

**Gerli Paat-Ahi
Zrinka Laido**

**Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste
häiretega ning meeoluhäiretega
täiskasvanute rehabilitatsioonijuhised**

Taust

- Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega täiskasvanute rehabilitatsioonijuhise koostamine

- November 2021 – märts 2022

Raporti koostamisse on olulise panuse andnud veel Urve Tõnisson, Heino Nurk, Vaike Raudava, Erika Saluveer, Liina Lahesalu, Maret Trei, Riina Kenn, Lea Lükk.

- Meeleoluhäiretega täiskasvanute rehabilitatsioonijuhise koostamine

- Mai 2022 – september 2022

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

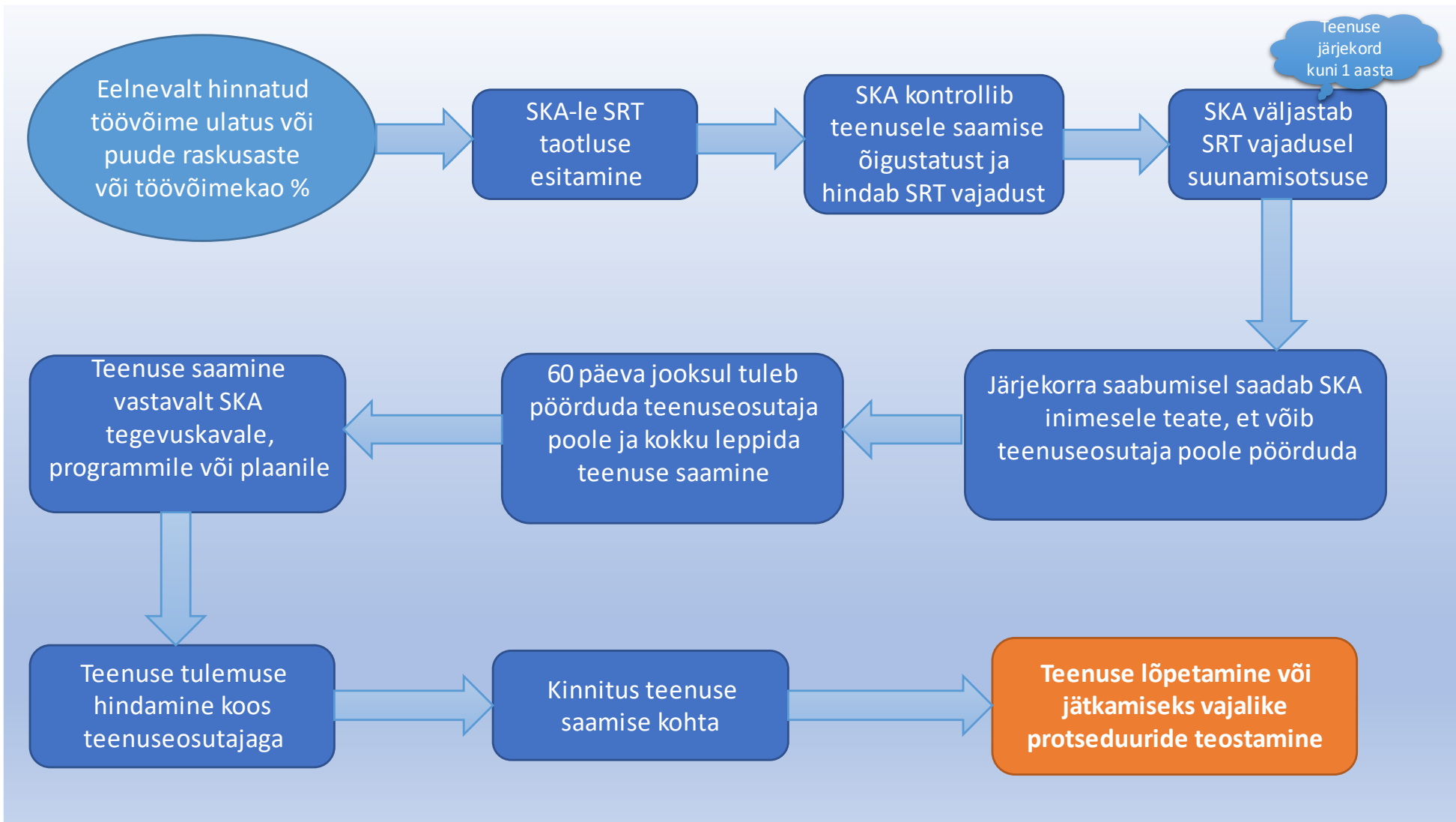
Päevakava

9.45 – 9.55	Sissejuhatus skisofreenia ja meeleluhäire rehabilitatsioonijuhise koostamisse
9.55 – 10.25	Eesti rehabilitatsioonisüsteemi kirjeldus ja peamised kitsaskohad
10.25 – 10.45	SRT sekkumisvõimalused
10.45 – 11.15	Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega täiskasvanute rehabilitatsioonijuhis
11.15 – 11.45	Grupitöö I: Skisofreenia diagnoosiga inimese käsitlus rehabilitatsiooniasutuses
11.45 – 12.30	LÕUNA
12.30 – 12.55	I grupitöö kokkuvõtte ja arutelu
12.55 – 13.35	Meeleluhäirega täiskasvanute rehabilitatsioonijuhis
13.35 – 13.55	Grupitöö II: Meeleluhäirega inimese käsitlus rehabilitatsiooniasutuses
13.55 – 14.20	II grupitöö kokkuvõtte ja arutelu
14.20 – 14.30	Skisofreenia ja meeleluhäire rehabilitatsioonijuhiste kokkuvõtte

Eesti rehabilitatsioonisüsteemi tänapäevane olukord

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

Puudega isikute ja SRT pakkujate arv maakondade lõikes



Puudega isikute ja SRT pakkujate arv maakondade lõikes

Meeskonnatöö mudelid

- **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

Rehabilitatsiooniteenuste osutamise praktikad ja

kitsaskohad



SRT osutaja vaatest



Koostöö ja infovahetus



Juhtumikorraldaja



Rahastus

Rehabilitatsioonisüsteemi kitsaskohad SRT osutaja vaatest

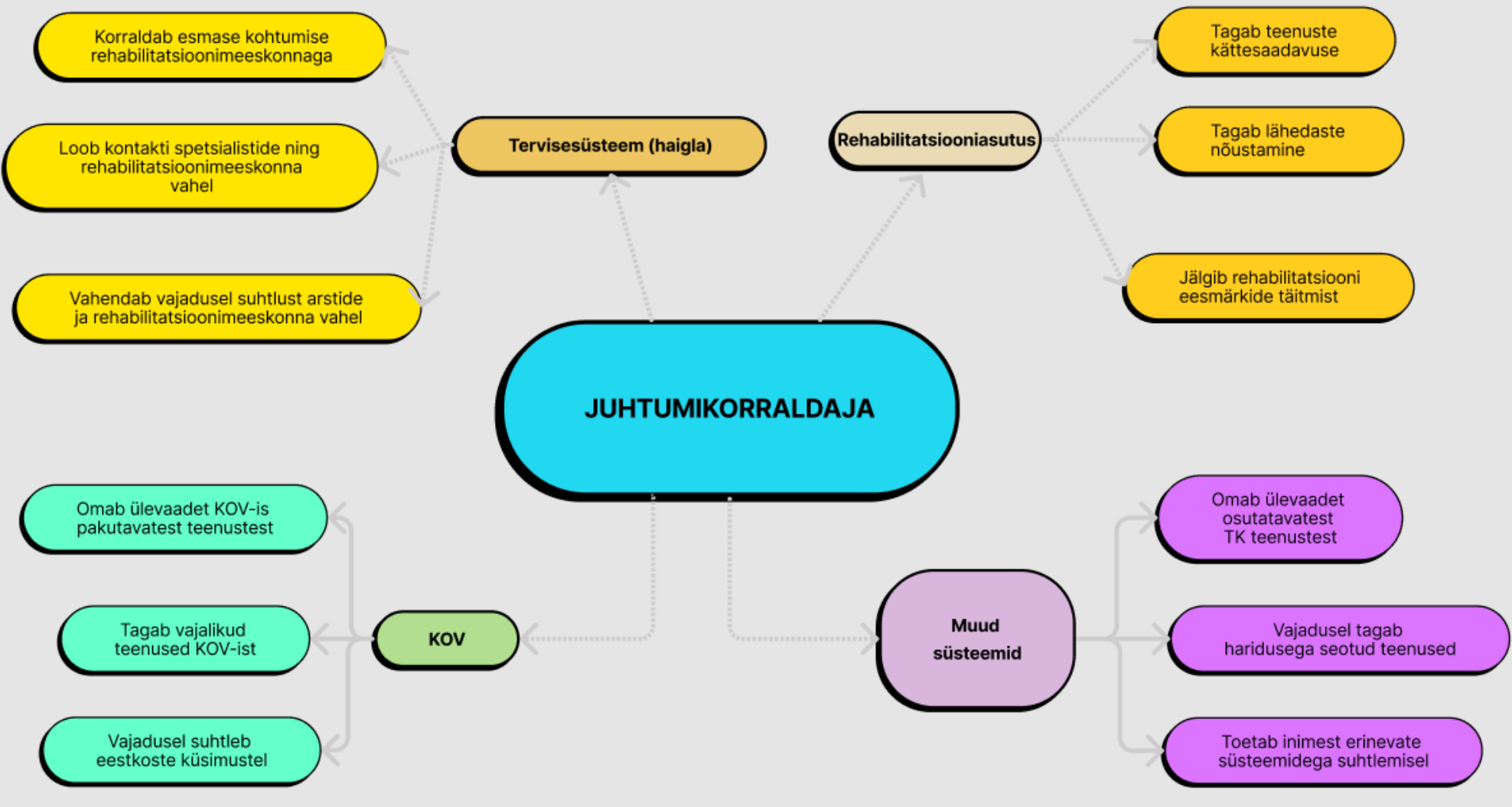
- Osapoolte omavaheline mittetoimiv koostöö
- Puudub sild raviasutuse (võib olla ka perearsti keskus) ja rehabilitatsiooniasutuse vahel
- Vajalik oleks esmane koostöö rehabilitatsioonimeeskonnaga juba patsiendi raviasutuses viibides
- Rehabilitatsiooniasutuste erinev võimekus ning erinev teenuste ampluaa
 - Haiglatel konkurentsieelis
 - Spetsialistide puudus

Koostöö ja infovahetus

- Puudub koostöö sotsiaal-, tervishoiu- ning rehabilitatsioonivaldkonna vahel
- Info ei ole info kõigile osapooltele kättesaadav ning SRT kohta puudub veel üldse vastav infosüsteem
- Tihti peab abivajaja ise oma ravi- ja rehabilitatsiooniteekonna eest vastutama
- Lähedaste kaasamine rehabilitatsiooniprotsessi puudulik
- Kogemusnõustamise teenus vajalik ka peale SRT lõppemist

Juhtumikorraldaja puudumine

- Puudub ühtne süsteemide ülene juhtumikorraldaja
 - Psüühikahäirega inimene või tema lähedased ei suuda erinevate süsteemide vahel orienteeruda (tihti 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
- Vaja oleks aga terviklikku kompleksslähendamist, mis tagaks kõikide süsteemide integreerituse ja vajalike teenuste kättesaadavuse, olenemata nende rahastusest või muudest tingimustest



Juhtumikorraldaja roll ravi-ja teenuste teekonnal

Ebapiisav rahastus

- **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
- Enamustes rehabilitatsiooniasutustes ei **ole võimalik kasutada kliinilise psühholoogi** teenust (haigekassa rahastuse korral on kliiniline psühholoog palju paremini tasustatud).
- 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).
- Kuna **rehabilitatsiooniteenused kuuluvad sotsiaalteenuste** alla, siis peetakse neid teisejärgulisteks (võib kokkuvõttes mõjutada teenuste mõju ja kvaliteeti)

Erinevate teenuste integreeritus

- 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
- Tulenevalt andmesüsteemide puudujääkidest on Eestis praegu suurim väljakutse puudulik ülevaade riigi tasandil valdkondade ja teenuste koosmõjust
- Selleks, et rehabilitatsiooniasutused saaksid paremini toime tulla kvaliteetse teenuse tagamisega, peab muutus hõlmama suurt osa teenuste korraldamisega seotud süsteemidest



Abivajaja mitme süsteemi vahel, puudub ühe ukse süsteem

Abivajaduse hindamise ja osutatavate teenuste kohta info erinevates süsteemides, juurdepääs piiratud

IT süsteemi arendused (STAR), andmekaitse seaduse muudatused

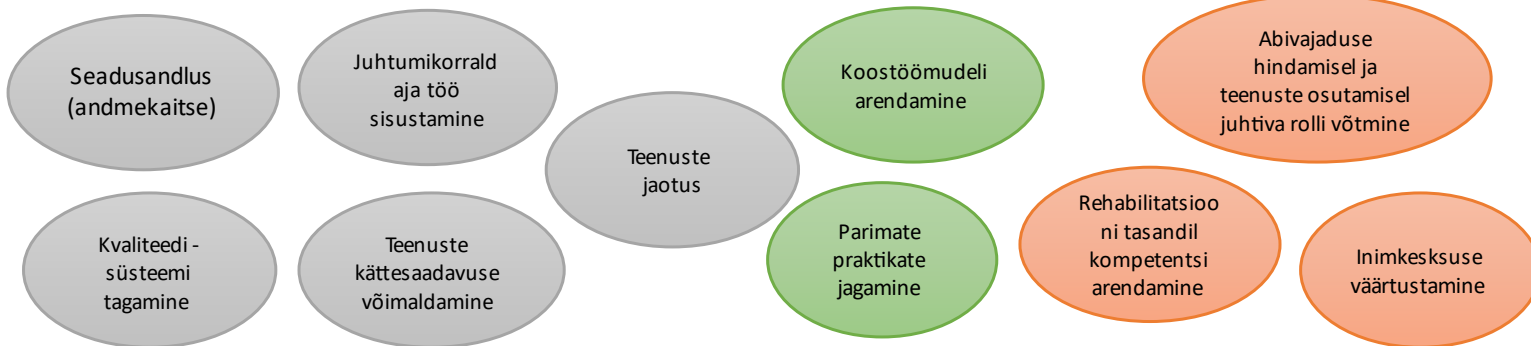
Juhtumikorraldaja juurutamine, koostöömudeli arendamine

Abivajaduse hindamine ja teenuste osutamine erinevatel tasandil

TEGEVUSED

Eelduste loomine

Ülesannete muutuste alustalad



TULEMUSED (INIMKESKSUS)



Inimkeskse abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamise

Rehabilitatsiooniteenuste rahvusvaheline kontekst



**Rehabilitatsiooni
olemus**

**Rehabilitatsiooni
kompetentsi
raamistik**

**Terapeutilised
sekkumised
rehabilitatsioonis**

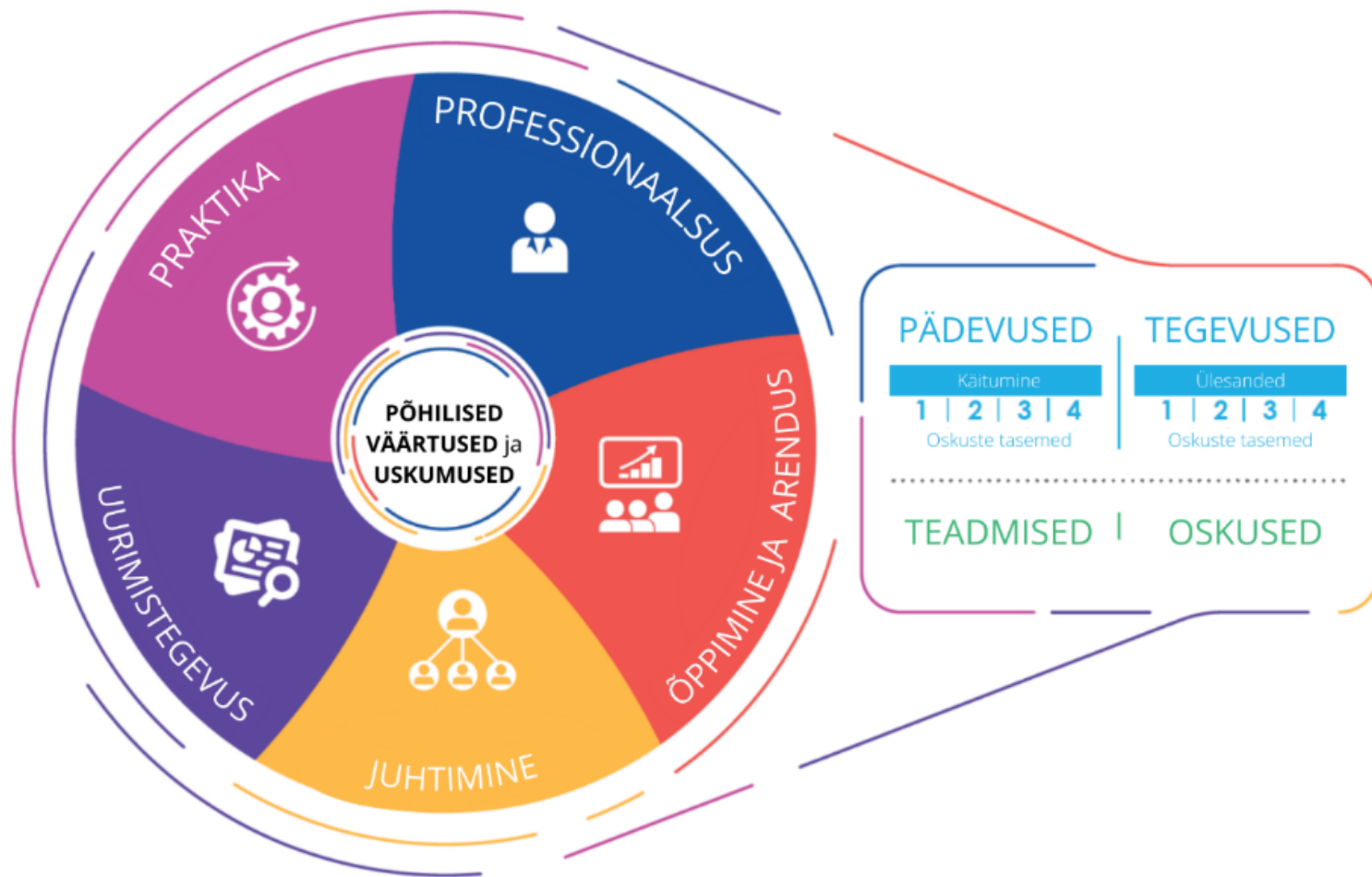
Rehabilitatsiooni olemus

- WHO 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"*
- 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
- Rehabilitatsioon peab olema põhiteenusena kättesaadav kõigile, kellel on äge või krooniline tervise seisund, talitlust piirav kahjustus või vigastus
- Ülemaailmselt elab praegu umbes 2,4 miljardit inimest tervise seisundiga, mille puhul on rehabilitatsiooniteenuste saamine näidustatud

Rehabilitatsiooni raamistik üldises

süsteemis





Rehabilitatsiooni kompetentsi raamistik

Inimkesksuse põhielemendid rehabilitatsiooniteenuse osutamisel I

Klientide mõistmine ja nende individuaalsete vajaduste rahuldamine

- Inimese tundmaõppimine (pakkudes võimalust rääkida ja olla kuulnud)
- Vajaduste terviklik hindamine
- Vajaduspõhiste teenuste isikupärastamine, paindlikkus ja kättesaadavus
- Vajadusel abistamine teenuste koordineerimisel

Klientidega suhtlemine ja partnerlus

- Erialane koolitus ja pädevused (nt kuidas luua usalduslikke suhteid, luua sidet, täiustada suhtlemisoskused)
- Eetiliste põhimõtete ja väärtuste järgimine, erinevuste austamine ja selle demonstreerimine klientidele
- Piisavad ruumid (privaatne ja mugav teeninduskeskkond)
- Teenindusprotsessi toetavad poliitikad (piisavalt aega klientidega tegelemiseks ja ressursse klientide vajaduste rahuldamiseks)
- Hallatav juhtumikoormuse suurus

Inimkesksuse põhielemendid rehabilitatsiooniteenuse osutamisel II

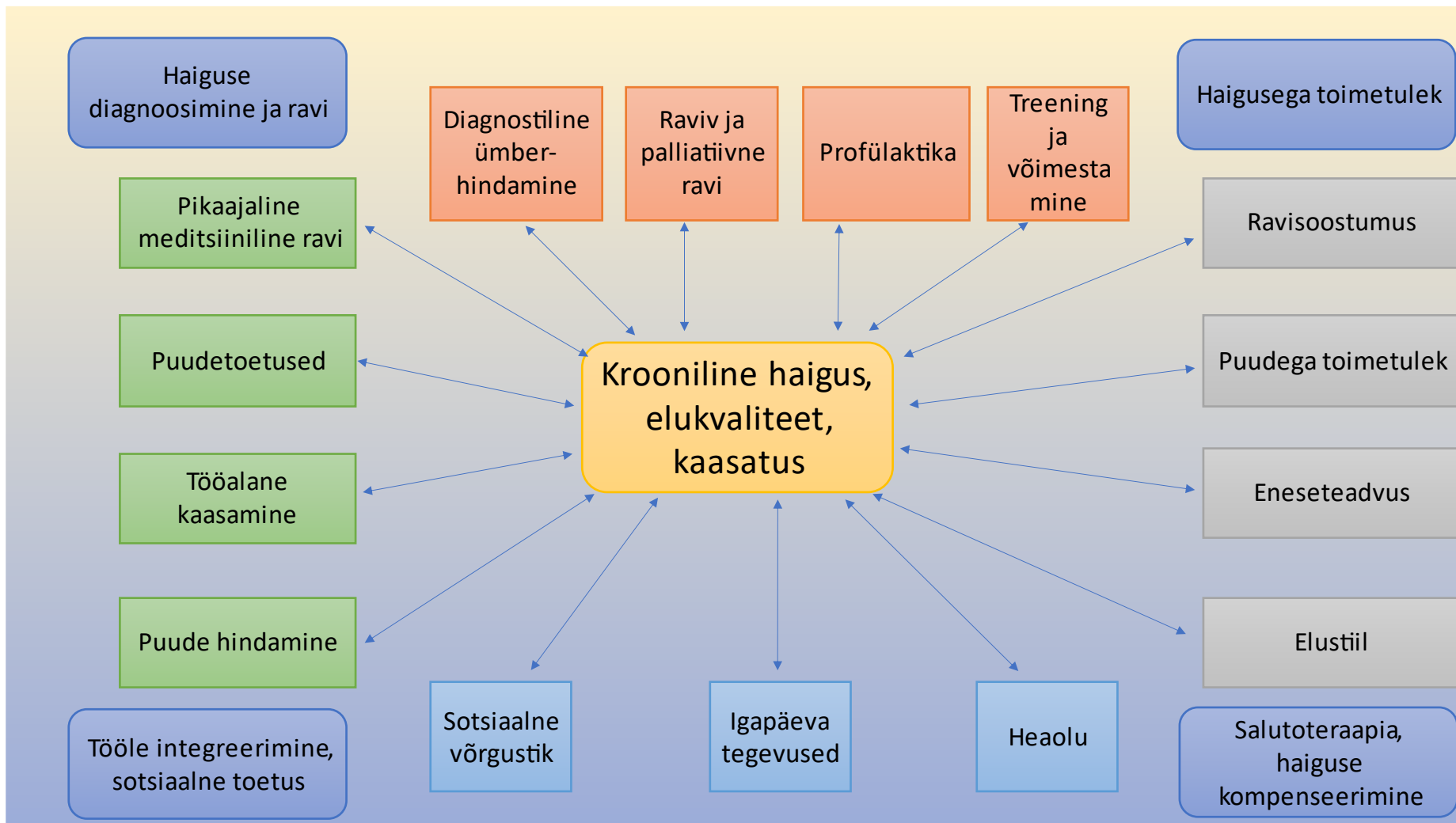
Asjakohase ja piisava teabe esitamine (arusaadaval viisil, suuliselt ja kirjalikult) järgmise kohta

- Diagnoos, ravi, ravimid ja prognoos
- Saadaolevad teenused (sotsiaal-, töö-, puuetega inimeste ametiühingud jne)
- Klientide õigused ja kohustused
- Eneseabi- ja tugirühmad

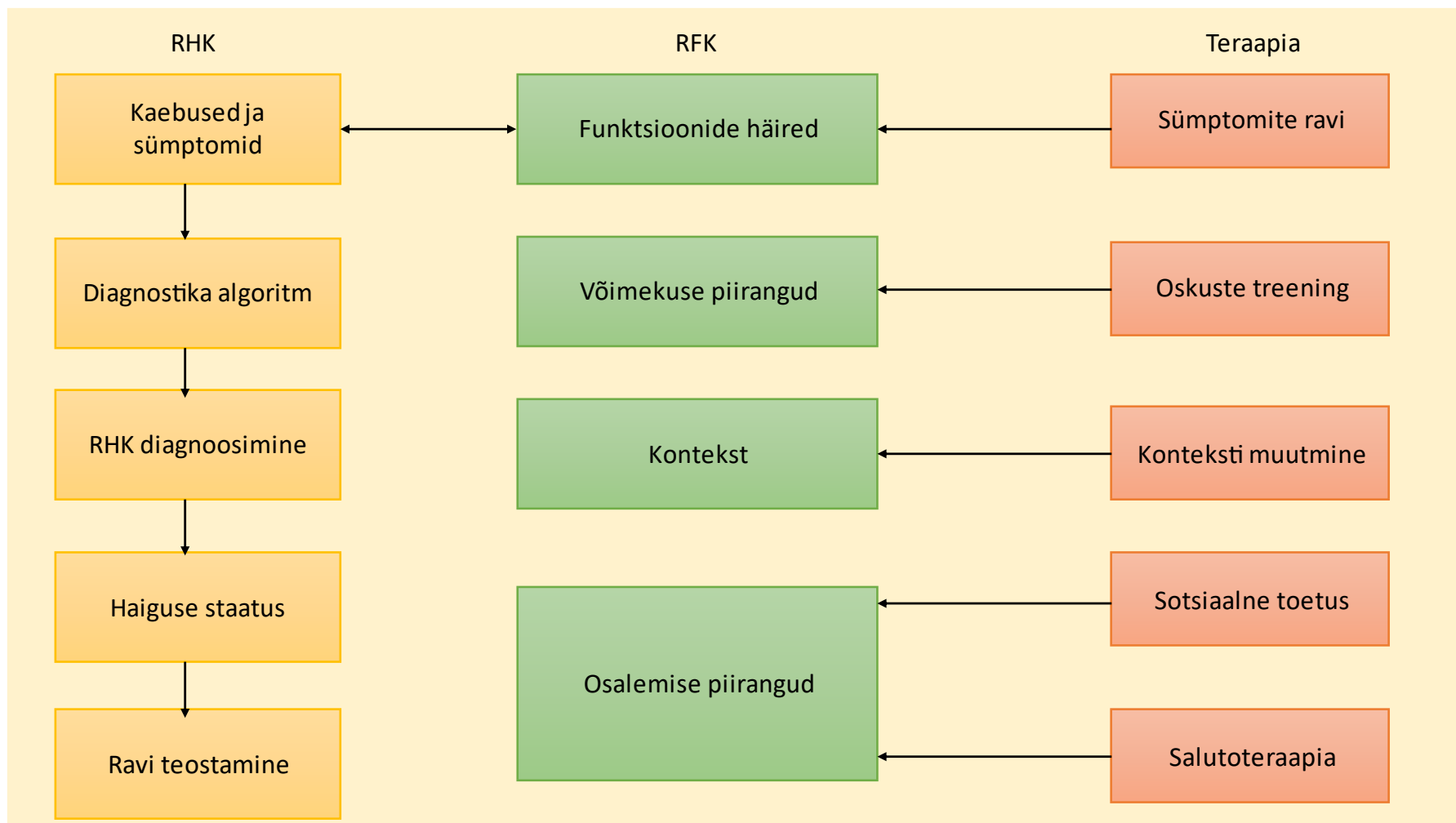
Võimu ja mõjuvõimu küsimustega tegelemine

- Võrdõiguslikkuse edendamine klientidega
- Kliendi tunnustamine eksperdina
- Klientide mõjuvõimu suurendamine, nende enesetõhususe suurendamine ja oma elu üle suurema kontrolli aitamine
- Klientide kaasamine planeerimis- ja otsustusprotsessidesse, nendega vastutuse jagamine

Sekkumisvõimalused sotsiaalses rehabilitatsioonis



Rehabilitatsiooni raames toimuvad sekkumised



RHK, RFK ja psühhosomaatilised ravieesmärgid

Psühhosotsiaalsete sekkumiste alused

- Taastumine ja võimestamine
- Suhete kujundamine
- Osalemine otsuste tegemises
- Terapeutilised kogukonnad

Eneseabi

- Enesejuhtimine
- Kogemusnõustaja
- Meediapõhine haridus ja eneseabi
- Eneseabigrupid

Süsteemsed sekkumised

- Varajane sekkumine
- Elamine
- Kogukonna psühhiaatriline teraapia
- Tööalane osalemine

Individaalsed sekkumised

- Psühhoharidus
- Sotsiaalsete oskuste koolitus
- Kunstiteraapia
- Liikumis- ja sportiteraapia
- Tervise edendamise sekkumismeetmed
- Pereteraapia
- Psühhoteraapia

Psühhosotsiaalsed sekkumised

Sekkumine	Potentsiaalne kasu
Rehabilitatsiooni väärtustamine ja tagamine	Haiglaravi vajaduse vähenemine
KKT psühhoosi korral	Vähendab nii positiivseid kui ka negatiivseid sümptomeid ja meeleoluhäireid ning paraneb sotsiaalne toimimine
Esimese psühhoosi episoodi korral sekkumine	Elukvaliteedi, sotsiaalse toimimise ja järgimise paranemine
Kognitiivne taastusravi	Kognitsiooni ja psühhosotsiaalse funktsioneerimise paranemine
Perekonna psühhoharidus	Teatud paranemine sotsiaalses toimimises ning perekonna toimetulekus ja mõjuvõimu suurendamises
Kogemusnõustamise ja haiguse enesejuhtimise koolitus	Võimekuse ja haigusega toimetulekuvõime suurendamine
Sotsiaalsete oskuste treening	Sotsiaalse toimimise paranemine
Toetatud töötamine	Tööhõivemäärade, töötundide ja väljateenitud palkade tõus. Suurendab enesehinnangut ja elukvaliteeti
Mõnuainete kuritarvitamise häire integreeritud ravi	Ainete kasutamise ja vahistamiste vähendamine; paranenud toimimine

Psühhosotsiaalsete teraapiate võimalikud eelised

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

Psühhiaatriliste häiretega inimeste esmane hindamine rehabilitatsiooniasutuses

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

Psühhiaatriliste häiretega inimeste vaatlemine

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

Louvaini vaatlusskaala

Skisofreenia, skisotüüpsete ja
luululiste häiretega (F20-F29)
täiskasvanute rehabilitatsioonijuhis

Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häirete olemus

- Skisofreenia on psüühikahäire, millega kaasneb ebatavaline sotsiaalne käitumine ja raskused reaalsuse mõistmisel
 - Kõige tüüpilisemateks sümptomiteks on luulud, ebaselged või segadusse ajavad mõtted, häälte kuulmine, sotsiaalne isoleeritus ja motivatsiooni puudus
 - Skisofreenial puuduvad unikaalsed, ainult sellele haigusele viitavad sümptomid. Samad sümptomid võivad esineda paljude teiste psüühikahäirete korral
 - Põhilised sümptomid ilmnevad tajumises, mõtlemises, tunde- ja tahtelus
- Skisofreenia puhul eristatakse kahte liiki sümptomeid:
 - positiivsed sümptomid, mis on inimese jaoks tavatud kogemused (inimesele võib tunduda, et mõtteid pannakse pähe või võetakse ära kontrollimatu välise jõu poolt)
 - negatiivsed sümptomid, mis on vähemal või rohkemal määral normaalse käitumise puudumine
- Tihti on nendel haigetel ka teisi vaimse tervise probleeme nagu ärevus, depressioon või sõltuvusainete kuritarvitamine

Skisofreenia epidemioloogia

- Elu jooksul tekib skisofreenia hinnanguliselt 1–1,3% elanikkonnast ning esimesed sümptomid avalduvad tavaliselt noores täiskasvanueas, mil inimene alustab iseseisvat elu
 - Sealjuures võivad skisofreeniaga seotud sümptomid avaldada murettekitavat mõju ka haige perekonnale ja sõpradele
- Eestis on skisofreeniasse haigestumine püsinud suhteliselt stabiilne – igal aastal lisandub umbes 600–700 haigusjuhtu
 - Sealjuures haigestuvad mehed ja naised enamvähem võrdselt
- SKA andmete põhjal said 2021.aastal SRT kokku 402 inimest, kellel oli põhidiagnoosiks skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired (F20-F29 RHK 10)






Skisofreenia rehabilitatsioonivõimalused Eestis

- F20–F29 skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega tööealise sihtgrupp on aastatel 2019–2020 olnud üks levinumaid SRT-le suunamisi saanud häirete grupp
 - Alates 2021. aastast on esmasesse psühhoosi haigestunutele kiiremaks teenusele jõudmiseks sisse viidud sotsiaalhoolekande seaduse muudatus, millega saavad raviasutused koostöös SKA ja rehabilitatsiooniasutustega tagada inimese toetamise sotsiaalsüsteemis pärast esmase haiglaravi lõppu.
- F20–F29 skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega inimestel on praegu võimalus rehabilitatsiooniteenuseid saada samadel alustel, mis ülejäänud puudega või puuduva töövõimega inimestel
 - Peamiseks piiranguks on aga see, et selle diagnoosiga inimestele pakuvad rehabilitatsiooniteenuseid pigem üksikud rehabilitatsiooniteenuse osutajad

Rehabilitatsioonijuhiste rahvusvahelised praktikad









- Saksamaa
 - Saksamaa juhised käsitleb nii meditsiinilist, sotsiaalset kui tööalast rehabilitatsiooni.
- Austraalia ja Uus-Meremaa
 - Juhised keskenduvad terviklikule lähenemisele, mis käsitleb skisofreenia ja sellega seotud häirete patsientide ravi kõiki aspekte
- Soome
 - annab raamistikku skisofreeniapatsientide ravi- ja teenuseorganisatsioonidele
- Ühendkuningriigid
 - NICE juhised hõlmavad psühhoosi ja skisofreenia ning nendega seotud häirete ravi ja juhtimist
 - SIGN annab tõenduspõhiseid soovitusi skisofreeniaga täiskasvanute hooldamiseks ja raviks
- Kanada
 - Kanada juhendid sisaldavad soovitusi skisofreeniaga inimeste süstemaatiliseks raviks ja sisaldavad nii konkreetseid tõenditel põhinevaid teenuseid kui ka juhiseid rehabilitatsiooniteenuste koordineerimiseks.

Rehabilitatsioonijuhise soovitused

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

Skisofreeniapatsiendi toetavate teenuste korraldus		
1		Tuleb tagada, et skisofreenia diagnoosi saamise järel juhib patsiendi kogu ravi- ja toetavate teenuste teekonda juhtumikorraldaja, kes jääb üheks pidepunktiks erinevate süsteemide vahel ning kellel on terviklik ülevaade patsiendi saadavate teenuste ja toetuste kohta.
2		Vajalik on, et esmakordse skisofreenia või psühhosiga patsientidele saab võimalikult kiiresti pakkuda rehabilitatsiooni teenuseid.
3		Rehabilitatsiooniasutus peab olema valmis skisofreeniadiagnoosiga isikule regulaarselt teenuseid osutama vähemalt 2–5 aasta jooksul. See ei kehti kõigi skisofreeniadiagnoosiga isikute puhul ja tuleb arvestada individuaalseid vajadusi.
4		Tuleb tagada, et skisofreeniadiagnoosiga isikule on lisaks sotsiaalsele rehabilitatsioonile tagatud vajadusel ka tööalase rehabilitatsiooni teenuste kättesaadavus.
5		Rehabilitatsioonimeeskond peab skisofreeniadiagnoosiga isikut ja tema lähedasi toetama haiguse mõistmisel ning panustama stigmade vähendamisse.
6		Vajalik on, et erinevatele spetsialistidele, kes puutuvad kokku skisofreeniapatsiendiga, pakutakse koolitusi ära tundmaks psühhosiooni episoode.
7		Vajalik on, et teenusemudelid kirjeldavad selgelt ära võimalused patsientide üleminekuks eri sihtrühmadele mõeldud teenuste (nt laste ja noorte teenustelt täiskasvanutele, kohtumäärusega erihoolekandelt tulnutele) ja erinevate teenusepakkujate (rehabilitatsioonispetsialistid, psühhiaatrid, perearstid, sotsiaaltöötajad jne) vahel.
8		Spetsialistid peavad julgustama skisofreenia diagnoosiga inimesi pöörduma perearsti poole ennetava tervishoiu ja füüsiliste seisundite raviks.
9		Rehabilitatsioonimeeskond peab jälgima patsiendi füüsilist tervist ja suunama vajadusel edasisele ravile, eriti juhtudel kui keeldutakse perearsti abist.
10		Skisofreeniapatsientidele tuleb sümptomite vähendamiseks ja ägenemiste ärahoidmiseks aidata kaasa farmakoloogilise ravi toimivusele ja et see oleks toetatud psühhoterapia ja ravisoostumuse edendamiseks.
11		Tuleb tagada skisofreeniadiagnoosiga inimesele info kättesaadavus kõigist teenust pakkuvatel rehabilitatsiooniasutustel, kust inimene peab ise saama valida endale sobivaima.








Toetavate teenuste korraldus

Skisofreeniapatsiendi igakülgne toetus rehabilitatsiooni kõikides faasides		
12		Rehabilitatsioon peab skisofreeniapatsiendile pakkuma laiaulatuslikku valikut sekkumisi.
13		Rehabilitatsiooniteenused peavad hõlmama kõiki soovitatud psühholoogilisi, sotsiaalseid ja tööalaseid ohutuid sekkumisi.
14		Tuleb tagada, et rehabilitatsioonimeeskonna suhtluses skisofreeniapatsiendi ja nende lähedastega oleks tagatud: <ul style="list-style-type: none"> • kliinilise sõnavara vältimine või selle minimeerimine; • põhjaliku teabe olemasolu sobivas keeles ja helivormingus; • vajadusel tõlgi olemasolu.
Skisofreeniapatsiendi rehabilitatsiooni haigusspetsiifilised komponendid		
15		Tuleb tagada rehabilitatsiooniasutuses täiendav personaalne nõustamine skisofreeniapatsientidele, kes suurema tõenäosusega loobuvad ravist või teenustest (seda saab pakkuda ka juhtumikorraldaja).
16		Tuleb tagada, et juba esmakordsel haigestumisel saaks abivajaja rehabilitatsiooniteenuseid ja lähedased nõustamist. Selleks peab skisofreeniapatsient juba haiglas kohtuma juhtumikorraldaja või rehabilitatsioonimeeskonnaga.
17		Vajalik on, et varajased rehabilitatsiooniteenused/sekkumised oleksid tagatud kõigile inimestele, kellel on skisofreenia/psühhoosi esmakordne esinemine, olenemata isiku vanusest või haiguse kestusest.
18		Vajalik on pakkuda toetatud tööprogramme psühhoosi või skisofreenia diagnoosiga isikutele, kes soovivad leida tööd või tööle naasta.
19		Raskematele või kompleksdiagnoosiga skisofreeniapatsientidele võiks pakkuda fookuseeritud abi (st abi peab olema inimese vajadustele vastav).





Igakülgne toetus ja haigusspetsiifilised komponendid

Integreeritud teenused		
20		Rehabilitatsioonimeeskond peab võtma kiiresti ühendust raviarsti (või perearstiga), kui skisofreeniadiagnoosiga isikul esineb või võib kahtlustada haiguse ägenemist (näiteks psühhootiliste sümptomite suurenemine või alkoholi või muude ainete tarvitamise oluline sagenemine).
21		Vajalik on tagada üleminekuplaan, kui skisofreenia diagnoosiga isik kavatseb kolida teise piirkonda (juhtumikorraldaja peab kokku kutsuma kohtumise tema ja teenusepakkujate vahel, et kokku leppida sujuv üleminek).
Vastastikune ja kogukonna tugi		
22		Vajalik on pakkuda skisofreeniapatsientidele kogemusnõustamist, et tõsta teenuse kasutajakogemust ja teenusekasutaja elukvaliteeti.
23		Tuleb tagada, et kogemusnõustamist osutab professionaalne kogemusnõustaja.
24		Vajalik on, et kogemusnõustaja saaks asutuse poolt piisavat supervisiooni.
Teenuse kasutaja kogemus		
25		Vajalik on, et saadavate teenuste plaan luuakse koostöös skisofreeniapatsiendi ja tema lähedastega.
26		Vajalik on pakkuda rehabilitatsiooniteenuseid lootuse, optimismi ja taastumisele orienteeritud õhkkonnas.
27		Vajalik on võtta aega toetavate ja empaatiliste suhete loomiseks, mis on rehabilitatsiooni oluliseks osaks.
28		Vajalik on edendada skisofreeniapatsientide autonoomiat ja aktiivset osalemist raviotsuste tegemisel ning toetada enesejuhtimist.

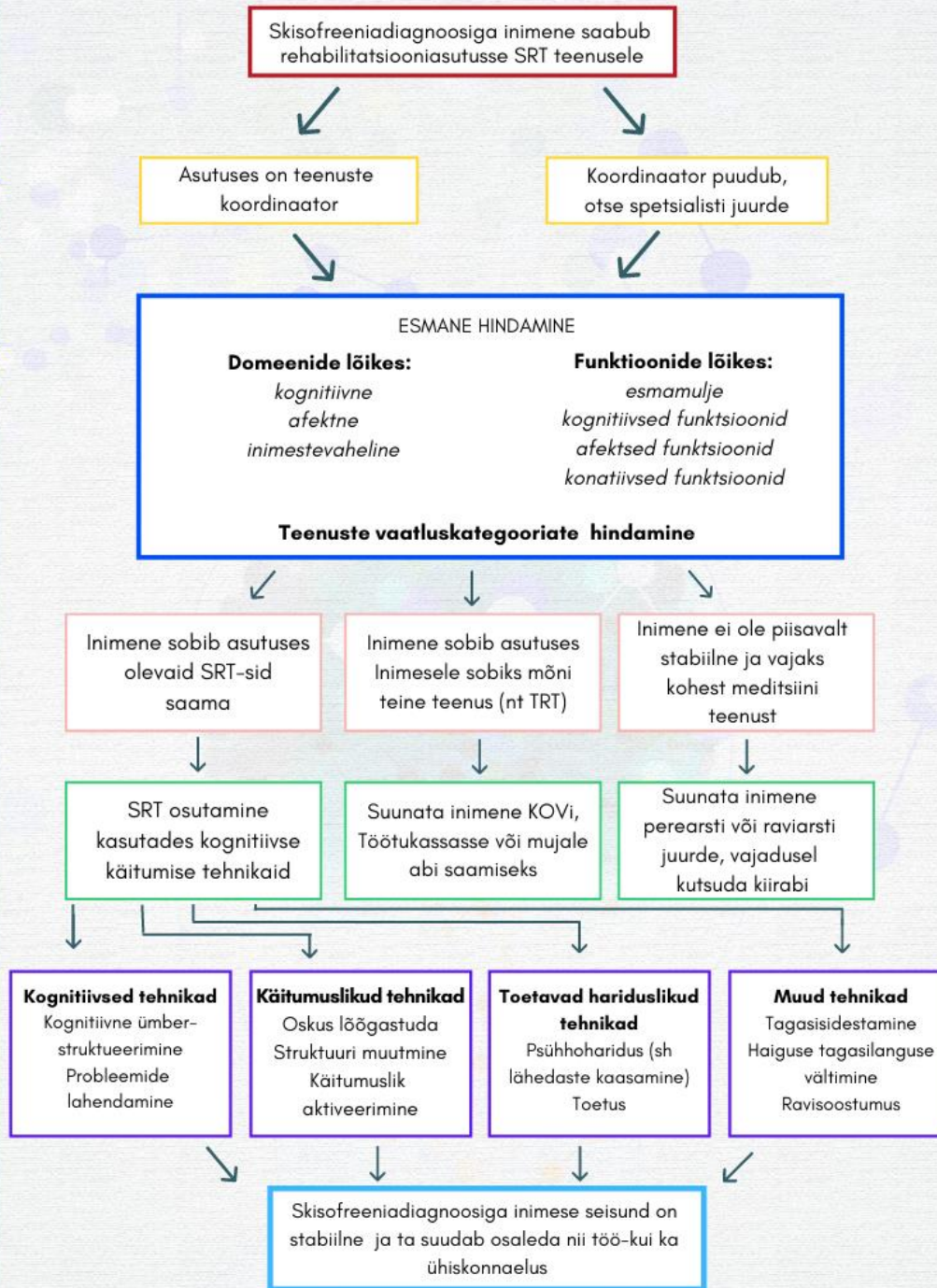
Integreeritus, vastastikune tugi ja kasutaja kogemus

Erinevad sekkumisvõimalused		
<i>Varane multidistsiplinaarne sekkumine</i>		
29		<p>Psühhoosi ja skisofreenia esimese episoodiga isikutele tuleb tagada ravi-ja rehabilitatsiooniteenuseid varajase sekkumise mudeli raames. See peab olema multidistsiplinaarne ja hõlmama:</p> <ul style="list-style-type: none"> • skisofreenia diagnoosiga isiku kaasamist ravi-ja rehabilitatsiooni korraldusse (sh tema haiguse teadlikkuse suurendamine); • pere kaasamist ja vajadusel sekkumist rehabilitatsiooni osutamise protsessi; • juurdepääsu psühholoogilistele sekkumistele (kognitiiv-käitumuslik teraapia – KKT, psühhoteraapia jms); • kutsealaseid/hariduslikke sekkumisi (tööd toetavad sekkumised).
<i>Enesekohased oskused ja psühhoharidus</i>		
30		Ei ole õige pakkuda skisofreeniadiagnoosiga isikutele psühhoharidust iseseisva rehabilitatsiooniteenusena, see peab toimuma koos teiste teenustega.
31		Vajalik on sotsiaalsete oskuste koolitust pakkuda skisofreeniadiagnoosiga isikutele, kellel on püsivad sotsiaalsete oskustega seotud probleemid.
<i>Psühhoteraapiad</i>		
32		Vajalik on tagada rehabilitatsiooniteenuse pakkujatele KKT-põhised täienduskoolitused, et nad oma teenuste pakkumisel saavad seda lähenemist pakkuda ja toetada.
33		Vajalik on tagada individuaalne KKT, mis peab olema kõigile skisofreeniapatsientidele kättesaadav tervishoiuteenusena.
34		Vajalik on rehabilitatsiooniteenust osutades lähtuda muuhulgas CARE metoodikast.
35		Vajalik on tagada, et skisofreeniadiagnoosiga patsiendile oleks tagatud ka toetatud tööhõive põhimõtetele vastavate lähenemisviiside tõhusust parandava kognitiivse remediatsiooni metoodikate kasutamine (nt arvutiprogrammidel põhinevad tähelepanu, mälu jne treeninguid). Seetõttu tuleb neid rakendada sõltuvalt individuaalsetest vajadustest.

Multidistsiplinaarne sekkumine, psühhoharidus, psühhoteraapiad

<i>Pereteraapia ja/või sekkumised lähedastele</i>		
36		Tuleb tagada, et perekondlikku sekkumist pakutakse kõigile skisofreeniadiagnoosiga isikutele, kes on pereliikmetega tihedas kontaktis või elavad nendega, ning seda tuleks pidada esmatähtsaks püsivate sümptomite või suure retsiidivi riski korral. Tõhusaks sekkumiseks on vajalik vähemalt kümme seansi kolme kuu jooksul. Perekonna sekkumine peab hõlmama: <ul style="list-style-type: none"> • suhtlemisoskuste tõhustamist; • probleemi lahendusoskuste omandamist; • psühhoharidust.
37		Vajalik on tagada psühhohariduslike sekkumiste kättesaadavus ka lähedastele.
<i>Rühmateraapiad</i>		
38		Soovitame ainult teatud tingimustel skisofreeniadiagnoosiga isikutel kasutada rühmapõhiseid loovteraapiad. Samas individuaalsed teraapiad võivad olla olenevalt patsiendist sobilikud.
39		Tagada nii skisofreeniadiagnoosiga isikutele kui nende lähedastele tugigruppide kättesaadavus. Tugigruppe peavad vedama professionaalid, nt kaasates kogemusnõustajad.

Skisofreeniadiagnosiga inimese SRT algoritm



Grupitöö I

1. Mängige oma grupiga läbi laual olev stsenaarium
2. Arutlege grupis kas kõik spetsialistid saavad antud inimesele läheneda samamoodi või tuleb spetsialistide lõikes erisusi
3. Palun tehke oma grupitööst kokkuvõtte mille esitlete teistele



Meeleoluhäirega (F30–F39) täiskasvanute rehabilitatsioonijuhis

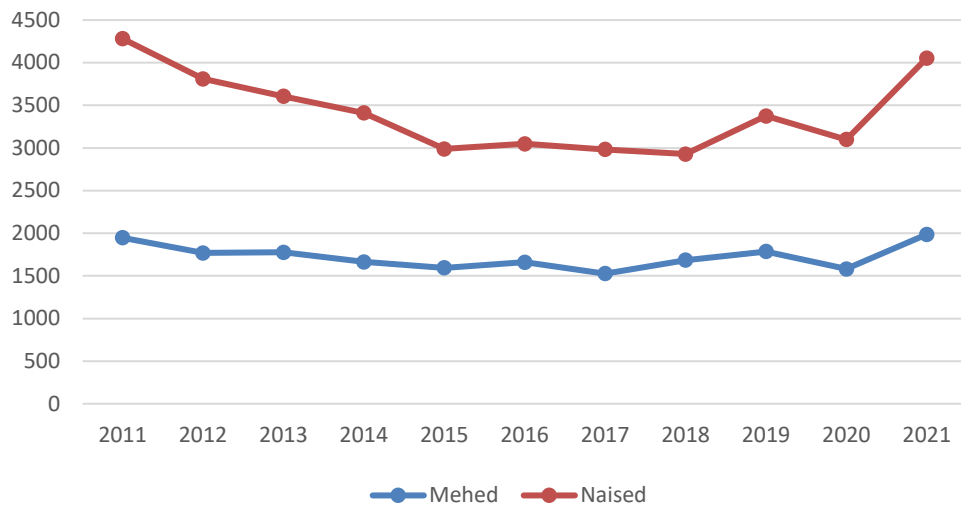
Meeleoluhäirete olemus

- Meeleoluhäired on vaimse tervise häired, mille üldiseks tunnuseks on meeleolu kõikumine muutused ja sellega kaasnevad muud sümptomid
- Tavaliselt meeleoluhäired jaotatakse laias laastus kaheks: bipolaarse spektri häired (meeleolu kõigub nii üles- kui allapoole) ja depressiivsed häired
- 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

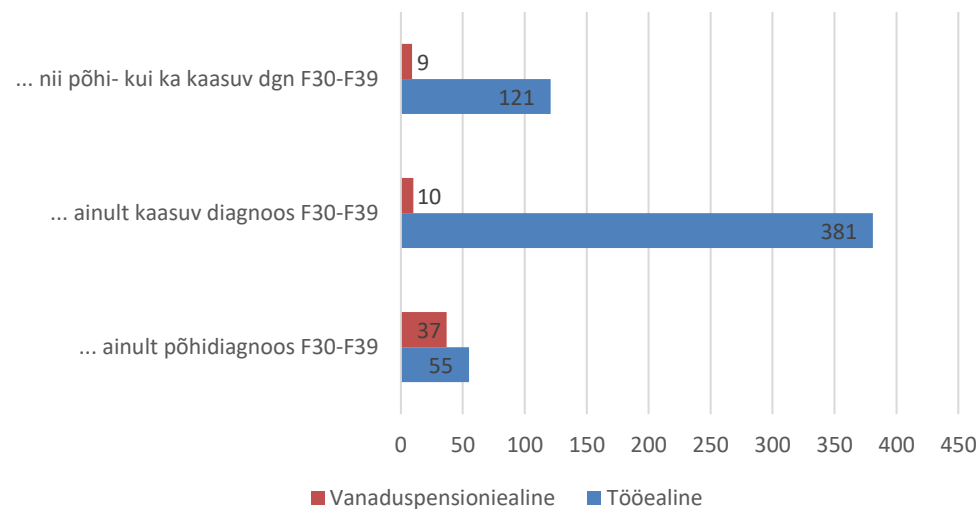
Meeleoluhäirete levimus

- Depressiooni esinemissagedus on eri uuringute põhjal elu jooksul 15–30%
 - Eestis on aasta levimus umbes 5,6%
- 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
- Depressioon on maailmas ka üheks suurimaks töövõimekaotuse põhjuseks

Meeleoluhäirete uute haigusjuhtumite arv



Meeleoluhäire diagnoosi staatus



Meeleoluhäirete haigusjuhtumid ja diagnoosi staatus

Rehabilitatsioonijuhiste rahvusvahelised praktikad



Tihedalt seotud kliiniliste juhistega



Juhiste eesmärk on edendada tõhusate protseduuride kasutamist, vähendada väheefektiivsete või ebatõhusate teraapiate kasutamist ning seega parandada ravi kvaliteeti

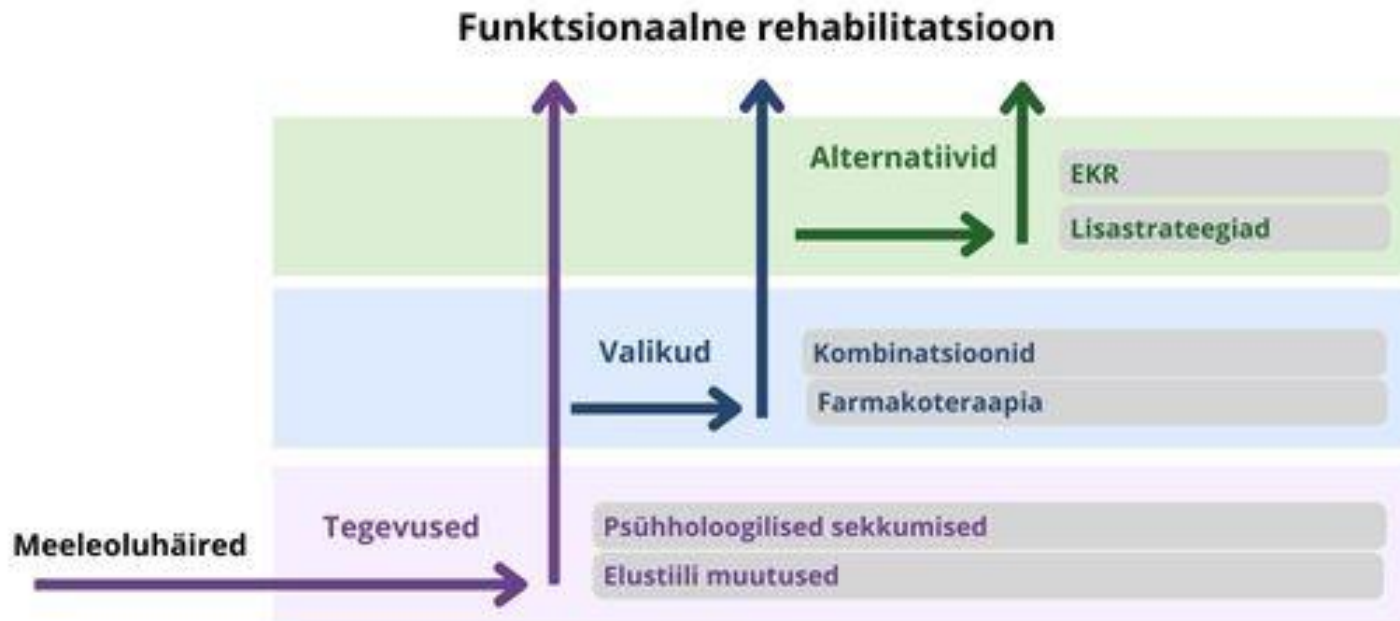


Mõned juhiseid on koostatud meeleoluhäirete rühmale (F30.0-F39.9), samas teised on koostatud eraldi bipolaarsete häirete ja unipolaarse depressiooni jaoks



Juhised peaksid võimaldama teenuseosutajal ja meeleoluhäirega tööelisel inimesel teha teadlikke otsuseid rehabilitatsiooni kohta, võttes arvesse inimese individuaalseid omadusi ja iga juhtumi puhul olemasolevaid ressursse

Austraalia ja Uus-Meremaa juhised (RANZP)



- MDcpg 2020 teraapiaraamistik kirjeldab biopsühhosotsiaalseid ja elustiili elemente, mis on kohaldatavad meeleoluhäirete kõigi faaside suhtes
- Raamistik näitab, et elustiili muutused ja psühholoogiline sekkumine on meeleoluhäirete ravis põhilised

Austraalia ja Uus-Meremaa juhised (RANZP) teraapiad

- 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.
- Käitumuslik aktiveerimisteraapia (*Behavioural activation*) hõlmab tegevuse planeerimist, mille eesmärk on suurendada meeldivaid tegevusi ja positiivseid suhtlemisvõimalusi (mõnes variandis esineb ka sotsiaalsete oskuste treening).
- Mitte-direktiivse toetava (*non-directive supportive*) teraapia all mõistetakse tavaliselt struktureerimata teraapiat, mis ei sisalda konkreetseid psühholoogilisi tehnikaid.
- Lühiajalise psühhodünaamilise (*short-term psychodynamic*) teraapia eesmärk on parandada inimese arusaamist korduvatest konfliktidest, uurides neid lapsepõlvkogemuste ja varasemate konfliktide seisukohalt.

NICE juhised (UK)

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 algsele 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.

Soome juhised

Ravi ja kirjeldus	Tüüpiline kestus ja tihedus
<i>Psühhohariduslik rühmateraapia</i> 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
<i>Kognitiiv-käitumuslik teraapia</i> Düsfunksionaalsete 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
<i>Perekeskne ravi (FFT)</i> Perekonnale antav psühhoharidus, ja toimetuleku strateegiad, mida perekond saab kasutada tagasilanguse vältimiseks (nt ravimite võtmine ja viivitamatu tegutsemine prodromaalsete sümptomite korral), samuti suhtlemis- ja probleemi lahendamiskuste harjutamine.	21 x 60 min 9 kuu jooksul
<i>Inimeste vaheline ja sotsiaalne rütmiteraapia (IPSRT)</i> 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.	45–55 min nädalas, kohtumised 12 nädala jooksul igal nädalal ja seejärel kord kuus kahe aasta jooksul
<i>Internetipõhine teraapia (veebiteraapia)</i> Teave sümptomite juhtimise, ravimite, psühholoogiliste lähenemisviiside, elustiili, inimeste vaheliste suhete kohta.	8-20 seansi 12 kuu jooksul

Järeldused I

- 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
- Rahvusvahelise praktika kohaselt peetakse kõige efektiivsemaks juhtumipõhist teenuste osutamist, mille käigus saadakse ülevaade kogu abivajaja vajadustest
- Juhtumi koordineerimine tagaks psühhiaatrilise diagnoosiga inimesele inimkeskse lähenemise ja teenuse terviklikkuse, et abivajaja kohta oleks info ühes kohas ja tal oleks olemas koht ja kontakt pöördumiseks
- Täiendavate ülesannete üleandmine eeldab täiendavat kompetentset inimressursi – juhtumikorraldaja ametikohtade loomist ja mehitamist.
- Juhtumikorraldajate rakendamine eeldab täiendavaid ressursse, mille leevendamiseks ei piisa rahalise ressursi eraldamisest, vaid vajadusel peab toetama ka kompetentside ja koostöö arendamisega

Järeldused II

- Juhtumikorraldaja töö eeldab abivajaja kohta rohkemate andmete nägemist ja seetõttu on vajalik panustada infosüsteemide arendamisse
- Kõik abivajajad sõltumata elukohast peavad saama asjakohast ja kvaliteetset teenust
 - Riigi (SKA) rolliks on jälgida, et teenuste osutamist toetav mudel tagaks abivajajate võrdse kohtlemise
- Sotsiaalvaldkond töökohana ei ole atraktiivne ja sellest tulenevalt on tekkinud järjest suurenev tööjõu puudus vajalike ametikohtade täitmisel
 - Tulemusena on teenusele saamine kohati raske ja väga pikkade järjekordadega
 - Käesoleva sihtrühma puhul tähendab see aga potentsiaalselt kehva ravisoostumust ning ühiskonnast kõrvale jäämist
- SKA teenuse hind alarahastatud, mistõttu on meeskondadel raske spetsialiste leida

Soovitused riigi tasandil I

- Ühiselt kokku leppida lähenemine, et esmane abivajaduse hindamine algab haiglast, 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 psühhiaatriliste diagnoosidega 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
 - Psühhiaatrilise diagnoosi eripäradest tulenevalt peaks see olema üks inimene alates haiglaravist kuni teenuste lõppemiseni
 - Juhtumikorraldaja võiks kõigi eelduste kohaselt asuda rehabilitatsioonimeeskonna juures, kuna selles faasis kasutab psühhiaatrilise diagnoosiga inimene kõige kauem teenuseid ning ühtlasi on see ka kõige mugavam positsioon olla tervishoiusüsteemi ning sotsiaalsüsteemi teenuste vahel






Soovitused riigi tasandil II










- 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
- Rehabilitatsiooniteenuste osutaja töö väärtustamine
 - Välja tuleb töötada parem rahastusüsteem, 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 patsiendi ravi ja teenuste teekonda aktiivsemalt ka KOV sotsiaaltöötajaid)

Soovitused rehabilitatsiooniasutusele

- Vajadusel ise algatada koostööd haiglatega, et saaks rehabilitatsiooniga alustada juba patsiendi haiglas oleku ajal
- Kuigi juhtumikorraldaja roll praegu puudub, peaks rehabilitatsiooniasutus püüdma võtta rolli abivajaja teekonna juhtimisel läbi tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi
- Tagada rehabilitatsioonimeeskonna kompetentsi tõstmiseks vajalikud koolitused
- 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*






Rehabilitatsioonijuhise soovitused







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

Meeleoluhäirega inimestele toetavate teenuste korraldus (sh süsteemi tasandil)		
1		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimesed saavad võimalikult kiiresti rehabilitatsiooniteenuseid (võimalusel juba esimese raskema episoodi järel).
2		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega abivajajaid juhib kogu ravi- ja toetavate teenuste teekonda juhtumikorraldaja, kes jääb üheks pidepunktiks erinevate süsteemide vahel ning kellel on terviklik ülevaade saadavate teenuste ja toetuste kohta.
3		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimestele on kättesaadavad kvaliteetsed, asjakohased, sihistatud ja mitmekesised teenused nii tervise- kui sotsiaalsüsteemist.
4		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimesed saavad teenust vastavalt vajadusele ning omale sobivas asukohas (nt kodus).
5		Vajalik on tagada töökeskkond, kus üks juhtumikorraldaja tegeleb maksimaalselt 20 juhtumiga samal ajaperioodil. Juhtumikorralduse meetod peab tulenema vajadusest ning süsteemi võimalustest ning korraldusest (nt juhtumikorraldaja tegevused ja vastutusvaldkond).
6		Vajalik on tagada, et meeleoluhäiretega isikule on lisaks sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusele tagatud vajadusel ka tööalase rehabilitatsiooni teenuse kättesaadavus ja ta saaks mugavalt nende teenuste vahel liikuda.
7		Tuleb tagada, et rehabilitatsioonimeeskond panustab meeleoluhäiretega inimeste ja tema lähedastele paindliku ning jätkusuutliku teenuse osutamisse, kus toetatakse haiguse mõistmist ning stigmade vähenemist.
8		Tuleb tagada meeleoluhäiretega inimese nõustamine ravisoostumuse parandamise eesmärgil.
9		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimesele on info kättesaadav kõigist teenust pakkuvatest rehabilitatsiooniasutustest, kust inimene saab valida endale sobivaima.









Toetavate teenuste korraldus

Meeleoluhäiretega inimeste igakülgne toetus kogu rehabilitatsiooniteenus vältel





10		Tuleb tagada, et rehabilitatsiooniasutus pakuks meeleoluhäiretega inimestele laiaulatuslikku valikut sekkumisi, mis lähtuksid inimese vajadustest, mitte olemasolevatest teenustest.
11		Tuleb tagada, et rehabilitatsiooniteenused hõlmaksid kõiki soovitatud psühholoogilisi, sotsiaalseid ja tööalaseid ohutuid sekkumisi.
12		Tuleb tagada, et teenuseosutaja ja teenuse saaja suhe võimaldaks arutada rehabilitatsiooni strateegiaid ning nende eeliseid ja puudusi. Samas teenuse saaja peaks osalema nii otsuste tegemisel kui ka otsusele jõudmise protsessis võrdväärseina rehabilitatsioonispetsialistiga. Inimene ise annab enda olukorrale hinnangu ja seab eesmärgid.
13		Tuleb tagada, et SRT spetsialistid oskaksid vajadusel suunata meeleoluhäiretega inimesed farmakoloogilisele nõustamisele tagamaks, et nii SRT kui farmakoloogiline ravi toetaksid üksteist.
14		Vajalik on tagada, et rehabilitatsioonimeeskonna suhtluses meeleoluhäiretega inimeste ja nende lähedastega oleks tagatud: <ul style="list-style-type: none"> • kliinilise sõnavara vältimine või selle minimeerimine; • põhjaliku teabe olemasolu sobivas keeles ja teenuse saajale kuuldavalt; • vajadusel tõlgil olemasolu.

15		Vajalik on tagada teenuse järjepidevus olukordades, kus meeleoluhäirega inimene vahetab elukohta või teenuseosutajat (vajadusel peab saama juhtumi üle anda teise piirkonna juhtumikorraldajale).
16		Vajalik on tagada, et meeleoluhäiretega inimestega töötavatel spetsialistidel on võimalik läbida teemakohaseid koolitusi, et olla teadlik meeleoluhäirete eripäradest ning nendega arvestamisest SRT pakkumisel.
17		Vajalik on tagada, et teenusemudelid kirjeldavad selgelt ära võimalused inimeste üleminekuks eri sihtrühmadele mõeldud ja erineva rahastusega teenuste (nt laste ja noorte teenustelt täiskasvanutele, kohtumäärusega erihoolekandelt tulnutele) ja erinevate teenusepakujate (rehabilitatsioonispetsialistid, psühhiaatrid, perearstid, sotsiaaltöötajad jne) vahel.
18		Oluline on tagada, et rehabilitatsioonimeeskond oskaks jälgida meeleoluhäirega inimese füüsilist tervist ja vajadusel nõustada erinevatest ravivõimalustest (nt soovitada minna perearsti, toitumisenõustaja vms juurde).
19		Tuleb tagada, et psühhosotsiaalsed sekkumised aitaksid meeleoluhäiretega inimestel parandada elukvaliteeti ja iseseisvat toimetulekut, mis läbi kiireneks taastumine ja annaks inimesele rohkem võimalusi töö- ja kogukonnaelus osalemiseks ning paraneks elukvaliteet.
20		Tuleb tagada, et psühhosotsiaalsed rehabilitatsiooniteenused sisalduksid individuaalses tegevuskavas, mis hõlmaks funktsioneerimisvõime (tegutsemise- ja osalemispiirangute)määra ja tausta (keskkonna ja personaalsete) tegurite tuvastamist ning nende raskuste kõrvaldamist või vähendamist. Eesmärgi saavutamiseks peavad olema kindlaks määratud toetavad sekkumised.








Igakülgne toetus

Meeleoluhäirega inimese rehabilitatsiooni häirespetsiifilised komponendid		
21		Tuleb tagada rehabilitatsiooniasutuses täiendav personaalne nõustamine meeleoluhäiretega tööealistele inimestele, kes suurema tõenäosusega loobuvad ravist või teenustest (suurema edukuse tagab juhtumikorraldaja olemasolu).
22		Tuleb tagada, et juba esmakordsel haigestumisel saaks abivajaja rehabilitatsiooniteenuseid ja lähedased nõustamist (haiglaravi korral peaks see koostöö saama alguse juba haiglas olles esimese episoodi ajal).
23		Tuleb pakkuda toetatud töö programme meeleoluhäiretega isikutele, kes soovivad leida tööd või tööle naasta.
24		Tuleb pakkuda meeleoluhäirega inimestele täiendavalt kogemusnõustamist, et tõsta teenusekasutaja elukvaliteeti.
25		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimestele oleksid kättesaadavad erinevad mitmekülgsed tervist edendavad sekkumised (sh ka tervisliku toitumise ja kehalise aktiivsuse alane nõustamine).
26		Vajalik on tagada, et kogemusnõustamist osutab professionaalne kogemusnõustaja.
27		Vajalik on tagada, et psühhosotsiaalsete sekkumiste hulka kuuluks ka psühhoharidus, pereteraapia, kognitiiv-käitumuslik psühhoteraapia (KKT), psühhodünaamiline psühhoteraapia ja muud psühhoteraapilised meetodid, mida osutaksid koolitatud spetsialistid.
28		Tuleb tagada, et psühhosotsiaalsete sekkumiste puhul oleks arvesse võetud erinevate osapoolte (arstid, terapeudid, inimene, lähedased jt kokkupuutuvad inimesed) poolt tehtud tagasisidet ja seda arvestatakse meeleoluhäirega inimesele psühhosotsiaalse sekkumise teenuse disainimisel.







Häirespetsiifilised komponendid





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






Teenuse saaja kogemus

Meeleoluhäiretega inimeste rehabilitatsioonilased sekkumisvõimalused		
Enesejuhtimine ja eneseabipraktikad		
33		Tuleb tagada, et meeleoluhäiretega inimestele oleksid kättesaadavad eneseabigrupid (nt rehabilitatsiooniasutuse poolt korraldatud).
34		Tuleb tagada meeleoluhäiretega inimestele veebipõhised sekkumised koos professionaalse tagasisidestamisega.
35		Vajalik on tagada eneseabigrupid (tugirühmad) meeleoluhäiretega inimeste lähedastele nende toimetulekuvõime suurendamiseks.
36		Tuleb tagada, et rehabilitatsioonilased sekkumised tugevdaksid meeleoluhäirega inimese kognitiivseid ja sotsiaalseid funktsioone. Nende sekkumiste läbiviimise eelduseks on oskus järgida juhiseid, suunata tähelepanu ja keskenduda treeningprotsessile. Sotsiaalsete oskuste treeninguid võib läbi viia individuaalselt, grupis või koos pereliikmetega.
37		Tuleb tagada, et enesejuhtimine oleks oluline osa häirega toimetulekul ja seda peab toetama kogu rehabilitatsiooniprotsessi vältel (sh võiks olla sellele seatud eraldi tegevused individuaalses tegevuskavas eesmärkide saavutamiseks).
38		Tuleb tagada, et erinevad juhendid ja eneseabi käsiraamatud meeleoluhäirega inimese jaoks oleksid sõltumatud, kergesti mõistetavad ja tõenduspõhised.
39		Tuleb tagada, et info enesejuhtimise ja eneseabipraktikate kohta oleks meeleoluhäirega inimestele ja nende lähedastele kättesaadav ning vajadusel tuleks julgustada nende kasutamist.

Enesejuhtimine ja eneseabipraktikad

<i>Psühhoharidus</i>		
40		Tuleb tagada, et meeleoluhäirega inimesele ja tema lähedastele oleksid kättesaadavad võimalikud erinevad psühhohariduslikud sekkumised, mis võivad olla nii individuaalsed kui grupipõhised. See peaks eelkõige hõlmama spetsialistide ja abivajajate vahelist teabevahetust ning hõlmama ka teavet meeleoluhäirete ja selle käsitlemise kohta.
41		Tuleb tagada, et psühhohariduslikke sekkumisi kasutatakse selleks, et meeleoluhäiretega inimesed ja nende lähedased teaksid, kuidas suhtuda meeleoluhäiretesse, kuidas ära tunda tagasilangusi ja kuidas neid ennetada ning muid häirega seotud riskitegureid (nt meelemürkide tarbimine).
42		Tuleb tagada, et meeleoluhäirega inimestele ja nende lähedastele oleks tagatud kogu antava informatsiooni arusaadavus (sh tuleb arvesse võtta nii keelelisi kui kultuurilisi eripärasid).
43		Tuleb tagada, et meeleoluhäirega inimese ümber toimiks hästi kolmepoolne koostöö (spetsialistid, meeleoluhäirega inimene ja lähedased). Toimuma peaksid ka regulaarsed omavahelised kohtumised sobivates vormingutes (koosolek, seminar, foorum vms), kus erinevad meeskonnaliikmed teevad hindamisel, sekkumiste planeerimisel ja teenuste osutamisel tihedat omavahelist koostööd.
44		Vajalik on tagada, et bipolaarse diagnoosiga inimestele oleksid tagatud nii lihtsad kui interaktiivsed haridusliku lähenemisega sekkumised, mis peaksid ennetama ka tagasilangust. ¹
45		Vajalik on tagada, et depressiooni diagnoosiga inimeste ja nende lähedastele puhul oleksid tagatud psühhohariduslikud sekkumised ka taastusperioodis (peaksid ennetama ka tagasilanguste teket). ²

<i>Igapäevaelu ja sotsiaalsete oskuste treenimine</i>		
46		Tuleb tagada, et bipolaarse diagnoosiga inimestele oleks tagatud suhtlemist parandav treening (eng. <i>communication enhancement training, CET</i>) ning probleemilahendamise oskuste treening (eng. <i>problem-solving skills training</i>) ning sinna oleksid vajadusel kaasatud ka lähedased.
47		Tuleb tagada, et rehabilitatsiooniteenused tugevdaksid nii kognitiivseid kui sotsiaalseid funktsioone. Nende sekkumiste läbiviimise eelduseks on oskus järgida juhiseid, suunata tähelepanu ja keskenduda treeningprotsessile. Sotsiaalsete oskuste treeninguid võib läbi viia individuaalselt, grupis või koos pereliikmetega.
48		Tuleb tagada, et sotsiaalsete oskuste treeningu tulemusel paraneksid meeleoluhäiretega inimeste suhtlemisoskused igapäevastes olukordades.
49		Tuleb tagada sotsiaalsete oskuste treenimine, mis oleks integreeritud kompleksesse teenuste paketti (mida võiks juhtida ja jälgida juhtumikorraldaja). SRT teenusele sisenedes viiakse läbi alghinnang (RFK), kus inimene ise hindab ennast sotsiaalsete oskuste valdkonnas ning periooditi toimuvad vahehindamised ja lõpphinnang SRT teenusperioodi lõpus (igas etapis toimub teenuse saaja poolne enesehinnang).

<i>Loov-ja tegevusteraapiad</i>		
50		Vajalik on tagada, et meeleoluhäiretega inimestele oleksid kättesaadavad talle sobivad erinevad loovterapeutilised tegevused (nt kunstiteraapia, muusikateraapia, draamateraapia, biblioteraapia, disainiteraapia, liivamänguteraapia jne), mida osutatakse järjepidevalt soovitud arv kordi.
51		Vajalik on tagada, et meeleoluhäiretega inimene saaks kõik talle sobivad tegevusterapeutilised sekkumised, mis vastaksid inimese individuaalsetele eelistustele ning kus sekkumiste tulemused oleksid ajas (tegevuskavas vahetunnangutes) jälgitavad.
<i>Liikumistegevused- ja füsioteraapia</i>		
52		Vajalik on tagada, et lisaks diagnoosipõhiste sümptomitele arvestatakse liikumis- ja tegevusteraapia osutamisel abivajaja füüsilise võimekusega ja teraapiat tuleb läbi viia vastavalt füüsilisele võimekusele.
53		Väga hea sobivuse ja inimese soovi korral võib meeleoluhäirega inimesele soovitada terapeutilisi loomi kaasavat teraapiat ja joogat alternatiivsete teraapiatena.
<i>Pereteraapia</i>		
54		Tuleb tagada, et pereteraapiat pakutakse kõigile meeleoluhäiretega isikutele ning seda tuleks pidada esmatähtsaks püsivate sümptomite või suure tagasilanguse riski korral Perekonnaliikmeid kaasav sekkumine peab hõlmama: <ul style="list-style-type: none"> • suhtlemisoskuste tõhustamist; • probleemi lahendusoskuste omandamist; • psühhoõharidust.

Loovteraapiad, liikumisteraapiad ja pereteraapia

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

Psühhoteraapia

Grupitöö II

1. Mängige oma grupiga läbi laual olev stsenaarium
2. Arutlege grupis kas kõik spetsialistid saavad antud inimesele läheneda samamoodi või tuleb spetsialistide lõikes erisusi
3. Palun tehke oma grupitööst kokkuvõtte mille esitlete teistele



Kokkuvõte

- ❖ Rühmatööde kokkuvõte
- ❖ Skisofreenia ja meeleoluhäirete rehabilitatsioonijuhiste kokkuvõte





AITÄH!

E-MAIL

praxis@praxis.ee

VEEB

www.praxis.ee

AADDRESS

Ahtri 6a, Tallinn