkumisi.

Vaimse tervise häirega inimeste puhul on oluline silmas pidada, et teenuste osutamine toimuks vastavalt vajadusele, mitte ei kohandataks inimest olemasolevate teenuste järgi (34). Viimane võib kaasa tuua teenusest loobumise ning haiguse süvenemise (35). Peab arvestama, et meeleoluhäiretega inimeste sihtgrupp on tundlikum (36) ja seetõttu on oluline, et inimene saaks õigel ajal õigele teenusele. Samuti on välja tulnud, et sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamise keerulise koostöö tõttu on raskem leida selgeid seoseid tulemuste, erinevate teenusemustrite ning kulude vahel (37).


12		Tuleb tagada, et teenuseosutaja ja teenuse saaja suhe võimaldaks arutada rehabilitatsiooni strateegiaid ning nende eeliseid ja puudusi. Samas teenuse saaja peaks osalema nii otsuste tegemisel kui ka otsusele jõudmise protsessis võrdväärseina rehabilitatsioonispetsialistiga. Inimene ise annab enda olukorrale hinnangu ja seab eesmärgid.
13		Tuleb tagada, et SRT spetsialistid oskaksid vajadusel suunata meeleoluhäiretega inimesed farmakoloogilisele nõustamisele tagamaks, et nii SRT kui farmakoloogiline ravi toetaksid üksteist.

Meeleoluhäiretega inimeste rehabilitatsiooni olulised eesmärgid on vaimse ja füüsilise seisundi stabiliseerimine, aktiveerimine ja edendamine, samuti oskuste arendamine ja suures osas iseseisev eluviis ja igapäevane rutiin (9). Taastumist (*Recovery*) ja võimestumist (*Empowerment*) käsitletakse kui isikliku kasvu ja arengu protsessi, mille käigus inimesed saavad üle vaimse tervise häire isiklikest, sotsiaalsetest ja ühiskondlikest tagajärgedest ning naasevad täisväärtusliku elu juurde. Siinkohal rõhutatakse isiklikku, subjektiivset, inimesekeskset või rehabilitatsiooniperspektiivi taastumise kohta (9, 38, 39).


14		Vajalik on tagada, et rehabilitatsioonimeeskonna suhtluses meeleoluhäiretega inimeste ja nende lähedastega oleks tagatud: <ul style="list-style-type: none"> • kliinilise sõnavara vältimine või selle minimeerimine; • põhjaliku teabe olemasolu sobivas keeles ja teenuse saajale kuuldavalt;
----	---	---

		• vajadusel tõlgi olemasolu.
--	--	------------------------------


Ebakvaliteetne suhtlus meeleluhäiretega inimeste ja teenuseosutaja vahel toob kaasa kõige sagedamini ravisostumuse vähenemise (40), inimeste rahulolu vähenemise teenusega, vähem isikukeskse ravi (41) ning negatiivsed kogemused teenusega. Halb kommunikatsioon erinevate oluliste osapoolte vahel soodustab eelkõige haavatavas elanikkonnas vääriti mõistmist ja terviseerinevusi. Seetõttu on oluline, et teenuseosutajad ja teenuse saajad räägiks nõuhte keelt (ehk siis ei tohi olla liiga kliiniline ja teenuse peaks tagama keeles, millest teenuse saaja aru saab) ning vajadusel tuleks kasutada tõlgi teenust. Sealjuures on uuringutest välja tulnud, et professionaalsed tõlgid parandavad üldiselt suhtlust teenuse saaja ja teenuseosutaja vahel, edendavad ressursside asjakohast kasutamist ning suurendavad olulisel määral nii inimeste kui teenuseosutajate rahulolu (42). Samuti on professionaalsete tõlkide kasutamine näidanud, et üldine vigade teke ning ebavõrdsus teenusekasutamises väheneb (43). Lisaks on uuringud näidanud, et professionaalsete tõlkide veamäär on tunduvalt madalam kui „ad hoc“ tõlkide (perekond, sõbrad, teised töötajad) veamäär ning kui tõlkimisel vigu tehakse, on need vähem tõenäoliselt kliiniliselt olulised (43).

15		Vajalik on tagada teenuse järjepidevus olukordades, kus meeleluhäirega inimene vahetab elukohta või teenuseosutajat (vajadusel peab saama juhtumi üle anda teise piirkonna juhtumikorraldajale).
----	---	--


Meeleluhäirete puhul on hea ravitulemuse saavutamiseks väga oluline, et ravi oleks järjepidev ning ei katkeks näiteks kolides teise piirkonda. Seetõttu on spetsialistide omavaheline koostöö tähtis ja koos inimesega peaks edasi liikuma tema rehabilitatsiooni plaan või tegevusplaan (44, 45). Oleks hea, kui rehabilitatsioonimeeskonnal on teada, kuhu inimene liigub ning nad saaksid ise otse teenuse saaja osas suhelda uue rehabilitatsiooniteenuse osutajaga ning plaani koos asjakohaste märkustega üle anda.

16		Vajalik on tagada, et meeleluhäiretega inimestega töötavatel spetsialistidel on võimalik läbida teemakohaseid koolitusi, et olla teadlik meeleluhäirete eripäradest ning nendega arvestamisest SRT pakkumisel.
----	---	--



Selleks et spetsialist saaks osutada asjakohast ja kvaliteetset teenust, on oluline, et ta läbiks regulaarselt teemakohaseid koolitusi ja oleks haiguse spetsiifikaga kursis. Erinevates riikides on korraldatud rehabilitatsioonispetsialistide koolitused erinevalt, mõnes riigis (nt Soome), on see üles ehitatud sarnaselt tervishoiutöötajatega, kus spetsialistidel on kohustuslik iga aasta teatud mahus koolitusi läbida, mõnes teises riigis on see aga jäetud teenuseosutaja vastutada.

17		Vajalik on tagada, et teenusemudelid kirjeldavad selgelt ära võimalused inimeste üleminekuks eri sihtrühmadele mõeldud ja erineva rahastusega teenuste (nt laste ja noorte teenustelt täiskasvanutele, kohtumäärusega erihoolekandelt tulnutele) ja erinevate teenusepakujate (rehabilitatsioonispetsialistid, psühhiaatrid, perearstid, sotsiaaltöötajad jne) vahel.
----	---	---

Meeleluhäiretega inimestele väljatöötatud teenusmudel peaks sisaldama üleminekumudeleid. Näiteks kui laps või nooruk, kellel on diagnoositud meeleluhäire, saab täiskasvanuks, siis teenuste mõttes peaks olema sujuv üleminek (46) ja erinevad uuringud näidanud, et lastekodulastest, kes on seal rehabilitatsiooniteenuseid saanud ja täiskasvanuks saades need katkenud, satuvad umbes pooled aasta jooksul haiglasse (47–49). Kasuks tuleks kindlasti see, kui eelnevalt on koostöös inimesega koostatud ülemineku plaan (50). Selline süsteem peaks toimuma ka näiteks inimese kolimise korral. Samuti on oluline, et teenustega jätkatakse ka näiteks vanglasse sattudes ja/või sealt vabanedes.


18		Oluline on tagada, et rehabilitatsioonimeeskond oskaks jälgida meeleoluhäirega inimese füüsilist tervist ja vajadusel nõustada erinevatest ravivõimalustest (nt soovitada minna perearsti, toitumisnõustaja vms juurde).
----	---	--

Paljudel psüühikahäiretega inimestel on tõrge arsti juures käimisega (51,52). Kui rehabilitatsioonimeeskond märkab, et meeleoluhäiretega inimene vajaks kliinilist sekkumist, siis peaks suunama inimese arsti juurde (53). Võimalusel (eriti, kui paistab olevat erakorraline vajadus), võiks rehabilitatsioonimeeskonna spetsialist võtta ühendust ise raviarsti, perearsti/või õega ning sobivusel küsida suuniseid edasiseks tegevuseks.

19		Tuleb tagada, et psühhosotsiaalsed sekkumised aitaksid meeleoluhäiretega inimestel parandada elukvaliteeti ja iseseisvat toimetulekut, mis läbi kiireneks taastumine ja annaks inimesele rohkem võimalusi töö- ja kogukonnaelus osalemiseks ning paraneks elukvaliteet.
20		Tuleb tagada, et psühhosotsiaalsed rehabilitatsiooniteenused sisaldaksid individuaalses tegevuskavas, mis hõlmaks funktsioneerimisvõime (tegutsemise- ja osalemispiirangute)määra ja tausta (keskkonna ja personaalsete) tegurite tuvastamist ning nende raskuste kõrvaldamist või vähendamist. Eesmärgi saavutamiseks peavad olema kindlaks määratud toetavad sekkumised.

Paljudel juhtudel piisab meeleoluhäiretega sümptomitega toimetulekuks elustiili muutmisest, stressorite kõrvaldamisest ja tõenduspõhistest psühholoogilistest sekkumistest koos psühhoharidusega (54). Metaanalüüside tulemuste kohaselt on mitmetel psühholoogilistel teraapiameetoditel pikaajaline kasu meeleoluhäiretega inimestele (KKT, IPT, probleemilahendusteraapia, lühiajaline psühhodünaamiline psühhoterapia) (55, 56).


3.3. Meeleoluhäirega inimese rehabilitatsiooni häirespetsiifilised komponendid

21		Tuleb tagada rehabilitatsiooniasutuses täiendav personaalne nõustamine meeleoluhäiretega tööeliste inimestele, kes suurema tõenäosusega loobuvad ravist või teenustest (suurema edukuse tagab juhtumikorraldaja olemasolu).
----	---	---


Intensiivne juhtumikorraldus (*Intensive Case Management – ICM*) on väikese juhtumimahuga (kuni 20 inimest) kogukonnapõhine psühhiaatriateenus raske psüühikahäirega inimesele, mis võib järgida paljusid mudeleid, nt. kogukonnateenused, juhtumikorraldus jne. Kanadas loodi vastav mudel selleks, et rahuldada kõrge teenuse kasutajate vajadusi, kelle teenuste juhtumite haldamise praktikad ei olnud piisavalt asjakohased (57). Sealjuures võib olla juhtumikorraldaja kahes vaates: isiklik nõustaja, kes ei halda peensusteni kõigi teenuste detaile ning professionaalne juhtumikorraldaja, kelle ülesandeks on meeleoluhäirega inimese teenuste korraldus kõigil erinevatel tasanditel.

Hiljutine suur kohortuuring uuris juhtumikorralduse meditsiinilise kasutamise muutusi psühhiaatrilises koduhoolduses. Juhtumikorralduse rakendamine tõi kaasa psühhiaatriliste ja sunniviisiliste vastuvõtude olulise vähenemise ning kasutamine nihkus psühhiaatrilise ambulatoorse teenuse poole. Mõju püsis pärast kaheaastast sekkumist. Siiski ei näidanud juhtumikorralduse rakendamine mingit mõju kaasuvate füüsiliste haiguste vastuvõtmise määra langetamisele (58). Ühes teises pika jälgimisperioodiga kohortuuringus parandas intensiivse juhtumikorralduse rakendamine oluliselt ravi järgimist ning vähendas suitsiide ja suitsiidikatsed võrreldes varem saadud standarddraviga (59). Seetõttu soovitab ka NICE kaaluda intensiivse

juhtumikorralduse rakendamist psühhiaatrilistele inimestele, kes tõenäoliselt loobuvad ravist või teenustest (60).


22		Tuleb tagada, et juba esmakordsel haigestumisel saaks abivajaja rehabilitatsiooniteenuseid ja lähedased nõustamist (haiglaravi korral peaks see koostöö saama alguse juba haiglas olles esimese episoodi ajal).
----	---	---



Kuigi erinevates riikides on teenuste korralduses ja kombinatsioonis erinevusi, valitseb rahvusvaheline konsensus selles osas, et rehabilitatsiooni teenustega tuleks alustada kohe, kui esimene haiguse episood on toimunud (61, 62). Rehabilitatsiooniga võib alustada kohe ka siis, kui nt on tuvastatud esialgne diagnoos esimese meeleoluhäire episoodi kohta – see ei pea ootama lõplikku diagnoosi (60). Sealjuures on leitud, et väga oluline on kohene pereliikmete nõustamine rehabilitatsioonimeeskonna poolt, kuna see vähendab meeleoluhäirega inimese ravi katkestamise tõenäosust.

23		Tuleb pakkuda toetatud töö programme meeleoluhäiretega isikutele, kes soovivad leida tööd või tööle naasta.
----	---	---

Tööhõive on vaimse tervise valdkonnas ülimalt oluline. Töötus halvendab vaimset tervist ja tööle saamine võib parandada vaimset tervist isegi kõige raskemate psüühikahäirega inimeste puhul. Erinevalt enamikust vaimse tervise ravimeetoditest tekitab tööhõive enesekindlust ja toob kaasa muid väärtuslikke tulemusi, sealhulgas enesekindlust, teiste austust, isiklikku sissetulekut ja kogukonna integratsiooni. See pole mitte ainult tõhus lühiajaline ravi, vaid ka üks ainsatest sekkumistest, mis aja jooksul vähendab sõltuvust vaimse tervise süsteemist (63). Toetatud töö programmide olulisus vaimse tervise probleemidega inimestele:

- Esiteks parandab tööhõive tõsiste psüühikahäiretega inimeste vaimset tervist ja heaolu, sealhulgas paraneb enesehinnang, paraneb sümptomite kontroll, elukvaliteet, sotsiaalsed suhted ja kogukonna integratsioon, ilma kahjulike kõrvalmõjudeta (64). Ükski teine vaimse tervise sekkumine ei näita pidevalt neid olulisi eeliseid.
- Teiseks aitab tõhus lähenemisviis inimestel saavutada konkurentsivõimelist tööhõivet, mis on ka üldisele majandusele kasulik. Individuaalne praktika ja toetatud töö on viimase 30 aasta jooksul kujunenud tõenduspõhiseks lähenemisviisiks, mis põhineb enam kui 30-l randomiseeritud kontrollitud uuringul (65). See on võimaldanud ligikaudu 60%-l tõsiste psüühikahäiretega inimesel konkurentsivõimelisel tööl edu saavutada – see on kaks kuni kolm korda parem kui muud tööhõivealased sekkumised (66). IPS on olnud edukas paljudes riikides ja paljude vaimse tervise häiretega inimeste jaoks (67).
- Kolmandaks on vaimse tervise häiretega inimeste aitamine konkurentsivõimelisel töökohal eetilise ja õiglase. Suurem osa tõsiste psüühikahäiretega inimestest soovib tööd ka päriselt teha ja mitmes kõrge sissetulekuga riigis on seadusega paika pandud standardid, mis soodustavad vaimse tervise häiretega inimestele toetatud töö programme.
- Lõpuks on toetatud tööprogrammid ka kulutõhusad ja võib-olla ka kulutõhus sekkumine, kuna see vähendab psühhiaatria haiglate kasutamist ja üldiseid vaimse tervise kulutusi (68). Toetatud tööhõive on suhteliselt odav sekkumine (69) ja tööhõive toob kaasa vaimse tervise kulude pideva vähenemise vähemalt 10 aasta jooksul (70).

24		Tuleb pakkuda meeleoluhäirega inimestele täiendavalt kogemusnõustamist, et tõsta teenusekasutaja elukvaliteeti.
----	---	---



25		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimestele oleksid kättesaadavad erinevad mitmekülgsed tervist edendavad sekkumised (sh ka tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse alane nõustamine).
26		Vajalik on tagada, et kogemusrõustamist osutab professionaalne kogemusrõustaja.

Rehabilitatsiooniteenuste kontekstis on kogemusrõustamist määratletud kui „sotsiaalset emotsionaalset tuge, mida vaimse tervisega inimesed pakuvad teistele, kellel on sarnane vaimse tervise seisund, et kutsuda esile soovitud sotsiaalseid või isiklikke muutusi (71). Kuigi kogemusrõustajate kuluefektiivsuse kohta ei ole piisavalt uuringuid ning NICE juhised leidsid madala kuni väga madala kvaliteediga tõendeid selle kohta, siis nii näiteks NICE kui Saksamaa ravijuhised siiski soovivad kasutada kogemusrõustaja teenust. Valdkonnad, kus kogemusrõustajad saavad meeleoluhäiretega inimestele tuge pakkuda (72):

- Sotsiaalne keskkond: tagasiside andmine hetkeseisu ja kogemuste kohta.
- Psühhohariduslik teave.
- Kognitiivsed ja keskkonnast tulenevad seisundid:
 - uskumused ja hoiakud, mis mõjutavad meeleolu häirega inimese ja tema lähedaste tegevust;
 - kogemusrõustamine on näide kognitiivsest sekkumisest, mis võib muuta inimese suhtumist oma haigusesse.
- Abivajaja ja pere koolitamine.





Kogemusrõustamisel on psüühikahäiretega inimeste ravis oluline koht ja seetõttu on seda lähenemist aktiivselt rakendatud nt Ameerika Ühendriikides (USA) ja Inglismaal. Meeleoluhäirete kogemustega nõustajad oskavad paremini näha detaile, mis võivad muidu märkamata jääda ning abivajaja suudab ennast tihti kogemusrõustajaga paremini suhestada. Sealjuures on oluline, et kogemusrõustaja terviseseisund püsib stabiilsena (28).

Ei tohi ära unustada, et kogemusrõustaja ei ole tervishoiutöötaja või spetsialist. Nad peavad küll kogemusrõustaja staatuse saamiseks läbima olenevalt riigist, kas spetsiaalse väljaõppe või koolitused, kuid oma töö tegemisel rehabilitatsiooniasutuses vajavad nad kogenumate kolleegide tuge ja juhendamist (73). See võib eriti oluliseks osutada, kui meeleoluhäirega inimesel on ka teisi kaasuvaid seisundeid või haigusi (74).

27		Vajalik on tagada, et psühhosotsiaalsete sekkumiste hulka kuuluks ka psühhoharidus, pereteraapia, kognitiiv-käitumuslik psühhoterapia (KKT), psühhodünaamiline psühhoterapia ja muud psühhoterapilised meetodid, mida osutaksid koolitatud spetsialistid.
28		Tuleb tagada, et psühhosotsiaalsete sekkumiste puhul oleks arvesse võetud erinevate osapoolte (arstid, terapeudid, inimene, lähedased jt kokkupuutuvad inimesed) poolt tehtud tagasisidet ja seda arvestatakse meeleoluhäirega inimesele psühhosotsiaalse sekkumise teenuse disainimisel.

Mõnel juhul piisab meeleoluhäirete ohjamiseks elustiili muutmisest, stressitegurite kõrvaldamisest ja tõenduspõhistest psühholoogilistest sekkumistest koos psühhoharidusega (54). Metaanalüüsi tulemused pikaajalise kasu kohta meeleoluhäiretega inimestele on näidanud, et mõned psühholoogilised teraapiameetodid on andnud häid tulemusi. Näiteks mõned neist osutusid väga tõenduspõhiseks, nagu kognitiiv-käitumuslik teraapia (KKT), interpersonaalne teraapia (IPT) ja probleemilahendusteraapia (PLT) (54–56). Sellegipoolest jäävad KKT ja IPT endiselt peamisteks soovitatavateks lähenemisviisideks (54).




3.4. Teenusekasutaja kogemus

29		Tuleb tagada, et SRT tegevuskava luuakse koostöös meeleoluhäiretega inimestega ja vajadusel oleksid kaasatud ka lähedased.
30		Vajalik on tagada, et rehabilitatsiooniteenuseid pakutakse taastumist toetavas õhkkonnas, meeleoluhäiretega inimestele kõige mugavamas kohas (sh vajadusel kodus)
31		Vajalik on tagada, et rehabilitatsioonimeeskonna liikmed võtaksid aega toetavate ja empaatiliste suhete loomiseks, mis on rehabilitatsiooni oluliseks osaks.
32		Vajalik on edendada meeleoluhäiretega inimeste autonoomiat ja aktiivset osalemist teenuste rehabilitatsiooniplaani koostamisel ning seeläbi toetada ka inimese enesejuhtimist.


Vaimse tervise häiretega inimeste ravitulemused sõltuvad palju sellest, kuidas kujuneb nende teenuse saamise kogemus (75). Erinevad süstemaatilised ülevaated on näidanud, et mida parem on teenuseosutaja poolne õhkkond (sõbralikud spetsialistid, paindlikkus, inimkesksus jne), seda suurem on meeleoluhäirega inimese rahulolu teenusega ning see mõjutab pikemas perspektiivis ravi tulemuslikkust (76). Kogu rehabilitatsiooniteenus peab olema suunatud meeleoluhäiretega inimestele ja nende lähedastega koostöö suurendamisele ning see ei tohi toimuda negatiivses õhkkonnas. Seetõttu on oluline, et rehabilitatsioonimeeskond võtaks aega toetava ja empaatilise suhte loomiseks meeleoluhäiretega inimese ja tema lähedastega, mitte ei hakkaks kohe aktiivselt teenust osutama (eeldab ka vastavat teenusedisaini) (77). Sealjuures on oluline, et meeleoluhäiretega inimesi suunataks aktiivselt osalema oma teraapiaotsuste tegemisel (kui meeleoluhäiretega inimene tunneb, et tal on suurem mõju oma teraapias kaasa rääkimisel, on ka teraapiatulemused paremad) ning toetada inimese üldist enesejuhtimist (78, 79).

3.5. Meeleoluhäiretega inimeste rehabilitatsioonilised sekkumisvõimalused




3.5.1. Enesejuhtimine ja eneseabipraktikad

33		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimestele oleksid kättesaadavad eneseabigrupid (nt rehabilitatsiooniasutuse poolt korraldatud).
34		Tuleb tagada meeleoluhäiretega inimestele veebipõhised sekkumised koos professionaalse tagasisidestamisega.
35		Vajalik on tagada eneseabigrupid (tugirühmad) meeleoluhäiretega inimeste lähedastele nende toimetulekuvõime suurendamiseks.

Eneseabijuhtimisel on inimeste teraapias märkimisväärne tähtsus ning sellest on saanud meeleoluhäiretega inimeste tugisüsteemi lahutamatu osa. Eneseabi all mõistetakse kõiki individuaalseid ja kogukondlike tegevusvorme, mis on seotud tervise- või sotsiaalprobleemi lahendamise asjaosaliste poolt. See toetab enesejuhtimise oskusi, aitab kaasa taastumisele ja olemasolevate ressursside kasutamisele ja aitab mõista ning aktsepteerida terviseprobleemi. Üldiselt käsitletakse nelja erinevat eneseabivormi: 1) enesejuhtimine, 2) meediapõhine haridus ja eneseabi, 3) eneseabirühmad ja 4) kogemusnõustamine (9).

36		Tuleb tagada, et rehabilitatsioonialased sekkumised tugevdaksid meeleoluhäirega inimese kognitiivseid ja sotsiaalseid funktsioone. Nende sekkumiste läbiviimise eelduseks on oskus järgida juhiseid, suunata tähelepanu ja keskenduda treeningprotsessile. Sotsiaalsete oskuste treeninguid võib läbi viia individuaalselt, grupis või koos pereliikmetega.
----	---	---

Psüühikahäireid seostatakse sageli igapäevaste praktiliste ja sotsiaalsete oskuste halvenemisega, mis omakorda avaldab täiendavat negatiivset mõju haiguse kulgemisele ja elukvaliteedile. Psühhosotsiaalsete sekkumiste erimeetodite eesmärk on tugevdada inimeste oskusi, et nad suudaksid elada suure osas iseseisvat ja enesemääratletud elu. Selles kontekstis eristatakse laiemaid lähenemisviise, mis võtavad arvesse mõjutatud isikute isiklike vajadusi igapäevaelu iseseisva korraldamise mõttes. Seda kirjeldatakse terminiga igapäevaste või praktiliste eluoskuste koolitus (eluoskuste koolitus), ning selle eesmärk on parandada sotsiaalseid ja suhtlemisoskusi (sotsiaalsete oskuste koolitus) (80,81).

37		Tuleb tagada, et enesejuhtimine oleks oluline osa häirega toimetulekul ja seda peab toetama kogu rehabilitatsiooniprotsessi vältel (sh võiks olla sellele seatud eraldi tegevused individuaalses tegevuskavas eesmärkide saavutamiseks).
38		Tuleb tagada, et erinevad juhendid ja eneseabi käsiraamatud meeleoluhäirega inimese jaoks oleksid sõltumatud, kergesti mõistetavad ja tõenduspõhised.
39		Tuleb tagada, et info enesejuhtimise ja eneseabipraktikate kohta oleks meeleoluhäirega inimestele ja nende lähedastele kättesaadav ning vajadusel tuleks julgustada nende kasutamist.




Enesejuhtimise või eneseregulatsiooni all mõistetakse võimet kujundada oma arengut iseseisvalt. Olulised elemendid on pidev ja kriitiline enesevaatlus, piisav sisemine motivatsioon, eesmärkide sõnastamine, oma tegevuse planeerimine, organiseerimine ning suunamine läbi enesekehtestamise (82–84).

Meediapõhine haridus ja eneseabi muutuvad üha olulisemaks. Juhendite kasutamine eristub internetipõhisest eneseabist. Juhendmaterjalid on kirjalik teave ja õppevahendid konkreetsete häirete ja probleemide kohta. Juhistes on tavaliselt välja toodud häirele iseloomulikud sümptomid ja kaebused, teave nende eristamiseks teistest sarnaste sümptomitega häiretest ja erinevad teraapiavõimalused (9).


Interneti- ja arvutipõhised eneseabisekkumised, mida toetavad väheste süstemaatiliste ülevaadete ja metaanalüüside tulemused (85–89), muutuvad üha olulisemaks, kuna nende kättesaadavus on hea ning nad on paindlikud nii aja kui asukoha suhtes. Samuti on abivajajal võimalus ise valida tempot ja tajutud stigmatiseerimine väheneb miinimumini.

Kogemusnõustamine vastastikuse toe pakkumiseks võib edendada iseseisvust, tugevdada sotsiaalseid võrgustikke ja enesekindlust ning arendada toimetuleku oskusi (9). Siinkohal on kesksel kohal individuaalsed kogemused, hoiakud ja hinnangud, samuti oma strateegiad haigusega tegelemisel, mida kasutatakse erinevates valdkondades (90, 91). Eespool esitatud soovitusi toetavad lisaks süstemaatiliste ülevaadete (92, 93) ja randomiseeritud kontrollitud uuringute tulemused (94–97). Vastastikust tuge, nagu vastastikuseid rühmi, peetakse oluliseks, et vähendada isolatsiooni bipolaarsete häirete puhul ja aidata kaasa teraapiale pühendumisele (98, 99).


3.5.3. Psühhoharidus

40		Tuleb tagada, et meeleoluhäirega inimesele ja tema lähedastele oleksid kättesaadavad võimalikud erinevad psühhohariduslikud sekkumised, mis võivad olla nii individuaalsed kui grupipõhised. See peaks eelkõige hõlmama spetsialistide ja abivajajate vahelist teabevahetust ning hõlmama ka teavet meeleoluhäirete ja selle käsitlemise kohta.
41		Tuleb tagada, et psühhohariduslikke sekkumisi kasutatakse selleks, et meeleoluhäiretega inimesed ja nende lähedased teaksid, kuidas suhtuda meeleoluhäiretesse, kuidas ära tunda tagasilangusi ja kuidas neid ennetada ning muid häirega seotud riskitegureid (nt meelemürkide tarbimine).
42		Tuleb tagada, et meeleoluhäirega inimestele ja nende lähedastele oleks tagatud kogu antava informatsiooni arusaadavus (sh tuleb arvesse võtta nii keelelisi kui kultuurilisi eripärasid).


Psühhoharidus hõlmab teabe andmist haiguse olemuse, selle ravi, rehabilitatsiooni ja peamiste toimetulekustrateegiate kohta meeleoluhäirega inimesele ja tema perekonnale (100). Leitakse, et psühhoharidus on tõhusam, kui see sisaldab aktiivset õppimist, pöörates tähelepanu mõistmise arengu jälgimisele, aktiivsele oskuste arendamisele ja kodutööde tegemisele seansside vahel. Samuti on leitud, et vastastikune toetus ja rühmaõpe lisavad psühhoharidusele tõhusust. Psühhoharidus on õppimise protsess ja hõlmab sekkumisi, mis teavitavad inimesi ja nende lähedasi haigusest ning selle ravist, edendavad arusaamist haigusest ja nende omavastutust sellega tegelemisel ning toetavad inimesi häirega toimetulekul (9, 101). Psühhohariduse mitmekesisuse tõttu ei ole võimalik seda selgelt eristada perekondlikest sekkumistest, kuna perekondlikud sekkumised põhinevad sageli psühhohariduslikel sekkumistel või sisaldavad neid. Psühhoharidust võib pakkuda individuaalselt või rühmas. Kuigi bipolaarse häirega inimestel rakendatavad empiirilised mudelid hõlmavad silmast-silma suhtlemist terapeutiga, katsetatakse uusi mudeleid, mis hõlmavad veebipõhiseid vahendeid, nutitelefoni rakendusi ja töövihikuid (99, 102).

43		Tuleb tagada, et meeleoluhäirega inimese ümber toimiks hästi kolmepoolne koostöö (spetsialistid, meeleoluhäirega inimene ja lähedased). Toimuma peaksid ka regulaarsed omavahelised kohtumised sobivates vormingutes (koosolek, seminar, foorum vms), kus erinevad meeskonnaliikmed teevad hindamisel, sekkumiste planeerimisel ja teenuste osutamisel tihedat omavahelist koostööd.
----	---	--

Uuringu tulemused näitasid, et psühhohariduslik rühmapõhine lähenemisviis (21 kohtumist), oli tagasilanguste ennetamisel edukam kui individuaalne lähenemine (103) (29). Perekondlik psühhoharidus võib avaldada positiivset mõju tagasilanguste riskile ja haiglasse tagasi sattumise tõenäosusele ravi lõpus ja järelkontrolli ajal (alus: üksikud madala kvaliteediga uuringud) (104). Chatterton *et al.* (105) leidsid samuti tõendeid selle kohta, et psühhoharidus võib vähendada tagasilanguste esinemist maniakaalses ja depressiivses faasis võrreldes tavapärase raviga (vähenemine peaaegu 40%), see kehtib siiski ainult, kui sekkumine on suunatud ka sugulastele või perekondadele. Inimesi, kellel esinevad meeleoluhäired nähakse enda olukorra asjatundjatena, samas on perel ja sugulastel oluline roll igapäevaeluga toimetulekul ja tagasilanguste ennetamisel ning spetsialistidel omakorda terapeutiline oskusteave. Neid pädevusi jagatakse sageli kolmepoolse dialoogi kaudu, mis loob ruumi ja struktuuri võrdseks suhtlemiseks erinevate osapoolte vahel, stigmatiseerituse vähendamiseks, õpetamiseks, teadustöök, kvaliteedi tagamiseks ja psühhiaatriliste tegevuste planeerimiseks.


44		Vajalik on tagada, et bipolaarse diagnoosiga inimestele oleksid tagatud nii lihtsad kui interaktiivsed haridusliku lähenemisega sekkumised, mis peaksid ennetama ka tagasilangust. ⁴
----	---	---

Briti bipolaarse häire ravijuhendi autorid järeldavad, et perekondlikud sekkumised võivad vähendada depressiivseid sümptomeid, tagasilanguse tõenäosust ja haiglasse tagasisattumise tõenäosust (106). Bipolaarse häirega inimeste teraapiat käsitlevas Saksamaa juhises (S3) eristatakse lihtsaid psühhoariduse ja üksikasjalikumaid, interaktiivseid psühhoariduslikke meetodeid (39). Lihtne psühhoaridus on soovitatav miinimumina igale bipolaarse häirega inimesele, on ajaliselt piiratud, eeldab tavaliselt vähem kui 10 seansi ja sobib nii individuaalses kui grupisituatsioonis. Tugeva psühhoteraapia fookusega teraapiakontseptsioonid, eriti psühhoteraapia (103), on määratud üksikasjalikule ja interaktiivsele psühhoteraapiale. Šoti suunistes bipolaarsete häirete kohta kirjeldatakse kahte psühhoariduse mudelit, mida viiakse läbi bipolaarse häirega (eutüümiaga) isikutele grupiviisiliselt (3). Need programmid on Barcelona BDs programm (103), mis hõlmab 21 kohtumist kuue kuu jooksul, ja Life Goals programm (I etapp on kuus iganädalast kohtumist), mille rakendamisel kasutatakse abivahenditena töövihikuid ja käsiraamatuid (107). Seda kõike toetavad süstemaatilised ülevaateid psühhoaridusest bipolaarse häirega inimestel (29, 104, 105) ja 10 täiendavat individuaalset uuringut (RCT) (108–117). Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) juhiseid bipolaarsete häirete kohta kirjeldavad, et rühmapõhine psühhoariduslik lähenemisviis, mis kestis 21 kohtumist, oli tagasilanguste ennetamisel edukam võrreldes sama arvu kohtumistel osalemisega struktureerimata rühmakoosolekutel (118). Rühmapõhine psühhoaridus keskendus põhiküsimuste parandamisele: haigusteadlikkus, teraapiale vastavus, prodromaalsete sümptomite ja tagasilanguse varajane avastamine ning eluviisi regulaarsus (3).

45		Vajalik on tagada, et depressiooni diagnoosiga inimeste ja nende lähedastele puhul oleksid tagatud psühhoariduslikud sekkumised ka taastusperioodis (peaksid ennetama ka tagasilanguste teket). ⁵
----	---	--

Saksamaa S3 juhiste "Unipolaarne depressioon" raames pakutakse inimestele ja lähedastele psühhoariduslikke sekkumisi, et parandada informeeritust, aktsepteeritust ja inimese ning spetsialisti koostööd kui kasulikku täiendust üldisele teraapiastrateegiale (119).




3.5.4. Igapäevaelu ja sotsiaalsete oskuste treenimine

46		Tuleb tagada, et bipolaarse diagnoosiga inimestele oleks tagatud suhtlemist parandav treening (eng. <i>communication enhancement training</i> , CET) ning probleemilahendamise oskuste treening (eng. <i>problem-solving skills training</i>) ning sinna oleksid vajadusel kaasatud ka lähedased.
----	---	--

Yatham *et al.* (99) eeldavad, et bipolaarse häirete puhul võib tõhusam olla perekonna või oluliste teiste isikute toetus ja koostöö, mida iseloomustab kõrge väljendatud emotsioonide tase. Abivajajate perede või abielusuhete suhtlemisstiilide kursused viiakse tavaliselt läbi 21 seansi jooksul 9 kuu vältel (99). Ägeda bipolaarse depressiooni puhul täiskasvanutel andis intensiivne pereteraapia (keskmiselt 14 seansi, maksimaalne 30) parema tulemuse, kui kontrollgrupil, kus seansse oli 3 (120).



⁴ Sinisega on eraldi välja toodud soovitused bipolaarse diagnoosiga inimeste kontekstis

⁵ Kollasega on eraldi välja toodud soovitused depressiooni diagnoosiga inimeste kontekstis

47		Tuleb tagada, et rehabilitatsiooniteenused tugevdaksid nii kognitiivseid kui sotsiaalseid funktsioone. Nende sekkumiste läbiviimise eelduseks on oskus järgida juhiseid, suunata tähelepanu ja keskenduda treeningprotsessile. Sotsiaalsete oskuste treeninguid võib läbi viia individuaalselt, grupis või koos pereliikmetega.
48		Tuleb tagada, et sotsiaalsete oskuste treeningu tulemusel paraneksid meeleoluhäiretega inimeste suhtlemisoskused igapäevastes olukordades.
49		Tuleb tagada sotsiaalsete oskuste treenimine, mis oleks integreeritud kompleksesse teenuste paketti (mida võiks juhtida ja jälgida juhtumikorraldaja). SRT teenusele sisenedes viiakse läbi alghinnang (RFK), kus inimene ise hindab ennast sotsiaalsete oskuste valdkonnas ning periooditi toimuvad vahehindamised ja lõpphinnang SRT teenusperioodi lõpus (igas etapis toimub teenuse saaja poolne enesehinnang).


Psühhosotsiaalsete sekkumiste erimeetodite eesmärk on toetada abivajajaid oskuste arendamisel, et nad suudaksid elada suures osas iseseisvat ja enesemääratletud elu. Selles kontekstis kasutatakse laiemaid lähenemisviise, mis võtavad arvesse inimeste isiklike vajadusi igapäevaelu iseseisva korraldamise mõttes ja mida kirjeldatakse terminiga "igapäevaelu või praktiliste eluoskuste treenimine" (81, 121).

3.5.5. Loov-ja tegevusteraapiad

50		Vajalik on tagada, et meeleoluhäiretega inimestele oleksid kättesaadavad talle sobivad erinevad loovterapeutilised tegevused (nt kunstiteraapia, muusikateraapia, draamateraapia, biblioteraapia, disainiteraapia, liivamänguteraapia jne), mida osutatakse järjepidevalt soovitatud arv kordi.
51		Vajalik on tagada, et meeleoluhäiretega inimene saaks kõik talle sobivad tegevusterapeutilised sekkumised, mis vastaksid inimese individuaalsetele eelistustele ning kus sekkumiste tulemused oleksid ajas (tegevuskavas vahehindangutes) jälgitavad.


Süsteemaatilised ülevaated kunstiteraapiate tõhususe kohta meeleoluhäiretega inimestele on näidanud muusikateraapia positiivset mõju depressiooniga inimestele (12 seansi) (122), samuti tantsuteraapia (kestus 10 nädalat) (123). Teine ülevaade mitmest uuringust järeldas, et muusikateraapiat võib pidada täiendavaks muudele psühholoogilistele teraapiameetoditele, on vastuvõetav depressiooniga inimestele ning on seotud meeleolu paranemisega. Siiski on järjepidevad tõendid veel ebapiisavad, et anda konkreetseid soovitusi (124).

3.5.6. Liikumistegevused- ja füsioteraapia

52		Vajalik on tagada, et lisaks diagnoosipõhiste sümptomitele arvestatakse liikumis- ja tegevusteraapia osutamisel abivajaja füüsilise võimekusega ja teraapiat tuleb läbi viia vastavalt füüsilisele võimekusele.
----	---	---


Varem on uuritud aeroobsete ja anaeroobsete harjutuste mõju depressiooniga inimestele (45-58). Füüsiliselt aktiivsust tõstvate tegevustega tuleks alustada madala intensiivsuse ja kestusega, mis järkjärgult suureneb, kui füüsiline vorm paraneb. Eesmärgiks peaks olema aktiivsuse järkjärguline suurendamine, et inimene saavutaks rahvatervise ekspertide poolt soovitatud 30 minutit mõõduka intensiivsusega füüsilist tegevust vähemalt 5 päeva nädalas. Igal juhul tuleks enne treeningmeetmete alustamist kontrollida inimese füüsilist terviseseisundit ja seega tema sobivust füüsiliseks treeninguks.

Süsteemaatilise ülevaate ja mitme randomiseeritud kontrollitud uuringu tulemused näitasid eelkõige füsioteraapia positiivset mõju depressiooniga inimestele (9, 125–127).

53		Väga hea sobivuse ja inimese soovi korral võib meeleoluhäirega inimesele soovitada terapeutilisi loomi kaasavat teraapiat ja joogat alternatiivsete teraapiatena.
----	---	---


Süsteemaatilise ülevaate tulemused, milles uuriti erinevate joogavormide tõhusust depressiooniga inimestel, mille raskusaste varieerub kergest kuni raskeni, on näidanud haiguse kulule positiivset mõju. Lisaks on ühest süsteemaatilisest ülevaatest saadud tõendeid, et loomade abil toimuva tegevuse kasutuselevõtt võib avaldada soodsat mõju depressiivsete sümptomite raskusastmele. On ebaselge, mil määral on leitud kasu tingitud loomakontaktist või inimkontaktist loomadega, ning see vajab edasist uurimist (129). Tuvastati kolm hea kvaliteediga süsteemaatilist ülevaadet nõrgema kvaliteediga randomiseeritud kontrolluuringutest, mis käsitlesid akupunktuuri kasutamist depressiooniga inimestel (124, 130, 131).

3.5.7. Pereteraapia

54		Tuleb tagada, et pereteraapiat pakutakse kõigile meeleoluhäiretega isikutele ning seda tuleks pidada esmatähtsaks püsivate sümptomite või suure tagasilanguse riski korral Perekonnaliikmeid kaasav sekkumine peab hõlmama: <ul style="list-style-type: none"> • suhtlemisoskuste tõhustamist; • probleemi lahendusoskuste omandamist; • psühhoharidust.
----	---	---

Pereteraapia eeldab, et teraapia tulemusi võib parandada perekonna või oluliste teiste isikute toetus ja koostöö, eriti perekondades, mida iseloomustab kõrge väljendatud emotsioonide tase (132). Uuringu tulemused näitavad, et 12 kognitiiv-käitumusliku pereteraapia seansi leevendavad depressiivseid sümptomeid (133). Uuringud on näidanud, et bipolaarse afektiivse häirega inimeste paaridele või perelele suunatud pereteraapia on osutunud kasulikuks ja 9 kuud pereteraapiat saanud pereliikmed näitasid märkimisväärset paranemist perekonna toimimises (120, 132, 134). Selline teraapia keskendub meeleoluhäirega inimeste ja nende perekonna või abielusuhete vahelisele suhtlusstiilile, eesmärgiga parandada suhete toimimist, ning seda rakendatakse perekonnale ja abivajajale tavaliselt läbi 21 seansi 9 kuu jooksul (99). Pereteraapiat soovitatakse meeleoluhäirete täiendava teise liini teraapiana (120, 132, 134).

3.5.8. Psühholoogilised nõustamised ja psühhoteraapia


55		Tuleb tagada, et meeleoluhäirega inimestele oleks kättesaadav individuaalne kognitiiv-käitumisteraapia (KKT). Kui rehabilitatsiooniasutusel endal selleks võimalus puudub, peab ta oskama inimese suunata vajaliku teenuseni.
----	---	---

Süsteemaatiliste ülevaadete ja metaanalüüside tulemused on näidanud, et kognitiiv-käitumuslik teraapia on depressiooniga inimeste puhul tõhus. Mõned uuringud näitavad, et see on sama tõhus kui psühhodünaamiline psühhoteraapia või interpersonaalne psühhoteraapia (135–140). Ühes süsteemaatilises ülevaates leiti, et individuaalne KKT on tõhusam kui grupi KKT (135). Uuringutes, mis hõlmasid järelkontrolli, oli KKT tõhus kuue kuu kuni kahe aasta jooksul. Lisaks tuleks kaaluda psühhoteraapiate digitaalset pakkumist (sekkumine, mida pakutakse arvutis, tahvelarvutis või nutitelefonis) (54). Olemasolevad uuringud viitavad sellele, et digitaalselt pakutavad sekkumised (dCBOT) võivad olla

samaväärse tõhususega kui silmast-silma psühhoteraapia puhul, mis toob märkimisväärset kasu kulude osas (54).


KKT kohta on leitud positiivseid tõendeid bipolaarsete häirete säilitusfaasis ja seda tuleks soovitada täiendava teraapiavõimalusena (99).

Bipolaarse häirega inimestele pakutakse tavaliselt 20 individuaalset kohtumist 6 kuu jooksul, millele lisanduvad täiendavad kordussessioonid (99). Miklowitz'i ja kolleegide uuringu tulemuste põhjal (99, 120) soovitatakse KKT-d kui täiendavat teraapiat ägeda bipolaarse depressiooni puhul.

56		Võimalusel soovitame bipolaarse häirega inimesele osutada interpersonaalset teraapiat (inimestevaheline ja sotsiaalne rütmiteraapia).
----	---	---

Üheksa uuringu süstemaatiline ülevaade näitas, et seda tüüpi teraapia on depressiooniga inimeste puhul tõhus, kui seda rakendatakse 12-20 seansi jooksul (141) ja teine uuring näitas, et 10 seansi hõlmav IPT on märkimisväärselt tõhusam kui tavahooldus ja vähendab depressiooni (142). Lisaks muud uuringu tulemused näitasid, kuidas kombineeritud ravimeetodid ei anna eeliseid võrreldes ainult interpersonaalset teraapiat saanutega (143).


IPSRT (*Interpersonal and Social Rhythm Therapy*) laiendab IPT keskendumist leinale, interpersonaalsele rolliüleminekule, rollikonfliktile ja interpersonaalsetele puudujääkidele, hõlmates sotsiaalse ja unerütmi reguleerimist, mis on spetsiaalselt suunatud bipolaarsete häiretega inimestele. Mõned uuringud soovivad viia läbi 24 individuaalset seansi 9 kuu jooksul (144, 145).

57		Tuleb tagada teadvelolekul (Mindfulness) põhinevat kognitiivset grupiteraapiat meeleoluhäiretega inimestel.
----	---	---




Teraapiavõimalusena tuleks kaaluda teadvelolekul põhinevat kognitiivset teraapiat. Süstemaatilise ülevaate tulemused näitasid, et teadvelolekul põhinev kognitiivne grupiteraapia (8 x 2-2,5h seansi) vähendab tagasilangusi kroonilise depressiooni korral (146). Samas randomiseeritud kontrolluuringu tulemused ei näidanud erinevust tagasilanguste ennetamisel, kuid näitasid, et MBCT (*Mindfulness-based cognitive therapy*) rakendamisel esines vähem depressiivseid sümptomeid (147). Teised uuringud viitavad ka sellele, et see võib aidata kaasa ärevuse vähenemisele bipolaarse häire puhul (102, 148).

58		Tuleb tagada depressiooniga inimeste käitumisaktiivsuse aktiveerimine (käitumisteraapia).
----	---	---

Mitmete uuringute süstemaatilise ülevaate ja metaanalüüsi tulemused leidsid, et käitumuslik aktiveerimine on depressioonisümptomite vähendamisel tõhus ja võib olla sama tõhus kui KKT (136, 149).

59		Vajalik on tagada, et liikumisteraapiat läbi viies oleks arvestatud kehapsühhoterapia ⁶ (<i>ing k Body Psychotherapy</i>) meetoditega, mille fookuses on võrdselt inimkogemuse psühholoogilise ja füüsilise mõõtme käsitlemine. Terapeut loob turvalise keskkonna, kasutades oskusi, mida inimene saab iseseisvalt kasutada väljaspool teraapiaaega, et tunda end turvaliselt ja emotsioonidega paremini toime tulla - eneserahustamine, eneseregulatsioon (käte asendid kehal, koputamine, enesemassaaž ehk lihaste pigistamine).
----	---	---

Kehapsühhoterapia kasutab erinevaid tehnikaid, mis suurendavad meie kehatunnetust ja selle kaudu meie mõtteid ning emotsioone. See suurendab isiklikku arengut ja aitab ületada psühholoogilisi nõrkusi, sümptomeid ja vaimseid probleeme. Paari randomiseeritud kontrollitud uuringu tulemused kehapsühhoterapia mõju kohta on näidanud positiivset mõju depressiooniga inimestele (150).

60		Vajalik on tagada, et depressiooniga inimestele oleks kättesaadav probleemi lahendamise teraapia.
61		Vajalik on tagada, et depressiooniga inimestele oleks kättesaadav nii lühiajaline kui pikaajaline psühhodünaamiline psühhoterapia.
62		Võimalusel soovitame meeleoluhäirega inimestele tagada dialektilise käitumisteraapia kättesaadavuse, mis aitab mõista ja aktsepteerida inimese erinevaid tundeid, õppima neid juhtima ning nägema positiivseid muutusi elus.

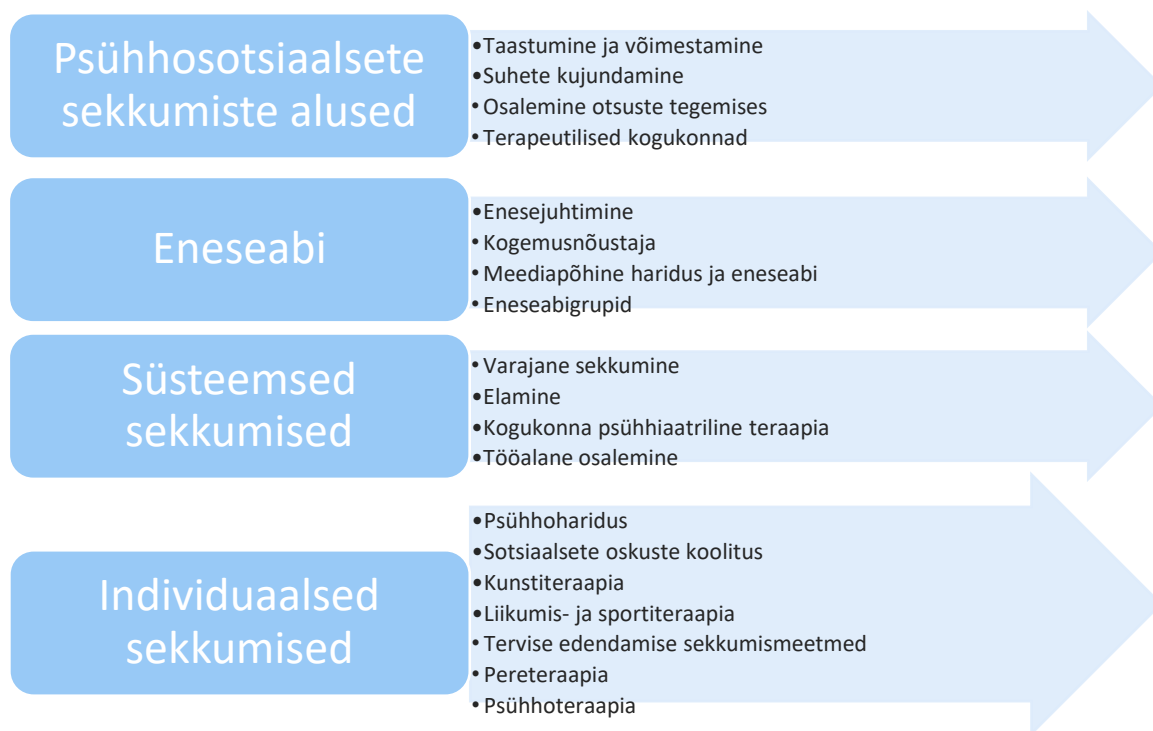
Kuigi mõnes uuringus võrreldakse eri tüüpi psühholoogiliste ravimeetodite kasulikkust, võrreldakse tavaliselt psühholoogilist ravi ravimitega või tavapärase terapeutilise hooldusega (124, 151) siis metaanalüüsi tulemused näitasid, et probleemide lahendamise teraapia võib olla tõhusam kui muud tüüpi teraapiad, nii et seda võib pidada lisateraapia valikuks (152, 153). Süstemaatilise ülevaate tulemused näitasid, et psühhodünaamiline psühhoterapia on depressiooni raviks sama tõhus kui KKT. Sellegipoolest tuleb sellesse suhtuda ettevaatlikult, sest tõendeid ei ole piisavalt (124, 138).

⁶ Kehapsühhoterapia meetodid on kogemustele orienteeritud, mis tähendab, et tähelepanu keskmes on teraapiaprotsessi käigus hetkeline ja eelkõige füüsiliselt tunnetatav kogemus.

4. Rehabilitatsiooniteenuse osutamine meeleoluhäirete diagnoosiga isikule

Juhistes antakse soovitusi psühhosotsiaalsete sekkumiste kohta, mis oma olemuselt tuleb kõigepealt kirjeldada ja eristada psühhoterapeutilistest ravist ning üldistest tugiteenustest. Selliselt mõistetud psühhosotsiaalsed sekkumised on peamiselt suunatud parendama mõjutatud inimeste individuaalseid võimalusi elada oma sotsiaalses keskkonnas ja osaleda ühiskondlikus elus. Psühhosotsiaalseid sekkumisi võib määrata erinevatel tasanditel. Mõned sekkumised paiknevad süsteemi tasandil ja neid rakendatakse tavaliselt abipersonali süsteemi abil (nt teavitustegevus, kogukondlikud psühhiaatrilised meeskonnad, SRT ja TRT meeskonnad jne). Teisest küljest on olemas psühhosotsiaalsed sekkumised, mida saab hinnata pigem individuaalsete sekkumistena ja neid saab kasutada hooldussüsteemis (nt psühhoharidus). Käesolevas ajakohastatud versioonis käsitletakse (süsteemataoliselt) järgmisi psühhosotsiaalseid sekkumisi (joonis 1):

- Enesejuhtimine ja eneseabi.
- Süsteemsed sekkumised.
- Individuaalsed sekkumised.



Joonis 2. Psühhosotsiaalsed sekkumised

Meeleoluhäiretega inimeste rehabilitatsiooniteenuste osutamisel tuleb jälgida seda, kas teenuseosutaja (rehabilitatsioonispetsialisti) teadmised on piisavad sellele sihtgrupile teenuse osutamiseks. Erinevad autorid on välja toonud põhielemendid, mida peaks rehabilitatsiooniteenuse osutamisel jälgima. Järgmiseks on toodud kokkuvõtlik tabel, kus nelja teema lõikes on ära toodud peamised tegevused (baseeruvad paljuski CARE meetodikal), mille raames saavad teenuseosutajad enesehindamist teha. Teemad on jagatud järgmiselt:

1. Teadmised rehabilitatsiooniprotsessist;
2. Vajadus pideva professionaalse arengu järele;
3. Rehabilitatsiooni läbiviimiseks vajalikud oskused;
4. Suhtlusvahendid rehabilitatsiooni raames.

Kui meeleoluhäiretega inimene satub rehabilitatsiooniasutusse, siis peaks ka asutuse poolt kõigepealt teenuse saaja vajadused ära kaardistama. Eesti kontekstis on see ka seetõttu oluline, et erinevates asutustes pakutakse erinevaid teenuseid ning hindamise tulemusena võib juhtuda, et antud asutuse teenused ei ole kooskõlas meeleoluhäire diagnoosi saanud inimese vajadustega ning siis tuleks otsida teisi võimalusi inimeste abistamiseks. Tabel 1. kirjeldab esmast hindamist, mida peaks meeleoluhäire diagnoosiga inimesele tegema, kui ta rehabilitatsiooniasutusse satub. Tabelis on toodud kolme erineva domeeni lõikes välja peamised sümptomid ja seda iseloomustavad tunnused ning lähtuvalt nendest tulenevad nõ „parandamist“ vajavad aspektid, mida rehabilitatsiooniasutuse kontekstis saaks teha.

Tabel 1. Meeleoluhäiretega inimeste esmane hindamine rehabilitatsiooniasutuses

Domeen	Sümptomid	Märgid	Võimestamine
Kognitiivne	Tähelepanematus Unustamine Organiseerimise, prioriteetide seadmise ja otsuste tegemise raskused	Raskused rehabilitatsioonispetsialisti poolt läbiviidaval intervjuul osalemisel, lineaarse mõtlemise puudumine Suutmatus registreerida uut teavet või meenutada hiljutisi ja kaugeid sündmusi Korratud mõtted, raskused prioriteetide seadmisel ja ravi ning rehabilitatsiooni planeerimisel	Igapäeva elu põhitegevused Söömine, enesehooldus, liikumine, riietumine
Tormiline tunde puhang	Raskemeelsus, murelikkus, ettearvamatus, emotsioonide muutlikkus ja väsimus	Psühhomotoorne aeglustumine (vähesed spontaansed liigutused) või rahutus Kohatine afektiseisund või labiilsus Kõne aeglustunud või kiirustatud	Igapäeva elu instrumentaalsed tegevused, ööpäevane rütm (uni) telefoni kasutamine, ühistransport, ostlemine, söögi valmistamine, autojuhtimine, majapidamistööd, ravimite haldamine, finantsjuhtimine
Inimestevaheline	Raskused teistega suhtlemisel ja nendega töötamisel.	Raskused rehabilitatsioonispetsialistiga ja pereliikmetega suhtlemisel, konfliktid ja/või suhete vältimine, liiga vähe või liiga palju silmsidet, aeglustunud või kiirustav kõne	Töölane toimimine Perekonna- ja lähisuhete toimimine. Tempo ja püsivuse säilitamine konkreetsete tööülesannete täitmisel

Kui eelmine tabel oli pigem üldise hinnangu andmine teenusekasutajale, siis järgmises tabelis on kirjeldatud meeleoluhäiretega inimeste vaatlemist funktsioonide lõikes. Rehabilitatsiooniasutuses võiks meeleoluhäiretega inimest vaadelda nelja funktsiooni lõikes ning vastavalt vaatluse tulemustele otsustada teraapia fookus. Näiteks, kui on näha, et inimese välimus on hooletusse jäetud, siis peaks võtma teraapia üheks suunaks inimese teadvustamise ja võimestamise selles osas. Samas, kui on näha, et teenuse saaja on väga uimane ja isegi võib uinuda poole seansi peal või on ilmselgelt mõni muu füüsiline häire, peaks ta koheselt suunama perearsti või eriarsti juurde, välistamaks mõnda muud füüsilist haigusseisundit.

Tabel 2. Psühhiaatriliste häiretega inimeste vaatlemine (kohandatud Hengeveldi ja Schudeli järgi) (154)

Funktsioonid	Omadused	Kirjeldus
Esmamulje	Välimus	Enese hooletusse jätmine, liigne enesehooldus, bioloogilise ja tegeliku vanuse erinevused; üle- või alakaalulisus;
	Kontakt	Needid, tätoveeringud, süstimine, enesevigastamine, lõikumine; Silmside, eemale vaatamine, ringi vaatamine; käepigistus;
	Hoiak	Vähene aktiivsus; Passiivsus;
	Kaebused	Keha liikumatus Vastuolu sümptomite ja kaebuste esituse vahel
Kognitiivsed funktsioonid	Teadvus	Unisus, uinumine, stuupor, kohatine teadvusekadu
	Tähelepanu	Ei suuda oma tähelepanu hoida ega säilitada
	Orienteerumine	Ajale, kohale ja inimesele desorienteeritus
	Mälu	Jäljendamine, lühi- ja pikaajaline mälu
	Intellektuaalsed funktsioonid	Hindamisoskused, intelligentsus, haiguseteadlikkus, abstraktsioonivõime, täidesaatvad funktsioonid
	Kogemused	Illusioonid, hallutsinatsioonid, derealisatsioon, depersonalisatsioon
	Konkreetne mõtlemine	Aeglustatud mõtlemine, kiire mõtlemine, pikaajaline mõtlemine, ebajärjekindlus
Sisuline mõtlemine	Mõttevaesus, kinnisideed, meelepettek, sundmõtlemine	
Afektiivsed funktsioonid	Meeleolu	Sünge, apaatne, ärev, düsfooriline, eufooriline
	Afekt	Ebaühtlane, tasane, ebastabiilne, liialdatud, dramaatiline
	Somaatilised afektiivsed seisundid	Lihaspinged, õhetus, tahhükardia, õhupuudus, higistamine ja niisked käed
	Vitaalsus	Unehäired, väsimus, isutus, kehakaalu langus ja libiido langus
	Suitsiidsus	

Näiteks Huri jt (154) on kirjeldanud LOFOPT (*Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy*) vaatluskaalat, mida soovitatakse kasutada meeleoluhäire diagnoosiga inimestele rühmateraapia pakkumisel. LOFOPT põhineb eeldusel, et vaatlusmeetod peaks pakkuma otsest ja asjakohast teavet psühhosotsiaalsete aspektide toimimise kohta. Isiksuse häiritud omadused rehabilitatsiooniteraapiates on otseselt seotud teraapia eesmärkidega. LOFOPT-vaatlus koosneb üheksast psühhiaatriliste teenuse saajate jaoks oluliste eesmärkide kategooriast: emotsionaalsete suhete parandamine, enesekindlus, aktiivsus, lõõgastumine, liikumise kontroll, olukorrale keskendumine, liigutuste väljendusvõime, verbaalne suhtlus ja sotsiaalne reguleerimisvõime (vt tabel 5).

Tabel 3. Louvaini vaatlusskala

Vaatluskategooria	Kirjeldus
Emotsionaalsete suhete parandamine	Kuivõrd inimene suudab luua emotsionaalseid kontakte (st kogeb sidet teiste teenuse saajate ja terapeudiga teatud määral emotsionaalselt)
Enesekindlus	Kuivõrd inimene liigub teistest sõltumatult, ennast alahindamata ja muretult
Aktiivsus	Kuivõrd inimene osaleb aktiivselt liikumisolukordades
Löögastumine	Kuivõrd inimene sooritab või jälgib liikumisülesandeid ilma liigse lihaspinge või närvilisuseta
Liikumise kontroll	Kuivõrd inimene liigub rahulikult, suudab ta ise oma keha kontrollida ja oma pingutusi parajas tempos hoida
Olukorrale keskendumine	Kuivõrd inimene suudab olukorrast aru anda ja sellega kohaneda (kontsentratsioon ja tööpinge)
Liigutuste väljendusvõime	Kuivõrd inimene väljendab või ei väljenda midagi oma liigutustes, kehaasendis ja näoilmetes
Verbaalne suhtlus	Kuivõrd inimene suudab vastavalt olukorrale teistega sisuliselt verbaalset kontakti luua
Sotsiaalne reguleerimisvõime	Kuivõrd inimene suudab seansi ajal järgida etteantud kokkuleppeid ja käitumisreegleid

5. Interdistsiplinaarne meeskond

Sotsiaalse rehabilitatsiooni raames võib teenust osutada kuni kümme erinevat spetsialisti (tegevusterapeut, loovterapeut, sotsiaaltöötaja, psühholoog, eripedagoog, logopeed, füsioterapeut, kogemusnõustaja, muusikaterapeut, arst, õde). Hiljutises Sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskuse (RAKE) poolt läbiviidud analüüsist selgus, et enamasti osales SRT meeskonnas aktiivselt kolm erinevat liiget (155). Umbes 25%-l juhtudest osales meeskonnas vaid üks või kaks liiget. RAKE tõi välja ka, et väga paljude meeskonnaliikmete kaasamine ei ole alati vajaduspõhine, kuigi, SRT peaks olema kompleksteenuse, mis aitab inimesel igakülgset igapäevaeluga toimetulekut suurendada. Samas kui SRT-d pakub üks kuni kaks spetsialisti, siis tekib küsimus, kas tegu ikka on kompleksteenusega. Samuti on küsimus, kas arsti osalemist meeskonnas teise või kolmanda liikmena saab ikka pidada mitmekülgseks lähenemiseks, kui arsti teenus seisneb tihti vaid tervisliku seisundi hindamises (155). Samas on paljud uuringud kinnitanud, et mitmekesisem meeskond viib üldiselt parema tulemuseni, kuna teenust saab paremini abivajaja jaoks sihistada. Eriti oluline on see psühhiaatriliste diagnooside rehabilitatsioonis, kuna on leitud olulisi seoseid ravimeeskonna mitmekesisuse ja ravisoostumuse vahel (106, 156). Samas Eesti kontekstis peab arvestama, et suuremate meeskondade haldamine on SRT asutustele keerukam. Iga spetsialisti jaoks on vajalik leida sobiv vastuvõtuaeg, ruum ning aeg meeskonnatöök. Asutustel ei pruugi olla võimalik kõiki spetsialiste kohapeal tööl hoida vaid sageli tuleb lisaks võtta spetsialiste tööle ajutiste lepingutega ning see ei pruugi olla jätkusuutlik (155). Spetsialistide arv asutustes võib sõltuda ka asutuse fookusest. Näiteks kui rehabilitatsiooniasutus on otsustanud keskenduda vaid füüsiliste terviseprobleemide rehabilitatsioonile, siis ei olegi seal ilmingimata kõiki neid spetsialiste vaja, kes peaksid olema juures psühhiaatriliste probleemidega tegelemisel.

Meeleoluhäiretega inimestele rehabilitatsioonimeeskonnad peaksid olema multidistsiplinaarsed meeskonnad, mis koosnevad erinevatest spetsialistidest, kellel on vaimse tervise rehabilitatsiooni oskused ja pädevus, sealhulgas:

- psühhiaatrid,
- praktiseerivad psühholoogid,
- õed,
- tegevusterapeutid,
- loovterapeutid (kunsti- ja muusikaterapeutid jt.)
- sotsiaaltöötajad,
- vaimse tervise spetsialistid,
- kogemusnõustajad,
- tugitöötajad.

Inimese jaoks kõige olulisem lüli peaks olema isiklik juhtumikorraldaja, kes võiks olla meeskonna juht. Kui lähtuda eluvaldkondadest (rehabilitatsiooni CARE metoodikast lähtuv jaotus), mida rehabilitatsiooniga toetatakse, siis selle põhjal on järgmises tabelis ära toodud multidistsiplinaarse meeskonna kirjeldus.

Tabel 4. Multidistsiplinaarse meeskonna võimalik kirjeldus (CARE metoodika järgi)

Eluvaldkonnad	Rehabilitatsiooni kompetentsid	Professionaalid ja seotud isikud (s.h rehabilitatsioonimeeskonna liikmed)
Elamine	Personaalne-professionaalne toetamine Nõustamine	Juhtumikorraldaja Sotsiaaltöötaja Tegevusterapeut KOV sotsiaaltöötaja EHK teenuste tegevusjuhendaja Koduabiline Võlanõustaja Kogemusnõustaja, jt
Õppimine	Õppimisoskuste õpetamine, nõustamine	Juhtumikorraldaja Psühholoog Logopeed Tugiõpetaja Õpetaja Sotsiaalpedagoog Kogemusnõustaja, jt
Töötamine	Tööoskuste õpetamine Oskuste õpetamisoskused, juhendamine	Tegevusterapeut Toetatud töö tegevusjuhendaja Tööandja Kaitstud töö tegevusjuhendaja Töötukassa juhtumikorraldajad Kogemusnõustajad jt
Vaba aeg	Toetamine kogukonnaressursside kasutamisel Huvialade/hobide arendamine Kogemusnõustamine	Tegevusterapeut Loovterapeut Igapäevaelu toetamise teenus (IET) Tegevusjuhendaja Rühmajuhendaja Sporditegevuste juhendaja (võib olla väljast) Liikumisterapeut Kogemusnõustaja jt
Isiklikud valdkonnad	Rehabilitatsiooni kompetentsid	Professionaalid (s. h. rehabilitatsioonimeeskonna liikmed)
Tervis	Nõustamine Oskuste õpetamisoskused <ul style="list-style-type: none"> - Sümptomitega toimetulek - Ravimite tarvitamise juhendamine - Taastumismõtteviisi toetamine - Enese identiteedi taasleidmine ja motivatsiooni toetamine - Stressi ja emotsioonide reguleerimine (nt MBSR- teadvelolekupõhine stressi reguleerimine, jt) <ul style="list-style-type: none"> - Kaalu langetamine/hoidmine (seotuna ravimitega) - Terviseliikumine jt Teraapiate läbiviimine nt <ul style="list-style-type: none"> - KKT - Teadvelolekupõhine KKT - Perenõustamine - jt 	Juhtumikorraldaja Psühhiaater Psühhoterapeut Psühholoog Vaimse tervise õde Sotsiaaltöötaja Pereterapeut Loovterapeut Kogemusnõustaja Toitumisterapeut Liikumisterapeut (nt tantsuteraapia) Füsioterapeut Dieediõde Treener (võib olla väljaspoolt reh asutust, nt spordiklubi treener)

	Kogemusnõustamine	
Enese eest hoolitsemine	Oskuste õpetamisoskused Nõustamise-juhendamisoskused - Kaalu langetamine/hoidmine jt	Vaimse tervise õde IET tegevusjuhendaja/tugiisik Sotsiaaltöötaja Vaimse tervise õde Toitumisterapeut
Eesmärk ja tähendus	Isiklik-professionaalne toetamine Oskuste õpetamisoskused Nõustamine Kogemusnõustamine, jt	Juhtumikorraldaja/isiklik toetaja/tugiisik Hingehoidja Sotsiaaltöötaja Psühholoog Loovterapeut
Sotsiaalsed suhted	Isiklik professionaalne toetamine Nõustamine Sotsiaalsete oskuste õpetamisoskused Kogukonna kasutamise oskuste õpetamine/juhendamine Perenõustamine, jt	Sotsiaaltöötaja Psühholoog Juhtumikorraldaja/isiklik toetaja/tugiisik Pereterapeut

6. Rehabilitatsioonijuhise rakendamine

Riiklike rehabilitatsioonijuhiste rakendamine on iga rehabilitatsiooniasutuse ülesanne ja see on rehabilitatsiooniteenuse juhtimise oluline osa. Olemas peavad olema mehhanismid, et vaadata läbi antud teenus vastavalt juhistes antud soovitudele. Erinevuste põhjuseid tuleks analüüsida ja vajaduse korral planeerida muutused rehabilitatsiooniteenuses ja selle korralduses.

Rehabilitatsioonijuhise rakendamise planeerimisel on juhise koostajate ettepanek SKA-le julgustada ja toetada juhise rakendamist. Rakendamisstrateegia võiks hõlmata järgmiseid tööriistu ja tegevusi:

- peamised soovitud, mida tuleks eelistada või rakendada;
- soovitude kirjeldus, millel on tõenäoliselt märkimisväärne lisaressursside vajadus;
- auditeerimisvahendid;
- juhised ja abimaterjalid, mis on allalaadimiseks saadaval SKA veebisaidilt;
- rehabilitatsioonijuhise levitamine kõigile asjakohastele spetsialistidele;
- täieliku juhise elektrooniline levitamine kõikidele asjakohastele spetsialistidele;
- iPhone'i, iPadi ja Androidi rakendused.

Allikad

1. SKA. Meeleoluhäired [Internet]. Sotsiaalkindlustusamet; 2016. Available from: <http://www.kliinikum.ee/psyhiaatrikliinik/lisad/ravi/RHK/F3.htm>
2. World Health Organization. Mental health atlas 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2022 Jul 19]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>
3. SIGN. Bipolar affective disorder: a national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2005.
4. Sekhon S, Gupta V. Mood Disorder. Treasure Islands, FL: StatPearls; 2022.
5. Löökene M, Luik HK. Ärevus ja meeleoluhäired: kuidas neid märgata ja mida peale hakata. Varrak; 2022.
6. Dome P, Rihmer Z, Gonda X. Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review. *Medicina*. 2019 Jul 24;55(8):403.
7. Isometsä E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why? *Can J Psychiatry*. 2014 Mar;59(3):120–30.
8. Haigekassa. Depressiooniga tööelise inimese raviteekond - kaardistamise ja analüüsi tulemused. 2021.
9. Gühne U, Weinmann S, Ridel-Heller S, Becker T. Kurzfassung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF; 2018.
10. Reinares M, Sánchez-Moreno J, Fountoulakis KN. Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom, and when. *Journal of Affective Disorders*. 2014 Mar;156:46–55.
11. Fusar-Poli P, Lai S, Di Forti M, Iacoponi E, Thornicroft G, McGuire P, et al. Early Intervention Services for First Episode of Psychosis in South London and the Maudsley (SLaM): 20 Years of Care and Research for Young People. *Front Psychiatry*. 2020 Nov 24;11:577110.
12. Barnes TR, Drake R, Paton C, Cooper SJ, Deakin B, Ferrier IN, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2020 Jan;34(1):3–78.
13. Gafoor R, Nitsch D, McCrone P, Craig TKJ, Garety PA, Power P, et al. Effect of early intervention on 5-year outcome in non-affective psychosis. *Br J Psychiatry*. 2010 May;196(5):372–6.
14. The Schizophrenia Commission. The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission. [Internet]. 2012. Available from: <http://www.schizophreniacommission.org.uk/the-report/>.
15. Park AL, McCrone P, Knapp M. Early intervention for first-episode psychosis: broadening the scope of economic estimates: Psychosis: broader economic perspective. *Early Intervention in Psychiatry*. 2016 Apr;10(2):144–51.
16. El-Mallakh RS, Rhodes TP, Dobbins K. The Case for Case Management in Schizophrenia. *Professional Case Management*. 2019 Sep;24(5):273–6.
17. İncedere A, Yıldız M. Case Management for Individuals with Severe Mental Illness: Outcomes of a 24-Month Practice. *Türk Psikiyatri Derg*. 2019;30(4):245–52.
18. Vanasse A, Courteau J, Fleury MJ, Grégoire JP, Lesage A, Moisan J. Treatment prevalence and incidence of schizophrenia in Quebec using a population health services perspective: different algorithms, different estimates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Apr;47(4):533–43.
19. Stuart H, Chen SP, Christie R, Dobson K, Kirsh B, Knaak S, et al. Opening Minds in Canada: Background and Rationale. *Can J Psychiatry*. 2014 Jan;59(1_suppl):8–12.
20. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry*. 2004 Oct;185(4):283–90.
21. Andrews G, Sanderson K, Corry J, Issakidis C, Lapsley H. Cost-effectiveness of current and optimal treatment for schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2003 Nov;183(5):427–35.
22. Lukersmith S, Millington M, Salvador-Carulla L. What Is Case Management? A Scoping and Mapping Review. *Int J Integr Care*. 2016 Oct 19;16(4):2.
23. Newcomer R, Arnsberger P, Zhang X. Case management, client risk factors and service use. *Health Care Financ Rev*. 1997;19(1):105–20.

24. Teper MH, Vedel I, Yang XQ, Margo-Dermer E, Hudon C. Understanding Barriers to and Facilitators of Case Management in Primary Care: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Ann Fam Med*. 2020 Jul;18(4):355–63.
25. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Schizophrenia Group, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 Jan 6 [cited 2022 Jul 16];2017(1). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007906.pub3>
26. Doran CM, Wittenhagen L, Heffernan E, Meurk C. The MATES Case Management Model: Presenting Problems and Referral Pathways for a Novel Peer-Led Approach to Addressing Suicide in the Construction Industry. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jun 23;18(13):6740.
27. Probyn K, Engedahl MS, Rajendran D, Pincus T, Naeem K, Mistry D, et al. The effects of supported employment interventions in populations of people with conditions other than severe mental health: a systematic review. *Prim Health Care Res Dev*. 2021;22:e79.
28. Fleischhacker WW, Arango C, Arteel P, Barnes TRE, Carpenter W, Duckworth K, et al. Schizophrenia-Time to Commit to Policy Change. *Schizophrenia Bulletin*. 2014 Apr 1;40(Suppl 3):S165–94.
29. Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord*. 2015 Jun;17(4):349–62.
30. Shah N, Grover S, Rao GP. Clinical Practice Guidelines for Management of Bipolar Disorder. *Indian J Psychiatry*. 2017 Jan;59(Suppl 1):S51–66.
31. Jawad I, Watson S, Haddad PM, Talbot PS, McAllister-Williams RH. Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018 Dec;8(12):349–63.
32. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med*. 2012 Feb;13(1):17–25.
33. Salaheddin K, Mason B. Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 2016 Oct;66(651):e686–92.
34. Ee C, Lake J, Firth J, Hargraves F, de Manincor M, Meade T, et al. An integrative collaborative care model for people with mental illness and physical comorbidities. *Int J Ment Health Syst*. 2020 Dec;14(1):83.
35. Barrett MS, Chua WJ, Crits-Christoph P, Gibbons MB, Thompson D. Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2008;45(2):247–67.
36. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum*. 2017 Mar;30(2):111–6.
37. Becker T, Kilian R. Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatr Scand*. 2006 Feb;113(s429):9–16.
38. DGPPN; BÄK; KBV; AWM, Ärztliches Zentrum Für Qualität In Der Medizin (ÄZQ). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage [Internet]. DGPPN; BÄK; KBV; AWMF; 2015 [cited 2022 Jun 2]. Available from: <https://www.leitlinien.de/themen/depression/pdf/depression-2aufl-vers5-lang.pdf>
39. DGBS e.V. und DGPPN e.V. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion. 2019.
40. Karliner LS, Pérez-Stable EJ, Gregorich SE. Convenient Access to Professional Interpreters in the Hospital Decreases Readmission Rates and Estimated Hospital Expenditures for Patients With Limited English Proficiency. *Medical Care*. 2017 Mar;55(3):199–206.
41. Karliner LS, Hwang ES, Nickleach D, Kaplan CP. Language barriers and patient-centered breast cancer care. *Patient Education and Counseling*. 2011 Aug;84(2):223–8.
42. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Serv Res*. 2007 Apr;42(2):727–54.
43. Jackson JC, Nguyen D, Hu N, Harris R, Terasaki GS. Alterations in Medical Interpretation During Routine Primary Care. *J GEN INTERN MED*. 2011 Mar;26(3):259–64.
44. Biringer E, Hartveit M, Sundfør B, Ruud T, Borg M. Continuity of care as experienced by mental health service users - a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2017 Dec;17(1):763.

45. Polgar MF, Cabassa LJ, Morrissey JP. How Community Organizations Promote Continuity of Care for Young People with Mental Health Problems. *J Behav Health Serv Res*. 2016 Apr;43(2):200–13.
46. Stevens JR, Prince JB, Prager LM, Stern TA. Psychotic Disorders in Children and Adolescents: A Primer on Contemporary Evaluation and Management: (Rounds in the General Hospital). *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 2014 Mar 13 [cited 2022 Feb 6]; Available from: <http://article.psychiatrist.com/?ContentType=START&ID=10008586>
47. Bakermans-Kranenburg MJ, Steele H, Zeanah CH, Muhamedrahimov RJ, Vorria P, Dobrova-Krol NA, et al. III. ATTACHMENT AND EMOTIONAL DEVELOPMENT IN INSTITUTIONAL CARE: CHARACTERISTICS AND CATCH UP: ATTACHMENT AND EMOTIONAL DEVELOPMENT IN INSTITUTIONAL CARE. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 2011 Dec;76(4):62–91.
48. Schuengel C, Oosterman M, Sterkenburg PS. Children with disrupted attachment histories: Interventions and psychophysiological indices of effects. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2009 Dec;3(1):26.
49. Sonuga-Barke EJS, Kennedy M, Kumsta R, Knights N, Golm D, Rutter M, et al. Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *The Lancet*. 2017 Apr;389(10078):1539–48.
50. Hancock N, Smith-Merry J, Mckenzie K. Facilitating people living with severe and persistent mental illness to transition from prison to community: a qualitative exploration of staff experiences. *Int J Ment Health Syst*. 2018 Dec;12(1):45.
51. Taber JM, Leyva B, Persoskie A. Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data. *J GEN INTERN MED*. 2015 Mar;30(3):290–7.
52. Ye J, Shim R, Rust G. Health Care Avoidance among People with Serious Psychological Distress: Analyses of 2007 Health Information National Trends Survey. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2012;23(4):1620–9.
53. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: overview and treatment options. *P T*. 2014 Sep;39(9):638–45.
54. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Fitzgerald PB, Fritz K, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 Dec;49(12):1087–206.
55. Cuijpers P. Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*. 2017 Feb;58(1):7–19.
56. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Vinkers CH, Cipriani A, Furukawa TA. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*. 2020 Feb;19(1):92–107.
57. Addington D, Anderson E, Kelly M, Lesage A, Summerville C. Canadian Practice Guidelines for Comprehensive Community Treatment for Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders. *Can J Psychiatry*. 2017 Sep;62(9):662–72.
58. Chen WY, Hung YN, Huang SJ, Pan CH, Su SS, Yang TW, et al. Nationwide analysis of medical utilization in people with severe mental illness receiving home care case management. *Schizophrenia Research*. 2019 Jun;208:60–6.
59. Díaz-Fernández S, Frías-Ortiz DF, Fernández-Miranda JJ. Suicide attempts in people with schizophrenia before and after participating in an intensive case managed community program: A 20-year follow-up. *Psychiatry Research*. 2020 May;287:112479.
60. NICE. Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management. 2016.
61. Addington DE, McKenzie E, Norman R, Wang J, Bond GR. Essential Evidence-Based Components of First-Episode Psychosis Services. *PS*. 2013 May;64(5):452–7.
62. Addington DE, Norman R, Bond GR, Sale T, Melton R, McKenzie E, et al. Development and Testing of the First-Episode Psychosis Services Fidelity Scale. *PS*. 2016 Sep;67(9):1023–5.
63. Drake RE, Wallach MA. Employment is a critical mental health intervention. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e178.

64. Drake RE, Frey W, Bond GR, Goldman HH, Salkever D, Miller A, et al. Assisting Social Security Disability Insurance Beneficiaries With Schizophrenia, Bipolar Disorder, or Major Depression in Returning to Work. *AJP*. 2013 Dec;170(12):1433–41.
65. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on Individual Placement and Support. *World Psychiatry*. 2020 Oct;19(3):390–1.
66. Frederick DE, VanderWeele TJ. Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. Pompili M, editor. *PLoS ONE*. 2019 Feb 20;14(2):e0212208.
67. Drake RE. Introduction to the special issue on Individual Placement and Support (IPS) International. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2020 Mar;43(1):1–1.
68. Knapp M, Patel A, Curran C, Latimer E, Catty J, Becker T, et al. Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry*. 2013 Feb;12(1):60–8.
69. Latimer EA, Bush PW, Becker DR, Drake RE, Bond GR. The Cost of High-Fidelity Supported Employment Programs for People With Severe Mental Illness. *PS*. 2004 Apr;55(4):401–6.
70. Bush PW, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Haslett WR. The Long-Term Impact of Employment on Mental Health Service Use and Costs for Persons With Severe Mental Illness. *PS*. 2009 Aug;60(8):1024–31.
71. Chronister J, Chou CC, Kwan KKK, Lawton M, Silver K. The meaning of social support for persons with serious mental illness. *Rehabilitation Psychology*. 2015 Aug;60(3):232–45.
72. Ahmed AO, Doane NJ, Mabe PA, Buckley PF, Birgenheir D, Goodrum NM. Peers and Peer-Led Interventions for People with Schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*. 2012 Sep;35(3):699–715.
73. Bernecker SL, Williams JJ, Caporale-Berkowitz NA, Wasil AR, Constantino MJ. Nonprofessional Peer Support to Improve Mental Health: Randomized Trial of a Scalable Web-Based Peer Counseling Course. *J Med Internet Res*. 2020 Sep 21;22(9):e17164.
74. Chang YC, Chang LH, Hsu ST, Huang MW. Professional perspectives on providing recovery-oriented services in Taiwan: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2021 Dec;21(1):154.
75. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century (2001). 2001.
76. Kuipers SJ, Cramm JM, Nieboer AP. The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res*. 2019 Dec;19(1):13.
77. Guedes de Pinho LM. Nursing Interventions in Schizophrenia: The Importance of Therapeutic Relationship. *NCOAJ [Internet]*. 2017 Sep 19 [cited 2022 Feb 6];3(6). Available from: <https://medcraveonline.com/NCOAJ/nursing-interventions-in-schizophrenia-the-importance-of-therapeutic-relationship.html>
78. Das P, Naylor C, Majeed A. Bringing together physical and mental health within primary care: a new frontier for integrated care. *J R Soc Med*. 2016 Oct;109(10):364–6.
79. Woody C, Baxter A, Wright E, Gossip K, Leitch E, Whiteford H, et al. Review of services to inform clinical frameworks for adolescents and young adults with severe, persistent and complex mental illness. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2019 Jul;24(3):503–28.
80. Tungpunkom P, Nicol M. Life skills programmes for chronic mental illnesses. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2008 [cited 2022 Jul 17]. p. CD000381.pub2. Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000381.pub2>
81. Gigantesco A, Vittorielli M, Pioli R, Falloon IRH, Rossi G, Morosini P. Special Section: A Memorial Tribute: The VADO Approach in Psychiatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. *PS*. 2006 Dec;57(12):1778–83.
82. Hasson-Ohayon I, Roe D, Kravetz S. A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of the Illness Management and Recovery Program. *PS*. 2007 Nov;58(11):1461–6.
83. Levitt AJ, Mueser KT, DeGenova J, Lorenzo J, Bradford-Watt D, Barbosa A, et al. Randomized Controlled Trial of Illness Management and Recovery in Multiple-Unit Supportive Housing. *PS*. 2009 Dec;60(12):1629–36.
84. McGuire AB, Kukla M, Green A, Gilbride D, Mueser KT, Salyers MP. Illness Management and Recovery: A Review of the Literature. *PS*. 2014 Feb;65(2):171–9.

85. Andrews G, Basu A, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, English CL, et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2018 Apr;55:70–8.
86. Karyotaki E, Kemmeren L, Riper H, Twisk J, Hoogendoorn A, Kleiboer A, et al. Is self-guided internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) harmful? An individual participant data meta-analysis. *Psychol Med*. 2018 Nov;48(15):2456–66.
87. Klein JP, Gerlinger G, Knaevelsrud C, Bohus M, Meisenzahl E, Kersting A, et al. Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen: Überblick, Qualitätskriterien, Perspektiven. *Nervenarzt*. 2016 Nov;87(11):1185–93.
88. Sander L, Ebert D, Baumeister H. Internet- und mobilebasierte Psychotherapie der Depression. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2017 Jan 23;85(01):48–58.
89. Stein J, Röhr S, Luck T, Löbner M, Riedel-Heller S. Indikationen und Evidenz von international entwickelten Online-Coaches zur Intervention bei psychischen Erkrankungen – ein Meta-Review. *Psychiatr Prax*. 2018 Jan;45(01):7–15.
90. Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field. *Schizophrenia Bulletin*. 2005 Sep 28;32(3):443–50.
91. Utschakowski J, Sielaff G, Bock T, Winter A. Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag; 2016.
92. Fuhr DC, Salisbury TT, De Silva MJ, Atif N, van Ginneken N, Rahman A, et al. Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014 Nov;49(11):1691–702.
93. Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*. 2014 Dec;14(1):39.
94. Mahlke CI, Priebe S, Heumann K, Daubmann A, Wegscheider K, Bock T. Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. *Eur psychiatr*. 2017 May;42:103–10.
95. Morriss R, Lobban F, Riste L, Davies L, Holland F, Long R, et al. Clinical effectiveness and acceptability of structured group psychoeducation versus optimised unstructured peer support for patients with remitted bipolar disorder (PARADES): a pragmatic, multicentre, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *The Lancet Psychiatry*. 2016 Nov;3(11):1029–38.
96. O’Connell MJ, Flanagan EH, Delphin-Rittmon ME, Davidson L. Enhancing outcomes for persons with co-occurring disorders through skills training and peer recovery support. *Journal of Mental Health*. 2020 Jan 2;29(1):6–11.
97. Salzer MS, Rogers J, Salandra N, O’Callaghan C, Fulton F, Balletta AA, et al. Effectiveness of peer-delivered Center for Independent Living supports for individuals with psychiatric disabilities: A randomized, controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2016 Sep;39(3):239–47.
98. Proudfoot JG, Jayawant A, Whitton AE, Parker G, Manicavasagar V, Smith M, et al. Mechanisms underpinning effective peer support: a qualitative analysis of interactions between expert peers and patients newly-diagnosed with bipolar disorder. *BMC Psychiatry*. 2012 Dec;12(1):196.
99. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018 Mar;20(2):97–170.
100. Sarkhel S, Singh O, Arora M. Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(8):319.
101. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2011 Jan 1;37(1):21–2.
102. Salcedo S, Gold AK, Sheikh S, Marcus PH, Nierenberg AA, Deckersbach T, et al. Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: Current state of the research. *Journal of Affective Disorders*. 2016 Sep;201:203–14.
103. Colom F, Vieta E. *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. Cambridge University Press; 2006.

104. Oud M, Mayo-Wilson E, Braidwood R, Schulte P, Jones SH, Morriss R, et al. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016 Mar;208(3):213–22.
105. Chatterton ML, Stockings E, Berk M, Barendregt JJ, Carter R, Mihalopoulos C. Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: Network meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017 May;210(5):333–41.
106. NICE. Bipolar Disorder: The NICE Guideline on the Assessment and Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Young People in Primary and Secondary Care [Internet]. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2014 [cited 2022 Jul 7]. (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK498655/>
107. Bauer MS, McBride L. Structured group psychotherapy for bipolar disorder: The Life Goals Program, 2nd ed. Springer Publishing Co; 2003.
108. Morriss R, Lobban F, Riste L, Davies L, Holland F, Long R, et al. Clinical effectiveness and acceptability of structured group psychoeducation versus optimised unstructured peer support for patients with remitted bipolar disorder (PARADES): a pragmatic, multicentre, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *The Lancet Psychiatry*. 2016 Nov;3(11):1029–38.
109. Rabovsky K, Trombini M, Allemann D, Stoppe G. Efficacy of bifocal diagnosis-independent group psychoeducation in severe psychiatric disorders: results from a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Aug;262(5):431–40.
110. Kolostoumpis D, Bergiannaki JD, Peppou LE, Louki E, Fousketaki S, Patelakis A, et al. Effectiveness of Relatives' Psychoeducation on Family Outcomes in Bipolar Disorder. *International Journal of Mental Health*. 2015 Oct 2;44(4):290–302.
111. Bilderbeck AC, Atkinson LZ, McMahon HC, Voysey M, Simon J, Price J, et al. Psychoeducation and online mood tracking for patients with bipolar disorder: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2016 Nov;205:245–51.
112. Kallestad H, Wullum E, Scott J, Stiles TC, Morken G. The long-term outcomes of an effectiveness trial of group versus individual psychoeducation for bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2016 Sep;202:32–8.
113. Hubbard AA, McEvoy PM, Smith L, Kane RT. Brief group psychoeducation for caregivers of individuals with bipolar disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2016 Aug;200:31–6.
114. de Souza MS, da Silva RA, Molina MAL, Jansen K, de Lima Ferreira L, Kelbert EF, et al. Six-session caregiver psychoeducation on bipolar disorder: Does it bring benefits to caregivers? *Int J Soc Psychiatry*. 2016 Jun;62(4):377–85.
115. Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, Nishida A, Kamimura N, Sawada K, et al. Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2011 May;198(5):385–90.
116. Morokuma I, Shimodera S, Fujita H, Hashizume H, Kamimura N, Kawamura A, et al. Psychoeducation for major depressive disorders: A randomised controlled trial. *Psychiatry Research*. 2013 Nov;210(1):134–9.
117. Aagaard J, Foldager L, Makki A, Hansen V, Müller-Nielsen K. The efficacy of psychoeducation on recurrent depression: a randomized trial with a 2-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2017 Apr 3;71(3):223–9.
118. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Apr 1;60(4):402.
119. Nervenheilkunde (DGPPN) DGFP Psychotherapie Und, Ärztliches Zentrum Für Qualität In Der Medizin (ÄZQ). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Leitlinienreport, 2. Auflage [Internet]. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN); Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2015 [cited 2022 Jun 2]. Available from: <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/archiv/depression-2aufl-vers4-llr.pdf>

120. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, et al. Psychosocial Treatments for Bipolar Depression: A 1-Year Randomized Trial From the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Apr 1;64(4):419.
121. Tungpunkom P, Maayan N, Soares-Weiser K. Life skills programmes for chronic mental illnesses. Cochrane Schizophrenia Group, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2012 Jan 18 [cited 2022 Jul 17]; Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000381.pub3>
122. Maratos A, Gold C, Wang X, Crawford M. Music therapy for depression. Cochrane Common Mental Disorders Group, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2008 Jan 23 [cited 2022 Jul 19]; Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004517.pub2>
123. Meekums B, Karkou V, Nelson EA. Dance movement therapy for depression. Cochrane Common Mental Disorders Group, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2015 Feb 19 [cited 2022 Jul 19];2016(6). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009895.pub2>
124. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Non-pharmaceutical management of depression in adults: a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.
125. Knubben K, Reischies FM, Adli M, Schlattmann P, Bauer M, Dimeo F, et al. A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression * Commentary. *British Journal of Sports Medicine*. 2006 Oct 4;41(1):29–33.
126. Pinchasov BB, Shurgaja AM, Grischin OV, Putilov AA. Mood and energy regulation in seasonal and non-seasonal depression before and after midday treatment with physical exercise or bright light. *Psychiatry Research*. 2000 Apr;94(1):29–42.
127. Schuch FB, Vasconcelos-Moreno MP, Borowsky C, Fleck MP. Exercise and severe depression: Preliminary results of an add-on study. *Journal of Affective Disorders*. 2011 Oct;133(3):615–8.
128. Pilkington K, Kirkwood G, Rampes H, Richardson J. Yoga for depression: The research evidence. *Journal of Affective Disorders*. 2005 Dec;89(1–3):13–24.
129. Souter MA, Miller MD. Do Animal-Assisted Activities Effectively Treat Depression? A Meta-Analysis. *Anthrozoös*. 2007 Jun;20(2):167–80.
130. Leo RJ, Ligot JSA. A systematic review of randomized controlled trials of acupuncture in the treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*. 2007 Jan;97(1–3):13–22.
131. Mukaino Y, Park J, White A, Ernst E. The Effectiveness of Acupuncture for Depression – a Systematic Review of Randomised Controlled Trials. *Acupunct Med*. 2005 Jun;23(2):70–6.
132. Miklowitz DJ, Goldstein M. *Bipolar disorder: A Family-Focused Treatment Approach*. New York, NY: Guilford Publications; 1997.
133. Sanders MR, McFarland M. Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. *Behavior Therapy*. 2000;31(1):89–112.
134. Miklowitz DJ, Chung B. *Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research*. *Fam Proc*. 2016 Sep;55(3):483–99.
135. Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, et al. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* [Internet]. 2002 [cited 2022 Jul 16];5(35). Available from: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta5350/>
136. Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Dec;21(12):1139–49.
137. Hensley PL, Nadiga D, Uhlenhuth EH. Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder. *Depress Anxiety*. 2004;20(1):1–7.
138. Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression. *Clinical Psychology Review*. 2001 Apr;21(3):401–19.
139. Mackin RS, Areán PA. Evidence-Based Psychotherapeutic Interventions for Geriatric Depression. *Psychiatric Clinics of North America*. 2005 Dec;28(4):805–20.
140. Piquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for Later-Life Depressive Conditions: A Meta-Analytic Comparison of Pharmacotherapy and Psychotherapy. *AJP*. 2006 Sep;163(9):1493–501.
141. de Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Apr;255(2):75–82.

142. van Schaik DJ, van Marwijk HW, Beekman AT, de Haan M, van Dyck R. Interpersonal psychotherapy (IPT) for late-life depression in general practice: uptake and satisfaction by patients, therapists and physicians. *BMC Fam Pract.* 2007 Dec;8(1):52.
143. Blom MJB, Jonker K, Dusseldorp E, Spinhoven P, Hoencamp E, Haffmans J, et al. Combination Treatment for Acute Depression Is Superior Only when Psychotherapy Is Added to Medication. *Psychother Psychosom.* 2007;76(5):289–97.
144. Haynes PL, Gengler D, Kelly M. Social Rhythm Therapies for Mood Disorders: an Update. *Curr Psychiatry Rep.* 2016 Aug;18(8):75.
145. McMahon K, Herr NR, Zerubavel N, Hoertel N, Neacsiu AD. Psychotherapeutic Treatment of Bipolar Depression. *Psychiatric Clinics of North America.* 2016 Mar;39(1):35–56.
146. Coelho HF, Canter PH, Ernst E. Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2007;75(6):1000–5.
147. Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2013 May;127(5):333–43.
148. Ives-Deliperi VL, Howells F, Stein DJ, Meintjes EM, Horn N. The effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with bipolar disorder: A controlled functional MRI investigation. *Journal of Affective Disorders.* 2013 Sep;150(3):1152–7.
149. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review.* 2007 Apr;27(3):318–26.
150. Röhricht F, Papadopoulos N, Priebe S. An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. *Journal of Affective Disorders.* 2013 Oct;151(1):85–91.
151. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry.* 2008 Dec;8(1):36.
152. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *Eur psychiatr.* 2007 Jan;22(1):9–15.
153. Cuijpers P, de Wit L, Kleiboer A, Karyotaki E, Ebert DD. Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis. *Eur psychiatr.* 2018;48(1):27–37.
154. Huri M. Occupational therapy: occupation focused holistic practice in rehabilitation. 2017.
155. Tamm G, Kostabi E, Trankmann S, Remmik M, Puur S, Urmann H, et al. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse tulemuslikkuse hindamise metoodika väljatöötamine ja tulemuslikkuse hindamine Sotsiaalkindlustusametile. Tartu Ülikool, RAKE; 2021.
156. NICE. Rehabilitation for adults with complex psychosis [Internet]. 2020. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng181/resources/rehabilitation-for-adults-with-complex-psychosis-pdf-66142016643013>



[PRAXIS.EE](https://praxis.ee)