

Meeleoluhäiretega täiskasvanute rehabilitatsioonijuhise koostamise teenus Sotsiaalkindlustusametile

Koondaruanne



Raporti autorid: Gerli Paat-Ahi, Zrinka Laido, Anni Kurmiste, Mariliis Öeren

Raporti koostamise on olulise panuse andnud veel Ülle Lepik (rehabilitatsioonispetsialist), Epp Laugaste-Poobus (psühholoog), Hanna Sova (psühhiaater) ning Mari Reilson (Tartu Ülikooli sotsiaaltöötaja)

Uuringu autorid tänavad veel Viktori Iljini ja SKA meeskonda uuringu läbiviimise toetamise ja hea koostöö eest. Samuti täname Benita Kodu ja Taastumise Kool MTÜ terapeute konstruktiivse arutelu ja põhjaliku tagasiside eest.

praxis | mõttekoda

Mõttekoda Praxis on Eesti esimene sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.



Sisukord

Lühendid ja mõisted	4
Sissejuhatus	5
1. Eesti rehabilitatsiooni süsteemi kirjeldus.....	6
1.1. Rehabilitatsiooniteenuste osutamise põhimõtted ja eeldused	6
1.1.1. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (SRT) osutajad ja sihtrühm.....	6
1.1.2. SRT korraldus	8
1.2. Rehabilitatsiooniteenuste osutamise praktikad ja kitsaskohad	10
1.2.1. Rehabilitatsioonisüsteemi kitsaskohad SRT osutaja vaatest.....	10
1.2.2. Koostöö ja infovahetus.....	11
1.2.3. Juhtumikorraldaja	12
1.2.4. Rahastus	13
1.3. Erinevate teenuste integreeritus	14
1.4. Meeleoluhäiretega inimeste rehabilitatsioonivõimalused Eestis	17
2. Rehabilitatsioonijuhiste rahvusvaheline kontekst	19
2.1. Rehabilitatsioonijuhiste olulisus rehabilitatsiooniteenuste osutamisel.....	19
2.2.1. Rehabilitatsiooni olemus.....	19
2.2.2. Rehabilitatsioonijuhiste vajalikkus MTO määratluses.....	20
2.2.3. Rehabilitatsiooni kompetentsi raamistik	21
2.3. Meeleoluhäiretega inimeste käsitlus rehabilitatsiooniasutustes.....	30
2.3.1. Meeleoluhäirete olemus.....	30
2.3.2. Rehabilitatsioonijuhiste rahvusvahelised praktikad	30
2.3.2.1. Austraalia ja Uus-Meremaa juhised (RANZP) (56).....	31
2.3.2.2. Saksamaa juhised.....	34
2.3.2.3. Ühendkuningriigi juhised.....	35
2.3.2.4. Kanada juhised.....	38
2.3.2.5. Soome juhised	39
2.3.2.6. Horvaatia juhised.....	43
2.4. Erinevate riikide rehabilitatsioonijuhiste koostamise kokkuvõte	45
3. Kokkuvõte, järeldused ja soovitused	46
3.1. Järeldused.....	46
3.2. Soovitused	47
Kasutatud kirjandus.....	49

Lühendid ja mõisted

Lühendid

ASCOT	Adult Social Care Outcome Toolkit
CANMAT	Kanada meeleolu- ja ärevushäirete ravivõrgustik
CARe metoodika	Comprehensive Approach of Rehabilitation
COPM	Canadian Occupational Performance Measure (Kanada tegevusvõime mõõdik)
ESF	Euroopa Sotsiaalfondi
FFT	Family Focused Treatment (perekeskne ravi)
INSPIRE	Mõõdik, mis hindab raske vaimse haiguse kogemusega inimese rahulolu oma tugiisikult saadava toetusega taastumisprotsessis
IPT	Interpersonaalne psühhoteraapia
IPSRT	Inimeste vaheline sotsiaalrütmi teraapia
KKT	Kognitiiv-käitumuslik teraapia
LOTCA	The Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment
MBCT	Teadveloleku (Mindfulness) põhine kognitiivne teraapia
MTO	Maailma Tervishoiuorganisatsioon (WHO)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (UK)
OutComeStar	Austraalia rehabilitatsiooni vajaduse ja mõju hindamise meetod
PERH	Põhja-Eesti Regionaalhaiglagi
RANZP	Austraalia ja Uus-Meremaa Kuninglik Psühhiaatrite Kolledž
RFK	Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon
RHK	Rahvusvaheline haiguste kvalifikatsioon
RKR	Rehabilitatsiooni kompetentsi raamistik
SIGN	Multidistsiplinaarne võrgustik
SKA	Sotsiaalkindlustusamet
SKAIS	Sotsiaalkaitse infosüsteem
SRT	Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus
STAR	Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister
TVTK	Tallinna Vaimse Tervise Keskus
TÖR	Töötamise register

Mõisted

Teraapiatega seotud mõisted on kirjeldatud Lisas 1 (rehabilitatsioonijuhis), järgnevalt toodud vaid need mõisted, mis on käesolevas dokumendis ainult kajastust leidnud.

Mõiste	Kirjeldus
Salutoteraapia	Salutoteraapia hõlmab füüsiliste ja psüühiliste häirete ennetamise, ravi ja rehabilitatsiooni terapeutilisi strateegiaid ja meetodeid, mis on eelkõige suunatud tervise säilitamisele, taastumisele ja tugevdamisele. Salutoteraapia meetodid hõlmavad erinevaid tehnikaid psühhoteraapia, psühhohariduse ja õpiteraapia valdkondadest. Vaadeldakse peamisi eluvaldkondi nagu haridus, töö, inimeste vahelised suhted ja seksuaalsus.
Trialoog	Kolmepoolne dialoog vaimse tervise probleemidega inimeste, pereliikmete ja vaimse tervise töötajate vahel tagamaks võrdsed partnerlussuhted.

Sissejuhatus

Meeleoluhäiretest levinumad on depressioon ja bipolaarne häire. Bipolaarse häire puhul on inimestel vahelduvad meeleolu ja aktiivsuse kõrgenenud ja alanenud faasid, depressiooni puhul esineb ainult viimane. Depressiooni esinemissagedus on eri uuringute põhjal 15–30% elu jooksul, Eestis on aasta levimus umbes 5,6%. Depressioon on maailmas ka üheks suurimaks töövõimekaotuse põhjuseks. Depressioon ja ärevushäired esinevad sagedamini naistel, bipolaarse häire osas soolisi erinevusi ei ole. Meeleoluhäirete puhul esineb tihti kõikumine töövõimes, nii töö produktiivsuse perioodiline alanemine kui sagedasem haiguslehel viibimine. Depressiooni puhul võivad raskendatud olla kognitiivsed funktsioonid: mälu, keskendumisvõime, otsustusvõime, probleemilahendusoskused jm. Alanenud võivad olla enesehinnang, motivatsioon ja töötahe, keerukad on nii tööintervjuud kui suhted kolleegide või ülemustega. Bipolaarse häire puhul võib inimese töövõime olla ebastabiilne, depressiooni faasis sellele omaste raskustega ning hüpomaania/maania faasis võib ette tulla olulisi keskendumisraskusi, konflikte töökohal, ärrituvust. Seetõttu on oluline, et meeleoluhäirega inimene saaks õigel ajal asjakohaseid teenuseid toetamaks tema elus hakkamasaamist ning suurendamaks töövõimet.

Meeleoluhäirega inimestel on lisaks tervishoiuteenustele võimalik saada rehabilitatsiooniteenuseid ning kohalikust omavalitsusest (edaspidi KOV) erinevaid sotsiaalteenuseid. Antud töö raames keskendume SRT-le. SRT alla ei kuulu muud puuetega inimeste sotsiaalteenused (nt koduteenused või isikliku abistaja ja tugiisiku teenused, mille eest vastutavad kohalikud omavalitsused (KOV)). Kuigi rehabilitatsiooniteenuse saamise õigus on erinevatel sihtrühmadel, siis antud juhiste koostamisel oli eesmärgiks keskenduda eelkõige tööealisele elanikkonnale. Kuna aga rahvusvahelised rehabilitatsiooni soovitused ei erista tööealisi ja täiskasvanud inimesi, siis ei ole tehtud ka käesolevas töös seda eristust. Samas tulenevalt siiski hanke eesmärgist, eeldame et rehabilitatsiooniteenuse saajate peamiseks sihtrühmaks on meeleoluhäirete korral tööealised inimesed.

Selleks, et rehabilitatsiooniteenuseid kvaliteetsemalt osutada ja teenuste mõju hinnata, on paljudes riikides kasutusel rehabilitatsioonijuhised. Olenevalt konkreetse riigi tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemide korraldusest, on rehabilitatsiooniteenus tihedalt seotud kas tervisesüsteemiga (põhimõtteliselt taastusravi üks osa) või sellest eraldi. Viimast esineb siiski harvem. Rehabilitatsioonijuhistega luuakse ühtselt mõistetav tõendus põhine raamistik tegevuskava koostamise tööks kindla sihtgrupiga. Eelduseks on, et teenuseosutaja lähtub eelkõige inimese piirangutest, nõrkustest ja tugevustest ning soovitud tulemustest, mitte kitsamalt diagnoosist. Samas on siiski võimalik tõendus põhiste meetodikate alusel samalaadseid teenuseid sihtgrupi lõikes osutada.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni süsteemi arendamiseks, arusaadavamaks ja tõendus põhisemaks muutmiseks on aastatel 2021–2022 SKA loomas rehabilitatsioonijuhiseid, millest esimene oli skisofreenia, skisotüüpsete ja luuluste häiretega (F20–F29 RHK-10) tööealiste rehabilitatsioonijuhis ja käesolev dokument on meeleoluhäirete (F30–F39) juhiseid. Sellest tulenevalt luuakse antud töö raames tõendus põhine raamistik tegevuskava koostamise tööks kindla sihtgrupiga ning töötatakse rehabilitatsiooniasutustele välja meeleoluhäiretega täiskasvanud inimestele rehabilitatsioonijuhiseid. Töö tulemusena valmis kirjeldus rehabilitatsiooniteenuste olukorrast, sh kitsaskohtadest, ja tehakse soovitusi nende leevendamiseks (lõppraport). Lisaks on välja töötatud Rehabilitatsioonijuhiseid meeleoluhäiretega täiskasvanud rehabilitatsiooniteenuse saajale (Lisa 1), mis sisaldab ka soovitusi rehabilitatsiooniasutustele sihtrühmaga tegelemiseks. Töö kolmas osa on rehabilitatsioonijuhiste väljatöötamise meetodika (Lisa 2), mis annab suunised rehabilitatsioonijuhiste loomiseks. Kuigi välja töötatud rehabilitatsioonijuhiseid kirjeldab tööd meeleoluhäirega inimesega, on oluline silmas pidada, et juhiseid on koostatud rehabilitatsiooniteenuste osutajatele. Seega on juhiseid kasutajateks need rehabilitatsiooniteenuse osutajad, kes osutavad teenust meeleoluhäiretega täiskasvanud klientuurile. Juhiseid loomisel võtame seetõttu arvesse nii rehabilitatsiooniteenuste osutajate valmisolekut kui ka takistavaid tegureid teenuse osutamisel nimetatud sihtrühmale.

1. Eesti rehabilitatsiooni süsteemi kirjeldus

1.1. Rehabilitatsiooniteenuste osutamise põhimõtted ja eeldused

1.1.1. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (SRT) osutajad ja sihtrühm

Kuigi Eestis pakutakse kolme erinevat liiki rehabilitatsiooniteenuseid, keskendub antud töö SRT osutamisele. SRT on mõeldud alla 16-aastaste puudega laste, puudega või vähenenud või puuduva töövõimega inimeste ning pensioniealiste puudega inimeste toetamiseks, õpetamiseks ja arendamiseks nende igapäevaelu oskusi, toetamiseks õppimist ja töötamist, et seeläbi suurendada nende võimalusi igapäevaelus osalemiseks.

2022. a. septembrikuu seisuga osutab Eestis puudega või piiratud töövõimega 16-aastastele ja vanematele isikutele SRT-d 127 asutust. Abivajajal on võimalik küll endal valida, kust teenust saada, kuid olenevalt abivajaja asukohast ei pruugi talle geograafiliselt sobivas kohas SRT osutajat olla või on mõni asutus ülekoormatud ja seetõttu pikad järjekorrad. SRT osutajad maakonna ja rahvaarvu lõikes on esitatud alljärgnevas tabelis (Tabel 1) ning sellest nähtub, et maakondade lõikes on see ebaühtlaselt jagunenud.

Tabel 1. Puudega isikute ja SRT pakujate arv maakondade lõikes

Maakond	SRT teenuseosutajad puudega või piiratud töövõimega 16-aastastele ja vanematele isikutele	SRT teenuseosutajad psüühikahäirega tööealistele isikutele	Puudega või piiratud töövõimega 16-62-aastased isikud	SRT saajate arv 1000 elaniku kohta (2019)
Tallinn	40	36	10480	NA
Harjumaa	10	9	14224	5,4
Hiiumaa	1	1	235	4,0
Ida-Virumaa	13	12	6860	10,5
Jõgevamaa	1	0	1849	8,3
Järvamaa	5	5	1582	7,8
Läänemaa	1	0	758	6,0
Lääne-Virumaa	5	5	2623	8,5
Põlvamaa	2	2	1775	13,1
Pärnumaa	6	5	3388	6,6
Raplamaa	2	2	1211	6,5
Saaremaa	3	3	1211	8,5
Tartumaa	26	26	6107	12,0
Valgamaa	4	4	1959	9,5
Viljandimaa	4	4	2391	9,8
Võrumaa	4	4	2374	14,3

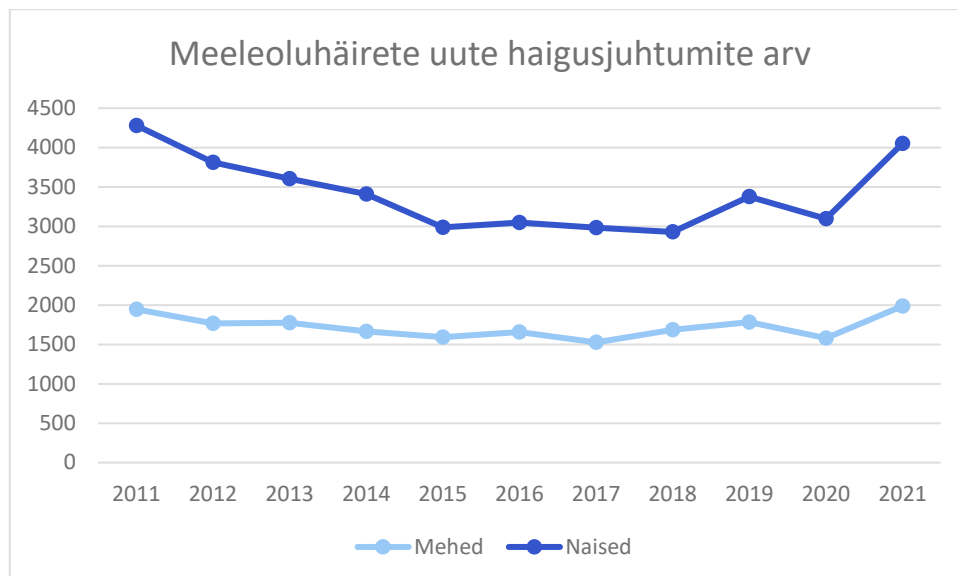
Allikas: SKA, Statistikaamet (2022)

SKA andmetel sai 2020. aastal Eestis kokku SRT-d 9730 abivajajat ja igas kuus osutati teenust keskmiselt 4564-le inimesele. SRT osakaal on aastatega langenud, nt 2017. aastal sai SRT-d kokku 7684 täiskasvanud inimest) ning 2021. aastal umbes vaid 4027 inimest, kellest 3213 ehk 30% olid 16–62-aastased tööealsed ning 814 ehk 9% vanuses 63+. 2021.aastal kasutas 1 teenusesaaja keskmiselt aasta jooksul 45 tundi SRT-d.

Unipolaarsed depressioonid (episood, korduv depressioon) on küllaltki sagedased, esmatasandi ja haigla patsientide hulgas umbes 10-15%. Eesti Terviseuuringu (2019) andmetel depressiooni hetkelevik on 10,9%.

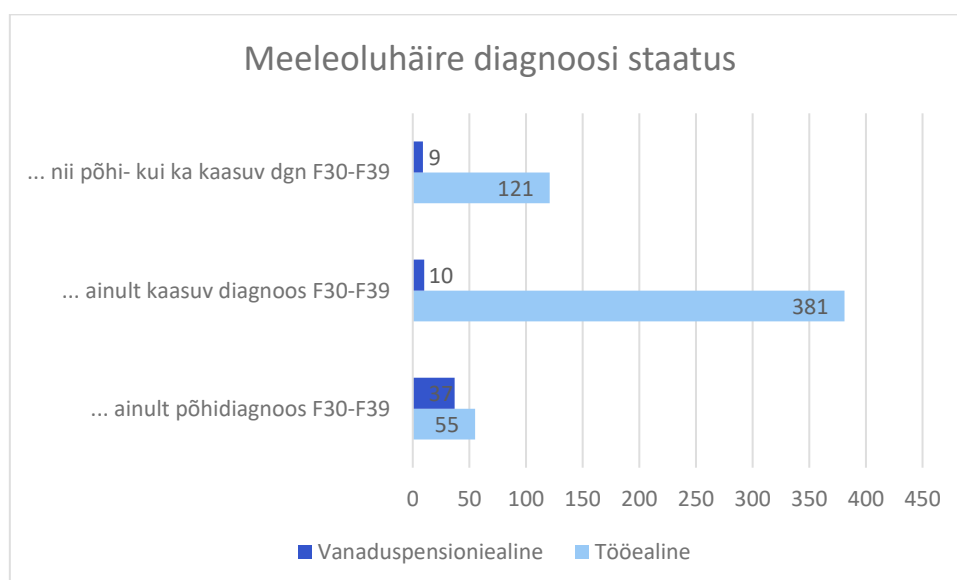
Aasta lõikes on depressiooni sagedus suurem ja kogu eluvältel võib depressiooni kogeda ligikaudu 30% elanikkonnast. Bipolaarse häire esinemine on oluliselt harvem võrreldes unipolaarse depressiooniga.

Meeleoluhäirete uute haigusjuhtude arv on püsinud aastate lõikes suhteliselt stabiilne. Sealjuures esineb haigust naistel sagedamini, kui meestel (vt allolev joonis). 2021.aastal diagnoositi 100 000 el kohta 471 uut meeleoluhäire haigusjuhtu mis oli umbes 100 võrra enam kui 2020.aastal.



Joonis 1. Meeleoluhäirete uute haigusjuhtumite arv 10 aasta lõikes (TAI)

F30-39 diagnoosiga inimestest said 2021.aastal SKA andmetel sotsiaalse rehabilitatsiooniteenust kokku 613 täiskasvanut (557 tööelist ja 56 vanaduspensioniealist). Järgmisel joonisel on ära toodud kuidas SRT saajate hulgas diagnoos jagunes. Nagu jooniselt nähtub, on meeleoluhäire kõige sagedamini olnud kaasuvaks diagnoosiks, mitte põhidiagnoosiks.



Joonis 2. SRT osutamine meeleoluhäire diagnoosi staatuse põhjal (SKA)

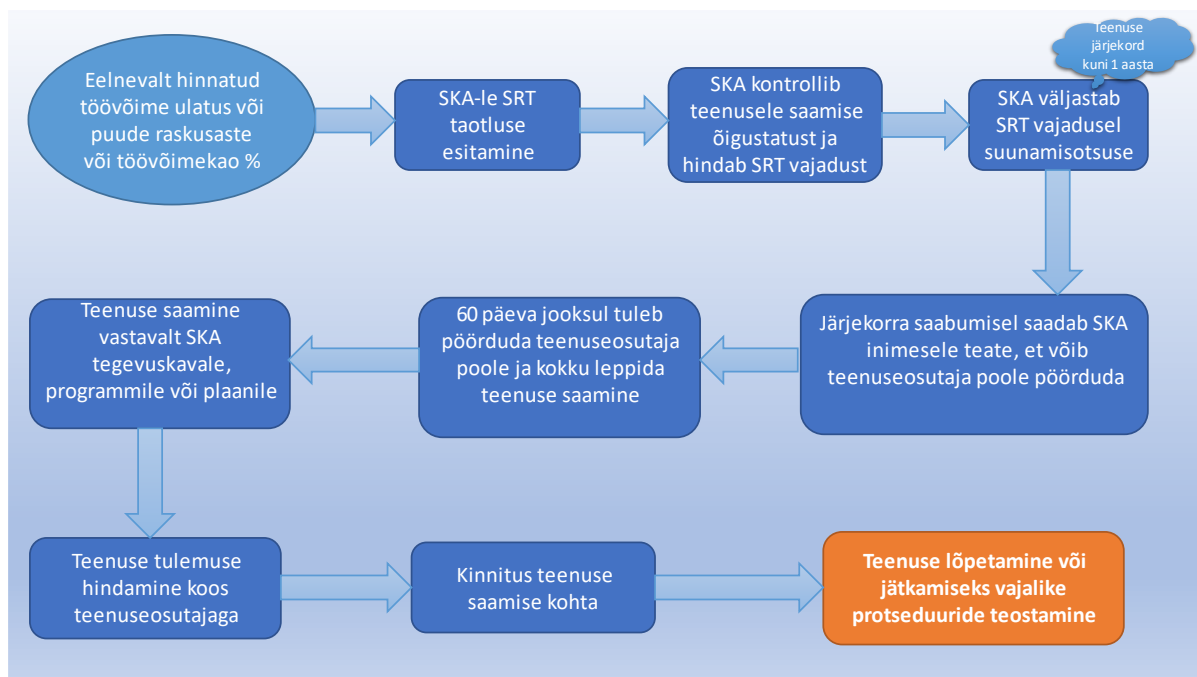
1.1.2. SRT korraldus

Täiskasvanud inimese rehabilitatsioonivajadust hindab esmalt SKA. SRT vajadus määratakse kindlaks lähtuvalt isiku eesmärkidest (kuivõrd on eesmärkide täitmiseks õigustatud SRT osutamine), toimetulekuvõimest, tegevusvõimest, osalusvõimest ja tervises seisundist. Tööealise isiku korral saab SKA lisainfot ka varasemalt osutatud Töötukassa teenuste kohta. Samuti abistab SKA konsultant inimest rehabilitatsiooniteenuse osutaja valikul, sest erinevaid teenuseosutajaid on palju. Konsultandi ülesandeks on ka seletada abivajajale teiste teenuste (nt KOV sotsiaalteenuste, tervishoiuteenuste, erihoolekande teenuste jms) kasutamise võimalusi. Rehabilitatsioonivajaduse hindamine toimub üldjuhul SKA klienditeeninduses, kus on tagatud privaatset ja segamatut vestlust võimaldavad tingimused. Põhjendatud erivajaduse tõttu läheb konsultant hindamist tegema inimese koju, tervishoiu- või hoolekandetasutusse või abivajajale turvalisse asukohta (näiteks Päevakeskus). Hindamine kestab kokku kuni 2 tundi ning sinna võib rehabilitatsiooniteenuse taotleja minna ka pereliikme, tugiisiku vms inimesega. Hindamine viiakse läbi selleks väljatöötatud küsimustiku abil, mis on leitav ka SKA kodulehelt (1). Hindamise käigus küsitakse terviseolukorrast tulenevaid raskusi peamistes eluvaldkondades (tajumine, liikumine, enese eest hoolitsemine, suhtlemine, igapäevased toimingud kodus ja tööl/koolis, ühiskonnaelus osalemine jne) ning kogutakse lisainfot ka teistelt abivajajaga kokkupuutuvatelt osapooltelt (lähedased, perearst, sotsiaaltöötaja, tegevusjuhendaja). Hindamise käigus tuleb jõuda arusaamale, kas inimene vajab SRT-d või hoopis muid teenuseid (kas KOV-ilt, tervishoiusüsteemist, haridussüsteemist, Töötukassast vmt).

Kui hindamise tulemusel selgub, et inimene vajab SRT-d, siis selgitatakse välja, kas on olemas inimese vajadustele vastav rehabilitatsiooniprogramm või koostatakse tema vajadustele vastav tegevuskava. Kui tegemist on komplekssema juhtumiga, siis suunatakse inimene rehabilitatsiooniasutusse, kus rehabilitatsioonimeeskond koostab talle rehabilitatsiooniplaani. Järgnevalt on vastavalt Sotsiaalhoolekande seadusele toodud nende kolme tegevuse erinevused:

- Rehabilitatsiooniprogramm – kindlaks määratud sihtgrupile rehabilitatsioonimeeskonna koostatud dokument, milles kajastuvad sotsiaalse rehabilitatsiooni eesmärk, eesmärgi saavutamiseks vajalikud rehabiliteerivad teenused ja nende maht ning milles on piiritletud õigustatud isikule programmi rakendamise periood. Rehabilitatsiooniprogrammid võivad sisaldada nii individuaalseid kui ka grupile mõeldud teenuseid. Kui hindamisel selgub, et inimesele sobiv rehabilitatsiooniprogramm on olemas, siis ei koostata talle eraldi tegevuskava ega rehabilitatsiooniplaani.
- Tegevuskava – SRT osutamise aluseks olev dokument, mille koostab SKA konsultant ja milles lepatakse kokku rehabilitatsiooni eesmärk ning selle saavutamiseks vajalikud teenused. Tegevuskava olemasolul ei ole vaja koostada rehabilitatsiooniplaani. Kui aga abivajaja vajadused on keerukamad, temale sobivat rehabilitatsiooniprogrammi ei ole ning tegevuskava teha ei saa, siis suunatakse inimene rehabilitatsioonimeeskonna poole, kes koostab talle rehabilitatsiooniplaani.
- Rehabilitatsiooniplaan – õigustatud isiku ja tema seadusliku esindaja osalemisel rehabilitatsioonimeeskonna koostatud dokument, milles kajastub hinnang isiku tegevusvõimele, sotsiaalse rehabilitatsiooni eesmärk, eesmärgi saavutamiseks vajalikud rehabiliteerivad teenused ja hinnang sotsiaalse rehabilitatsiooni eesmärgi saavutamise kohta.

Järgnevalt on toodud joonis, kus on kirjeldatud sammude kaupa tööealise elaniku SRT-le pääsemist. Protsess saab alata hetkest, mil inimesel on määratud kas puue ja/või puuduv töövõime ja ta ei ole töövaldkonnas aktiivne või on tuvastatud puuduv töövõime. Sealjuures peab arvestama, et Eesti süsteem ei võimalda inimesel samaaegselt sotsiaalset rehabilitatsiooni ja tööalaste rehabilitatsiooni samaaegselt saada (2).



Joonis 3. SRT-le saamise protsess (autorite koostatud)

Rehabilitatsiooniasutuses kohtub teenuse saaja rehabilitatsioonispetsialistidega, kes täpsustavad inimese rehabilitatsioonieesmärgi ja koostavad üheskoos tegevuskava, milles on nii osutatavad teenused kui ajaraam, mille jooksul soovitakse SKA-s püstitatud eesmärgini jõuda. Vajadusel korraldatakse rehabilitatsiooniteenuse saaja majutus. Eestis on asutusi, kus rehabilitatsioonispetsialistid kogunevad töös olevate juhtumite või muu info vahetamiseks ja koostöök regulaarselt ning on ka asutusi, kus iga spetsialist korraldab teenuse ise, kaasamata teisi osapooli. Asutustes, kus toimub pidev juhtumipõhine teenuse osutamine, kogunetakse aruteluks juhul, kui tegevuskavasse tuleb teenuse saaja olukorra muutumisel teha muudatused. Rehabilitatsiooniteenuseid osutatakse enamasti küll asutustes, kuid seoses eriolukorraga riigis osutati võimalusel ka video teel (Skype, Zoom jmt.) ja telefonitsi. Tuleb arvestada ka seda, et meeleoluhäiretega inimeste hulgas võib teenuse algamisel olla inimesi, kes eelistavad kohtuda alguses üldse kodus või väljaspool administratiivseid keskusi (näiteks pargis, kohvikus). Teenuse osutamise ajal toetavad spetsialistid inimest vajadusel ka väljaspool asutust: käiakse koos Töötukassas, võetakse ühendust või jagatakse informatsiooni haridusasutuste kohta, kuhu inimene soovib õppima minna, suheldakse KOV sotsiaaltöötajaga jms. Teenuse lõppemisel võtab iga spetsialist ise oma teenuse tulemuse koos teenuse saajaga kokku ja koos arutatakse edasisi soovituslike tegevusi.

Rehabilitatsioonimeeskonnad Eestis kasutavad enamasti mõnda alljärgnevat meeskonnatöö mudelist:

- Multidistsiplinaarne meeskond (kõrvuti) – iga meeskonnaliige koostab ise inimesele hinnangu ja määrab vajalikud sekkumised; spetsialistide vaheline koostöö vähene või puudub. Koostöö võib olla vähene ka lähi võrgustiku liikmetega.
- Interdistsiplinaarne meeskond (koos) - iga meeskonnaliige koostab küll ise hinnangu ja määrab vajalikud sekkumised, kuid spetsialistid konsulteerivad sageli omavahel, mille tulemusena kujuneb välja ühtne seisukoht teenuse saaja ja tema lahendusvajaduste kohta. Sekkumiskava koostatakse ühiselt.
- Transdistsiplinaarne meeskond (erialade piire ületav koostöö) - erinevad meeskonnaliikmed teevad hindamisel, sekkumiste planeerimisel ja sekkumistel tihedat omavahelist koostööd. Inimene ja tema lähi võrgustik on kaasatud otsuste protsessi ning on meeskonna liikmed.

1.2. Rehabilitatsiooniteenuste osutamise praktikad ja kitsaskohad

Aastatel 2005–2016 oli kõigil lastel ja täiskasvanutel, kellel oli tuvastatud puude raskusasteseadusjärgne õigus rehabilitatsiooniteenusele, mis tähendas vähemalt viiest spetsialistist koosneva rehabilitatsioonimeeskonna juurde suunamist. Selline praktika oli aga kulukas ja ammendas märkimisväärse osa sotsiaalseks rehabilitatsiooniks eraldatud ressurssidest. Samuti ei olnud kindel, kas SRT-le suunatu vajab tingimata kompleksset rehabilitatsiooniteenust (3). Teenusepakkujate hinnangul aitaksid paljusid rehabilitatsiooniteenust saanud isikuid SRT raamesse mittekuuluvad sekkumised (nt meditsiiniline rehabilitatsioon ehk taastusravi, rahaline toetus või muud sotsiaalteenused, nagu koduhooldus, isikliku abistaja teenus, vms). Ka Riigikontroll on oma auditites riigi poolt rahastatava rehabilitatsiooniteenuste süsteemi kohta öelnud, et tihti see ei tuvasta teenust kõige enam vajajaid inimesi (4,5). Lisaks on rehabilitatsiooniteenuste osutajad välja toonud selle, et teenusesaajate sihtrühm on olnud lai ning näiteks on SRT saajate hulgas inimesi, kes vajaks hoopis taastusravi (6). Esile on toodud vajadust parema infovahetuse järele teenuse rahastajate ja teenusepakkujate vahel. Näiteks Eesti Puuetega Inimeste Koja hinnangul puudub teenusekasutajatel informatsioon SRT sisu kohta (nt meditsiinilise rehabilitatsiooni teenuseid ei osutata sotsiaalse rehabilitatsiooni kontekstis). Seega võivad abivajajad taotleda SRT-sid, uskudes, et see on tee meditsiinilise rehabilitatsiooni teenuste saamiseni või neil olid ootused muude osutatavate teenuste liigi või ulatuse suhtes (7). Samas praeguse süsteemi järgi peavad SKA konsultandid rehabilitatsioonivajaduse hindamisel abivajajale ka teenuste erinevused selgeks tegema ning ootused ühtlustama.

1.2.1. Rehabilitatsioonisüsteemi kitsaskohad SRT osutaja vaatest

Alljärgnevalt esitatakse süsteemi toimivuse peamised kitsaskohad rehabilitatsiooniasutuse vaatenurgast. Olulisimaks probleemiks on läbi aastate osapoolte omavaheline mittetoimiv koostöö. Ühest küljest ei võimalda seda hästi rakendada seadusandlus ja teenuste osutamise põhimõtted (sh andmekaitse jms), kuid teisalt puuduvad ka head hoovad erinevate asutuste vahel koostöö edendamiseks. Põhjuseks on sageli info puudus, nt tihti ei teata, kes erinevates süsteemides rehabilitatsiooniteenust saava inimesega tegelevad. Näiteks ei tea haigla pärast inimese ravilt lahkumist seda, kas ja kus ta edasi rehabilitatsiooniteenuseid saab. See aga võib luua olukorra, kus inimene nõ jääb kahe süsteemi vahele ja ta jääbki teenuseta. Teisest küljest ei tea ka rehabilitatsiooniasutus, kes on inimese raviarstid (kui just inimene ise ei ütle), kui vahepeal oleks inimese heaolu silmas pidades arstiga vaja konsulteerida.

Nii kliiniline personal kui rehabilitatsiooniteenuse osutajad leiavad, et väga oluline oleks leida sild raviautuse (võib olla ka perearsti keskus) ja rehabilitatsiooniasutuse vahel. Näitkeks võib haiglal puududa ülevaade rehabilitatsiooniasutustest, kes pakuvad teenuseid psüühikahäiretega inimestele. SKA on koostanud küll nimekirja teenusepakkujatest, kes osutavad psüühikahäiretega tööealistele teenuseid (8), kuid asutustega vesteldes selgus, et reaalselt on selle diagnoosigrupiga valmis tegelema vaid vähesed rehabilitatsiooniteenust osutavad asutused. Rehabilitatsiooniteenusele saamine käib enamasti läbi SKA konsultandi ning hooba vahetu suhtluse tekkeks ei ole.

Paljud rahvusvahelised rehabilitatsioonijuhised on välja toonud selle, et suhtlus ning esmane koostöö rehabilitatsioonimeeskonnaga peaks algama juba raviautuses. Selle eelduseks on juhtumikorraldaja olemasolu (vt ka Lisa1), kellel oleks voli töötada laiemalt kui ainult ühe asutuse põhisealt. Mujal maailmas on juhtumikorraldaja tavaliselt rehabilitatsioonimeeskonda kuuluv, kes tegeleb ka tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi kuuluvate küsimustega (nt korraldab raviautuses inimese, raviarsti ja rehabilitatsioonimeeskonna kohtumise). Samuti tagab juhtumikorraldaja selle, et inimene saaks teisi vajalikke teenuseid, nt sotsiaal- ja/või haridussüsteemist. Eesti rehabilitatsioonisüsteemis ei ole juhtumikorraldajaid, kes just üle erinevate süsteemide inimesega tegeleks. SKA-s on küll konsultandid, kes peavad hindama inimeste rehabilitatsiooniteenuste vajadust. Samas see piirdubki praegu vaid teenusevajaduse hindamisega ning vajadustele vastav korralduslik ülesanne puudub (nt suhtluse korraldus erinevate asutuste ja spetsialistide vahel, teenuse tagamine jne). Juhtumiskorralduslikku lähenemist

kasutavad ka mitmed psüühilise erivajadusega inimestele keskendunud rehabilitatsioonimeeskonnad, kus juhtumist vedav spetsialist (enamasti sotsiaaltöötaja) abistab ja juhendab inimest teenuste saamisel rehabilitatsiooniasutuses ja väljaspool asutust ning vajadusel toob kokku erinevate sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutajad, et inimese seatud eesmärgini jõuda (näiteks sobiva elukoha leidmine) ja kelle poole pööratakse abi saamiseks ka teenuse lõppemise järgselt. Praktikast on leidnud kinnitust, et on oluline kui juhtumikorraldaja oleks abivajajale kättesaadav raviasutusest kuni teenuste lõppemiseni (ehk siis üks inimene, kelle poole saaks alati igas etapis pöörduda).

Eestis on praegu rehabilitatsiooniteenust osutavad asutused erineva võimekuse ning ka teenuste amplituudiga. Seaduse poolt pandud nõuded peaksid olema täidetud, kuid siiski on mõnes piirkonnas suuri probleeme näiteks rehabilitatsioonimeeskonna mehitamisega. Seetõttu võivad mõnes asutuses olla teenusele järjekorrad väga pikad, kuna tihti ei tööta rehabilitatsioonispetsialistid rehabilitatsiooniasutustes täiskoormusega. Samuti ei ole rehabilitatsiooniasutused tasustamise osas konkurentsivõimelised raviasutustega, mistõttu spetsialistid eelistavad töötamist kõrgemas ravietapis. Rehabilitatsiooniasutused on välja toonud ka selle, et meeskonda oleks vaja nt vaimse tervise õde, loovterapeut või psühholoogi, kellel oleks väljaõpe psühhoteraapia alal. Praegu on nende erialade spetsialiste kuid rehabilitatsiooniasutustesse neid veel ei jätku. Samas on kohati suuri probleeme ka inimesele kõigi vajalike teenuste tagamisega (nt suur puudus on logopeedidest, tegevusterapeutidest) ning seetõttu saabki asutus lõpuks osutada vaid neid teenuseid, mille jaoks neil meeskond olemas on ja mitte alati neid, mis abivajajale vajalikud oleksid. Eestis puuduvad meeleoluhäiretega inimestele spetsialiseeritud asutused. Rehabilitatsioonispetsialistide nõuetes puudub nõue spetsiaalseks väljaõppeks tööks psüühilise erivajadusega inimestega. Seaduses ettenähtud kohustuslik nõue täienduseks rehabilitatsioonialal meeskonnas ühele inimesele ei ole piisav teenuse kvaliteedi parandamiseks. Enim osutatakse depressiooni diagnoosiga inimestele teenust psüühilise erivajadusega inimestele enam keskendunud asutustes. Kuna psüühilise erivajadusega inimeste asutustesse koguneb kogu spekter (s.h. vaimupuue), siis ei pruugi see asutus olla kogu spektri teenuse saajaid võimestav. Mujal maailmas on vaimupuudelistele teenuse saajatele eraldi rehabilitatsiooniteenuste süsteem - habilitatsioon, mis looks parema taastumisvõimaluse teenuse saajatele ja võimaldaks täpsemalt luua ja osutada rehabilitatsiooni teenuseid. Depressiooniga inimestele on olulised liikumise ja füsioteraapia teenused ning nende mitmekesisus, mida on praegu vähestes psüühilise erivajadusega rehabilitatsioonile keskendunud asutustes. Teenuse osutamise teeb spetsialistidele keerukaks ja nn "rätsepatoöks" teenuse saajate saabumine ühtlase voona aastaringelt. Teenuse osutajatel on raske osutada grupiteenuseid, kuna inimesed sisenevad ja väljuvad erinevatel aegadel ning neile on väljastatud ajaliselt piiratud rehabilitatsiooniteenuse rahastamise otsus.

1.2.2. Koostöö ja infovahetus

Hea teenuse ning ravitulemuse eelduseks on asjakohase info kättesaadavus erinevatele osapooltele. Praegune infovahetus põhineb palju sellel, mida inimene ise räägib või on valmis rääkima, kuid paljudel juhtudel ei oska abivajaja ennast, kas piisavalt hästi väljendada või ei pea mõnda infokildu piisavalt oluliseks, et seda edastada. Eestis on erineva praktikaga piirkondi: mõnes kohas on sotsiaal-, tervishoiu- ning rehabilitatsioonivaldkond omavahel hästi seotud ja toimub koostöö, kuid kahjuks on rohkem piirkondi, kus omavaheline koostöö on puudlik või olematu.

Üheks sujuvat infovahetust mõjutavaks teguriks on infotehnoloogiline suutlikkus. Eestis on hetkel palju erinevaid infosüsteeme (Digilugu, Sotsiaalkaitse infosüsteem (SKAIS), Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister (STAR), Töötamise register (TÖR) jne), kus on tegelikult kõik abivajajat puudutav info olemas, kuid erinevatele infosüsteemidele pääsevad ligi erinevad inimesed. Näiteks ei näe raviarst seda, kas inimesele on määratud rehabilitatsiooniteenuseid, ning seda, kas ja kust ta neid saab, kuigi SKAIS andmebaasis on need andmed olemas. Samuti ei näe rehabilitatsioonimeeskond teenust saava inimese tervise andmeid ega ka seda, kas inimene saab näiteks KOV poolt toetavaid teenuseid. Ligipääs rohkemale infole võimaldaks erinevatel osapooltel osutada inimkesksemat teenust, st pakkuda teenust lähtudes

inimeste vajadustest ja mitte dubleerida käsitletavaid teemasid. Hetkel toimub infovahetus suuresti omaalgatuslikult ning isiklikele kontaktidele tuginevalt.

Selleks, et tagada inimesele kvaliteetne ja inimkeskne teenuste kättesaadavus, peab erinevate süsteemide vahel toimuma tihe koostöö. Praegune süsteem on paljuski üles ehitatud selliselt, et abivajaja peab ise oma ravi- ja teenuste teekonna, mis sisaldab ka rehabilitatsiooni, eest vastutama. Samas peab arvestama, et meeoluhäirega inimestel ei ole vaimset energiat, et seda teekonda üksi läbida. Oluline on aga, et nad saaksid vajalikke sekkumisi õigel ajal, sest muidu nende seisund halveneb. Kui isegi nt haigla sotsiaaltöötaja võtab alguses koordineeriva rolli, siis ta saab inimest vaid kuhugi edasi suunata, kuid haiglast lahkudes see kontakt kaob. Tuleb mees pidada, et ambulatoorset psühhiaatrilist abi osutavates väiksemates asutustes ei ole üldse sotsiaaltöötajat, kes seda kontakti looks. Selleks et abivajaja saaks sujuvalt erinevate asutuste ja tasandite vahel liikuda, on vaja nende asutuste vahelist koostööd. Näiteks haigla sotsiaaltöötaja (juhul kui inimene satub haiglasse, kus on ka sotsiaaltöötaja) võib küll KOV sotsiaaltöötajaga ühendust võtta, kuid vähe on juhtumeid (peamiselt eestkostega seotud), kus KOV töötaja abivajaja haiglast erinevate teenusteni juhib (9).

Väga oluliseks aspektiks psüühikahäiretega inimestele teenuste osutamisel on ka koostöö lähedastega ning nende nõustamine. Kuna psüühikahäired toovad tihti kaasa ka suhete lagunemise, siis on väga oluline, et lähedased saaksid nõustamist õigel ajal ning nad mõistaksid toimuvat ja oskaksid ka ise abivajajat aidata. Rahvusvahelistes rehabilitatsioonijuhistes on toodud, et perenõustamine (vm sarnased, nt hariduslikud, programmid lähedastele) on oluline nii ravisoostumuse koha pealt kui, et see aitab kokku hoida ka võimalikke kulusid (10–12). Õigeaegse lähedaste sekkumise korral paraneb ka info liikumine erinevate osapoolte vahel. Lähedaste kaasamine küll praegu toimub nii ravi- kui rehabilitatsiooniprotsessis, kuid see ei ole määratletud eraldi teenusena. Teadaolevalt pakub eraldi perenõustamist vaid Tallinna Vaimse Tervise Keskus (edaspidi TVTK).

Meeoluhäiretega inimesed on nimetanud olulise abina kogemusnõustamise teenust, kus rehabilitatsiooniteenusel alguse saanud kontakt võib jätkuda hiljem ühises tegevuses abivajajate või omaste hooldajate organisatsioonides, mis võivad jääda inimesele toeks teenuse lõppedes. See eeldab asutustelt, kes osutavad teenuseid meeoluhäirega inimestele, omada meeskonnas kogemusnõustajat, kes omab kogemust vastava häire skaalal, ja toetuse pakkumist algatustele, mis on mõeldud sihtrühma toetamiseks.

1.2.3. Juhtumikorraldaja

Rahvusvahelistes rehabilitatsioonijuhistes on selgelt välja toodud, et juhtumikorraldajal, kes on inimese kõrval kogu teekonna haiglaravist kuni teenuste lõppemiseni, on väga suur mõju nii ravitulemustele kui kulude kokkuhoiule (vt Lisa1). Eestis on praegu olukord, kus nõ juhtumikorralduslikku rolli püütakse võtta küll kõigil erinevatel tasanditel, kuid omavahel need enamasti ei haaku. Tavaliselt on haiglaravi vajavate meeoluhäiretega inimese esimeseks juhtumikorraldajaks haigla sotsiaaltöötaja, kes tutvustab inimesele erinevaid teenuseid ja võimalusi edasilikumiseks. Teiseks juhtumikorraldajaks on SKA konsultant, kes hindab inimese rehabilitatsiooniteenuste vajadust. Teenusevajadus hinnatakse põhjalikult ja ühtse metoodika alusel, kuid see kontakt jääb lühiajaliseks, tavaliselt ühekordseks. Juhul kui inimese eestkostjaks saab KOV (meeoluhäirete korral juhtub seda küll pigem harva), siis võtab juhtumikorraldaja rolli KOV-i sotsiaaltöötaja, kuid seal saab murekohaks see, et sellise rolli täitmiseks ei pruugi olla nende ettevalmistus piisav – ei tunta piisavalt erinevaid süsteeme ning ei teata, millal ja milliseid teenuseid inimene vajab. Kui inimene pöördub rehabilitatsiooniasutusse, siis tavaliselt tekib tal ka seal juhtumikorraldaja (teenuste koordinaator), kes tagab teenuste pakkumise rehabilitatsiooniasutuse poolt. Samas asutuseväline koostöö tihti puudub või on isikute vaheline. Meeoluhäirega inimese puhul võib ravi alata väiksemas ambulatoorses raviasutuses, kus ei ole sotsiaaltöötajat ja kellel puudub pädev info rehabilitatsiooni võimaluste kohta. Samuti ei satu meeoluhäirega inimesed enamasti KOV sotsiaaltöötaja vaatevälja ning

vastav seostamine jääb loomata. SKA konsultandi hindamiseks ja teenusele suunamiseks on aga vajalik isiku avaldus.

Aastatel 2016–2017 viis TVTK koostöös Põhja-Eesti Regionaalhaiglaga (edaspidi PERH) läbi projekti, kus piloteeriti teenuste pakkumise korraldust esmakordselt psühhooosi haigestunud inimestele võimalikult varajase sekkumisega, kohese seostamisega neile vajalike teenustega ning raviarsti ja rehabilitatsiooniteenuse osutaja võrgustikutööd. Piloteerimise sihtgrupiks olid psühhooosi haigestunud inimesed, kes projekti alguse perioodis olid esmakordselt ravil PERH Psühhiaatriakliiniku 9. osakonnas (integratiivravi). Ravil viibivatele haigestunutele ja nende pereliikmetele pakuti võimalust saada kontaktisik, kes aitab kaasa haigusest taastumisele, teenuste ja muu abi saamisele. Pilootprojekt tõendas vajadust toetada psühhooosihageid pikaajaliselt. Positiivsete tulemuste hulka kuulub see, et kui projekti alguses arvas 30% teenusesaajatest, et tunnevad ära haiguse sümptomid, siis aasta pärast oli see juba 70%. Tuli välja ka see, et 80% projektis osalenud teenusesaajatest võtavad rohtu või käivad süsti saamas, mis PERH-i kogemusel ilma projektita oleks ca 50%. Samuti tõsis pilootprojekti tulemusel teenusesaajate motivatsioon ja aktiivsus esmase haiglaravi ajaga võrreldes. Tänu projekti tegevustele said haigestunud ja nende pereliikmed neile sobivaid teenuseid, samuti taotlesid haigestunud kontaktisiku abil neile vajalikke riiklikke toetusi. Teenuste osutamisel on oluline sihtgruppi ja konkreetset teenusesaajat hästi tunda, ennetada haigestunu abisüsteemist väljalangemist ja leida sobiva intensiivsuse ning sisuga rehabiliteerivad/toetavad tegevused. Kuigi meeleoluhäiretega inimestel on ühiseid sarnaseid vajadusi, on nende (perede) toimetulek ning intellektuaalne võimekus erinev, millega tuleb teenuste osutamisel arvestada. Näiteks teenusesaaja (edasi)õppimise võimekus, pere majanduslik toimetulek, pere/sõprade olemasolu jm. Seetõttu on oluline, et abivajaja saaks ühe juhtumikorraldaja kogu ravi ja teenuste teekonnaks, kes tunneks erinevaid süsteeme ja ka haigusest tulenevaid eripärasid, millega arvestada.

1.2.4. Rahastus

Rehabilitatsiooniteenuseid osutatakse SKA poolt asutustele väljastatud halduslepingute alusel. SRT osutamise eelduseks on SKA ja asutuse vahel sõlmitud kehtiv haldusleping. Lepingud ja nõuded on mahukad, kuid enamasti ei ole teenuse osutaja põhitegevus sotsiaalne rehabilitatsioon. Sageli osutatakse lisaks SRT-le ka teisi sihtrühmaga seonduvaid teenuseid ja tegevusi (näiteks erihoolekandeteenused, haridusteenused, SPA teenused jmt.). Ühelt poolt on põhjuseks asutuse eksisteerimise tagamine. Asutuste poolt planeeritav rehabilitatsiooni tulu on muutlik, kuna psüühilise erivajadusega inimeste, sh meeleoluhäiretega inimeste välja kukkumine teenuselt on keskmisest kõrgem, kui puuduvad toetavad teenused. Teisalt on sellise rahastusskeemiga asutuses keeruline palgata spetsialisti täisajaga rehabilitatsiooniteenuse osutajaks, kuna pole teada, millised sihtrühma liikmed ning milliseid teenuseid ja millises mahus vajavad (tegevuskava koos vajalike teenustega tuleb asutusse koos inimesega). Ebastabiilset olukorda rehabilitatsiooniteenuste osutajate seas iseloomustavad kiired muutused teenust asutustes osutavate spetsialistide ja ka teenust kureerivate SKA töötajate seas.

Eestis rahastatakse funktsioonihäirete ravi, taastusravi ja rehabilitatsiooni ning KOV teenuseid erinevatest süsteemidest ning see tekitab võimaluse abivajaja välja kukkumiseks erinevatest süsteemidest, ära kadumist või vahel ka dubleerimist. Rehabilitatsiooniasutustes rahastab SKA vaid teatud teenuseid, mis lähevad sotsiaalteenuste alla. Samas on rehabilitatsiooniasutustes tööl ka arste ning õdesid, kes justkui osutaksid sotsiaalteenust (nt ei saa rehabilitatsioonimeeskonnas olev arst välja kirjutada retsepti kuna ta ei osuta seal tervishoiuteenust, vaid peab selleks inimese saatma tervishoiuteenuse osutaja juurde). Samuti ei ole enamustes rehabilitatsiooniasutustes võimalik kasutada kliinilise psühholoogi teenust (kuigi see oleks hädavajalik), kuna allasutus ei suuda seda kinni maksta (haigekassa rahastuse korral on kliiniline psühholoog palju paremini tasustatud). Samas on suureks probleemiks rehabilitatsiooniteenuse osutamisel ka asjaolu, et kogu eeltöö mis teenuse saajaga teha tuleb motiveerimine, teavitamine, lähedaste nõustamine enne teenusele asumist jms) ei mahu rahastuse alla.

Mitmed tegevused, mida rehabilitatsiooniasutused praegu teevad, ei kuulu ühegi teenuse alla ega ole omaette teenus (nt lähedaste ja inimese nõustamine enne ja peale teenust, juhtumikorraldus). See tähendab aga seda, et tegevus on ebaühtlane ja eesmärgistamata. Samuti on rehabilitatsiooniasutused ühe probleemina välja toonud asjaolu, et kuna nende teenused kuuluvad sotsiaalteenuste alla, siis peetakse neid teisejärgulisteks. See kõik aga võib kokkuvõttes mõjutada teenuste mõju ja kvaliteeti.

Vastavalt “Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasumise ning sõidu- ja majutuskulude hüvitamise tingimused ja rehabilitatsiooniprogrammi hindamiskriteeriumid “ määrusele on SRT sisu järgmine:

- Isiku seisundi hindamine on osa teenusest
 - Teenus sisaldab abivahendite vajaduse hindamist, sobiva abivahendi soovitamist ja kasutama õpetamist (võimaluse korral isiku tegevuskeskkonnas), vajaduse korral (kui puuduvad spetsiifilised teadmised või õigus abivahendit määrata) vajaliku abivahendi määramiseks teise spetsialisti poole pöördumise soovitamist.
 - Spetsialist on kohustatud soovitama isikul pöörduda teise spetsialisti poole, kui ta näeb selleks vajadust, põhjendades soovitusel pöördumise vajadust.
 - Teenus sisaldab eeltööd, otsest klienditööd ja järel tööd, sealhulgas dokumenteerimist.
 - Kõik teenusega kaasnevad kulud sisalduvad teenuse hinnas.
- Iga teenuse hinna sisse on arvestatud:
 - rehabilitatsiooniprotsessis osalemise juhendamine ja võrgustikutöö, sealhulgas võrgustikuliikmete nõustamine, et aidata isikul saavutada rehabilitatsiooni eesmärgi ja luua toetav keskkond. Võrgustikutöö ei eelda võrgustikuliikmeka kohtumist, seda võib teha ka telefoni, kirja jm teel. Võrgustiku all mõeldakse nii lähi võrgustikku (pereliikmed, sõbrad, naabrid jt) kui formaalset võrgustikku (omavalitsuse sotsiaaltöötaja, teiste teenuste osutajad, perearst, töandja jt). Rehabilitatsiooniprotsessis osalemise juhendamine ja võrgustikutöö on:
 - isiku ja tema võrgustiku nõustamine ja juhendamine ning isiku seostamine teenustega rehabilitatsiooniprotsessis (sh rehabilitatsiooniplaani elluviimisel) juhtumikorralduse põhimõttel,
 - põhjendatud vajaduse korral ja kokkuleppel isikuga kahe või enama rehabilitatsioonimeeskonna spetsialisti osalemine kliendijuhtumiga seonduval võrgustikupartneri nõupidamisel,
 - isiku motiveerimine, jõustamine ja toetamine,
 - isikuga teenuse mõjususe analüüsimine;
 - rehabilitatsioonitulemuste hindamine, milleks on:
 - rehabilitatsiooni eesmärkide ja tegevuskava muutmine või täiendamine meeskonnatöö tulemusena,
 - rehabilitatsiooniprotsessi seire ja meeskonnatöö tulemusena mitme spetsialisti tehtavad vahehindamised (sh pikemaajase programmipõhise sekkumise korral),
 - teenuse tulemuslikkuse ja mõjususe hindamine rehabilitatsiooniprotsessi lõpus, vajaduse korral seostamine teiste teenuste osutajatega.

1.3. Erinevate teenuste integreeritus

Teenusevajaduse hindamise esmane eesmärk on teha kindlaks kas inimene üldse vajab SRT teenust ja seejärel millist tüüpi abi vajavatakse (13). Sealjuures on oluline kindlaks teha abivajaduse raskusaste, et tagada õigeaegne ja sihtotstarbeline reageerimine (14). Teenusevajaduse hindamine põhineb suures osas andmete kogumisel ja nende analüüsimisel. Teenusevajaduse hindamise puhul saab eristada kahte tüüpi andmeid: esmaseid (kogutakse vahetult abivajaja käest) ja sekundaarsed andmed (erinevate registrite andmed). Võimalusel tuleks vältida andmete dubleerimist. Kui registrites on info olemas, ei ole vaja seda inimese käest enam uuesti küsida (15). Rehabilitatsiooni kontekstis on abivajaduse hindamisega seoses võimalik andmeid koguda peamiselt inimeselt endalt (või tema lähedastelt), teatud andmed on nähtavad

ka STAR-is (nt puude raskusastme hindamise otsus, töövõime hindamise tulemus). Vaatamata loodud eeldustele ametkondliku ja riikliku statistika operatiivsemaks ja kvaliteetsemaks tootmiseks sotsiaalvaldkonnas, sh üleminek nn teenusepõhiselt statistikalt isikupõhisele statistikale (16), ei toimi see veel andmekaitseeaduse piirangute tõttu (17).

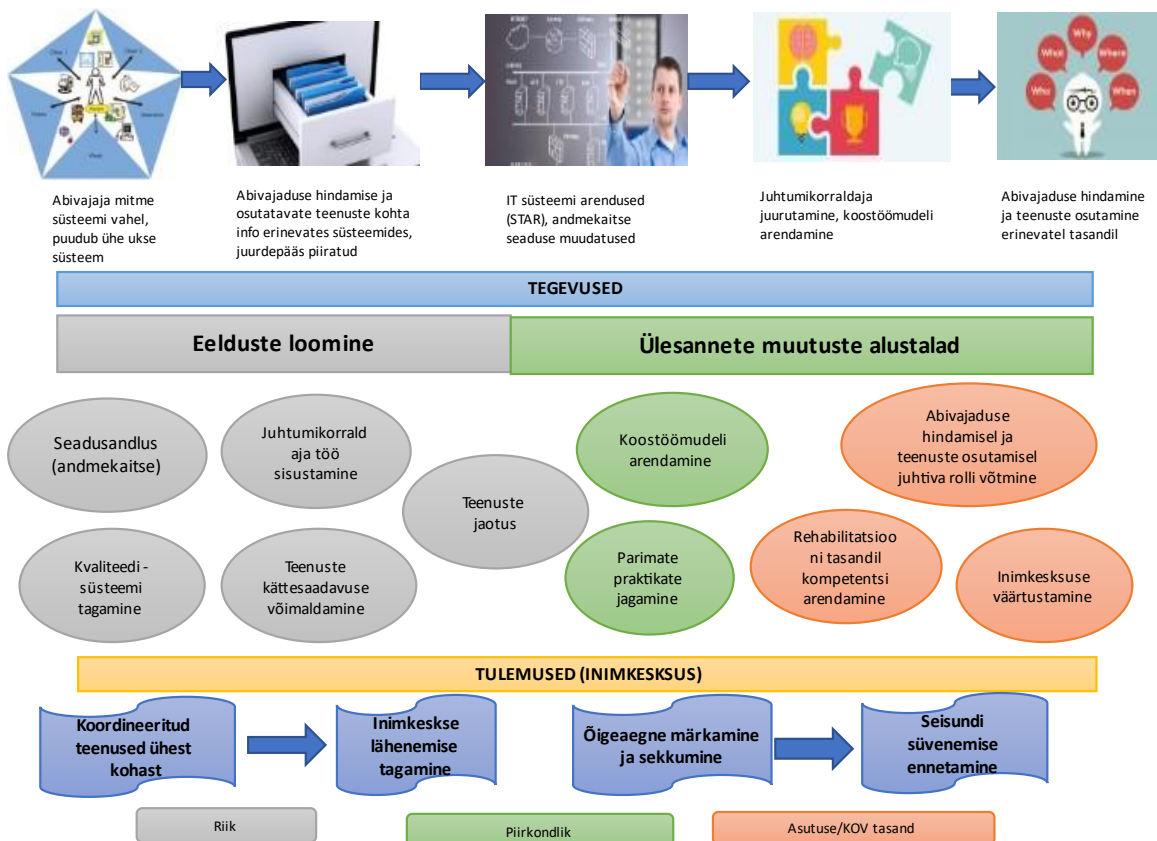
Tulenevalt andmesüsteemide puudujääkidest on Eestis praegu suurim väljakutse puudulik ülevaade riigi tasandil valdkondade ja teenuste koosmõjust. On küll teada, mis mahtudes ja millistes piirkondades teenuseid pakutakse, kuid teadmata on näiteks see, millistel juhtudel on saadud enne statsionaarseid teenuseid kodus pakutavaid teenuseid, kas koduteenust pakutakse koos koduõendusteenusega, kas haigusest taastujatele järgneb pärast taastusravi tööalane või sotsiaalne rehabilitatsioon ja kas nad saavad lisaks KOV-i teenuseid. Seetõttu on oluline, et abivajaja kohta käivad andmed koondusid kokku valdkonnaüleselt, mis tagaks üksikjuhtumite kiirema ülesleidmise ning parema lahenduse (18). Andmete puudulik kättesaadavus takistab abivajajat igakülgset aidata (näiteks ei teata, millised on inimese tervislikust seisundist tulenevad piirangud ja vajadused, või milliseid töötukassa teenuseid on talle määratud) (17). Näitena toodud info võimaldaks paremini sihutada KOV-i teenuseid, vältida teenuste dubleerimist ja muuta kogu abivajaduse hindamine ning teenuste korraldamine inimkesksemaks.

Selleks, et rehabilitatsiooniasutused saaksid paremini toime tulla kvaliteetse teenuse tagamisega, peab muutus hõlmama suurt osa teenuste korraldamisega seotud süsteemidest. Sealjuures peab kogu strateegiline tegevus arvestama asjaoluga, et nii teenuste vajaduse hindamine kui teenuste osutamine oleksid korraldatud võimalikult inimkeskselt, olemas oleksid vajalikud teenusepakkujad (sh et inimene saaks vajadusele vastavat, mitte olemasolevat teenust), olemas oleksid kõik vajalikud andmed (vältimaks tegevuste dubleerimist ja seeläbi halduskoormuse vähenemist nii spetsialistidele kui inimesele), tagatud oleksid toetavad teenused, mis võimaldaks inimesel vältida korduvat haiglaravi ning tagatud oleksid õigeaegselt kättesaadavad asjakohased teenused (19,20).

Euroopas propageeritakse abivajaduse hindamisel ja teenuste korraldamisel järjest enam juhtumikorraldaja (koordinaatori) töö olulisust (20–22). Eelkõige mõeldakse juhtumikorraldamise all lähenemisviisi, kus abivajadus ja saadavad teenused on ühtsel tasandil korraldatud, asjakohased ning kättesaadavad. Sealjuures on olulisel kohal terviklik lähenemine ja koostöö erinevate osapoolte vahel (nii tervishoiu kui sotsiaalvaldkonnas). Eelkõige on juhtumi koordinaator oluline keerukamate juhtumite puhul, kus on vaja koordineerida erinevate spetsialistide koostööd (kaasates nii abivajaja kui tema lähedased) ning tagada erinevate tasandite teenuste kättesaadavus (23).

Alates 2018. aastast on Eestis alustatud mitme pilootprojekti läbiviimist, mille raames püütakse muuhulgas rakendada juhtumikorraldaja (koordinaatori) tööd. Näiteks on Euroopa Sotsiaalfondi (ESF) poolt rahastatud ja SKA poolt koordineeritud pilootprojekt „Isikukeskse erihoolekande teenusmudeli rakendamine kohalikus omavalitsuses“ (01.10.2019–31.12.2021), mille eesmärk on katsetada psüühilise erivajadusega inimeste abistamisel teenuskomponentidel põhinevat lähenemist ja testida korraldusskeemi, kus psüühilise erivajadusega inimeste teenuste korraldaja rollis on KOV (24). 01.08.2018–31.07.2019 viidi läbi hoolduse koordineerimise pilootprojekt, mille eesmärgiks oli hooldusvajadusega inimeste ja nende lähedaste koormuse vähendamine asjaajamisel; abivajadusega inimestele asjakohase abi pakkumine võimalikult vara (sh pikendades seeläbi toimetuleku aega kodus); senisest parema info kogumine süsteemsete kitsaskohtade kohta. Pilootprojekti raames testiti üldist kontseptsiooni ja detailsema mudeli väljaarendamist. Sihtgrupiks olid suure ja keerulise hooldusvajadusega täisealised inimesed, kes vajasisid pikemaajaliselt abi nii tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemist (25,26). Pilootprojekti tulemusena leiti, et hoolduskoordinaatori mudeli eduka rakendamise eelduseks on piirkonnas tegutsevate osaliste (KOV-i, perearstikeskuse, piirkonna haigla, sotsiaal- ja tervishoiuteenuste pakkujate jt) vahel olevad selged kokkulepped ülesannete jaotumise osas, selleks vajalik kompetents ning kas ja mis ülesannete jaoks on vaja lisatööjõudu (27).

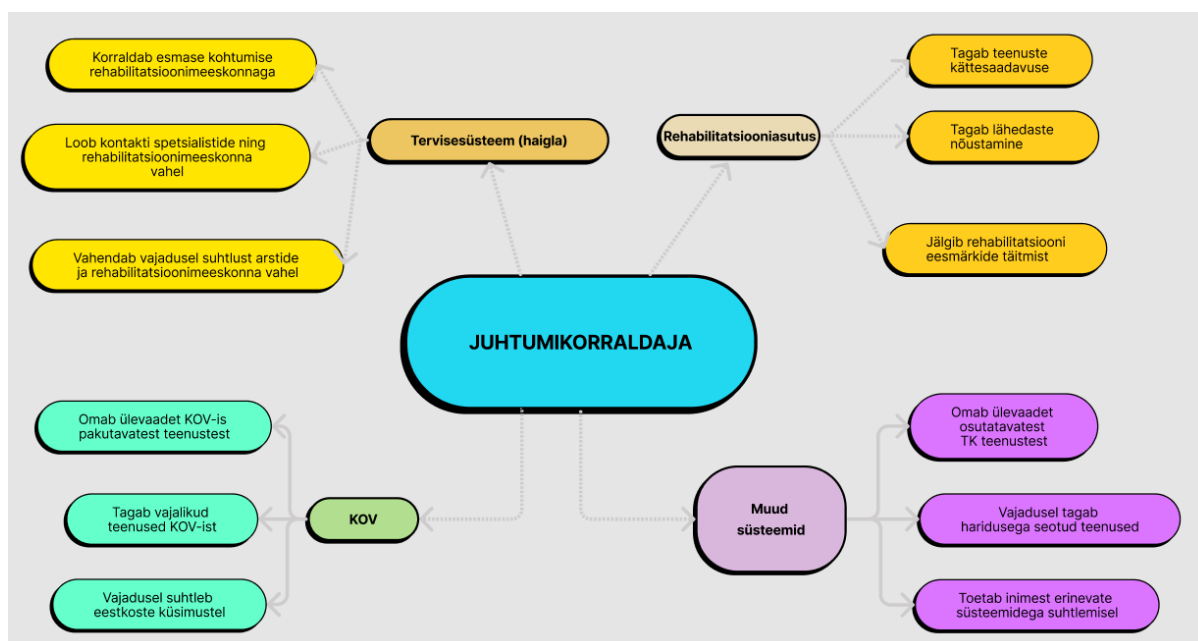
Tuginedes rahvusvahelistele soovitudele ja Eesti olukorrale on järgneval joonisel (Joonis 4) näidatud abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamise raamistik, mis peaks põhinema läbivalt inimkesksel lähenemisel. Selleks, et tagada parem abivajaduse hindamine ja teenuste korraldus, on vaja luua teatud eeldused. Üheks oluliseks eelduseks on andmekaitse seaduse muutmine nii, et abivajaja kohta oleksid parima teenuse tagamiseks kõik vajalikud andmed olemas. Teiseks oluliseks eelduseks on riiklikul tasandil kvaliteedi süsteemi tagamine, mis võimaldaks abivajaduse hindamist ja teenuste (sealhulgas rehabilitatsiooniteenuste) korraldust läbi viia ühtsetel alustel ja tagada seeläbi ka piirkondlik võrdsus. Praegu käib küll mitu pilootprojekti seoses juhtumikorraldajate tööle rakendamise, kuid üldise raamistiku korral peaks juhtumikorraldaja tööülesanded olema keskselt sisustatud ning nende koolitus/väljaõpe riigi poolt tagatud. Enne, kui kellelegi pakkuda (olgu see siis rehabilitatsiooniasutuse tasand, KOV tasand või mõni muu) võimalike ülesannete üleandmist seoses abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamisega, peab olema tagatud teenuste osutamise võimekus. Praegu on seadusandluses täpselt reglementeeritud teenused, mida osutatakse KOV-i ja mida riigi tasandil (sh rehabilitatsiooniteenused) (9).



Joonis 4. Inimkeskse abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamise raamistik (autorite koostatud)

Nagu ka eelnev joonis kinnitab, on hea teenuse tagamise eelduseks juhtumikorraldaja olemasolu. On mõeldamatu, et psüühikahäirega inimene või tema lähedased suudaksid nende süsteemide vahel orienteeruda ning tegelikult ei suuda seda isegi alati ametnikud. Mitmes riigis Euroopas (nt Taani, Holland), õpitakse spetsiaalselt juhtumikorraldust ning õpe sisaldab ka erinevate süsteemide tundmist ning neis orienteerumist. See kui haigla sotsiaaltöötaja tunneb hästi tervishoiusüsteemi ja veidi ka sotsiaalsüsteemi, ei tähenda, et ta teaks, mis tingimustel saab teenuseid Töötukassast või kuidas inimene saaks oma haridusteed jätkata. Vaja oleks aga just terviklikku komplekslähendamist, mis tagaks kõikide süsteemide integreerituse ja vajalike teenuste kättesaadavuse, olenemata nende rahastusest või muudest tingimustest.

Järgmisel joonisel on välja toodud nõ ideaalne juhtumikorralduse mudel, mis võiks Eestis psühhiaatrilist abi vajava inimese kontekstis toimida. Sealjuures ongi eelduseks, et juhtumikorraldajal oleks inimese kohta olemas oluline info erinevatest süsteemidest ja ta peaks ka ise nende süsteemide vahel suutma orienteeruda.



Joonis 5. Juhtumikorraldaja roll ravi-ja teenuste teekonnal (autorite koostatud)

1.4. Meeleoluhäiretega inimeste rehabilitatsioonivõimalused Eestis

Meeleoluhäiretega tööelise sihtgrupp on aastatel 2019–2020 olnud üks levinumaid SRT-le suunamisi saanud häirete grupp. Depressiooni levimus Eesti rahvastikus oli 2020.a. Haigekassa andmetel ca 4 % (28). Sotsiaalkindlustuse andmetel moodustasid meeleoluhäiretega inimesed 15% kõigist SRT saanud teenuse saajatest. Meeleoluhäiretega SRT saanutest rohkem kui pooltel lisandus depressiooni diagnoosile veel muu kaasuv diagnoos. Meeleoluhäiretega inimestel on praegu võimalus rehabilitatsiooniteenuseid saada samadel alustel, mis ülejäänud puudega või piiratud töövõimega inimestel. Peamiseks piiranguks on see, et selle diagnoosiga inimestele ei paku rehabilitatsiooniteenuseid kõik rehabilitatsiooniteenuse osutajad ja seetõttu võib komplekse teenuse saamine olla keerukam.

Depressioon on tihti krooniline, halvasti ravile alluv ja sagedaste tagasilangustega häire. Seega peaks SRT suunatud meeleoluhäirega inimeste igapäevase funktsioneerimise, kogukonna rollide säilitamisele ja tagasilanguste vähendavate oskuste kujundamisele. Sagedaste tagasilanguste tõttu peaks kroonilise meeleoluhäiretega inimestele võimaldama SRT teenuse osutamist kindlasti mitmel rehabilitatsiooniteenuse perioodil.

Depressioon seostatakse märkimisväärse häbimärgistamise ja hirmuga. Esimesed aastad pärast haiguse algust võivad olla eriti häirivad ja kaootilised ning sel perioodil on enesetappude oht suurem (29). Kui äge episood on möödas, tekivad sageli muud probleemid, nagu sotsiaalne tõrjutus, vähenenud võimalused tööle või õppima naasmiseks ja probleemid uute suhete loomisel (30). Seetõttu on oluline, et rehabilitatsiooniteenuseid saaks osutada võimalikult kiiresti peale esmahaigestumist ja et oleksid kaasatud lähi võrgustik. SRT üheks oluliseks toeks inimesele ja tema lähedastele sellel perioodil on kogemusnõustamise teenus, mis annab lootust ja aitab inimesel realistlikumaid eesmärke seada. Käesolevalt ei ole kõigis rehabilitatsiooniasutustes kogemusnõustaja teenus kättesaadav.

Alates 2021. aastast on esmasesse psühhoosi haigestunud inimestele, kellel ravimeeskond on aktiivravi (statsionaarne, ambulatoorne) ajal tuvastanud rehabilitatsiooniteenuse vajaduse, võimalik saada kiirendatud korras SRT-le. Teenuse eesmärkideks on pakkuda esmasesse psühhoosi haigestunud inimestele ja nende lähedastele võimalust juba aktiivravil viibides või kohe pärast selle lõppemist saada rehabiliteerivaid ja toetavaid sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuseid, vähendamaks haiguse negatiivseid tagajärgi inimese toimetulekule ning hoidmaks inimest ühiskonda kaasatuna. Samuti on oluline jälgida aktiivravi ajal ja selle lõppedes koheste toetusmeetmete kasutamise võimaluse mõju inimese valmisolekule võtta vastu ja kasutada taastumist toetavaid tegevusi. Hinnata mõju tema tervislikule seisundile ja igapäevaeluga toimetulekule (31). Meeleoluhäirete puhul, kus inimesed ei pruugi haigestumise algul haiglasse jõuda, on olulistele teenustele saamine mõnevõrra keerukam ja pikemaajalisem protsess.

2. Rehabilitatsioonijuhiste rahvusvaheline kontekst

2.1. Rehabilitatsioonijuhiste olulisus rehabilitatsiooniteenuste osutamisel

2.2.1. Rehabilitatsiooni olemus

MTO poolt on rehabilitatsioon määratletud kui "sekkumiste kogum, mis on suunatud kõikvõimalike toimetulekut raskendavate ja puuet põhjustavate haigusseisundite mõju leevendamisele ja puuetega inimeste optimaalse sotsiaalse integratsiooni saavutamisele". Lihtsamalt öeldes aitab rehabilitatsioon lapsel, täiskasvanul või eakal/vanemaealisel inimesel olla igapäevatoimingutes võimalikult iseseisev ning võimaldab osaleda hariduse, töö, vaba aja ja puhkusega seotud tegevustes ja mõtestatud elurollides nagu pere eest hoolitsemine. Rehabilitatsiooni üheks väljundiks on inimese igapäevaeluga toimetuleku parendamine pakkudes tuge raskustega toimetulekul seoses mõtlemise, nägemise, kuulmise, suhtlemise, söömise või liikumisega. Igaüks võib mingil eluperioodil vajada rehabilitatsiooniteenuseid, näiteks pärast vigastust, operatsiooni, haigestumist või seetõttu, et tema funktsioneerimine on vanusega halvenenud (32).

Rehabilitatsioonimeetmed on suunatud järgmiste üldiste eesmärkide saavutamisele:

- funktsiooni kaotuse vältimine;
- funktsiooni kadumise kiiruse aeglustamine;
- funktsiooni parandamine või taastamine;
- hüvitis kaotatud funktsiooni eest;
- olemasoleva funktsiooni säilitamine.

Rehabilitatsioon on isikukeskne, mis tähendab, et iga inimese jaoks valitud sekkumised ja lähenemisviis sõltuvad tema eesmärkidest ja eelistustest. Rehabilitatsiooniteenuseid saab osutada erinevas keskkonnas, alustades statsionaarsest või ambulatoorsest tervishoiuteenuse osutajast, lõpetades erakliinikute või kogukonnaasutustega, milleks võib olla ka üksikisiku kodu. Mõnes riigis tegutsevad spetsiaalsed rehabilitatsiooniteenust osutavad asutused, mis ongi spetsialiseerunud ainult vastava teenuse osutamisele (sh ka Eestis), kuid enamasti on rehabilitatsioonimeeskond siiski tugevalt seotud tervishoiusüsteemiga (nt taastusravi osakonna üks osa). Rehabilitatsioonimeeskonna personal koosneb erinevatest tervishoiutöötajatest, sealhulgas füsioterapeudid, tegevusterapeudid, audioloogid, logopeedid, ortopeedid ja proteesijad, kliinilised psühholoogid, meditsiinilise ravi ja taastusravi arstid ning vaimse tervise õed.

Rehabilitatsiooni eelised

Rehabilitatsioon võib vähendada paljude tervise seisundite, sealhulgas haigestumise (ägedate või krooniliste), haigusseisundite ja vigastuste mõju. See võib olla täiendavaks meetmeks/sekkumiseks muude tervise seotud meditsiiniliste ja kirurgiliste sekkumiste korral, aidates saavutada parima võimaliku tulemuse. Näiteks võib rehabilitatsioon aidata leevendada, toime tulla või ära hoida paljude tervise seisunditega seotud tüsistusi, nagu seljaaju vigastus, insult või luumurd.

Rehabilitatsioon aitab minimeerida või aeglustada krooniliste tervise seisundite, nagu südame-veresoonkonna haigused või vähk ja diabeet, puudelisust tekitavat mõju, varustades inimesi neile vajalike toimetulekustrateegiatega ja abivahenditega või tegeledes valu ja muude tüsistustega.

Rehabilitatsioon on investering, mis toob kasu nii üksikisikutele kui ka ühiskonnale. See võib aidata vältida kulukat haiglaravi, lühendada haiglas viibimise kestust ja vältida korduvravi vajadust. Rehabilitatsioon

võimaldab inimestel õppida ja teha tasustatud tööd, tulla kodus iseseisvalt toime ja minimeerida vajadust rahalise või hooldajatoetuse järele.

Väärarusaamad rehabilitatsioonist

Rehabilitatsioon ei ole mõeldud ainult inimestele, kellel on pikaajaline või füüsiline puue. Pigem on rehabilitatsioon põhiteenus kõigile, kellel on äge või krooniline tervise seisund, talitlust piirav kahjustus või vigastus, ning sellisena peaks see olema kättesaadav kõigile, kes seda vajavad.

Rehabilitatsioon ei ole luksusklassi kuuluv tervise teenus, mis on kättesaadav ainult neile, kes seda endale lubada saavad. Samuti pole see valikuline teenus, mida proovida ainult siis, kui muud tervise seisundit ennetavad või ravivad sekkumised ebaõnnestuvad.

Et rehabilitatsioonist saadav sotsiaalne, majanduslik ja tervislik kasu täiel määral realiseeruks, peaksid õigeaegsed, kvaliteetsed ja taskukohased rehabilitatsiooni sekkumised olema kõigile kättesaadavad. Paljudel juhtudel tähendab see rehabilitatsiooniga alustamist niipea kui tervise seisund on tuvastatud ja rehabilitatsiooniteenuse osutamist samaaegselt teiste tervisega seotud sekkumistega.

Rahuldamata ülemaailmne rehabilitatsiooni vajadus

Ülemaailmselt elab praegu umbes 2,4 miljardit inimest tervise seisundiga, mille puhul on rehabilitatsiooniteenustest kasu. Kuna kogu maailmas toimuvad muutused elanikkonna tervises ja demograafilistes näitajates, siis rehabilitatsiooni vajadus lähiaastatel pigem suureneb.

Inimesed elavad kauem, prognooside kohaselt kahekordistub üle 60-aastaste inimeste arv 2050. aastaks ning üha rohkem inimesi elab krooniliste haigustega nagu diabeet, insult ja vähk. Samal ajal püsib jätkuvalt vigastuste (nt põletushaavad) ja laste füüsilise ja vaimse arengu häirete (nt tserebraalparalüüs) esinemissagedus. Need tervise seisundid võivad mõjutada inimese toimetulekut ja on seotud suurenenud puude tasemega, mille puhul võib rehabilitatsioonist kasu olla.

Ülemaailmne vajadus rehabilitatsiooniteenuste järele on jätkuvalt rahuldamata mitmete tegurite tõttu, sealhulgas:

- Riiklikul tasandil rehabilitatsiooni prioriseerimise, rahastamise, poliitika ja plaanide puudumine.
- Rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavuse puudumine väljaspool linnapiirkondi ja pikad ooteajad.
- Kõrge omafinantseerimise määr ja olematud või ebapiisavad rahastamisvahendid.
- Väljaõppinud rehabilitatsioonispetsialistide puudumine.
- Ressursside, sealhulgas abistava tehnoloogia, seadmete ja kulumaterjalide vähesus.
- Vajadus täiendavate uuringute ja andmete järele rehabilitatsiooni kohta.
- Ebaefektiivne ja alakasutatud suunamine rehabilitatsiooniteenusele.

2.2.2. Rehabilitatsioonijuhiste vajalikkus MTO määratluses

On leitud, et puuetega inimesed kogevad kõrgemat vaesuse määra kui ilma puueteta inimesed. Puuetega inimesed ja leibkonnad, kus on puudega liige, kogevad keskmisest suuremaid toimetulekuraskuseid – sealhulgas täisväärtusliku toidu puudumine, kehvad elutingimused, juurdepääsu puudumine puhtale veele ja kanalisatsioonile ning ebapiisav juurdepääs tervishoiuteenustele – ning nad on materiaalselt vähem kindlustatud kui ilma puueteta inimesed. Puuetega inimestel võivad tekkida lisakulud seoses tugiteenuste, arstiabi või abivahendite eest tasumisega. Suuremate kulude tõttu on puuetega inimesed ja nende leibkonnad tõenäoliselt vaesemad kui sarnase sissetulekuga puudeta inimesed.

Rehabilitatsioon võib aidata kaasa vaesuse vähendamisele toimetuleku, aktiivsuse ja osaluse parandamise kaudu. Uuringute tulemused näitavad, et vananemisest ja paljudest tervise seisunditest tulenevaid talitlusraskusi saab rehabilitatsiooni abil leevendada ja elukvaliteeti parandada. Rehabilitatsiooniteenustele juurdepääsu puudumine võib suurendada haiguse või vigastuse mõju ja

tagajärgi, piirata tegutsemist ja osalemist ühiskonnaelus, põhjustada tervise halvenemist, alandada elukvaliteeti ning suurendada tervishoiu- ja rehabilitatsiooniteenuste kasutamist (33).

Hinnangute kohaselt suureneb nende inimeste arv, kes vajavad rehabilitatsiooniteenuseid. Seda näitas ka 2011. aastal avaldatud MTO ja Maailmapanga raport, mille kohaselt elab puudega ligikaudu 1 miljard inimest ehk 15% maailma elanikkonnast, millest 110–190 miljonil täiskasvanul on raske või sügav puue. Eeldatakse, et puudega elavate inimeste arv kasvab maailma rahvastiku vananemise ja krooniliste haiguste esinemissageduse suurenemise tõttu koosmõjus muude keskkonnateguritega nagu liiklusõnnetustes saadud vigastused, kliimamuutused, looduskatastroofid ja konfliktid (33).

Rehabilitatsiooni pakkumise, kättesaadavuse ja kvaliteedi osas esineb puuduseid. Puuduvad globaalsed andmed rehabilitatsioonivajaduse, pakutavate meetmete tüübi ja kvaliteedi ning rahuldamata vajaduse hindamiseks. Riikliku tasandi andmed näitavad suuri puudujääke rehabilitatsiooniteenuste osutamisel ja kättesaadavuses paljudes madala ja keskmise sissetulekuga riikides. Paljudes riikides on rehabilitatsiooniteenused ebapiisavad. Puuetega inimesed kogevad tervishoiuteenustele juurdepääsul rohkem takistusi. Maailma terviseuuringu analüüs näitas, et puudega inimesed leidsid rohkem kui kaks korda tõenäolisemalt, et tervishoiuteenuse osutaja oskused või seadmed ei vasta nende vajadustele, ja peaaegu kolm korda tõenäolisemalt, et neile ei anta abi (33).

Euroopa Liidu liikmesriigid nõuavad juhiseid rehabilitatsiooniteenuste arendamiseks ja tugevdamiseks olemasolevate süsteemide raames, kuna rehabilitatsioon ei ole erinevatel tasanditel piisavalt prioriteetne. Tervishoiusüsteemide suutlikkuse puudumine väiksemate ressurssidega keskkonnas tõhusate rehabilitatsiooniteenuste osutamiseks sunnib liikmesriike hankima teadmisi ja juhiseid tervishoiusüsteemide tugevdamiseks, et parandada teenuste kvaliteeti ja nende inimeste, kes kogevad terviseseisundi tõttu töövõimetust, juurdepääsu rehabilitatsiooniteenustele.

2.2.3. Rehabilitatsiooni kompetentsi raamistik

Rehabilitatsiooni kompetentsi raamistik (edaspidi RKR) annab rehabilitatsiooniteenuste osutamisele ühtse struktuuri ja korralduse, mida saab kasutada rehabilitatsiooniteenuste arendamisel, et aidata süstemaatiliselt hinnata rehabilitatsiooni olukordi konkreetsetes kontekstis. Järgmisena on toodud näide rehabilitatsiooni tüüpidest ja nende iseloomustustest. Mitmed riigid Euroopas (nt Ühendkuningriigid (UK), Lõuna-Euroopa riigid) jagavad rehabilitatsiooniteenuseid nende iseloomu järgi.

Tabel 2. Erinevad rehabilitatsiooni tüübid

Rehabilitatsiooni tüüp	Iseloomustus	Sihtgrupp
Spetsialiseeritud kõrgetasemeline rehabilitatsioon	<ul style="list-style-type: none"> Spetsiaalne rehabilitatsioon, mida on võimalik teostada intensiivse tööna pikaajalises asutuses või programmis. Tavaliselt inimestele, kellel on keerulised vajadused, mis mõjutavad mitut toimimisvaldkonda. Sarnaneb kolmanda taseme raviga – võib alata ägedas faasis ja jätkuda alaägedas faasis. Võib olla väga spetsialiseerunud ühele terviseseisundile, näiteks seljaaju vigastuse korral, või pakkuda rehabilitatsiooni erinevate tervisehäiretega inimestele 	Seljaaju vigastus Traumaatiline ajukahjustus Põletused Insult Suur trauma Ortopeedilised luumurrud ja asendused Valu Elundite siirdamine Amputatsioon Kardiovaskulaarsed seisundid Neuroloogilised seisundid Psühhiaatrilised seisundid

	<p>spetsiaalses rehabilitatsiooni asutuses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sekkumisi viib läbi rehabilitatsioonipersonal, kuid neid võivad läbi viia ka teised spetsialiseerunud (tervishoiu)spetsialistid. 	
<p>Rehabilitatsioon integreeritud kolmanda taseme ja teise taseme tervishoiu meditsiinierialadesse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vähem spetsialiseerunud ja tavaliselt antakse lühiajaliselt ravi ägedas või alaägedas faasis. • Integreeritud tervishoiuteenustesse ja programmidesse, mis on mõeldud inimestele, kellel on palju haigusseisundeid ja keda ravitakse kolmanda taseme ja teise taseme tervishoius. • Rehabilitatsiooni sekkumisi viib enamasti läbi rehabilitatsioonipersonal, kuid neid võivad läbi viia ka teised tervishoiutöötajad. 	<p>Lihask skeleti Neuroloogilised Kardiovaskulaarne Hingamisteede Geriaatriline Psühhiaatriline Siseorgan Kuulmine Nägemine Günekoloogiline Pediaatriline</p>
<p>Esmatasandi tervishoiuga integreeritud rehabilitatsioon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pakutakse esmatasandi tervishoiu kontekstis, mis hõlmab teenuseid ja spetsialiste, mis või kes toimivad inimesele esimese kontaktpunktina tervishoiusüsteemiga. • Seda võib manustada ravi ägedas, alaägedas ja pikaajalises faasis. • Rehabilitatsiooni sekkumisi viib läbi enamasti rehabilitatsioonipersonal, kuid neid võivad läbi viia ka teised esmatasandi tervishoiutöötajad. 	<p>Lihask skeleti Neuroloogilised Kardiovaskulaarne Hingamisteede Pediaatriline Psühhiaatriline</p>
<p>Kogukondlik rehabilitatsioon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eristatakse selle kaudu, et see on kajastatud kogukonna tasandi strateegias. • Tertsiaarset, sekundaarset ja esmast arstiabi saab pakkuda kogukonnas, enamasti on seda tüüpi rehabilitatsioon teisejärgulise ravi vorm ja see toimub ravi alaägedas ja pikaajalises faasis. • Esitatakse mõõduka kuni madala intensiivsusega lühikese, vahelduva (episoodilise) või pikaajalise perioodi jooksul. 	<p>Hiljuti kõrge intensiivsusega spetsiaalselt teenuselt pääsenud Vahelduv rehabilitatsiooni vajadus ja piiratud juurdepääs transpordile Arenguraskuste ja puuetega lapsed Eakad inimesed, kellel on juurdepääs spetsiaalsetele terviseprogrammidele Degeneratiivne haigus Psühhiaatrilised seisundid Rehabilitatsiooni vajadused pikaajalise hoolduse asutustes</p>

- Erinevate mehhanismide kaudu, näiteks rehabilitatsioonipersonali jõudmine koju, kooli või töökohta; ja regulaarsed mobiilsed kliinikud, kus rehabilitatsioonipersonal osutab sekkumisi, näiteks abivahendeid.
- Võib olla integreeritud ka muudesse tervishoiu- ja sotsiaalprogrammidesse, nagu näiteks koduõendus, varajase vägivalla sekkumise programmid ja puuetele suunatud kogukonnateenused.
- Sekkumisi viib enamasti läbi rehabilitatsioonipersonal, kuid neid võivad läbi viia ka teised tervishoiutöötajad.

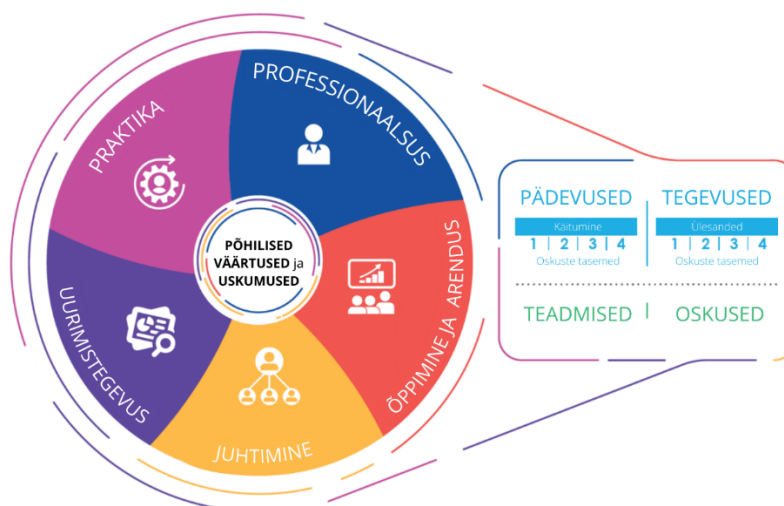
Mitteametlik hooldus

- See ei ole rehabilitatsiooniteenus, vaid osa mitteametlikust ja enesejuhitavast hooldusest, mis toimub seal, kus ei pruugi olla rehabilitatsiooni- või tervishoiutöötajaid.
- Toimub rehabilitatsiooniepisoodi ajal või osana individuaalsest rehabilitatsiooniplaanist, see võib ilmned ka siis, kui inimesed alustavad ise taastusravi, et säilitada või veelgi parandada oma toimimist, tavaliselt pikema aja jooksul.

See hõlmab kõiki, kes alustavad tegevusi oma toimimise säilitamiseks või edasiseks parandamiseks.

Kuni viimase ajani ei eksisteerinud pädevusraamistikku, mis oleks asjakohane nii madala kui ka suure ressursiga tingimustes, mis täiendaks rehabilitatsioonipädevusi kõigis tervishoiu- ja sotsiaalhooldusvaldkondades. Seetõttu töötas MTO välja rehabilitatsiooni kompetentsi raamistiku (RKR), mis aitaks tugevdada rehabilitatsioonitöötajate identiteeti. RKR kajastab seda, mida rehabilitatsiooni osutavad või toetavad inimesed teevad – tegevusi, ning käitumist, teadmisi ja oskusi ehk pädevusi, mis võimaldavad kvaliteetset hooldust ja teenuste osutamist. See hõlmab tegevusi ja pädevusi rehabilitatsioonipraktika, professionaalsuse, õppimise ja arengu, juhtimise ning uurimistöö valdkondades (34). See on mudel, mis edastab rehabilitatsioonitöötajate eeldatavat või taotletavat tulemuslikkust erinevates riikides ja paikades, et võimaldada kvaliteetset teenuste osutamist ning koosneb viiest põhiväärtustest ja tõekspidamistest, mis on raamistiku keskmes ja aitavad kujundada rehabilitatsioonitöötaja käitumist ja ülesannete täitmist kõigis rehabilitatsiooni valdkondades. RKR sisaldab mitmeid üksteist täiendavaid ja omavahel seotud komponente:

- põhiväärtused ja tõekspidamised;
- pädevused ja käitumine, mille kaudu neid väljendatakse;
- tegevused ja nendega seotud ülesanded;
- teadmised ja oskused.



Joonis 7. Rehabilitatsiooni kompetentsi raamistik

RKR tegevused ja ülesanded hõlmavad rehabilitatsioonitöö ulatust ja mitte kõik ei ole iga rehabilitatsioonitöötaja jaoks asjakohased. RKR protsessis eeldatakse, et pädevusraamistiku arendajad võtavad välja ainult nende konkreetse tööjõuga seotud tegevused ja ülesanded (35). Samuti võivad erinevad inimesed ja kultuurid väärtushinnanguid ja uskumusi veidi erinevalt tõlgendada ning seega mõnevõrra kohandada neid kontekstispetsiifiliseks pädevusraamistikuks.

Standardite kasutamine rehabilitatsioonis

Lisaks raamistikule on rehabilitatsioonis kasutatavad ka kutsestandardid. Standardite väljatöötamise ja kasutamise peamine põhjus on kutsetegevuse edendamine, suunamine ja reguleerimine. Standardid võivad hõlmata nii kliinilist teenuse osutamist, standardseid tööprotseduure, teenuse osutamise praktikaid kui muud sarnast protsessi osa üldisest süsteemist. Tihti sätestavad standardid rehabilitatsioonipraktika juriidilised ja kutsenõuded ning kirjeldavad rehabilitatsioonispetsialistidelt oma praktikas oodatavat tulemuslikkuse taset. Standardid juhivad kutsealaseid teadmisi, oskusi, väärtusi ja hinnanguid, mis on vajalikud rehabilitatsioonispetsialistide ohutuks praktikaks, olenemata rollist ja keskkonnast, kus nad võivad praktiseerida.

Paljud kutseorganisatsioonid on välja töötanud praktikastandardid tagamaks, et praktikud kasutaksid oma valdkonnas kõige paremini uuritud ja valideeritud tegevusplaane. Praktikastandardid tagavad, et spetsialistid vastutavad otsuste ja tegude eest ning pädevuse säilitamise eest. Need on isikukesksed, edendavad parimat võimalikku tulemust ja minimeerivad kokkupuudet kahjuriskiga. Need standardid julgustavad teenuseid pidevalt täiendama teadmiste, kogemuste, täiendõppe ja kaasaegseimate juhiste kaudu. Samuti kasutatakse praktikastandardeid, et tuvastada praktikas ja töövaldkondades täiustamist vajavad valdkonnad ning samuti parandada inimeste ja töökoha ohutust (36).

Inimkeskne rehabilitatsiooniteenuste vajaduste hindamine

Puude, rehabilitatsiooni ja puuetega inimestele osutatavate teenuste kontseptsioonid on viimase 30 aasta jooksul läbi teinud suuri paradigmuuutusi. Meditsiinilised, millele järgnevad sotsiaalne, puude ja rehabilitatsiooni mudelid on arenenud kodanikuõigusteks ja isikukeskseteks perspektiivideks, mis hõlmavad toimimise bioloogilisi, psühholoogilisi, sotsiaalseid, keskkonna- ja isiklike aspekte eesmärgiga edendada isikliku autonoomiat ja ühiskonnas osalemist võrdsetel alustel. On tekkinud uued heaoluriigi mudelid, mis hõlmavad individuaalset valikut, partnerlust, mõjuvõimu suurendamist ja kogukonna kaasamist.

Viimase kümnendi jooksul on paljude riikide rehabilitatsiooniteenustes hoo sisse saanud isikukeskne lähenemine. Palju on kirjutatud isiku- (nimetatakse ka patsiendi-, inimese-, indiviidi) keskest (või orienteeritud, keskendunud, suunatud) hooldusest. Kuigi puudub definitsiooniline konsensus, on isikukesksuse peamised põhimõtted individuaalsete erinevuste austamine ja integreerimine hoolduse pakkumisel. Isikukeskse hoolduse kriitilised omadused on järgmised:

- Inimese mõistmine unikaalse isikuna, kellel on individuaalsed omadused, vajadused, väärtused, uskumused ja eelistused;
- reageerimine paindlikult, pakkudes sekkumisi, mis vastavad inimeste esialgsetele ja muutuvatele vajadustele ja eelistustele.

Käesolevas raportis on kirjeldatud teoreetilist raamistikku, mis toetab inimkesksust ning välja on toodud inimkesksuse põhikomponendid, mida rehabilitatsiooniteenuste osutamisel arvestada. Neli komponenti on:

- inimest koheldakse kui tema elu asjatundjat;
- teenuste osutamisel on kesksel kohal isiku individuaalsed omadused, väärtused, uskumused, eelistused ja muutuvad vajadused;
- spetsialist on empaatiline ja jagab inimesega võrdset partnerlust (võimu ja vastutust);
- inimesele antakse volitused rehabilitatsiooniprotsessi valikute tegemisel, planeerimisel ja elluviimisel.

Järgmises tabelis on välja toodud isikukesksuse neli olulist aspekti, mis annavad ülevaate sellest kuidas rehabilitatsiooniteenuseid tuleks kavandada ja pakkuda, et need vastaksid paremini inimeste vajadustele.

Tabel 3. Isikukesksust arvestav teenuste kavandamise ja osutamise põhielemendid (7)

<p>Inimeste mõistmine ja nende individuaalsete vajaduste rahuldamine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inimese tundaõppimine (pakkudes võimalust rääkida ja olla kuulnud) • Vajaduste terviklik hindamine • Vajaduspõhiste teenuste isikupärastamine, paindlikkus ja kättesaadavus • Vajadusel abistamine teenuste koordineerimisel
<p>Inimestega suhtlemine ja partnerlus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erialane koolitus ja pädevused (nt kuidas luua usalduslikke suhteid, luua sidet, täiustada suhtlemisoskusi) • Eetiliste põhimõtete ja väärtuste järgimine, erinevuste austamine ja selle demonstreerimine teenuse saajatele • Sobivad ruumid (privaatne ja mugav teeninduskeskkond) • Protsessi toetav töökeskkond (piisavalt aega inimestega tegelemiseks ja ressursse teenuse saajate vajaduste rahuldamiseks) • Hallatav juhtumite arv
<p>Asjakohase ja piisava teabe esitamine (arusaadaval viisil, suuliselt ja kirjalikult) järgmise kohta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnoos, ravi, ravimid ja prognoos ja sellest arusaamine • Saadaolevad teenused (sotsiaal-, töö-, puuetega inimeste ametiühingud jne) • Teenuse saaja õigused ja kohustused • Eneseabi- ja tugirühmad
<p>Võimu ja mõjuvõimu küsimustega tegelemine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Võrdõiguslikkuse edendamine • Teenuse saaja tunnustamine eksperdina • Inimese mõjuvõimu suurendamine, nende enesetõhususe suurendamine ja oma elu üle suurema kontrolli aitamine • Inimeste kaasamine planeerimis- ja otsustusprotsessidesse, nendega vastutuse jagamine

Rehabilitatsioonis kasutatavad hindamismetoodikad

Alates 1994.aastast kasutatakse Eestis psüühikahäirete diagnoosimisel MTO poolt koostatud rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (ICD-10) viiendat peatükki „Psüühika- ja käitumishäired“, mis sisaldab kliinilisi kirjeldusi ja diagnostilisi juhiseid. Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (eesti keeles RHK-10) kasutab haiguste ja häirete klassifitseerimiseks kolme sümbolilisi kategooriaid. Psüühika- ja käitumishäireid tähistatakse sümbolitega F00-F99, käesoleva teema lõikes on siis fookuses F30-F39 ehk meeleoluhäired.

Üks enimkasutatavaid metoodikaid rehabilitatsioonis on üldiselt **rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK)**, mida kasutatakse muuhulgas teenusele eesmärkide seadmisel, sekkumiste dokumenteerimisel ja tulemuste mõõtmisel. Samuti võimaldab RFK jälgida teenusesaaja funktsioneerimisvõime muutust ajas ja seda läbi erinevate süsteemide ja teenuste, sealhulgas liikumist erinevate teenuste vahel, rehabilitatsiooni vajaduse hindamisel ja töövõime kordushindamisel. RFK annab võimaluse analüüsida funktsioneerimisvõime languse põhjuseid ja tagajärgi ning võimaldab kujundada teenuseid riiklikul, teenuse rahastaja ja inimese tasandil. Kuigi paaris juhises (nt Saksamaa) on seda metoodikat küll mainitud, siis konkreetseid tegevusi ja soovitusi selle kasutamise kohta ei ole toodud.

Inglismaal, Austraalias ja Hollandis on kasutusele võetud metoodikaks **ASCOT (Adult Social Care Outcome Toolkit)**, mis keskendub individuaalsele vaatele ja abivajajapoolsele sõnastusele oma abivajadusest. ASCOT on loodud selleks, et mõõta üksikisiku elukvaliteedi aspekte, mida erinevad teenused võivad mõjutada. Tööriistakomplekti saab kasutada paljudes teenusekasutajate rühmades, sh rehabilitatsioonis. Sisuliselt näitab ASCOT seda, kui hästi inimestel läheb kaheksas elukvaliteedi valdkonnas: kontroll igapäevaelu üle; isiklik puhtus ja mugavus; toit ja jook; isiklik ohutus; sotsiaalne osalus ja kaasamine; tööelu; eluaseme puhtus ja mugavus; ja vääriskus. Eelkõige peegeldab see seda, mida inimesed ise ütlevad selle kohta, mis nende elukvaliteeti kõige rohkem mõjutab. See teave on kasulik selleks, et mõista, millistel teenustel on suurim potentsiaal inimeste elu paremaks muuta. Hinnanguid erinevates etappides annavad ka lähedased ja teenuseosutaja, mis koos kasutatuna on informatiivne abivajaja muutuste hindamisel (37).

Samuti on Austraalias rehabilitatsiooni vajaduse ja mõju hindamise meetodina kasutusel ka OutComeStar, mis kasutab erinevaid abivajaduse valdkondade tähti (stars), et abivajadus kaardistada ja toetada erinevaid spetsialiste (sotsiaaltöötajad, arstid, politsei jne) abivajajale abi pakkumisel ja teenusekasutaja edusammude jälgimisel. Tihti on OutCome Star'i kasutatud paralleelselt ASCOT metoodikaga (38).

CARe metoodika (Comprehensive Approach of Rehabilitation) on kõikehõlmava rehabilitatsiooni käsitlus, mis sobib kasutamiseks kõigi teenuste puhul, mille eesmärk on aidata kaasa inimese eluolu parandamisele ja iseseisvale toimetulekule (39). CARe metodoloogiat kasutatakse, et kujundada suhet inimese ja tema sotsiaalse võrgustikuga (sh ka rehabilitatsioonimeeskonnaga); kujundada individuaalseid ja süsteemile orienteeritud toiminguid; kujundada kohandatud elukeskkonda ning toetada ja tugevdada sotsiaalset võrgustikku (40). CARe koosneb teooriatest, põhivisioonist, praktilisest meetodist ja abivahenditest. Kuigi CARe põhirolliks on inimeste toetamine nende poolt soovitud elukvaliteedi saavutamisel, on siiski seda metoodikat aastate vältel edasi arendatud. Lisaks sellele on välja töötatud spetsiifilised rakendused näiteks tööellu tagasipöördumiseks. CARe leiab kasutamist toetatud eluasemeteenuse osutamisel, vaimse tervise teenuseid pakkuvate asutustes, turvakodudes ja varjupaikades, ambulatoorse tugiteenuse osutamisel, eakate hoolekandes, noorte hoolekandes, kriminaalhoolduses, sõltuvusravis jms (41).

Kanada tegevusvõime mõõdik (The Canadian Occupational Performance Measure - COPM) kujutab endast poolstruktureeritud intervjuud, mille läbiviimiseks kulub terapeudil keskmiselt 15-30 minutit. Mõõdikut kasutatakse, et tuvastada tegevusvaldkonnad, kus esineb tegevusvõime probleeme, määratleda inimese tähendusrikkad tegevuslikud prioriteedid, hinnata teenuse saaja rahulolu probleemsete tegevustega toimetulekul, toetada eesmärkide püstitamisel ning aidata tajuda muutusi tegevusvõimes teraapia sekkumise protsessi vältel (42). Mõõdiku kasutamisel toetatakse inimese eneseteadlikkust tema eelistustest, vajadustest ja väärtustest ja osalemist eesmärkide määratlemisel ja seadistamisel, osalemist

teraapiaprotsessis (43). Mõõdiku kasutamine aitab terapeutidel keskenduda probleemidele ja eesmärkidele, mis toetab inimest täitma olulisi elurole. COPM intervjuu suunab inimeste tähelepanu ja arusaamist nende probleemidest ja suurendab motivatsiooni koostööks ja vastutuseks teraapiaprotsessis, hõlbustades seeläbi eneseteadvuse protsessi. Intervjuu abil selgitatakse teenuse saaja vajadused, eelistused, väärtused, mis aitab tegevusterapeutil luua partnerlust. COPM on hindamisvahend, mis baseerub tegevuslikul perspektiivil, mis omakorda rõhutab kaasamist mõtestatud tegevustesse, mis mõjutab tervist, heaolu ja elukvaliteeti. Kanada tegevusvõime mõõdik on rahvusvaheliselt kehtiv, usaldusväärne, kliiniliselt kasutatav ja tulemuslik vahend, mis on vastuvõetav nii praktiseerivate tegevusterapeutide kui teadlaste poolt. COPMi saab adekvaatselt kasutada vaimse tervise valdkonna praktikas, mis toetab inimese enesetajumist tegevusvõime probleemide tuvastamisel, annab asjakohase teabe ravi planeerimisel ja toetab inimeste motivatsiooni taastumisprotsessis osalemiseks. Mõõdik aitab psüühikahäiretega teenuse saajate puhul välja selgitada varasemalt tuvastamata jäänud tegevusvõime probleemidega seotud informatsiooni. Kuigi COPM on välja töötatud tegevusterapeutide jaoks, saavad seda mõningate kohandustega kasutada ka teised rehabilitatsiooni meeskonna liikmed.

Loewensteini tööteraapia kognitiivse hindamise instrument (*The Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment ehk LOTCA*) töötati välja kognitiivsete põhioskuste ja visuaalse taju mõõtmiseks neuroloogiliste häiretega vanematel täiskasvanutel. Seda saab kasutada ka ravi planeerimisel ja aja jooksul tehtud edusammude ülevaatamisel. LOTCA mõõdab igapäevaseks funktsiooniks vajalikke põhilisi kognitiivseid oskusi, sealhulgas orienteerumist, visuaalseid taju- ja psühhomotoorseid võimeid, probleemi lahendusoskusi ja mõtlemistoiminguid. LOTCA-d kasutatakse tavaliselt inimese hindamise algfaasis, kuid seda saab kasutada ka terapeutiliste eesmärkide seadmiseks ja kognitiivse seisundi ülevaatamiseks aja jooksul.

INSPIRE on mõõdik, mis hindab raske vaimse haiguse kogemusega inimese rahulolu oma tugiisikult saadava toetusega taastumisprotsessis. INSPIRE hindab nii kasutaja individuaalseid eelistusi taastumisprotsessis kui ka kogemusi personali toel. INSPIRE töötati algselt välja kahes versioonis: 27-punktiline versioon (Full INSPIRE) ja 5-punktiline lühike versioon (Brief INSPIRE – vt allolev tabel). Täisversioonil on kaks alaskaalat – toetus (20 väidet) ja suhted (7 väidet). Toetuse alaskaala on omakorda jagatud viide kategooriasse – sidusus (S1-S4), lootus (S5-S8), identiteet (S9-S12), eesmärk ja tähendus (S13-S16) ning jõustamine (S17-S20). Toetuse skaalal on kaks võimalust – esmalt vastab teenuse saaja jah/ei sellele, kas ta antud punkti hindab oma taastumise juures oluliseks. Kui vastuseks on „jah“, siis siirdub ta edasi ploki juurde „Ma tunnen, et minu tugiisik toetab mind selles...“. Seal tuleb valik teha 5-pallisel Likerti skaalal (0 = üldse mitte, 1 = mitte eriti, 2 = mõnevõrra, 3 = üsna palju, 4 = väga palju). Kui vastuseks on „ei“, siis minnakse edasi järgmise punkti juurde (40,44).

Tabel 4. INSPIRE lühiversiooni küsimused

1. Minu töötaja aitab mul tunda teiste inimeste toetust	Üldse mitte	Mitte eriti	Mõnevõrra	Üsna palju	Väga palju
2. Minu töötaja aitab mul luua tulevikulootusi ja unistusi	Üldse mitte	Mitte eriti	Mõnevõrra	Üsna palju	Väga palju
3. Minu töötaja aitab mul end hästi tunda	Üldse mitte	Mitte eriti	Mõnevõrra	Üsna palju	Väga palju
4. Minu töötaja aitab mul teha asju, mis mulle midagi tähendavad	Üldse mitte	Mitte eriti	Mõnevõrra	Üsna palju	Väga palju
5. Minu töötaja aitab mul tunda, et ma kontrollin oma elu	Üldse mitte	Mitte eriti	Mõnevõrra	Üsna palju	Väga palju

Lisaks eelpool toodutele on välja töötatud veel rida meetodeid. Arvestasime väljatoodud meetodite puhul seda, mis on kasutatavad võimalikult universaalselt, sh ei ole sihtgrupi spetsiifilised või teenusepakkuja

spetsiifilised. Viimase korral on palju hindamismetoodikaid välja töötatud ka kliinilist fookust arvestades, mistõttu jätsime nende kirjelduse välja.

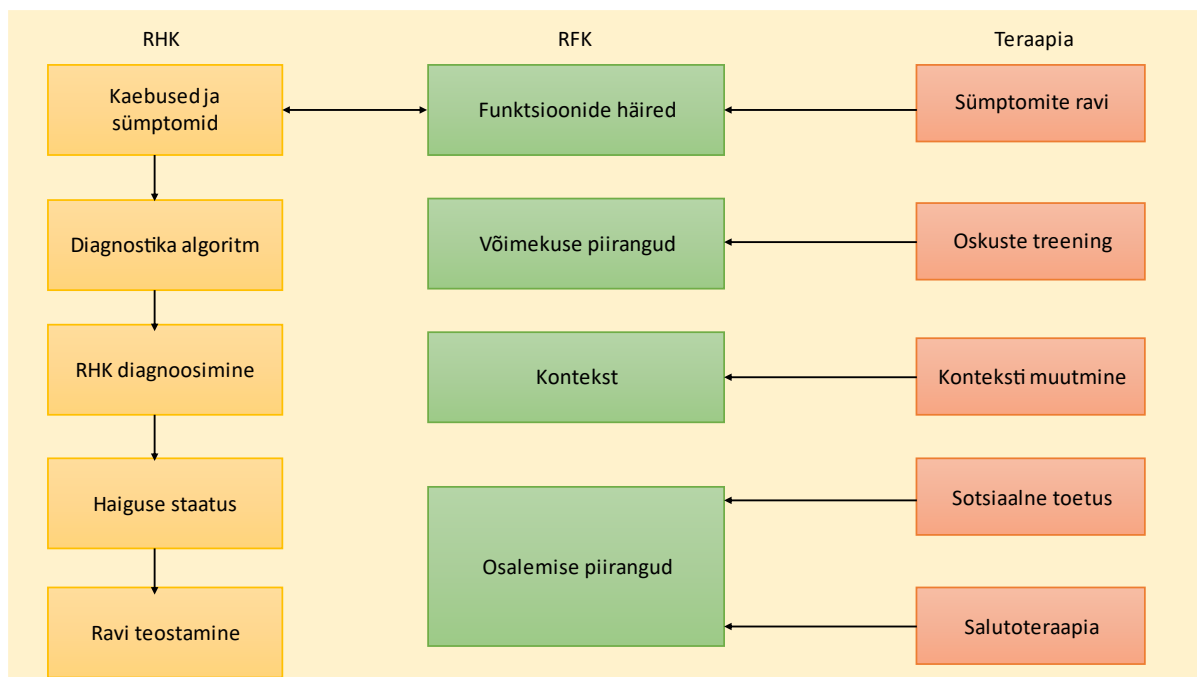
Rehabilitatsiooni mõju hindamise metoodikad

Meeleoluhäiretest taastumist saab määratleda kahel erineval viisil. Ühest küljest määratlevad psüühika häirega inimesed taastumist pigem tähendusliku ja väärtustatud elu saavutamisenä, mitte sümptomite puudumisenä (45), samas kui teisest küljest on psühhiaatrid välja töötanud "meditsiinilise" taastumise mudeli, mis paneb rõhku sümptomite kõrvaldamisele ja normaalsele funktsioneerimisele (46). Viimane seisukoht on lähemal remissiooni mõistele ja põhineb rohkem objektiivsetel kriteeriumidel. Vaatamata sellele, et meeleoluhäiretega inimestest on taastunud 20-50%, siis kirjanduses puudub veel ikka üksmeel psüühikahäiret taastumise definitsiooni kohta (47). Kuna taastumine on mitmemõõtmeline mõiste, soovivad mõned autorid, et asjakohaste näitajate puhul tuleks arvesse võtta vähemalt kahte valdkonda: kliiniline remissioon ja sotsiaalne toimimine. Ühe hiljutise metaanalüüsi tulemused, milles kasutati neid kriteeriume (48), olid vähem optimistlikud kui varasemate tööde tulemused: tervenemise kriteeriumidele vastavate ja aja jooksul stabiilsena näivate psüühikahäirete osakaal oli vaid 13,5%. See viitab sellele, et psüühikahäirete korral on funktsionaalsed tulemused kahtlemata halvenenud ja see peaks olema terapeutiliste sekkumiste prioriteetne sihtmärk (47).

Paljud teadlased on uurinud tegureid, mis võivad funktsionaalseid tulemusi mõjutada. Neurokognitsioon on üks esimesi kirjeldatud tegureid. Varasemad uuringud näitasid, et neurokognitiivsed muutujad olid märkimisväärselt seotud funktsionaalsete tulemustega, moodustades ligikaudu 25–50% tegelike funktsionaalsete tulemuste variatsioonist (49,50). Teisi muutujaid, nagu sisemine motivatsioon ja metakognitsioon, on samuti uuringutes mainitud ning need võivad olla vahendajad neurokognitsiooni ja funktsionaalsete tulemuste vahel (51). Põhjuslike seoste paremaks selgitamiseks on teadlased loonud keerukaid mudeleid selliste parameetritega nagu funktsionaalne võimekus, sotsiaalne tunnetus ja sümptomid, et võtta arvesse toimimise keerukust. Funktsionaalset suutlikkust on defineeritud kui võimet täita igapäevaelus olulisi ülesandeid struktureeritud keskkonnas, mida juhib ravi juht (olgu siis selleks arst, juhtumikorraldaja vms). See hõlmab võimet tegutseda üldise toimimise, töö ja sotsiaalsete oskuste valdkonnas (52). Mitmed tööd on näidanud, et funktsionaalne võimekus on vähemalt sama tugevas korrelatsioonis tegelike funktsionaalsete tulemustega kui kognitiivne jõudlus (48,53). Mõned uuringud on näidanud, et kognitiivsete häirete mõju võib olla vahendatud funktsionaalse võimekuse kaudu (54).

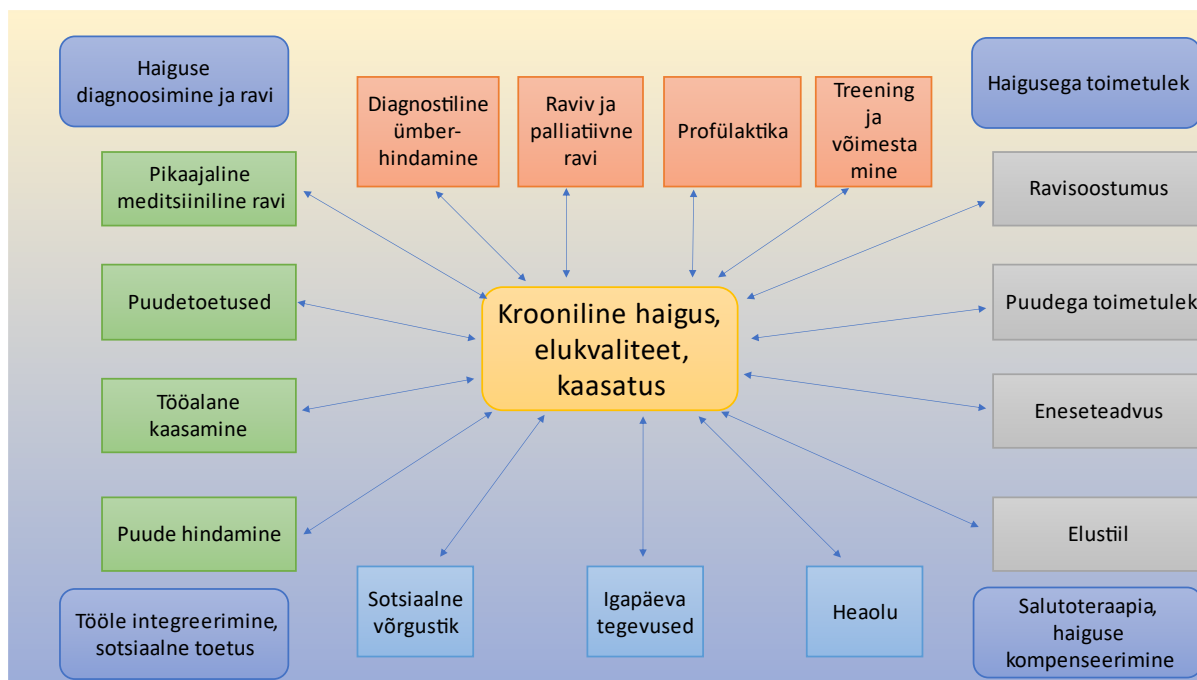
RFK ja RHK

Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni juhised põhinevad rahvusvahelisel haiguste kvalifikatsiooni (RHK) biopsühhosotsiaalsel mudelil, mis hõlmab RHK-10 kohaseid diagnoose. Sellegi poolest ei ütle diagnoos ette, kuidas inimest ravida. Ravi põhineb RFK terminoloogia kohaselt „funktsioonihäiretel“ ehk sümptomitel, „võimekuse piirangutel“ ja „osalemise piirangutel“. Osalemise piirangud tekivad siis, kui isiklik või keskkondlik kontekst ja isiklikud võimalused ei ole kooskõlas (55). Kaebused tõlgitakse diagnostikaalgoritmide abil diagnoosideks, mis on ravi saamise eelduseks. Joonis 10 annab ülevaate RHK ja RFK vahelistest seostest.



Joonis 8. RHK, RFK ja psühhosomaatilised ravieesmärgid (55)

Mistahes ravi esimene eesmärk on vähendada sümptomeid ja taastada erinevaid funktsioone, nagu näiteks keskendumine, emotsionaalne seisund, mõtlemine või aktiivsus. Kui seda pole võimalik saavutada, on teine eesmärk võimekuste arendamine – nt enesekehtestamine või sotsiaalne pädevus. Kui ka siis on igapäevaeluga toimetuleku võime ebapiisav (nt töövõimetus), siis kolmas eesmärk on ümbruskonna konteksti muutmine, näiteks töökeskkonna muutus, et inimene saaks ikkagi igapäevaeluga toime tulla (55). Kui muud ei ole võimalik teha, on eesmärgiks siiski elukvaliteedi ja heaolu parandamine või säilitamine ning sotsiaalkindlustuse pakkumine, näiteks pensioni või kaitstud elamise teenuse määramisega. Kokkuvõttes võtavad ravieesmärgid arvesse haiguse hetkeseisundit ja raskusastet, kuid astuvad sammu kaugemale ning võtavad arvesse ka psühholoogilisi ja sotsiaalseid aspekte, võttes tervikliku vaate inimesele ja tema eluolukorrale. Taoline laiendatud vaade on vähem aktuaalne ägedate haigusepisoodide puhul, kuid hädavajalik pikaajaliste haiguste puhul, kus haiguste mõju heaolule, igapäevasele toimetulekule ja elutingimustele tekitab inimesele sageli negatiivsemaid tagajärgi kui haiguse sümptomid iseseisvalt (55).



Joonis 9. Rehabilitatsiooni raames toimuvad sekkumised (55)

Vastavalt Ühendkuningriigis asuva *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) juhiste tuleks rehabilitatsiooni pakkuda inimestele võimalikult kiiresti, kuna need mõjutavad inimese igapäevaelus toimetulekut (56). Erinevaid teenuseid on võimalik pakkuda statsionaarsena, aga ka kogukonnas pakutavana ning viimane variant peaks eelkõige hõlmama inimesi, kes on kogenud korduvat vastuvõttu või pikaajalisi viibimisi akuutravi osakondades või psühhiaatriaüksustes ja/või, kes elavad majutuskohas, kus on ööpäevaringne personal, kuid kelle koht majutusasutuses on kadumas.

2.3. Meeleoluhäiretega inimeste käsitus rehabilitatsiooniasutustes

2.3.1. Meeleoluhäirete olemus

MTO defineerib tervist kui täielikku füüsilist, vaimset ja sotsiaalset heoluseisundit. Seega, mis tahes muutused mõjutavad heaolu ja toimetulekut ning tervist. Meeleoluhäired on vaimse tervise häired, mille üldiseks tunnuseks on meeleolu kõikumine muutused ja sellega kaasnevad muud sümptomid. Tavaliselt need jaotatakse laias laastus kaheks: bipolaarse spektri häired (meeleolu kõigub nii üles- kui allapoole) ja depressiivsed häired. Käesoleval ajal vaadeldakse meeleoluhäireid kui spektrihäireid, kus piirid pole selged. Just eri sümptomaatika esinemine ja intensiivsus annavad viite spektris paiknemisele ja tegemist pole lihtsalt mustvalge diagnoosiga.

2.3.2. Rehabilitatsioonijuhiste rahvusvahelised praktikad

Järgnevalt on toodud ülevaade rehabilitatsioonijuhistest, mida kasutatakse Austraalias ja Uus-Meremaal, Saksamaal, Ühendkuningriigis (Inglismaal ja Šotimaal), Kanadas, Soomes ja Horvaatias. Nende juhiste puhul peab arvestama konteksti – rahvusvahelised rehabilitatsioonijuhised on sageli tihedalt seotud ka kliiniliste juhistega. Siiski on esitatud juhised, kus on rehabilitatsiooniteenuseid eraldi käsitletud. Oluline on välja tuua, et mõned juhiseid on koostatud meeleoluhäirete rühmale (F30.0-F39.9), samas teised on koostatud eraldi bipolaarsete häirete ja unipolaarse depressiooni jaoks. Nende eesmärk on edendada tõhusate protseduuride kasutamist, vähendada väheefektiivsete või ebatõhusate protseduuride kasutamist ja kõrvalmõjusid ning seega parandada ravi kvaliteeti. Samuti peaksid juhiseid võimaldama teenuseosutajal ja meeleoluhäirega tööelisel inimesel teha teadlikke otsuseid rehabilitatsiooni kohta, võttes arvesse inimese individuaalseid omadusi ja iga juhtumi puhul olemasolevaid ressursse.

2.3.2.1. Austraalia ja Uus-Meremaa juhised (RANZP) (58)

Austraalia ja Uus-Meremaa Kuningliku Psühhiaatrite Kolledži (RANZP) meeleoluhäirete kliinilise praktika suunised pakuvad ajakohaseid juhiseid meeleoluhäirete raviks ja käsitlemiseks täiskasvanutele (18+ vanuses), mis põhinevad tõenduspõhisusel ja kliinilisel kogemusel. Esimene versioon juhiseid koostati 2015. aastal (59) ja teine versioon 2020. aastal (58) ning need käsitlevad nii meeleoluhäirete kui ka bipolaarsete häirete diagnoosimist ja ravi. Juhised on mõeldud kliiniliseks kasutamiseks psühhiaatrite, psühholoogidele, esmatasandi arstidele ja teistele abivajajaga kokkupuutuvatele spetsialistidele (sh rehabilitatsioonispetsialistid). Kuna tegemist on eelkõige kliiniliste ravijuhistega, siis on fookus kliinilisel poolel ja sotsiaalset rehabilitatsiooni on käsitletud vähem. Samas on siiski piisavalt põhjalikult kirjeldatud erinevaid mittekliinilisi psühhoteraapia vorme ja nende võimalusi.

Juhises on tähelepanupööratud ka integreeritud ravi- ja rehabilitatsioonimeeskonna tähtsusele meeleoluhäiretega inimeste puhul. Mõõduka kuni raske meeleoluhäirega inimeste optimaalne teraapia ei nõua mitte ainult mitme tervishoiutöötaja, sealhulgas perearsti, vaimse tervise õe, psühhiaatri ja psühholoogiliste nõustajate kaasamist, vaid ka perekonna, hooldajate ja tugirühmade aktiivset koostööd integreeritud meeskonna osana. Haigestumise raskusaste ja diagnostiline keerukus mõjutavad seda, kui palju ja milliseid spetsialiste on vaja kaasata optimaalseks toetuseks.

Tavaliselt on ravi alustajaks perearst või psühholoog. Sageli on inimestel juba olemas perearst, kellele võib olla mugavam rääkida emotsionaalsetest probleemidest, kui nad seisavad silmitsi probleemiga ja ei suuda sellega toime tulla. Üks perearsti peamisi ülesandeid on määrata kindlaks emotsionaalsete sümptomite raskusaste ja keerukus, panna täpne diagnoos ja otsustada, kas on vaja pöörduda psühhiaatri või psühholoogi poole. Kergete depressioonisümptomite puhul ja juhul, kui puudub suitsiidsus või diagnostiline ebakindlus, piisab tavaliselt perearsti poolsest ravist koos psühhiaatriga või ka ilma. Kui aga diagnoosimine on keerukas, esineb suur enesevigastuse oht, reageerimisvõime on madal või on tugev nõrkus, on oluline psühhiaatrilise hinnangu andmine.

Krooniliste raskete meeleoluhäirete korral võib olla vajalik vaimse tervise juhtumikorraldaja (tavaliselt kogemustega vaimse tervise õde) sekkumine, kelle võib määrata kohaliku kogukonna vaimse tervise meeskond või erasektori vaimse tervise meeskond. Juhises tuuakse välja, et edukas tulemus eeldab regulaarset suhtlemist seoses diagnoosi, ravi planeerimise ja käimasoleva ravi üksikasjadega, sealhulgas nii psühholoogilise ravi kui ka farmakoteraapia osas. Seetõttu on soovitatav, et üks tervishoiuteenuse osutajatest (tavaliselt perearst) tegutseks esmase kliinilise koordinaatorina, kes hoiab seejärel kõigi osapoolte vahel avatud ja korrapäraselt suhtlust, et kõik saaksid töötada koos ühtse meeskonnana. See hoiab ära nõuannete väärtlose edastamise ja annab ühtse sõnumi seoses ravi tähtsate aspektidega, nagu näiteks ravist kinnipidamine. 2015. aasta juhise peamine eesmärk oli depressiooni täielik taandumine koos täieliku funktsionaalse taastumisega ja vastupanuvõime arendamisega. Raske depressiooni käsitlemine hõlmab kolme etappi (0-3), kus 0 etapp hõlmab kõigi potentsiaalselt unehügieeni vähendavate ainete kasutamise lõpetamist ning asjakohaseid eluviisimuutusi (suitsetamisest loobumine, regulaarne kehaline tegevus, tervislik toitumine, ainete kuritarvitamise vältimine). Kui etapp 0 on ebaefektiivne, siis etapis 1 kaalutakse üldisi psühhosotsiaalseid sekkumisi ja sõnastuspõhist sekkumist (*formulation-based intervention*). Üldine psühhosotsiaalne sekkumine hõlmab haridusliku lähenemise meetodit: perekond, sõbrad, hooldajad, madala intensiivsusega sekkumised (internetipõhine haridus, ametlikud tugirühmad, kogukonnarühmad) ja tööhõive, eluase. Sõnastuspõhine sekkumine hõlmab psühholoogilist teraapiat (kognitiiv-käitumuslik teraapia (KKT), interpersonaalne teraapia, aktsepteerimise ja pühendumise teraapia ning tähelepanelikkusel põhinev kognitiivne teraapia) ja farmakoteraapiat.

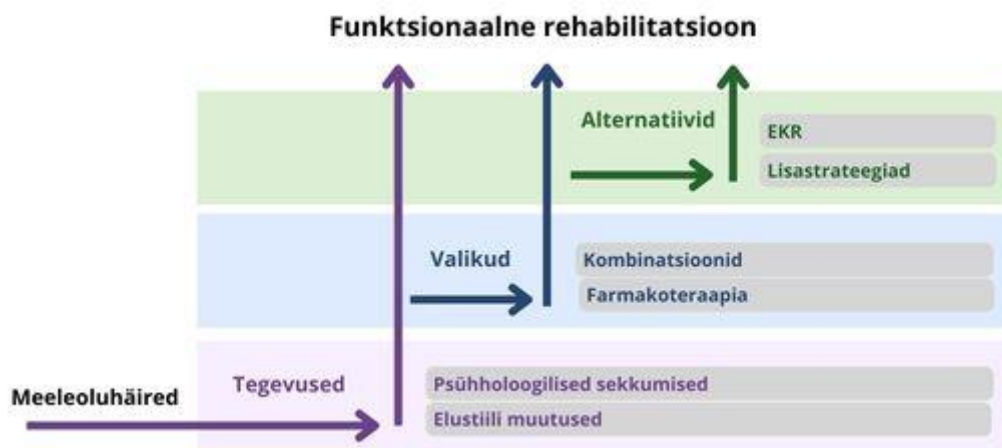
Raske depressiooni raviga seotud suuniste eriosas käsitletakse järgmisi olulisi psühhoteraapiaid:

- KKT eesmärk on muuta düsfunktsionaalseid uskumusi ja nendega seotud käitumist. Tõenduspõhistest psühholoogilistest ravimeetoditest on KKT kõige enam uuritud depressiooni ravimeetod ning seda soovitatakse kõigis rahvusvahelistes suunistes (60).
- Interpersonaalne psühhoteraapia (IPT) on lühike struktureeritud lähenemine, mis käsitleb inimeste vahelisi probleeme ja rolliüleminekuid. See on suure tõenduspõhisusega meetod raske depressiooni ravis ja aitab ennetada edukalt ka tagasilangusi.
- Teadvelolekul põhinevat kognitiivset teraapiat ning aktsepteerimise ja pühendumise teraapiat ei ole veel hinnatud nii põhjalikult kui KKT-d ja IPT-d, kuid need näivad olevat tõhusad depressiooni sümptomite vähendamisel ja depressiooni tagasilanguse ennetamisel (61). Teadvelolekul põhinev teraapia võib olla parem nendele inimestele, kes kalduvad muretsema, ja aktsepteerimise ja pühendumise teraapia võib olla sobivam inimestele, kes peavad aktsepteerima ja kohanema püsivate probleemidega.

2020. aasta juhised keskendub endiselt meeleoluhäiretele ja ühendab jätkuvalt nii depressiivseid kui ka bipolaarseid häireid, peegeldades kliinilise praktika tegelikkust. Siiski on selles juhises rohkem rõhku pandud diagnoosimisele, klassifitseerimisele, hindamisele ja formuleerimisele. Uus raviraamistik on esitatud koos mitmete uute paradigmadega. Samuti on selgitatud psühholoogiliste ja farmakoloogiliste lähenemisviiside vahelist seost ning lisatud on uued lõigud laste ja noorukite meeleoluhäirete, füüsilise ravi ja ravivastuse kohta. Juhised põhineb järgmistel põhimõtetel:

- Eeldatakse spetsialistide ja erialade vahelise koostöömudelit;
- Juhised keskmes on küll kliiniline juhtimine (st ravi, mida juhivad arstid (psühhiaatrid, perearstid) ja kliinilised psühholoogid), kuid siiski rõhutatakse kõigi abivajajaga kokkupuutuvate erinevate kliiniliste ja mittekliiniliste spetsialistide koostööd;
- Juhised on suures osas keskendunud küll grupitasandi diagnoosipõhisele lähenemisele, kuid samas on rõhutatud ka individuaalsetele erinevustele, millega peaks erinevaid sekkumisi tehes arvestama;
- Juhised eeldatakse, et inimene on oma ravi- ja teraapiaplaanidesse tugevalt kaasatud ja saab nende üle ka vajadusel otsustada. Tuleb arvestada inimese eelistustega ning vajadusel töötada välja inimesest lähtuv strateegia tema kaasatuse suurendamiseks.

Joonis 10 näitab MDcpg 2020 teraapiaraamistiku biopsühhosotsiaalseid ja elustiilielemente, mis on kohaldatavad meeleoluhäirete kõigi faaside suhtes. Raamistik näitab, et elustiili muutused ja psühholoogiline sekkumine on meeleoluhäirete ravis põhilised. Sealjuures on väga oluline, et kõik tegevused ja eesmärgid oleksid abivajajaga läbi räägitud ja eesmärgid seatud. Väga oluline antud raamistiku puhul on ka elustiili muutus, ilma milleta ei ole järgnevatest tegevustest suurt kasu. Sealjuures ei pea joonisel toodud tegevused olema järjestikused, vaid tihti kulgevadki paralleelselt (nt suitsetamisest loobumine või alkoholi liigtarvitamisest loobumine võivad käia koos psühholoogiliste sekkumistega, mis toetavad teineteist).



Joonis 10: MDcpg 2020 teraapiaraamistiku biopsühhosotsiaalsed ja elustiilelemendid

Kui 2015. aasta juhises oli rohkem fookuses KKT ja IPT keskne lähenemine, siis 2020. aasta juhises on lisaks rõhutatud järgmisi teraapiaid:

- Lahenduskeskne (*Problem-solving*) teraapia on eri vormides, kuid seda iseloomustab isiklike probleemide sõnastamine, iga probleemi jaoks mitme lahenduse leidmine, strateegiate ja süstemaatilise tegevuskava valimine ning lahenduse hindamine. Lahenduskeskne teraapia soodustab oskuste arendamist ja võimestamist, seega on see vastandlik sellele, et arst püüab lahendada inimese probleeme või nõustada teda, kuidas tegutseda (62).
- Käitumuslik aktiveerimisteraapia (*Behavioural activation*) hõlmab tegevuse planeerimist, mille eesmärk on suurendada meeldivaid tegevusi ja positiivseid suhtlemisvõimalusi (mõnes variandis esineb ka sotsiaalsete oskuste treening). Käitumuslik aktiveerimine (füüsilise ja sotsiaalse aktiivsuse julgustamine selle füsioloogilise ja motiveeriva kasu tõttu) on KKT üks osa (tavaliselt rakendatakse enne kognitsioonide käsitlemist).
- Mitte-direktiivse toetava (*non-directive supportive*) teraapia all mõistetakse tavaliselt struktureerimata teraapiat, mis ei sisalda konkreetseid psühholoogilisi tehnikaid. See ei ole suunatud lahenduste leidmisele või uute oskuste omandamisele, vaid keskendub hoopis võimalustele ventileerida ja saada empaatiat. Kirjanduses nimetatakse seda lähenemisi viisi mõnikord nõustamiseks.
- Lühiajalise psühhodünaamilise (*short-term psychodynamic*) teraapia eesmärk on parandada inimese arusaamist korduvatest konfliktidest, uurides neid lapsepõlvkogemuste ja varasemate konfliktide seisukohalt. Erinevalt pikaajalisest psühhodünaamilisest teraapiast on lühiajaline psühhodünaamiline teraapia struktureeritud ja ajaliselt piiratud (maksimaalselt 25-30 kohtumist 6-8 kuu jooksul ning seab esikohale parema kohanemise praeguste probleemidega. Puuduvad uuringud avatud või pikaajalise psühhodünaamilise teraapia toetuseks.

Lisaks kirjeldati ja defineeriti uues juhises ka sotsiaalse toetuse rakendamise strateegia: sotsiaalne toetus on emotsionaalne abi (empaatia, mure, heakskiit, julgustamine, hoolimine), instrumentaalne toetus (rahaline abi, kaubad ja teenused), informatiivne abi (nõuanded, soovitusel, faktiline teave) ja kaasamine (vastuvõtmine sotsiaalsesse/kultuurilisse rühma ja keskkonda, identiteedi ja tunnustuse andmine). Sotsiaalset tuge ei tohiks käsitleda ainult esialgse hindamise raames: inimese edusamme sotsiaalse toetuse saamisel tuleks aja jooksul üle vaadata ning hinnata selle väärtust ja ulatust.

Nii 2015.aasta kui 2020.aasta juhised soovivad ka integreerida e-vahendeid teraapiasse, et aidata kaasa psühholoogiliste sekkumiste, eriti KKT läbiviimisele. See on osutunud kulutõhusaks ja ajasäästlikuks ning aitab ka ületada usalduse barjääri spetsialistide suhtes (63). Veebipõhised sekkumised depressiivsete

sümptomite vähendamisel on osutunud tõhusaks ja neid võiks kaaluda esmase sekkumisena kerge depressiooni puhul esmatasandi arstiabis (59).

Austraalia ja Uus-Meremaa juhises on eraldi toodud välja soovitused ka bipolaarse häire korral. Bipolaarsete häirete puhul on soovitatud järgmisi psühholoogilisi sekkumisi:

- KKT – keskendub mõtlemise, käitumise ja emotsioonide vastastikustele seostele, et vähendada sümptomeid ja tagasilanguse riski;
- Hariduslik lähenemine – aitab inimestel paremini oma bipolaarset häiret juhtida, rõhutades sealjuures ravimite järjepideva võtmise olulisust ja meeleolu stabiliseerimist.
- Perekeskne teraapia – keskendub perekonna suhtlemise ja probleemilahendamise oskuste parandamisele.
- Interpersonaalne ja sotsiaalne rütmiteraapia – keskendub kaotuste, rollikonfliktide ja inimeste vaheliste probleemide lahendamisele.

2.3.2.2. Saksamaa juhised

Saksamaa juhised on samuti koostatud eraldi täiskasvanute meeleolahäirete depressiooni ja bipolaarse häirete puhul. Samas Saksamaal kasutatakse ka juhiste kus on eraldi kirjeldatud psühhosotsiaalsed teraapiameetodid raskete psüühikahäirete puhul, mis hõimavad nii meeleolahäiretega kui skisofreenia häiretega inimesi.

Depressiooni käsitlevad suunised sisaldavad kolme erinevat peatükki, mis koosneb haiguse aluste, diagnostika ja teraapia peatükkidest. Lisaks on juhises rõhutatud, et lisaks terapeutilise sekkumisele, mis on psühhoteraapia kõige paremini tõestatud üldine tõhus tegur (64), on empiirilisel toetatud ka teisi tegureid, mis seletavad psühhoterapeutilise sekkumise tõhusust ja mõju: ressursside aktiveerimine, probleemide aktualiseerimine, probleemiga toimetulek ja motivatsiooni selgitamine. Saksamaal on depressioonihäiretega patsientide ambulatoorseks raviks kättesaadavad psühhoteraapia sekkumised, mida rahastab riiklik ravikindlustus: käitumisteraapia ja analüütiline psühhoteraapia. Muud meetodid, nagu interpersonaalne psühhoteraapia või vestlus psühhoteraapia, ei ole hüvitatavad ambulatoorse tervishoiuteenuse osutamise raames. Kui kerge depressiivse episoodi sümptomid püsivad pärast visiiti hiljemalt 14 päeva pärast või kui need on halvenenud, räägitakse inimesega ravi intensiivistamisest. Teraapiavõimalused on näiteks: nõustamine; psühhoharidust toetavad vestlused; professionaalselt juhendatud eneseabi (nt eneseabiraamatud/online programmid) või probleemide lahendamise lähenemisviisid.

Saksa suunistes on rõhutatud ka kehalise aktiivsuse olulisust, mille eesmärk on säilitada või parandada ühte või mitut kehalise võimekuse valdkonda (65). Soovitused hõlmavad mõõduka intensiivsusega aeroobset vastupidavustreeningut minimaalselt 30 minutit vähemalt viiel päeval nädalas või intensiivset treeningut minimaalselt 20 minutit vähemalt kolmel päeval nädalas või mõlema kombinatsiooni. Lisaks sellele tuleks kahel kuni kolmel päeval nädalas teha kõigi peamiste lihasgruppide jõutreeninguid ning tasakaalu- ja koordinatsioonitreeninguid (66).

Saksa bipolaarse depressiooni juhise koosneb üheksast peatükist, mis sisaldab muuhulgas rehabilitatsiooni meetodeid, haiguse tagasilanguse ennetamist, psühhoharidust, eneseabi ja vastastikuse toe meetodeid, teraapiasoovitusi vastavalt haiguse faasile, tervishoiuökonomikat ja juhiste kasutamist (67). Juhistes on palju rõhku pandud dialoogile, mis viitab algselt psühhosiseminaridele, kus arutelu abivajajate, lähedaste ja professionaalsete abistajate vahel toimub neutraalsel pinnal ja võrdsetel alustel. Selline lähenemisviis on osutunud vahendiks, mis aitab kõiki osalejaid paremini mõista. Ühine arutelu pakub vastastikust õppimisprotsessi, mida kõik osalejad saavad võrdselt mõjutada ja kasutada. Lisaks on erilist tähelepanu pööratud eneseabile. Abivajajad, nende lähedased ja teised hooldajad saavad otseselt ja kaudselt kasu nii kohapealsetest eneseabi pakumistest kui ka ühistegevustest. Erinevad uuringud on näidanud (68), et

eneseabi on pikaajsete häirete optimaalse ravi võtmeaspekt. Eneseabi hõlmab kogu abi, mida kannatanud isikud ja nende lähedased kogevad väljaspool professionaalset abisüsteemi, kusjuures koostöö sujuvate üleminekutega on vajalik.

Saksamaa juhis rõhutab, et tegevusteraapiat, spordi- ja liikumisteraapiat, kunstiteraapiat ja kehatööd kasutatakse üldise teraapiaplaani osana kogemuste täiendamiseks ja aktiveerimiseks ning pädevuste laiendamiseks. Bipolaarse häire puhul võib psühhoteraapiat alustada erinevatel aegadel ja erinevate eesmärkidega. Eesmärgiks on säilitada paranenud seisund ja vältida tagasilangusi. Teraapiaga on soovitatav alustada pärast ägeda depressiivse või (hüpo)maniakaalse episoodi taandumist. Kõige enam tõenduspõhisust bipolaarsete häirete tagasilanguste ennetamise kohta leiab järgmiste teraapiate puhul: kognitiivne käitumisteraapia (12), pereteraapia (69) ning interpersonaalne ja sotsiaalne rütmiteraapia (70). Relaksatsioonitehnikaid kasutatakse sageli ambulatoorsetes tingimustes erinevate stressirohkete olukordadega toimetuleku meetoditena. Kuigi puuduvad kontrollitud uuringud, milles oleks konkreetselt ja eranditult hinnatud lõdvestustehnikate mõju bipolaarse häirega inimestel, ei ole midagi öelda lõdvestustehnikate kasutamise vastu bipolaarse häire teraapias, sest nende mõju konkreetsetele sümptomitele, nagu rahutus, ärevus, pinged, valu või unehäired, on praktikas end tõestanud.

Toetava meetmena soovitatakse spordi ja/või liikumisteraapiat. Täpsed toimemehhanismid, mis seletavad seost kehalise aktiivsuse ja psühholoogilise heaolu vahel on veel ebaselged. Siiski on leitud, et sport või kehaline tegevus parandab meeleolu negatiivsetest stiimulitest tähelepanu kõrvalejuhtimise, enesetõhususe kogemuse ja spordiga sageli kaasneva sotsiaalse suhtluse kaudu. Lisaks on füsioloogilised protsessid seotud spordi- ja treeningravi mõjuga psühholoogilisele heaolule: suurenenud monoamiini ülekande ja endorfiini vabanemine näivad mõjutavat meeleolu paranemist (67,71).

Tegevusteraapia eesmärk on säilitada või taastada tegutsemisvõime ja elukvaliteet inimese jaoks olulistes eluvaldkondades (nt enesehooldus, majapidamise korraldamine, majanduslik sõltumatus, amet, haridus ja vaba aja veetmine). Toetavad teraapiameetodid (näiteks lõõgastus-, liikumis-, töö- ja kunstiteraapia) peaksid olema osa individuaalsest integreeritud teraapia plaanist (67). Konkreetsed teraapiaeesmärgid tuleks püstitada kõigi asjaosalistega konsulteerides ja need tuleks teraapia käigus üle vaadata.

Saksamaal on eraldi toodud ka psühhostsiaalse teraapia juhised (72) kus on palju rõhku pandud enesejuhtimisele ja eneseabile. Juhis sisaldab veel üksikasjalikku teavet eneseabirühmade ja vastastikuse toetuse kohta ning teaduslikku tõendusmaterjali teraapiate kohta. Süstemaatiliste sekkumiste peatükis on täiendavalt selgitatud varajast sekkumist, olemasolevaid kogukondlike psühhiaatrilisi teraapiavõimalusi, toetatud elamist ja tööalast rehabilitatsiooni, koos esitatud tõendusmaterjali loeteluga. Individuaalsete sekkumistena soovitatakse suunistes psühhohariduslikku sekkumist ja trialoogi, igapäevaelu- ja sotsiaalsete oskuste treeningut, kunstiteraapiat, ergoteraapiat, liikumis- ja sporditeraapiat (73).

2.3.2.3. Ühendkuningriigi juhised

NICE juhised

Ühendkuningriikide NICE juhised on koostatud eraldi täiskasvanute depressiooni ja bipolaarsete häirete kohta. Juhised on väga põhjalikud ja kuigi fookus on kliinilisel poolel, siis on siiski sotsiaalse rehabilitatsiooni teemat käsitletud suunistes, mis kirjeldavad soovitusi skisofreenia, bipolaarse häire ja psühhoatilise depressiooniga inimestele.

Depressiooni ravi ja juhtimise juhis hõlmab depressiooni tuvastamist, ravi ja juhtimist 18-aastastel ja vanematel inimestel. Selles soovitatakse kohest sekkumist esimeste depressiooniepisoodide ajal ning antakse nõuandeid tagasilanguse ennetamiseks ning kroonilise depressiooni, psühhoatilise depressiooni ja depressiooni juhtimiseks (74).

Juhistes on rõhutatud, et kõiki sekkumismeetmeid peaksid osutama pädevad spetsialistid. Lisaks peaksid psühholoogilised ja psühhosotsiaalsed sekkumised põhinema asjakohastel juhenditel, mis peaks suunama sekkumiste struktuuri ja kestust. Lisaks sellele soovitatakse suunistes, et püsivate depressioonisümptomite või kerge kuni mõõduka depressiooniga inimestele tuleks pakkuda individuaalset juhendatud eneseabi, mis põhineb kognitiiv-käitumisteraapia, veebipõhise kognitiiv- käitumisteraapia või struktureeritud rühmatööde kehalise aktiivsuse programmil.

Lisaks peaks mõõduka ja raske depressiooni ravi ja psühholoogilised sekkumised tagasilanguste ennetamiseks hõlmama:

- individuaalsete KKT-d (tagasilangus vaatamata ravimitele, märkimisväärne anamneesis esinev depressioon ja jääksümptomid vaatamata ravile);
- tähelepanelikkusel põhinevat kognitiivset teraapiat inimestele, kes on praegu terved, kuid kellel on olnud kolm või enam varasemat depressiooniepisoodi.

Lisaks on NICE juhistes ära toodud astmeline sekkumine (vt tabel 5). Astmelise hoolduse mudelis pakutakse kõige vähem sekkuvat ja kõige tõhusamat sekkumist esimesena; kui isik ei saa algselt pakutud sekkumisest kasu või keeldub sekkumisest, tuleks talle pakkuda sobivat sekkumist järgmisest etapist.

Tabel 5. Astmelise hoolduse mudel

Sekkumise fookus	Sekkumise laad
STEP 4: Raske ja kompleksne depressioon; suitsiidirisk; kõrge enesevigastuse risk.	Ravimid, kõrge intensiivsusega psühholoogilised sekkumised, elektrokonvulsiivne ravi, kriisiteenus, kombineeritud ravi, multiprofessionaalne ja statsionaarne ravi.
STEP 3: püsivad depressioonisümptomid, mis jäävad madalamale tasemele, või kerge kuni mõõdukas depressioon, mis ei reageeri adekvaatselt algselt sekkumisele; mõõdukas ja raske depressioon.	Ravimid, kõrge intensiivsusega psühholoogilised sekkumised, kombineeritud ravi, koostööravi ja suunamine edasiseks hindamiseks ja sekkumiseks.
STEP 2: püsivad depressioonisümptomid, mis jäävad allapoole piirmäära; kerge kuni mõõdukas depressioon.	Madala intensiivsusega psühhosotsiaalsed sekkumised, psühholoogilised sekkumised, ravimid ja suunamine edasiseks hindamiseks ja sekkumiseks.
STEP 1: Kõik teadaolevad ja kahtlustatavad depressiooni esinemisviisid	Hindamine, toetus, haridusliku lähenemise sekkumised, aktiivne jälgimine ja suunamine edasiseks hindamiseks ja sekkumiseks.

Juhistes on välja toodud, et on vaja madala intensiivsusega psühhosotsiaalseid sekkumisi, mis on suunatud püsivate depressioonisümptomite või kerge kuni mõõduka depressiooniga inimestele. Need peaksid hõlmama individuaalselt juhendatud eneseabi, mis põhineb KKT põhimõtetel ja sisaldab käitumuslikku aktiveerimist ja probleemide lahendamise tehnikaid, veebipõhist kognitiivset käitumisteraapiat ja struktureeritud rühmatööde kehalise aktiivsuse programmi. Soovitatakse, et madala intensiivsusega psühhosotsiaalne sekkumine koosneks järgmistest meetmetest:

- Sobiva ja tervenemist toetava sisuga kirjalikud materjalid;
- Toetus koolitatud praktiku poolt, kes tavaliselt hõlbustab eneseabiprogrammi ja vaatab üle edusammud ja tulemused.
- 6-8 psühhosotsiaalset seanssi (silmast-silma ja telefoni teel), mis toimuvad tavaliselt 9-12 nädala jooksul, sealhulgas järelkontroll.
- KKT peaks toimuma eraldiseisva veebipõhise programmi kaudu, sisaldama KKT mudeli selgitusi, julgustama ülesannete täitmist seansside vahel ning kasutama mõttekäitumise, mõttemustrite ja

tulemuste aktiivset jälgimist, seda peaks toetama koolitatud praktik ja see peaks toimuma 9-12 nädala jooksul, sealhulgas järelkontroll.

Füüsilise aktiivsuse programme püsivate depressioonisümpptomite või kerge kuni mõõduka depressiooniga inimestele tuleks pakkuda rühmades pädeva spetsialisti toetusel ja need peaksid tavaliselt koosnema kolmest mõõduka kestusega (45 minutit kuni 1 tund) kohtumisest nädalas 10 kuni 14 nädala jooksul (keskmiselt 12 nädalat). Rühmapõhist kognitiiv-käitumisteraapiat tuleks kaaluda püsivate madalama astme depressioonisümpptomite või kerge kuni mõõduka depressiooniga inimeste puhul, kes keelduvad madala intensiivsusega psühhosotsiaalsetest sekkumistest. See teraapia peaks põhinema struktureeritud mudelil ja seda peaks läbi viima kaks koolitatud pädevat praktikut ning see peaks koosnema 10-12 kohtumisest, kus osaleb 8-10 inimest.

Kõigi kõrge intensiivsusega psühholoogiliste sekkumiste puhul peaks ravi kestus olema 16-20 seansi 3-4 kuu jooksul. Kaaluda ka 2 seansi nädalas esimese 2-3 nädala jooksul mõõduka või raske depressiooniga inimeste puhul, järel sessioonid, mis koosnevad tavaliselt 3-4 seansist järgmise 3 kuni 6 kuu jooksul kõigi depressiooniga inimeste puhul. Kõigi IPT-d saavate depressiooniga inimeste puhul peaks ravi kestus olema tavaliselt 16-20 seansi 3-4 kuu jooksul. Raske depressiooniga inimeste puhul tuleks kaaluda 2 seansi nädalas esimese 2-3 nädala jooksul. Kõigi depressiooniga inimeste puhul, kes saavad käitumuslikku aktiveerimist, peaks ravi kestus olema tavaliselt 16-20 seansi 3 kuni 4 kuu jooksul. Samuti tuleks kaaluda, kas pakkuda mõõduka või raske depressiooniga inimestele 2 seansi nädalas esimese 3 kuni 4 nädala jooksul, järelsessioonid koosnevad tavaliselt 3-4 seansist järgmise 3 kuni 6 kuu jooksul kõigi depressiooniga inimeste puhul.

Depressiooni käitumuslik paariteraapia peaks tavaliselt põhinema käitumuslikel põhimõtetel ja piisav ravikuur peaks kestma 15-20 kohtumist 5 kuni 6 kuu jooksul. Kõigi püsivate depressioonisümpptomite või kerge kuni mõõduka depressiooniga inimeste puhul, kes saavad nõustamist, peaks ravi kestus olema tavaliselt 6-10 seansi 8 kuni 12 nädala jooksul. Kõigi kergete kuni mõõduka depressiooniga inimeste puhul, kes saavad lühiajalist psühhodünaamilist psühhoteraapiat, peaks ravi kestus olema tavaliselt 16-20 seansi 4 kuni 6 kuu jooksul.

Bipolaarseid häireid käsitlevad NICE suunised (75) hõlmavad laste, noorte ja täiskasvanute bipolaarse häire (varem tuntud kui maniakaalne depressioon) äratundmist, hindamist ja ravi. Soovitusi kohaldatakse I, II bipolaarse, segatüüpi afektiivsete ja kiirelt tsükliliste häirete suhtes. Suuniste eesmärk on parandada bipolaarse häirega inimeste juurdepääsu ravile ja elukvaliteeti.

Juhis on mõeldud a) tervishoiutöötajatele, b) töötervishoiu, sotsiaalteenuste ja sõltumatu sektori töötajatele c) bipolaarse häirega lastele, noortele ja täiskasvanutele, d) bipolaarse häirega laste, noorte ja täiskasvanute peredele ja neile, kes neid hooldavad.

NICE juhendis toodud rehabilitatsiooni sekkumised:

- **Igapäevaeluoskuste toetamine** – peab toetama inimese igapäeva elulist toimetulekut ja sealjuures ka ravisoostumust.
- **Sotsiaalsete oskuste toetamine** – struktureeritud grupi tegevused (sotsiaalsed, vaba aja veetmise või tööalased), mille eesmärk on parandada inimeste vahelisi suhtlemisoskusi. Grupitegevused võivad olla eakaaslaste juhitud või toetatud ja neid tuleks pakkuda vähemalt kord nädalas inimese kogukonnas. Samuti on tähtis pakkuda regulaarseid üks-ühele kohtumisi selleks määratud isikuga, et aidata teenuse saajal oma tegevusprogrammi planeerida ja läbi vaadata. Määratud isikuks võib olla näiteks isiku hoolduskoordinaator või võtmetöötaja kogukondlikes rehabilitatsiooniteenustes.
- **Ühiskondliku tegevuse toetamine**, sealhulgas vaba aja tegevustes, hariduses ja töös. Programmid inimeste kaasamiseks kogukonna tegevusse peaksid olema paindlikud ja olema mõistlikult kohandatud võtmaks arvesse inimese häiret ja muutuvaid vajadusi, olema individuaalsed, arendama inimese päeva struktuuri ja eesmärki, püüdma suurendada nende identiteeditunnet,

kuuluvust ja sotsiaalset kaasatust kogukonnas, kaasata eakaaslaste toetus ja tunnustada inimeste oskusi ja tugevusi. Tähtis on ka kaaluda kognitiivse parandusmeetme pakkumist koos kutsealase rehabilitatsiooni teenusega.

Šotimaa juhiseid

Multidistsiplinaarne võrgustik SIGN töötas välja eraldi juhised depressiooni (2010) (76) ja bipolaarse häire kohta (2009) (77), rakendades standardset süstemaatilise kirjanduse ülevaatemetoodikat, mis annab tõenduspõhiseid soovitusi depressiooniga täiskasvanute rehabilitatsiooniks ja raviks. Kuigi tegu on üle 10 aasta vanuse juhistega ja tulenevalt juhiste koostamise metoodikast ei pruugi see olla enam asjakohane, siis oleme selle siiski eraldi välja toonud, kuna see oli ainuke juhiseid, millel oli selgelt mitte-meditiinilise fookus.

Juhises kirjeldatakse laia valikut soovituslike ja mittefarmatseutilisi ravimeetodeid depressiooniga inimestele. Juhised sisaldavad soovitusi psühholoogiliste ravimeetodite, eneseabi, kehalise tegevuse ja elustiili muutmise, taimsete ravimite ja toidulisandite, täiendavate ja alternatiivsete ravimeetodite kohta. Lisaks kirjeldatakse, kuidas suunised välja töötati ja nende tõenduspõhisust. Samuti on eraldi peatükk, mis on pühendatud suuniste rakendamisele.

Psühholoogilistest meetoditest soovivad SIGN suunised käitumuslikku aktiveerimist (A), individuaalset KKT (A), interpersonaalset teraapiat (A), lahenduskeskset teraapiat (B), lühiajalist psühhodünaamilist psühhoteraapiat (B). Rühmakeskkonnas toimuvat teadvusel põhinevat kognitiivset teraapiat võib kaaluda ravivõimalusena, et vähendada tagasilangust depressiooni häirega inimestel, kellel on olnud kolm või enam episoodi (B). Lisaks kirjeldatakse suunistes eneseabi kui olulist soovitusi; sealhulgas juhendatud eneseabi, mis põhineb KKT või käitumuslikel põhimõtetel (A). Juhendatud eneseabi raames soovatakse depressiooni häirega inimestel võimalusena kasutada veebipõhist nõustamist.

Psühholoogiliste teraapiameetodite tõhusust mõjutavad tõenäoliselt mitmed tegurid: üldised (mittespetsiifilised) tegurid, terapeutilise suhte kvaliteet (rehabilitatsiooni eri etappides), terapeudi poolused tegurid, nagu pädevus, ehtsus, empaatia ja positiivne suhtumine, ning inimese poolused tegurid, nagu varasemate sümptomite paranemine, valmisolek muutusteks ja usk teraapiasse.

Juhises kirjeldati elustiili muutmise vajalikkust seoses alkoholitarbimise, kofeiini tarbimise vähendamise, tööle naasmise, alkoholi ja narkootikumide kasutamise, toitumise ja toitumiskäitumise, sotsiaalsete võrgustike ja isiklikult mõtestatud tegevuste säilitamise ning unehäirete reguleerimise vajadusega.

2.3.2.4. Kanada juhised

Kanada meeleolu- ja ärevushäirete ravivõrgustik (CANMAT) on välja töötanud erinevad juhised bipolaarsete häirete ja depressiooni kohta.

Depressiooni juhiseid loodi 2009. aastal ja seda ajakohastati 2016. aastal. Juhise fookuses on täiskasvanud raske depressiivse häirega inimesed ning juhiseid on suunatud psühhiaatritele ja teistele vaimse tervisega tegelevatele spetsialistidele. Kuigi juhiseid on eelkõige kliiniline, on selles ka eraldi välja toodud peatükid mittekliiniliste meetodite lõikes.

Juhises kirjeldatakse üksikasjalikult soovitatavat psühhoteraapiat depressiooni korral. Siiski on väga vähe kirjeldatud inimese vajadustest lähtuvat psühhosotsiaalset rehabilitatsiooni. Näiteks ägeda depressiooni esmase psühholoogilise ravi soovitusel hõlmavad KKT-d, interpersonaalset ravi ja käitumuslikku aktiveerimist. Samuti on juhises olemas soovitusel veebipõhise ja telefoni teel läbiviidava psühhoteraapia korraldamiseks. Samas on juhises siiski rõhutatud, et psühhoteraapia peab käima tihedalt koos farmakoteraapiaga ja selle juhtimine peaks toimuma pigem kliinilise poole pealt.

Juhistes on küll olemas osa täiendavate ja alternatiivsete teraapiameetodite kohta. Näiteks kerge kuni mõõduka raskusastmega depressiooni puhul soovitatakse ravimeetoditena liikumist, valgusravi ja joogat. Muude kehaliste ravimeetodite ja looduslike tervisetoodete puhul on leitud vähem tõendeid.

Bipolaarsed häired

Kanada meeleolu- ja ärevushäirete ravivõrgustik (CANMAT) on välja töötanud ka bipolaarse häire ravijuhise, mille viimane versioon ilmus 2018. aastal. Juhises rõhutatakse psühhohariduse tähtsust ja soovitusi selle kohaldamiseks. Psühhoharidus hõlmab laias laastus teabe andmist haiguse olemuse, selle ravi ja peamiste toimetulekustrateegiade kohta abivajajale ja perekonnale. Praegused psühhohariduslikud mudelid õpetavad oskuste arendamist depressiooni ja maania prodroomide avastamiseks ja juhtimiseks, pidevaks stressijuhtimiseks, probleemide lahendamiseks, kuidas vähendada häbimärgistamise ja häire eitamise mõju ning annavad nõuandeid ravimite kasutamise parandamiseks ja tervislike eluviiside arendamiseks (nt alkoholi, tubaka, uimastite ja stimulantide, näiteks kofeiini kasutamise minimeerimine, regulaarne liikumine ning une- ja ärkveloleku aegade reguleerimine). Peamine eesmärk on individuaalsete toimetulekustrateegiade loomine, et vältida meeleolu langust. Psühhoharidust võib anda individuaalselt või rühmas.

Psühhohariduse empiirilised mudelid hõlmavad näost-näku suhtlemist terapeudiga, kuid katsetatakse uusi mudeleid, mis hõlmavad veebipõhiseid vahendeid, nutitelefonirakendusi ja töövihikuid. Koosõlas laiemate õppimisteooriatega arvatakse, et psühhoharidus on tõhusam, kui see sisaldab aktiivset õppimist, kus pööratakse tähelepanu mõistmise arengu jälgimisele, aktiivsele oskuste arendamisele ja kodutööde tegemisele seansside vahel. Samuti väidetakse, et vastastikune tugi ja grupiõpe lisavad psühhohariduse tõhusust.

2.3.2.5. Soome juhised

Soomes on koostatud juhised nii depressiooni kui bipolaarsete häirete rehabilitatsiooniteenuse korraldamiseks. Erinevalt teistest juhistest, on Soome juhised kõige põhjalikumalt käsitlevad ka süsteemi tasandil korralduslikke aspekte. Järgnevalt ongi toodud Soome üldine rehabilitatsiooni korraldus depressiooni ja bipolaarse häire lõikes. Tulenevalt ka Eesti ja Soome mõningast sarnasust, on selles juhise juures välja toodud eelkõige korralduslik pool.

Depressioon

Meditsiiniline ja teraapiline rehabilitatsioon

- Depressiooni häirega inimeste kõige levinum rehabilitatsiooni vorm on psühhoterapia. See võib aidata kaasa tööturule jäämisele ja tööle asumisele.
- Psühhoterapiat on võimalik saada riikliku tervishoiu kaudu; samuti erasektorist, tasudes selle eest ise, tervishoiu eest tasumise kohustusega või KELA (Soome Rahvapensioniamet) toel.
- Tervishoiuseaduse kohaselt peab KOV korraldama inimese arstiabiga seotud meditsiinilise rehabilitatsiooni (nt funktsionaalse võimekuse parandamisele ja säilitamisele suunatud teraapiad ning muud vajalikud rehabilitatsiooni soodustavad meetmed).
- Taastuspsühhoterapia, mida hüvitab Soome Sotsiaalkindlustusamet, tagatakse inimesele pärast 3-kuulist asjakohast ravi.
- Ravisuhe (kliiniline) peaks jätkuma ka psühhoterapia ajal.
- Psühhoterapiat on võimalik saada ka KELA kaudu meditsiinilise rehabilitatsioonina.
- Abivajajale peaks rehabilitatsiooniplaani koostama ravi eest vastutava riikliku tervishoiuteenuse osutaja (vastutav arst või psühhiaater). Soovitatav rehabilitatsioon peab olema sooritusvõime ja osaluse toetamiseks mõistlikult vajalik ning püstitada tuleb konkreetsed eesmärgid, mis on ka inimese enda jaoks olulised.

- Vaimse tervise häiretega inimestele korraldatakse rehabilitatsiooni- ja kohanemiskursusi, mida saab taotleda rehabilitatsiooni hüvitamise või Vaimse Tervise Keskliidu raames.

Kutsealane rehabilitatsioon

- Kutsealase rehabilitatsiooni eesmärk on aidata inimestel tööd leida, tööle jääda või haigusest hoolimata tööle naasta.
- KEELA peamiseks tööalase rehabilitatsiooni sihtrühmaks on noored ja tööellu halvasti integreeritud inimesed, kelle haigus, ebaõnnestumine või puue halvendab oluliselt õppimis- või töövõimet.
- Kutsealase rehabilitatsiooni korraldavad osapooled peavad koostööd tegema ka ülejäänud ravi- ja rehabilitatsiooni meeskonnaga.

Bipolaarsed

Bipolaarse häirega inimesi tuleb hinnata häire alguses ja haiguse eri etappides ning koostada ravi- ja rehabilitatsiooniplaan.

Ravi ja rehabilitatsioon

Ravi ja teraapia üldpõhimõtted

- Ravis on oluline kombineerida inimese vajadustele vastavad farmakoloogilised ja mittefarmakoloogilised tegevused individuaalseks teenust toetavaks plaaniks.
- Meeleolu stabiliseerivad ravimid on bipolaarse häire (liitium ja meeleoluvastased antipsühhootikumid) ravi alustalaks.
- Ravi planeerimisel on oluline välja selgitada, millises haiguse staadiumiga on tegemist ning arvestada haiguse kulgu.
- Haiguse staadiume (episoodid ja vahefaasid) tuleks graafiliselt kirjeldada kui elukäiku, sest eelnev haiguse kulg ennustab selle edasist kulgu.
- Ravi tuleb korraldada nii, et oleks arvestatud inimese individuaalseid ja muutuvaid hooldusvajadusi vastavalt haiguse erinevatele staadiumitele ning oleks tagatud ravi järjepidevus.
- Ravi koordineerimiseks on soovitatav määrata kõigile bipolaarse häirega inimestele juhtumikorraldaja.
- Kõrge suitsiidirisk, psühhootilisus, suutmatus enda eest hoolitseda ning rasked funktsiooni- ja otsustusvõime häired on haiglaravis levinumad teemad. Vajadusel osutatakse haiglaravi vastavalt vaimse tervise seadusele, olenemata inimese tahtest.
- Korduvvastuvõttudel on soovitatav hinnata ravi efektiivsust, hinnates inimese seisundit depressiooni sümptomite skaalade ja maniakaalsete sümptomite indikaatorite abil. Meeleolupäevik aitab jälgida inimese seisundit ja selle muutusi. Meeleolu jälgimiseks töötatakse välja elektroonilisi vahendeid.
- Kaasnevate haiguste ohutu ja efektiivne ravi nõuab sageli hierarhilist lähenemist, võttes arvesse iga inimese individuaalseid vajadusi ja soove. Üldiselt tuleks kõigepealt ravida haigestumuse ja suremusega kõige enam seotud häireid või sümptomeid, nagu äge mania, psühhooos või suitsiidikatse.
- Uimastite kuritarvitamise varajane ravi on oluline, kuna see võib mõjutada ravi edukust tervikuna. Arvesse tuleks võtta ainete kuritarvitamise tõsidust ja tagajärgi.
- Kui meeleolu on stabiliseerunud, saab ravida kaasuvaid haigusi, nagu ATH või autismispektri häire. Bipolaarse häire ja kaasuvate haiguste ravi seoste kohta on vähe uuringuid.
- Ravis on oluline hea koostöö ja info edastamine ravis osalejate vahel.
- Erinevate ainete kuritarvitamise korral tuleb paralleelselt tagada bipolaarsetele inimestele ka sõltuvusravi.
- Ravi-ja teraapiaprotsessi tuleks kaasata ka abivajaja lähedased.

Psühhosotsiaalsed teraapiad ja rehabilitatsioon

- Bipolaarse häire psühhosotsiaalseks raviks on välja töötatud konkreetsed individuaalsed või rühmamudelid (vt ka tabel 6).
- Psühhosotsiaalsed teraapiad ei sobi kasutamiseks üksi, vaid paralleelselt peab kasutama sobivat meeleolu stabiliseerivat ravimit.
- Psühhosotsiaalsed teraapiad on kõige tõhusamad bipolaarse häire varases staadiumis.
- Psühhoharidus on prioriteet ja seda tuleks pakkuda kõigile, kellel on bipolaarne häire, olenemata vanusest.
- Psühhoharidus mängib võtmerolli kõigis tõenduspõhistes bipolaarse häire ravimudelites. Inimeste õpetamine meeleoluhäirete varajasi sümptomeid ära tundma vähendab meeleoluhäirete kordumise riski.
- Psühhohariduse rühmateraapia vähendab II tüüpi bipolaarse häire tagasilanguse teket. Enamik uuringuid on läbi viidud I. tüüpi bipolaarse häirega inimestel. Kognitiivne teraapia kombinatsioonis medikamentoosse raviga võib vähendada bipolaarse häire kordumise riski varases staadiumis (C).
- Medikamentoosse raviga seotud kognitiiv-käitumuslikteraapia võib vähendada bipolaarse depressiooni sümptomeid (C).
- Unetuse kognitiivne ravimudel võib olla taastumisfaasis kasulik bipolaarse häirega inimestel, kellel on hüpomaania või maniakaalne kontratseptsioon.
- Bipolaarse häirega peredele mõeldud „*Family Focused Treatment (FFT)*“ programm näib vähendavat bipolaarse häire kordumist (B) ja võib kiirendada depressioonist taastumist (C).
- Inimeste vaheline ja sotsiaalne rütmiteraapia kombinatsioonis IPSRT-ravimitega võib bipolaarse tagasilangust ägedas faasis edasi lükata (C) ja olla efektiivne bipolaarse häire depressiivse faasi korral (C).
- Teadveloleku-põhine kognitiivne teraapia (MBCT) võib olla kasulik bipolaarse häire depressiivsete ja ärevussümptomite ravis, kuid vaja on täiendavaid uuringuid (C).
- Veebipõhised ravimeetodid võivad olla kasulikud bipolaarse häire kergete depressiivsete sümptomite ravis (C).

Tabel 6. Bipolaarse häire puhul soovitatud psühhosotsiaalsed teraapiad

Ravi ja kirjeldus	Tüüpiline kestus ja tihedus	Tõenduse aste ravi aspektist	Tõenduse aste: sümptomite kordumise ennetamine
Psühhohariduslik rühmateraapia Teave bipolaarse häire põhjuste, sümptomite ja kulgemise ning ravivõimaluste kohta. Relapsi analüüs, sealhulgas nt eelsümptomid, vallandajad, joovastused, stressorid ning ööpäevased ja sotsiaalsed rütmid. Vahendid tagasilanguse riski vähendamiseks	8-21 x 90 min nädalas		A
Kognitiiv-käitumuslik teraapia Düsfunktsionaalsete automaatmõtete ja tuumuskumuste selgitamine, kognitiivsete lähenemisviiside parandamine sümptomite haldamisel ja ravimite võtmisel ning haridusliku lähenemise elemendid, sümptomaatiliste sümptomitega töötamine ja rutiinide reguleerimine	12-25 x 45-60 min 6-9 kuud	C	C
Perekeskne ravi (FFT) Perekonnale antav psühhoharidus, ja toimetuleku strateegiad, mida perekond saab kasutada tagasilanguse vältimiseks (nt ravimite võtmine ja viivitamatu tegutsemise prodromaalse	21 x 60 min 9 kuu jooksul	C	B

sümptomite korral), samuti suhtlemis- ja probleemi lahendamisoskuste harjutamine.			
Inimeste vaheline ja sotsiaalne rütmiteraapia (IPSRT) Keskendutakse seostele meeleolusümptomite ning sotsiaalsete suhete ja rollide vahel, rõhutades igapäevase rütmilise regulaarsuse tähtsust ning õpetades tuvastama ja juhtima potentsiaalseid rütmi rebenemist soodustavaid tegureid. Ravi hõlmab ka psühhoharidust.	Igakaises faasis 45–55 min nädalas, hooldusfaasis, kohtumised 12 nädala jooksul igal nädalal ja seejärel kord kuus kuni 2-aastase hooldusfaasi lõpuni.	C	C
Internetipõhine teraapia (veebiteraapia) Teave sümptomite juhtimise, ravimite, psühholoogiliste lähenemisviiside, elustiili, inimeste vaheliste suhete kohta.	8-20 seansi 12 kuu jooksul	C (kergete depressiivsete sümptomite raviks)	

Psühhosotsiaalse hoolduse põhielemendid

Bipolaarse häire psühhosotsiaalse ravi põhielemendid kõigil inimestel, olenemata vanusest:

- Teabe levitamine bipolaarse häire eri etappide sümptomite, haiguse kulgemise ja seda mõjutavate tegurite kohta.
- Individuaalse haigusloo ja sümptomite vallandanud tegurite tuvastamine.
- Uimastiravist kinnipidamise olulisuse rõhutamine tagasilanguse vältimiseks ning ravimite kasulikkuse ja kõrvalmõjude hoolikas kaalumise.
- Meeleolumuutuste jälgimine meeleolupäeviku abil.
- Maania- ja depressiooniepisoodide üksikute varajaste sümptomite tuvastamise õpetamine (siin võib nõustada lähi võrgustiku liikmeid toetada sugulasi).
- Ettevaatusabinõude kokkuleppimine maniakaalsete sümptomite korral.
- Enesehoolduse õpetamine depressiooni korral.
- Situatsiooniplaani koostamine ägedateks olukordadeks (olemasolevad maania sümptomid, suitsiidiennetus jms).
- Stressi maandamise õpetamine.
- Sõltuvust tekitavate ainete kuritarvitamisest hoidumine.
- Meeleoluhäiretest põhjustatud inimeste vaheliste probleemidega tegelemine.

Kognitiivne ravi võib olla kasulik bipolaarse häirega inimeste kognitiivseid võimeid parandava rehabilitatsioonivormina (C) ja bipolaarse häirega inimeste funktsionaalse rehabilitatsiooni vormina, eriti võrreldes tavapärase raviga (C).

Meditsiiniline rehabilitatsioon

- Tervishoiuseaduse kohaselt peab KOV korraldama abivajaja arstiabiga seotud meditsiinilist rehabilitatsiooni (nt tegevusvõime parandamisele ja säilitamisele suunatud teraapiad ning muud vajalikud rehabilitatsiooni soodustavad meetmed).
- KELA rehabilitatsiooni psühhoterapia on mõeldud töö- või õppimisvõime toetamiseks 16-67-aastastele inimestele, kelle vaimse tervise häire ohustab töö- või õppimisvõimet. Enne taastus psühhoterapiasse pöördumist peab kõige raskem meeleolu sümptom olema tasakaalus ning inimene peab olema saanud bipolaarse häire ja sümptomite leevendamise psühhoharidust.
- Psühhoterapiat on võimalik saada ka KELA kaudu meditsiinilise rehabilitatsioonina. Abivajajale peaks rehabilitatsiooniplaani koostama rahvatervise spetsialist või psühhiaater. Psühhoterapia

rehabilitatsiooni sihtrühmaks on alla 65-aastased, kes viibivad ambulatoorsel ravil, kellel on olulisi igapäevaelus osalemise raskusi ning kes vajavad rehabilitatsiooniteenuseid vähemalt aasta jooksul.

- Soovitatav rehabilitatsioon peaks olema tulemuslikkuse ja osalemise toetamiseks mõistlikult vajalik ning peaks seadma nii teenuse saajale kui teenuse osutajale konkreetsed eesmärgid.

2.3.2.6. Horvaatia juhised

Horvaatias on samuti koostatud juhised eraldi bipolaarsete häiretega ja meeleoluhäiretega inimestele teenuste osutamiseks.

Bipolaarsed häired

Teraapia korraldamisel on soovitatav järgida kogukonnapsühhiaatria mudelit, mis hõlmab erinevaid teenuseid ja nende vastastikust koostöömõju ning multidistsiplinaarset meeskonda. Järgmiste psühhosotsiaalsete tegevuste rakendamine peaks olema osa bipolaarse häirega inimeste raviplaani ja põhinema individuaalse raviplaani koostamisel: psühhoteraapia, peretöö, koolitus sotsiaalsed oskused, juhtumikorraldus ja psühhoteraapia. Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni põhimõtteid, mis põhinevad võimendamisel, taastumisel ja elukvaliteedil, tuleks kasutada strateegia põhiprintsiipidena/eesmärgidena ravi, sõltumata psühhiaatrilise teenuse korralduse mudelist.

Juhtumikorralduse praktika on osutunud heaks lähenemisviisiks inimeste ravimisel, kellel on diagnoositud bipolaarne häire. Teraapia eesmärk ei keskendu ainult häire vähendamisele ja leevendamisele, vaid hõlmab ka üldiste võimete parandamist iseseisvaks eluks ning töötamiseks.

Sarnaselt teiste riikide juhistele on ka Horvaatia juhises rõhutatud psühhohariduse olulisust. Psühhohariduse rakendamist peetakse juhises oluliseks igas haiguse etapis ja rõhutatakse ka pere ning lähedaste kaasatust. Samuti on Horvaatia juhises eraldi tähelepanu pööratud pereteraapiale, mis hõlmab ka pere psühhoteraapiat. Oluliseks peetakse seda eelkõige suurema tagasilanguse riskiga inimeste puhul, kus pereliikmete toetus on eriti oluline. Eraldi on juhises välja toodud ka juhtumikorraldus ja kogukonna tugi. Juhtumikorraldaja olulisus tuuakse välja eelkõige raskemas seisus inimeste puhul ning kogukonna toe tähtsust peetakse oluliseks nende inimeste puhul, kes ei ole eriti koostöövalmid (nt keelduvad meditsiinilisest ravist) ja kellel on raskusi oma käitumise kontrollimisega. Lisaks on välja toodud juhises sotsiaalsete oskuste koolitus, psühhoteraapia, KKT, inimeste vaheline ja sotsiaalne rütmiteraapia.

Depressioon

Horvaatia juhises depressioonihäirete puhul on mittekliinilises kontekstis sarnane bipolaarse häire juhisele. Suunistes selgitatakse üksikasjalikult haridusliku lähenemise tähtsust, mis tähendab inimese harimist haiguse ja ravi kohta. Juhises rõhutatakse, et inimesi tuleb harida depressiooni mõistmise ja psühhosotsiaalsete mudelite osas, mis hõlmavad muuhulgas ravimite, psühholoogiliste ja sotsiaalsete meetodite mõju ravile ning aitab neil paremini mõista nii depressiooni riskitegureid kui ka kaitsvaid tegureid depressiooni ennetamiseks. Haiguse kordumise vältimiseks on oluline ka depressiooni varajaste tunnuste äratundmine, tervislike eluviiside ja eneseabi meetodite harjutamine. Eneseabimeetodid hõlmavad eneseabi suuniseid: düsfunktsionaalsete mõtetega töötamise harjutamine, tõhusamate stressiga toimetuleku viiside kasutamine, käitumise aktiveerimine, sotsiaalse tugivõrgustiku aktiveerimine ja motiveerimine ning tervislikud eluviisid. Haridusliku lähenemise meetodeid viiakse pidevalt läbi kõikides ravietappides. Haridusliku ja kognitiiv-käitumusliku lähenemise elemente sisaldava eneseabi protokollil alusel võib rakendada ka eneseabimenetlusi, eriti kerge depressiooniepisoodi ja isegi mis tahes muu depressiooniepisoodi korral.

Rehabilitatsioonimeetodeid peetakse taastumisprotsessis väga oluliseks, eriti nende inimeste puhul, kelle sotsiaalne funktsioneerimine on häiritud, kes on passiivsed, isoleeritud, kellel on raskusi alates

enesehooldusest kuni perekonna, sotsiaalsete ja tööalaste rollide täitmiseni. Rehabilitatsioon on kooskõlastatud protsess, mille käigus rakendatakse erinevaid protseduure eesmärgiga suurendada oskusi iseseisva elu- ja tööga hakkamasaamiseks. See hõlmab erinevaid meetodeid, näiteks sotsiaalsete oskuste treeningut, mille puhul võib probleemide lahendamise tehnikate õppimine olla väga kasulik ja viia depressiooni vähenemiseni. Tööalane rehabilitatsioon aitab suurendada töövõimet, taastada töövõimet ja valmistuda tööks. Kutserehabilitatsioon hõlmab konkreetseid oskusi tööks/töötegevuseks reaalses töökeskkonnas. Toetatud töötamine on töötamine konkreetsetel töökohtadel koos vajaliku abi osutamisega, mis on seotud haigusest tulenevate piirangutega seoses piirangutega, mis inimesel on haiguse tõttu. Kui tegemist on sotsiaalse ja tööalase funktsioneerimise tõsise kahjustusega, on vaja kaaluda juhtumikorralduse rakendamist, eriti teenuste pakkumise võimalust inimese kodus.

Juhtumikorraldaja on Horvaatias isik (enamasti psühhiaatriline kogukonnaõde, sotsiaaltöötaja, tegevusterapeut), kes on kursis inimese üldiste psühhosotsiaalsete vajadustega ja aitab tal läbi viia tõhusat ravi, pakkuda tuge ja vajalike erinevate teenuste koordineerimist.

2.4. Erinevate riikide rehabilitatsioonijuhiste koostamise kokkuvõte

RIIK	SIHRÜHM	MEETOD	JUHISTE HINDAMINE
Saksamaa	Täiskasvanud (+18)	Saksamaa juhised on koostatud kõrgeima tõendatuse tasemega süstemaatiliste ülevaadete ja kvaliteetsete topeltpimedate randomiseeritud kontrollitud uuringute (RCT) metanalüüside toel. Tõendite tase oli määravaks soovitusaste astmete määramisel: mida kõrgem on tõendite tase (Ia, Ib, IIa, IIb, III, IV), seda tugevam on soovitus. Erinev soovitusaste tasemed (A: soovitame, B: toetame, O: võib kaaluda, KKP: hea kliiniline tava/eksperdi arvamus)	GRADE (<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>)
Austraalia ja Uus-Meremaa	Täiskasvanud (18+)	Juhised meeleoluhäirete teraapiaks, mis põhinevad teaduslikel tõenditel, mida täiendab ekspertide kliiniline konsensus. Tõendus põhised soovitusaste (EBR) sõnastati siis, kui MDC leidis, et sekkumisuuringutest on piisavalt tõendeid, et toetada soovitusaste antud teema kohta. Iga EBRI puhul hinnati tõendusmaterjali tugevust, kasutades NHMRC sekkumisuuringute tõendusmaterjali tasemeid, ja see on soovitusaste vastavalt hinnatud. (nt EBR I, II, III või IV).	GRADE (<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>)
Soome	Täiskasvanud	Soome juhiste koostamisel oli arvesse võetud erinevaid rahvusvahelisi juhiseid ning tõendus põhiseid uuringuid. Erinev soovitusaste tasemed (A: soovitame, B: toetame, O: võib kaaluda, KKP: hea kliiniline tava/eksperdi arvamus)	AGREE II (<i>The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II</i>)
Ühendkuningriik	Täiskasvanud (18+)	Juhiste koostamise protsess hõlmas tõendite kokkuvõtte koostamist, kuludele avaldatava mõju hindamist ja tõendite läbivaatamist komisjoni poolt. Seejärel esitati huvigruppidele juhendi mustand ning nende kommentaarid kaasati lõplikku versiooni. Süstemaatilise kirjanduse otsing ja PICO standardid.	GRADE (<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>)
Kanada	Täiskasvanud (18+)	Kanada meeleolu- ja ärevushäirete ravivõrgustik (CANMAT) on välja töötanud erinevad juhised bipolaarsete häirete ja depressiooni kohta. Soovitusaste lõplikul liigitamisel esimeseks, teiseks või kolmandaks tasemeks võeti arvesse efektiivsuse tõendatuse taset, kogemustel põhinevat kliinilist toetust ning konsensuslike hinnanguid mõju kohta. CANMAT kasutas ka standardset süstemaatilise kirjanduse ülevaate meetodikat, mis annab tõendus põhiseid soovitusaste meeleoluhäiretega täiskasvanutele rehabilitatsiooniteenuste osutamiseks.	GRADE (<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>)
Šotimaa	Täiskasvanud (18+)	Multidistsiplinaarne võrgustik (SIGN) töötas välja juhised, rakendades standardset süstemaatilise kirjanduse ülevaate meetodikat, mis annab tõendus põhiseid soovitusaste meeleoluhäiretega täiskasvanute hooldamiseks ja raviks. Tõendite hindamiskaala (1–4, A–D).	GRADE (<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>)
Horvaatia	Täiskasvanud (18+)	Suunised sisaldavad mitmesuguseid soovitusaste, mis aitavad kaasa depressiooniga inimeste edukale teraapiale, sealhulgas psühhoteraapia juhiseid, eneseabi meetodeid ja psühhosotsiaalseid meetodeid. Juhised põhinevad teadusuuringutel ja kliinilisel praktikal, need võib jagada 4 taseme soovitusaste (I–IV).	AGREE (<i>The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>)

3. Kokkuvõte, järeldused ja soovitused

Eestis osutavad rehabilitatsiooniteenust üle 100 asutuse. Seadusandlikult on reguleeritud, millistel tingimustel rehabilitatsiooniteenuseid saab osutada ja millised teenused peavad asutustes olema tagatud, kuid rehabilitatsiooniteenuste enda läbiviimiseks ühtseid juhiseid ei ole (va esmasesse psühhoosi haigestunutele). See on kaasa toonud olukorra, kus rehabilitatsiooniasutused on ebaühtlase teenuse kvaliteediga ning samuti on keeruline hinnata teenusesaajatele osutatud teenuste tulemuslikkust. Samuti ei ole teenusesaajale selge, mis tingimustel ning miks ta rehabilitatsiooniteenuseid saab ning ta võib seetõttu teenustel osalemise katkestada. Juhiste puudumine on probleemiks ka siis, kui teenusesaaja vahetab elukohta ning uues kohas osutatakse samanimelist teenust hoopis teistel põhimõtetel. See kõik aga mõjutab abivajaja ravi tulemuslikkust ning olenevalt diagnoosist ja seisundist ka ravisoostumust.

Antud töö fookuses on meeleoluhäirega inimesed. Arvestades, et nad moodustavad märkimisväärse osa rehabilitatsiooniteenust saavatest inimestest (2021. aasta seisuga sai teenust 613 F30-39 diagnoosiga inimest), siis tulenevalt haiguse eripäradest on eriti oluline tagada nendele kvaliteetne rehabilitatsiooniteenus. See aitaks kokku hoida kulusid riigi tasandil, kuna paljud erinevad uuringud on näidanud, et õigeaegselt osutatud kvaliteetsed rehabilitatsiooniteenused aitavad meeleoluhäire diagnoosiga inimesel paremini hakkama saada oma igapäevaeluga, integreeruda tööellu, hoida ära korduvat haiglaravi ja tagada paremat ravisoostumust. Seetõttu on oluline, et meeleoluhäirega inimene saaks õigel ajal asjakohaseid teenuseid ning arvestada tuleb ka sellega, et antud häire puhul on tegemist pika protsessiga ning teenustelt väljakukkumise ohte on palju.

Et tagada meeleoluhäiretega inimestele kvaliteetse rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus, on vaja erinevate tasandite tihedat koostööd ning ka põhimõtteliste konsensuslike otsuse vastuvõtmist. Järgnevalt on toodud peamised järeldused ja soovitused.

3.1. Järeldused

- Abivajaja (eriti psüühilise erivajadusega inimese) ja tema lähedaste jaoks on vajalike teenuste saamine süsteemide keerukuse tõttu tihti raske, kus orienteerumine nii abivajajal kui tema lähedastel on keeruline. Tihti ei saa abivajaja aru, kuhu ta millise probleemiga peab pöörduma ja kust saada vajalikku abi.
- Rahvusvahelise praktika kohaselt peetakse kõige efektiivsemaks juhtumipõhist teenuste osutamist, mille käigus saadakse ülevaade abivajaja vajadustest. Puude raskusastme tuvastamine ja töövõime hindamine on korraldatud riiklikul tasandil, kuid info selle tulemuste kohta ei jõua raviarstini või teenust osutavate spetsialistideni (nt ei võimalda tänane seadusandlus SRT osutajatel teada saada, kas teenusesaaja saab samal ajal ka teisi toetavaid teenuseid või on sellele suunatud ja vastupidi).
- Juhtumi koordineerimine tagaks meeleoluhäirega inimestele isikukeskse lähenemise ja teenuse terviklikkuse, et abivajaja kohta oleks info kättesaadav erinevatele osapooltele ja tal oleks olemas üks kindel koht ja inimene, kelle poole vajadusel pöörduda.
- Täiendavate ülesannete üleandmine eeldab täiendavat kompetentset inimressursi – juhtumikorraldaja ametikohtade loomist ja mehitamist. Tegemist on sisuliselt uue funktsiooniga, mille kompetentsimudel, täpsemad ülesanded ja rollid vajavad väljatöötamist.
- Juhtumikorraldajate rakendamine eeldab täiendavaid ressursse, mille leevendamiseks ei piisa rahalise ressursi eraldamisest, vaid vajadusel peab toetama ka kompetentside ja koostöö arendamisega.
- Juhtumikorraldaja töö eeldab abivajaja kohta rohkemate andmete nägemist ja seetõttu on vajalik panustada infosüsteemide arendamisse. Sellesse protsessi tuleb kaasata rohkem sotsiaaltöötajaid ning juhtumikorraldajaid, kes igapäevaselt peavad selle süsteemiga töötama.
- Kõik meeleoluhäirega inimesed sõltumata elukohast peavad saama asjakohast ja kvaliteetset teenust. Riigi (SKA) rolliks on jälgida, et teenuste osutamist toetav mudel tagaks inimeste võrdse

kohtlemise. Võimalikud riigieelarvelised vahendid nende tegevuste rahastamiseks oleks otstarbekas lahendada sihtotstarbeliste toetuste ja eraldistega.

- Sotsiaalvaldkond töökohana ei ole atraktiivne ja sellest tulenevalt on tekkinud järjest suurenev tööjõu puudus vajalike ametikohtade täitmisel. Tulemusena on rehabilitatsiooniteenuse saamine kohati raske ja väga pikkade järjekordadega. Meeleoluhäirega inimese puhul tähendab see aga potentsiaalselt kehvast ravisoostumusest ning ühiskonnast kõrvalejäämist.
- SKA teenuse hind on alarahastatud, mistõttu on meeskondadel raske spetsialiste leida. Näiteks TRT eest makstakse pea poole võrra rohkem, kui SRT eest, kuigi teenuseid osutatakse sarnastel alustel ning teenuseosutajateks võivad sama asutuse piires olla samad spetsialistid.

3.2. Soovitused

Riigi tasandil (erinevad poliitikad ja raamistikud)

- Ühiselt kokku leppida lähenemine, et esmane abivajaduse hindamine algab küll raviasutusest, kuid kohe kaasatakse ka rehabilitatsioonimeeskond.
- Kättesaadavaks teha informatsioon, mis näitab selgelt rehabilitatsiooniasutuste teenuste amplituuda koos sihtrühma kirjeldusega, kellele nad ka päriselt teenust osutavad, ning vajalikud kontaktid.
 - Sealjuures peab olema määratletud, millised rehabilitatsiooniasutused kvalifitseeruvad meeleoluhäirega inimestega tegelema ja millised mitte.
- Juurutada juhtumikorraldaja roll, kellel oleks ülevaade abivajaja abivajadusest ning osutatavatest teenustest, ning kes tagab abivajajale teenuste kättesaadavuse ning oskab jagada abivajajale asjakohast infot. Meeleoluhäire eripäradest tulenevalt peaks see olema üks inimene alates esimesest haiguse episoodist kuni teenuste lõppemiseni.
 - Juhtumikorraldaja võiks ühe võimalusena asuda rehabilitatsioonimeeskonna juures, kuna selles faasis kasutab meeleoluhäirega inimene kõige kauem teenuseid ning ühtlasi on see ka kõige mugavam positsioon olla tervishoiusüsteemi ning sotsiaalsüsteemi teenuste vahel.
 - Teisel juhul võiks juhtumikorraldaja asuda tervisekeskuse juures. See võimaldab tal kohe meeleoluhäirega inimesega esmase episoodi järgselt tegelema hakata ja tervisekeskus on ehk parem positsioon ka tagamaks paremat koostööd erinevate süsteemide vahel (tervishoiuasutus, SRT osutajad, Töötukassa, KOV jne).
- Praegune seadusandlus ei võimalda abivajajat andmete puudumise tõttu täiel määral aidata. Seadusandlust tuleks muuta selliseks, et rehabilitatsioonimeeskonnal oleks parem ülevaade abivajaja abivajadusest, vajalikest teenustest ja muust asjakohasest infost.
- Leida võimalusi riiklikult täidetavate ülesannetega seotud protsesside ja menetluste lihtsustamiseks (nt info liikumine erinevate etappide vahel). Praegu ei liigu inimese kohta oluline info näiteks tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna vahel.
- Seoses vaimse tervise õdedele suurema vastutuse andmisega ravikorraldamises võiks kaaluda Soome eeskujul vaimse tervise õdedele juhtumikorralduse funktsioonide andmist, et jälgida ja tagada meeleoluhäirega inimesele maksimaalne taastumise võimalus.

SKA tasand (rahastaja)

- Meeleoluhäirega inimesele tuleb alates esimesest episoodist tagada rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus, olenemata sellest, kas tal on määratud puue või töövõime kaotus või mitte.
- Rehabilitatsiooniteenuste osutaja töö väärtustamine. Välja tuleb töötada parem rahastussüsteem, mis võimaldaks spetsialistidel süsteemis töötada täiskohaga ja tooks rehabilitatsiooniasutusse tööle ka teisi spetsialiste (nt vaimse tervise õde, kliiniline psühholoog).
- Tugevdada koostööd tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel. Sealjuures kaasata inimese ravi ja teenuste teekonda aktiivsemalt KOV sotsiaaltöötajaid, st KOV töötaja ei pea kuidagi raviprotsessis kaasas olema, kuid ta peab vajadusel tagama inimese füüsilise jõudmise näiteks raviasutusse.

- Tagada rehabilitatsioonimeeskonna kompetentsi tõstmiseks vajalikud koolitused. Koolitused peaksid olema keskselt korraldatud ja riigi poolt rahastatud, vastasel juhul ei oleks osalemine asutuste lõikes ühtlane ja teenuste kvaliteet sellest ei muutuks igal pool paremaks.

Teenuseosutaja tasandil

- Vajadusel ise algatada koostööd raviasutustega, et saaks rehabilitatsiooniga alustada juba inimese aktiivravil oleku ajal.
- Kuigi juhtumikorraldaja roll praegu puudub, peaks rehabilitatsiooniasutus püüdma võtta rolli abivajaja teekonna juhtimisel läbi tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi.
- Kõikidel rehabilitatsioonimeeskonna liikmetel püüda rakendada oma igapäeva töös KKT elemente.
- Soodustada rehabilitatsiooniasutuse tasandil erinevate tugigruppide loomist (nii sarnase diagnoosiga inimestele kui nende lähedastele). Tugigruppide vedamisse saaksid oluliselt panustada ka kogemusnõustajad.
- Tulenevalt käesoleva töö eesmärgist ja tegevustest, on eelduseks, et rehabilitatsioonimeeskond hakkab kasutama ühtset rehabilitatsioonijuhist. Meeleoluhäirega inimestega töötamiseks mõeldud juhis ja soovitused on esitatud Lisas 1.

Kasutatud kirjandus

1. SKA. Rehabilitatsioonivajaduse hindamisküsimustik [Internet]. 2022. Available from: https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Rehabilitatsioon/srt_vajaduse_hindamisvahend.pdf
2. SKA. Rehabilitatsiooniteenus [Internet]. Sotsiaalkindlustusamet; 2022. Available from: <https://www.eesti.ee/et/puudega-inimesed/toetused-ja-teenused-puudega-inimesele/rehabilitatsiooniteenus>
3. Ojala K. Presentation on the seminar of social services providers (Not published). Estonian Social Insurance Board; 2017.
4. Riigikontroll. Riigieelarvest erivajadustega inimeste rehabiliteerimiseks teenuste ostmine. 2006.
5. Riigikontroll. Riigieelarvest erivajadustega inimeste rehabiliteerimiseks teenuste osutamine (järelaudit) [Internet]. 2008. Available from: <https://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/1923/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>
6. Hanga K. Developing an initial social rehabilitation needs assessment procedure and the scope of rehabilitation services for persons with disabilities in Estonia [Doktoritöö]. [Tallinn]: Tallinna Ülikool; 2018.
7. Hanga K, DiNitto DM, Wilken JP, Leppik L. A person-centered approach in initial rehabilitation needs assessment: Experiences of persons with disabilities. *Alter*. 2017 Nov;11(4):251–66.
8. SKA. TEENUSEOSUTAJATE NIMEKIRI: psüühikahäirega tööelised [Internet]. Sotsiaalkindlustusamet; 2022. Available from: https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Rehabilitatsioon/teenuseosutajad_psuuhikahäirega_tooealistele.pdf
9. Paat-Ahi G, Purge P, Tillemann K, Randväli A. Täiskasvanud erivajadusega inimeste abivajaduse hindamine ning toetavate teenuste pakkumine [Internet]. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis; 2021. Available from: http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2020/05/Erivajadustega-inimeste-abivajaduse-hindamine-ja-teenuste-osutamine_lo%CC%83ppraport_10.02.pdf
10. 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.
11. 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.
12. Meyer T, Hautzinger M. Bipolare Störungen. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual ; mit Online-Materialien. Veltz, Weinheim; 2013.
13. UNHCR. NEEDS ASSESSMENT HANDBOOK. 2017.
14. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (U.S.), editor. Integrating social care into the delivery of health care: moving upstream to improve the nation's health. Washington, DC: the National Academies Press; 2019. 177 p. (A consensus study report of the National Academies of Sciences, Engineering, Medicine).
15. Kabir SM. METHODS OF DATA COLLECTION. In 2016. p. 201–75.
16. STAR. Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister [Internet]. 2020. Available from: <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/kvaliteet-jarelevalve/sotsiaalteenuste-ja-toetuste-andmeregister>
17. KOV tasand. Abivajaduse hindamise valdkonna intervjuud omavalitsuste valdkonna spetsialistidega. 2020.
18. Aavik-Märtmaa G. Teekond inimesekeskse teenusepakkumise suunas. *Sotsiaaltöö*. 2020;3:23–8.
19. OECD. Decentralisation in the health sector and responsibilities across levels of government Impact on spending decisions and the budget. 2019.
20. SUSTAIN. SUSTAIN Sustainable tailored integrated care for older people in Europe: ROADMAP [Internet]. 2019. Available from: <https://www.sustain-eu.org/wp-content/uploads/sites/4/2019/03/SUSTAIN-Roadmap.pdf>
21. Duarte-Climents G, Sánchez-Gómez MB, Rodríguez-Gómez JÁ, Rodríguez-Álvarez C, Sierra-López A, Aguirre-Jaime A, et al. Impact of the Case Management Model through Community Liaison Nurses. *IJERPH*. 2019 May 29;16(11):1894.
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. González-Ortiz LG, Calciolari S, Goodwin N, Stein V. The Core Dimensions of Integrated Care: A Literature Review to Support the Development of a Comprehensive Framework for Implementing Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*. 2018 Aug 8;18(3):10.
24. SKA. Isikukeskse erihoolekande teenusmudeli rakendamine kohalikus omavalitsuses. Pilooprojekti kirjeldus. III konkursivoor (seisuga 28.08.2020) [Internet]. Sotsiaalkindlustusamet; 2020. Available from: https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Erihoolekanne/lisa_2._pilooprojekti_kirjeldus.pdf
25. Kupper K. Uued algatused hoolekandes. *Sotsiaaltöö korraldus*. 2018;3:34–7.
26. Luide U. Hoolduse koordineerimine – pilootprojekt ja riiklik mudel. 2019; Sotsiaalministeerium.
27. Aavik-Märtmaa G. Teekond katsetustest rakendatava mudelini. *Sotsiaaltöö korraldus*. 2020;1.
28. Haigekassa. Depressiooniga tööealise inimese raviteekond - kaardistamise ja analüüsi tulemused. 2021.
29. Ventriglio A, Gentile A, Bonfitto I, Stella E, Mari M, Steardo L, et al. Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2016;7:116.
30. NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management. London: NICE; 2014.
31. SKA. REHABILITATSIOONITEENUSE KORRALDAMINE ESMASESSE PSÜHHOOSI HAIGESTUNUD ISIKULE JUHIS [Internet]. Sotsiaalkindlustusamet; 2020. Available from: https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Rehabilitatsioon/teenuseosutajatele/juhend_srt_teenuse_korraldamine_esmasesse_psuuhoosi_haigestunule.pdf
32. WHO. Rehabilitation: Key facts [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
33. WHO. World Report on Disability 2011.: Rehabilitation [Internet]. World Health Organization; 2011 [cited 2016 Dec 15]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304081/>
34. Mills JA, Cieza A, Short SD, Middleton JW. Development and Validation of the WHO Rehabilitation Competency Framework: A Mixed Methods Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2021 Jun;102(6):1113–23.
35. WHO. Adapting the WHO Rehabilitation Competency Framework to a specific context: a stepwise guide for competency framework developers. Geneva; 2020.
36. Lester S. Professional standards, competence and capability. Higher Education, Skills and Work-based Learning. 2014.
37. Rand S, Caiels J, Collins G, Forder J. Developing a proxy version of the Adult social care outcome toolkit (ASCOT). *Health Qual Life Outcomes*. 2017 Jan;15(1):108.
38. Lloyd C, Williams PL, Machingura T, Tse S. A focus on recovery: using the Mental Health Recovery Star as an outcome measure. *Advances in Mental Health*. 2016 Jan 2;14(1):57–64.
39. TheCareNetwork. Comprehensive Approach to Rehabilitation [Internet]. 2022. Available from: <https://www.thecare-network.com/care-methodology>
40. Alik M. Raske vaimse haiguse kogemusega inimeste taastumisprotsessi toetamine Tallinna Vaimse Tervise Keskuse kogukonnatöö meeskonna näitel [Magistritöö]. Tallinna Ülikool; 2015.
41. den Hollander D, Wilken P. Kuidas klientidest saavad kodanikud : taastumise ja kaasatuse toetamine CARE meetodika abil. DUO Kirjastus. Tallinn; 2017.
42. COPM. Canadian Occupational Performance Measure [Internet]. 2019. Available from: <http://www.thecopm.ca/>
43. Enemark Larsen A, Rasmussen B, Christensen JR. Enhancing a Client-Centred Practice with the Canadian Occupational Performance Measure. *Occupational Therapy International*. 2018 Jun 27;2018:1–11.
44. Williams J, Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Norton S, Pesola F, et al. Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 May;50(5):777–86.
45. Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988;11(4):11–9.
46. Zipursky RB. Why Are the Outcomes in Patients With Schizophrenia So Poor? *J Clin Psychiatry*. 2014 May;75(suppl 2):20–4.
47. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2013 Nov 1;39(6):1296–306.
48. Morin L, Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2017 Jun 12;8:100.
49. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive Deficits and Functional Outcome in Schizophrenia: Are We Measuring the “Right Stuff”? *Schizophrenia Bulletin*. 2000 Jan 1;26(1):119–36.

50. Bowie CR, Reichenberg A, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. Determinants of Real-World Functional Performance in Schizophrenia Subjects: Correlations With Cognition, Functional Capacity, and Symptoms. *AJP*. 2006 Mar;163(3):418–25.
51. Nakagami E, Xie B, Hoe M, Brekke JS. Intrinsic motivation, neurocognition and psychosocial functioning in schizophrenia: Testing mediator and moderator effects. *Schizophrenia Research*. 2008 Oct;105(1–3):95–104.
52. Harvey PD, Strassnig M. Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry*. 2012 Jun;11(2):73–9.
53. Bowie CR, Leung WW, Reichenberg A, McClure MM, Patterson TL, Heaton RK, et al. Predicting Schizophrenia Patients' Real-World Behavior with Specific Neuropsychological and Functional Capacity Measures. *Biological Psychiatry*. 2008 Mar;63(5):505–11.
54. Couture SM, Granholm EL, Fish SC. A path model investigation of neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and real-world functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2011 Feb;125(2–3):152–60.
55. Linden M. Psychosomatic Inpatient Rehabilitation: The German Model. *Psychother Psychosom*. 2014;83(4):205–12.
56. Kuipers E, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Kendall T. Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2014 Feb 12;348(feb12 1):g1173–g1173.
57. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016 May;50(5):410–72.
58. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hazell P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2021 Jan;55(1):7–117.
59. 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.
60. 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>
61. Fjorback LO, Arendt M, Ørnbøl E, Fink P, Walach H. Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy - a systematic review of randomized controlled trials: Systematic review of mindfulness RCTs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011 Aug;124(2):102–19.
62. 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.
63. Leitan ND, Michalak EE, Berk L, Berk M, Murray G. Optimizing delivery of recovery-oriented online self-management strategies for bipolar disorder: a review. *Bipolar Disord*. 2015 Mar;17(2):115–27.
64. 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>
65. American College of Sports Medicine (ACSM). ACSM's resource manual for guidelines for exercise testing and prescription. Philadelphia: ACSM; 2001.
66. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, et al. Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2011 Jul;43(7):1334–59.
67. DGBS, DGPPN. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion [Internet]. DGBS, DGPPN; 2018. Available from: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/02c5331d181fbf33dfb4c774c6e6a23e80f358aa/S3_Leitlinie%20Bipolar_11052012_.pdf;
68. Glasgow NJ, Jeon Y, Kraus SG, Pearce-Brown CL. Chronic disease self-management support: the way forward for Australia. *Medical Journal of Australia* [Internet]. 2008 Nov [cited 2022 Sep 5];189(S10). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2008.tb02203.x>
69. Miklowitz DJ. Bipolar disorder. A family-focused treatment approach. New York, NY: Guilford Press; 2010.

70. Frank E. Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy. New York, NY: Guilford Press; 2005.
71. Peluso MAM, Andrade LHS de. PHYSICAL ACTIVITY AND MENTAL HEALTH: THE ASSOCIATION BETWEEN EXERCISE AND MOOD. Clinics. 2005 Feb;60(1):61–70.
72. Gühne U, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, editors. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin [Heidelberg]: Springer; 2019. 490 p.
73. Gühne U, Weinmann S, Ridel-Heller S, Becker T. Kurzfassung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF; 2018.
74. NICE. Depression in adults: treatment and management [Internet]. 2022. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
75. 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/>
76. SIGN. Non-pharmaceutical management of depression in adults A national clinical guideline [Internet]. 2010. Available from: https://www.ashlandmhrb.org/upload/non-pharmaceutical_management_of_depression_in_adults_-_nhs_-_a_national_clinical_guideline.pdf
77. SIGN. Bipolar affective disorder: a national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2005.



PRAXIS.EE