

Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega täiskasvanute rehabilitatsioonijuhise koostamise teenus Sotsiaalkindlustusametile

LISA 1: Rehabilitatsioonijuhis skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega täiskasvanud rehabilitatsiooniteenuse saajale



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks








SOTSIAALKINDLUSTUSAMET

Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega täiskasvanud rehabilitatsiooniteenuse saaja (edaspidi selles dokumendis: skisofreeniapatsient, skisofreeniadiagnosiga inimene, abivajaja või teenusesaaja) rehabilitatsioonijuhis tugineb rahvusvahelistele skisofreeniapatsiendi rehabilitatsioonijuhistele ning metaanalüüsidele.

Teadusliku tõenduse kvaliteet (1,2)

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

Soovituse tugevus ja suund (1,2)

<p>Tugev soovitus teha</p> 	<p>Soovituse tugevus peegeldab seda, kui kindel võib olla selles, et sekkumisest saadav kasu ületab võimaliku kahju. Soovituse tugevuse määravad järgmised tegurid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soovitud ja soovimatu toime vahelise erinevuse suurus; • teadusliku tõenduse kvaliteet; • patsientide eelistuste varieeruvuse määr; • ressursikulu. <p>Tugev soovitus antakse, kui on kindel, et enamus hästi informeeritud teenusesaajaid otsustaksid kõnealuse sekkumise kasuks. Tugev soovitus on väljendatud sõnadega „tehke, kasutage“, nõrk soovitus väljenditega „võib teha, kaaluge tegemist“.</p>
<p>Soovitus pigem teha</p> 	
<p>Soovitus kaaluda tegemist</p> 	
<p>Soovitus hoolikalt kaaluda enne rakendamist</p> 	
<p>Praktilised soovitused</p> 	
<p>Nõrga soovitusel puhul teame, et sekkumise edukus sõltub patsiendi isiklikest väärtustest ja eelistustest. Spetsialist peab olema kindel, et neid on arvestatud.</p>	
<p>Rehabilitatsioonijuhis sisaldab lisaks rahvusvahelistele suunistele juhiseid, mis põhinevad rehabilitatsioonijuhise väljatöötamise töörühma liikmete kogemusel ja mis võivad olla nende kogemusele tuginedes abiks parima tulemuse saamisel.</p>	

Sisukord

Lühendid ja mõisted	4
Mõisted	5
1. Sissejuhatus	6
1.1. Rehabilitatsioonijuhise koostamise vajadus	6
1.2. Rehabilitatsioonijuhise käsitlusala ja sihtrühm	6
1.3. Rehabilitatsioonijuhise koostamine	6
1.4. Tõendusmaterjali otsimine ja hindamine	7
2. Rehabilitatsioonijuhise soovitusel	9
3. Rehabilitatsioonijuhise soovitusel koos tõenduse ja arutelu lühikokkuvõttega	12
3.1. Skisofreeniapatsiendi toetavate teenuste korraldus	12
3.2. Skisofreeniapatsiendi igakülgne toetus rehabilitatsiooni kõikides faasides	14
3.3. Skisofreeniapatsiendi rehabilitatsiooni haiguspetsiifilised komponendid	15
3.4. Integreeritud teenused	17
3.5. Vastastikune ja kogukonna tugi	17
3.6. Teenuse kasutaja kogemus	18
3.7. Erinevad sekkumisvõimalused	18
4. Rehabilitatsiooniteenuse osutamine skisofreeniadiagnosiga isikule	23
5. Interdistsiplinaarne meeskond	29
6. Juhise rakendamine, oodatavad tulemused ja indikaatorid	32
5.1. Rehabilitatsioonijuhise rakendamine	32
5.2. Juhise efektiivsuse hindamine ja indikaatorid	33
Allikad	36

Lühendid ja mõisted

ACT	Aktsepteerimise ja pühendumise teraapia
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
APA	<i>American Psychology Association</i>
ASCO	<i>American Society of Clinical Oncology</i>
CADTH	Kanada ravimi- ja tervishoiutehnoloogia amet
CARE	<i>Comprehensive Approach of Rehabilitation</i>
CI	Usaldusintervall
CPG	<i>Clinical Practice Guidelines</i>
DGPPN	<i>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde</i>
ESMO	<i>European Society for Medical Oncology</i>
GAF	<i>Global Assessment of Functioning</i>
GIN	<i>Guidelines International Network</i>
HEV	Hariduslik erivajadus
ICM	<i>Intensive case management</i>
IET	Igapäevaelu toetamise teenus
KKT	Kognitiiv-käitumuslik teraapia
KOV	Kohalik omavalitsus
MD	Keskmine kõrvalekalle
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
NICE	<i>National Institute for Care and Health Excellence</i>
OR	Koefitsientide suhe
PERH	Põhja-Eesti Regionaalhaigla
RAKE	Sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus
RANZCP	<i>Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist</i>
RR	Suhteline risk
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SKA	Sotsiaalkindlustusamet
SRT	Sotsiaalne rehabilitatsioon
USA	Ameerika Ühendriigid
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon

Mõisted

Afekt ehk afektiivne reaktsioon ehk tunde või emotsiooni kogemus	See on (tavaliselt) lühiajaline ja tormiliselt kulgev inimest tervikuna haarav tundmuseväljendus reaktsioonina mingile olukorrale. See on inimese enda seisukohast nii psühholoogiliselt kui ka füsioloogiliselt äkiline vastureageering.
Aktiivne haiglaväline ravi	Intensiivne, integreeritud ja koordineeritud ravi, mis hõlmab kliinilisi ja toetavaid teenuseid (juhtumikorraldust, mis on tagatud multidistsiplinaarse meeskonna poolt personali/patsiendi suhtega 1/10, rehabilitatsiooni jms).
CARe metoodika	<i>Comprehensive Approach of Rehabilitation</i> – kõikehõlmava rehabilitatsiooni käsitlus, mis sobib kasutamiseks kõigi teenuste puhul, mille eesmärk on aidata kaasa inimese igapäevaelu parandamisele ja iseseisvale toimetulekule.
Intensiivne osaline hospitaliseerimine	Multidistsiplinaarne, aktiivne raviprogramm, mis sisaldab struktureeritud kliinilisi teenuseid kindlas terapeutilises keskkonnas. Eesmärk on ägeda sümptomaatika taandamine ja/või hospitaliseerimise aja lühendamine.
Sotsiaalkindlustusameti (SKA) teenuste konsultant	Teenuste konsultant viib läbi sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse tuvastamise protsessi ja vormistab otsuse teenuse vajamise või mittevajamise kohta ja seostab isiku muude sotsiaalkaitsemeetmetega.
Juhtumikorraldus (rahvusvahelise praktika kontekstis)	Vajatavate teenuste ja ressursside suhtes nõustamine, nende määratlemine ja vahendamine. Võib sisaldada otseseid kliinilisi teenuseid, mis on seotud elukvaliteedi ja funktsioneerimise parandamisega.
Sotsiaalne rehabilitatsioon	SRT on sotsiaalteenus, mille eesmärk on parandada puudega inimese iseseisvat toimetulekut ja suurendada ühiskonda kaasatust.
Töölane rehabilitatsioon	Töölane rehabilitatsioon on mõeldud inimestele, kellel on puude või haiguse tõttu mitmeid takistusi ja kes vajavad seetõttu tööle asumiseks või töötamise jätkamiseks erinevate spetsialistide ehk rehabilitatsioonimeeskonna abi.
Personaalne taastumine	Taastumine on sügavalt isiklik ja ainulaadne protsess, mille käigus muudetakse oma hoiakuid, väärtusi, tundeid, eesmärke, oskusi või rolle. See on viis elada rahuldust pakkuvat, lootusrikast ja panustavat elu isegi haigusest tingitud piirangute raames (3).
Psühhosotsiaalne rehabilitatsioon	Organiseeritud, struktureeritud, mitmedimensionaalne lähenemine, mis aitab patsiendil saada ja hoida eelistatud elukondlikke, töö- ja õppimisfunktsioone ning sotsiaalset ümbrust.
Psühhoharidus	Psühhoharidus annab haigetele ja nende lähedastele teavet vaimse tervise seisundite, diagnoositud haiguse põhjuste, sümptomite, prognoosi ja ravi kohta.
Tööoskuste õpetamine, säilitamine, töö leidmine	Struktureeritud, organiseeritud ja individualiseeritud tööoskuste hindamise, õppimise ja treenimise programm, mille eesmärk on haigete lülitamine tööprotsessi.

1. Sissejuhatus

1.1. Rehabilitatsioonijuhise koostamise vajadus

Skisofreenia on üks kõige levinumaist psüühilistest häiretest. Skisofreenial ei ole ühtset sümptomite kogumit ja tuleb arvestada, et iga haigusjuhtum on individuaalne. Skisofreenia mõjutab patsiendi sotsiaalset elu ning tema mõtlemist, taju, kognitiivseid funktsioone, tuju ja motivatsiooni. Skisofreenia tüsistused võivad lõppeda surmajuhtumiga, kui meditsiiniline sekkumine patsiendi suhtumise muutmiseks enda seisundi suhtes ei olnud õigeaegne ning see jäi haiguse hilisesse staadiumisse.

Oluline on aidata patsiendil mõista ja adekvaatselt tajuda enda häiret nii varajases staadiumis kui võimalik, et ei oleks pöördumatuid tagajärgi, mis võiksid olulisel määral mõjutada patsiendi elu. Rehabilitatsioonimeeskonna roll ja eesmärk peavad olema sellele suunatud. Rehabilitatsioonimeeskond ja patsient moodustavad terapeutilise alliansi, milles patsient areneb ja õpib enda häirega elama.

Rehabilitatsioonimeeskonnal on võimalus toetada patsienti ning aidata tal otsida motivatsiooni sotsiaalse eluga hakkamasaamiseks. Näiteks võivad rehabilitatsiooni teenused avaldada positiivset mõju patsiendi peresisele elule, mis omakorda parandab patsiendi enesetunnet ja tugevdab motivatsiooni abi küsida.

1.2. Rehabilitatsioonijuhise käsitlusala ja sihtrühm

Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega täiskasvanutele mõeldud rehabilitatsioonijuhise eesmärk on ühtlustada rehabilitatsiooniteenuse osutajate teadmisi skisofreeniadiagnoosiga patsientide käsitlemisest rehabilitatsiooniasutustes ning kasutatavatest sekkumistest, et parandada seeläbi patsientide ja lähedaste elukvaliteeti ning heaolu.

Rehabilitatsioonijuhis keskendub rehabilitatsiooniteenuste osutamisele täiskasvanud patsientidele alates 18. eluaastast, kellel on diagnoositud skisofreenia, skisotüüpne ja/või luululine häire. Rehabilitatsioonijuhis on eelkõige kasutamiseks rehabilitatsiooniasutustes töötavatele spetsialistidele (psühholoogid, sotsiaaltöötajad, logopeedid, füsioterapeudid, tegevusterapeudid, kogemusnõustajad), kuid seda saavad kasutada ka sotsiaalteenuste osutajad, patsientide esindusorganisatsioonid ning omastehooldajad, kes puutuvad kokku skisofreeniapatsiendi ja tema lähedastega. Kuigi mujal maailmas on sotsiaalne ja tööalane rehabilitatsioon tihti omavahel tihedalt põimunud (eriti psüühiliste häiretega inimeste puhul, kelle töövõimet peab intensiivsemalt hoidma kui ehk mõne teise sihtrühma puhul), siis Eesti konteksti arvestades keskendume eelkõige sotsiaalset rehabilitatsiooni osutavatele asutustele. Samas on juhises infot, mis on väärtuslik ka tööalase rehabilitatsiooni osutajatele.

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

Kuidas nimetada skisofreenia diagnoosiga inimesi rehabilitatsioonijuhises? „Patsient“ sobib meditsiinilises kontekstis hästi, kuid võib rehabilitatsiooniteenuste kontekstis olla liialt kliinilise varjundiga. Mõnes riigis kasutatakse selliseid termineid nagu "teenuse kasutaja/tarbija" ja "klient". Käesolevas dokumendis on otsustatud kasutada mõisteid skisofreenia diagnoosiga isik/inimene, skisofreeniapatsient ja abivajaja.

1.3. Rehabilitatsioonijuhise koostamine

Skisofreeniapatsiendi rehabilitatsioonijuhise koostamise vajaduse algatas Sotsiaalkindlustusamet (edaspidi SKA). SKA valis esimeseks rehabilitatsioonijuhiseks juhise skisofreeniadiagnoosiga klientidele, kuna F20–F29 skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega tööalase sihtgrupp on aastatel 2019–2020 olnud üks

levinumaid sotsiaalse rehabilitatsiooni teenustele suunamisi saanud häirete grupp, mistõttu on antud juhise päevakohane ja vajalik. Sellele lisaks on alates 2021. aastast esmasesse psühhoosi haigestunutele kiiremaks teenusele jõudmiseks sisse viidud sotsiaalhoolekande seaduse muudatus, millega saavad raviasutused, koostöös SKA ja rehabilitatsiooniasutustega tagada inimese toetamise sotsiaalsüsteemist pärast esmase haiglaravi lõppu. Rehabilitatsioonijuhistega luuakse ühtne, tõendus põhine raamistik ja tegevuskava tööks kindla sihtgrupiga, mille tulemusena teenuseosutaja lähtub inimese piirangutest, nõrkustest ja tugevustest ning soovitud tulemustest, mitte kitsamalt diagnoosist.

Käesoleva juhise väljatöötamist juhtis Mõttekoda Praxis, kuid töörühma kuulusid veel psühhiaater Põhja Eesti Regionaalhaiglast (PERH), kaks kliinilist psühholoogit (PERH) ning rehabilitatsioonikeskus „Rehabikeskus OÜ“, kust olid esindatud psühholoogid, sotsiaaltöötaja, kogemusnõustaja ja rehabilitatsioonispetsialistid. Käesolevale juhisele on tagasisidet andnud ka Tallinna Vaimse Tervise Keskus.

1.4. Tõendusmaterjali otsimine ja hindamine

Rehabilitatsioonijuhise soovitude koostamisel arvestati teadusliku tõendusmaterjali tugevust, sekkumise tõhusust (sh potentsiaalse kasu ja kahju vahekorda), inimeste eelistusi ja väärtushinnanguid. Samuti võeti arvesse soovitusel kaasnedavat inimeste ebavõrdsesse olukorda jätmist ja võimaluse korral soovitude rakendamise võimalusi.

Tõendusmaterjali otsimist alustati olemasolevatest skisofreeniaalastest juhistest, mille on koostanud sõltumatud avaliku sektori asutused. Andmebaasist PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/) otsiti inglise-, saksa- ja horvaatiakeelseid juhendeid, mis on valminud 2012. aastal või hiljem. Veel vaadati läbi järgmised ravijuhendite andmebaasid/veebilehed:

- *Guideline Central* (<https://www.guidelinecentral.com/>);
- Ühendkuningriigi riiklik tervishoiu ja kliinilise kvaliteedi instituut (NICE) (www.nice.org.uk);
- *Guidelines International Network*, GIN (<https://www.g-i-n.net/>);
- Kanada kliiniliste ravijuhendite andmebaas (CPG infobase: *clinical practice guidelines*: <https://ioulecma.ca/cpg/homepage>);
- Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) ravijuhendid (<https://www.who.int/publications/guidelines/en/>);
- Kanada ravimi ja tervishoiutehnoloogia amet (CADTH, www.cadth.ca);
- Šoti palliatiivse ravi juhendid SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*) (<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/>);
- *National Comprehensive Cancer Network*, NCCN (<https://www.nccn.org/>);
- *European Society for Medical Oncology*, ESMO (<https://www.esmo.org/guidelines>);
- *American Society of Clinical Oncology*, ASCO (<https://www.asco.org/research-guidelines/quality-guidelines/guidelines>).

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

















Kõiki leitud ravijuhendeid (kokku 18) hinnati esmalt sisukokkuvõtete alusel ja jäeti välja need, mis ei vastanud käsitluselale või kordusid. Valiti ravijuhendid, mis käsitlesid mitte ainult kliinilist ravi, vaid skisofreeniapatsientidele suunatud rehabilitatsiooni laiemalt. Edasiseks hindamiseks sobis 6 ravijuhendit. Hindamiseks kasutati ravijuhendite hindamise töövahendit AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research*
















and Evaluation). Kasutamiseks sobivaks loeti need ravijuhendid, mille hindamistulemus oli üle 80%. Rehabilitatsioonijuhise koostamise kaasati hindamiste alusel kuus ravijuhendit (vt järgnev loetelu).








Rehabilitatsioonijuhise koostamise kaasatud ravijuhendid:

1. *Canadian Practice Guidelines for Comprehensive Community Treatment for Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders* (4).
2. *Management of schizophrenia: A national clinical guideline* (5).
3. *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) guidelines* (6).
4. *American Psychiatric Association (APA) guidelines* (7).
5. *NICE guideline – National Institute for Care and Health Excellence* (8).
6. *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Hrsg.) S3-Leitlinie Schizophrenie* (9).

2. Rehabilitatsioonijuhise soovitus

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 töölase 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 episoodi.
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 teenusepakujate (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 pakkuvatest rehabilitatsiooniasutustest, kust inimene peab ise saama valida endale sobivaima.
Skisofreeniapatsiendi igakülgne toetus rehabilitatsiooni kõikides faasides		
12		Rehabilitatsioon peab skisofreeniapatsiendile pakkuma laiaulatuslikku valikut sekkumisi.
13		Rehabilitatsiooniteenused peavad hõlmama kõiki soovitatud psühholoogilisi, sotsiaalseid ja töölaseid 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 haiguspetsiifilised 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/psühhoozi esmakordne esinemine, olenemata isiku vanusest või haiguse kestusest.
18		Vajalik on pakkuda toetatud tööprogramme psühhoozi 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).
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.
Erinevad sekkumisvõimalused		
Varane multidistsiplinaarne sekkumine		
29		Psühhoozi ja skisofreenia esimese episoodiga isikutele tuleb tagada ravi- ja rehabilitatsiooniteenuseid varajase sekkumise mudeli raames. See peab olema multidistsiplinaarne ja hõlmama: <ul style="list-style-type: none"> • skisofreenia diagnoosiga isiku kaasamist ravi- ja rehabilitatsiooni korraldusse (sh tema haiguseteadlikkuse suurendamine); • pere kaasamist ja vajadusel sekkumist rehabilitatsiooni osutamise protsessi; • juurdepääsu psühholoogilistele sekkumistele (kognitiiv-käitumuslik teraapia – KKT, psühhoteraapia jms); • kutsealaseid/hariduslikke sekkumisi (tööd toetavad sekkumised).
Enesekohased oskused ja psühhoharidus		
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.
Psühhoteraapiad		

32		Vajalik on tagada rehabilitatsiooniteenuse pakkujatele KKT-põhised täienduskoolitused, et nad oma teenuste pakkimisel 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.
<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 retsidiivi 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.

3. Rehabilitatsioonijuhise soovitused koos tõenduse ja arutelu lühikokkuvõttega




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

3.1. Skisofreeniapatsienti 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.
---	---	---

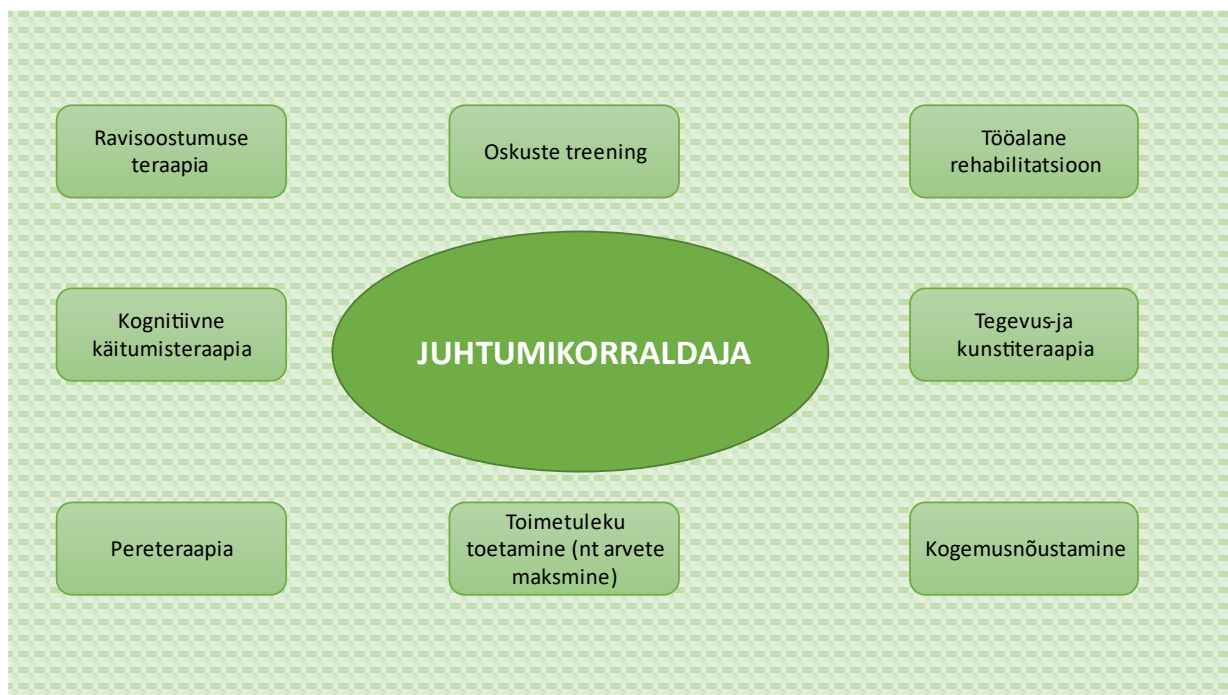
Juhtumikorralduse põhieesmärk on pakkuda praktilist abi raske psüühikahäirega inimesele. Eesmärk on võimaldada patsiendil ravist kinni pidada ning seeläbi vähendada haiglaravi ja parandada sotsiaalset toimumist. Tavapäraste juhtumikorralduslike sekkumiste asemel, mis viiakse läbi ametniku tasandil (nt SKA teenuste konsultant), on efektiivsemad juhtumikorralduslikud praktikad, mida viiakse läbi esmatasandil (võib olla ka rehabilitatsiooniasutus), mis on tihedas kontaktis patsiendiga ja keskkonnaga, kus patsient elab koosravimeeskonnaga (10,11). Siinkohal on oluline võimalikult kiiresti ja tõhusalt rahuldada patsientide vajadusi ning seeläbi hoida ära haiguse negatiivseid mõjusid ja hoida funktsionaalsust kõrgel tasemel. Eriti on juhtumikorraldajad olulised nendele patsientidele, kes kannatavad ägenemiste ja kordushospitaliseerimise all ning kellel on vähe või puudub perekonna toetus. Juhtumikorraldusega vähenevad ägenemised ja haiglaravi ning toimumine paraneb (12). Juhtumihaldust saab rakendada mitmel viisil, olenevalt ressursidest ja riigi sotsiaal- ja tervise poliitikast.

Kuigi juhtumikorraldust soovitatakse tihti patsientidele, kellel ei ole piisavat peretuge, oleks kasulik, kui suurem osa patsientidest oleks juhtumikorraldaja järelevalve all, kuna peredel puuduvad sageli teadmised professionaalsetest teenustest. Juhtumikorraldaja hindab patsienti psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni põhimõtete kontekstis ja tagab talle vajalike teenuste osutamise. Näited psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni sekkumistest juhtumikorraldaja koordineerimisel on toodud joonisel 1.

2		Vajalik on, et esmakordse skisofreenia või psühhoosiga 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.

Sekkumisi skisofreenia ägenemise vältimiseks tuleks alustada kohe varajases staadiumis. Selleks võib esmalt kasutada KKT lähenemisviise. Võimaluse korral tuleks igale patsiendile pakkuda ravisoostumusteraapiat ja psühhoharidust, kus kasutatakse ka KKT tehnikaid. Paljud patsiendid võib optimaalse farmakoteraapiaga koos KKT-ga taastada oma töövõime. Kuna aga haigus kipub oma olemuselt korduma, peavad psühhosotsiaalsed teraapiad jätkuma vähendatud intensiivsusega ent regulaarselt, et rahuldada skisofreeniapatsiendi vajadusi (13). Haiguse ägenemiste püsimisel tuleks ravile lisada oskuste väljaõpe, pereteraapia, kutsealane rehabilitatsioon ja sotsiaalsete oskuste arendamine, et minimeerida

funktsionaalseid kaotusi ja parandada elukvaliteeti. Juhtumikorralduse rakendamine selles etapis oleks sobiv.



Joonis 1. Näide psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni sekkumisest juhtumikorralduse vaatest (14)



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 psühhooosi episoode.

Vaatamata ühiskonna hoiakute paranemisele seisavad paljud skisofreeniaga inimesed endiselt silmitsi sotsiaalse isolatsiooni, eelarvamuste ja diskrimineerimisega, mis muudab nende jaoks keeruliseks ühiskonnas täisväärtusliku elu elamine. See diskrimineerimine võib takistada neil oma haigusseisundiga abi otsimast ning häirida ka nende isiklike suhteid ja tööturu staatust: skisofreeniaga inimesed jäävad suurema tõenäosusega töötuks kui haigusseisundita inimesed, samuti puutuvad nad eriti suure tõenäosusega kokku kriminaalkohtuga (15). 2013.a. Rootsis läbi viidud üleriiklikus uuringus leiti, et skisofreeniaga inimestel on 1,8 korda suurem tõenäosus langeda suitsiidi ohvriks kui neil, kellel pole vaimuhaigusi (16).



Skisofreenia koormab palju ka perekondi ja sõpru, kes kannavad suure osa igapäevasest hoolduskoormusest. Vaimne haigus mõjutab kogu perekonda; ühes uuringus leiti, et 68% hooldajatest on skisofreeniahaige vanemad või kasuvanemad, 12% on õed-vennad ja 7% on abikaasad/olulised teised (17). Paljud hooldajad kogevad raskeid emotsioone, nagu lein, kurnatus, viha, ja hirm tuleviku ees. Mõned hooldajad võivad pidada hoolduskoormust nii ülemääraseks, et nad ei saa oma rollis jätkata; me peame seda ära hoidma patsientidele sobiva hoolduse ja hooldajate toetamise kaudu.

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 teenusepakujate (rehabilitatsioonispetsialistid, psühhiaatrid, perearstid, sotsiaaltöötajad jne) vahel.
---	---	--

Skisofreeniapatsiendile väljatöötatud teenusmudel peaks sisaldama ka üleminekumudeleid. Näiteks kui laps või nooruk, kellel on skisofreenia, saab täiskasvanuks, siis teenuste mõttes peaks olema sujuv üleminek (18). Kasuks tuleks kindlasti ka see, kui eelnevalt on koostöös patsiendiga koostatud ülemineku plaan (19). Selline süsteem peaks toimuma ka näiteks patsiendi kolimise korral.


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.

Paljudel psüühikahäiretega inimestel on tõrge arsti juures käimisega (20,21). Kui rehabilitatsioonimeeskond märkab, et skisofreeniahaige vajaks kliinilist sekkumist, siis peaks suunama ta arsti juurde (22). Võimalusel (eriti, kui paistab olevat erakorraline vajadus), võiks rehabilitatsioonimeeskonna spetsialist võtta ühendust ise raviarsti, perearsti/või õega ning sobivusel küsida suuniseid edasiseks tegevuseks.


10		Skisofreeniapatsientidele tuleb sümptomite vähendamiseks ja ägenemiste ärahoidmiseks aidata kaasa farmakoloogilise ravi toimivusele ja et see oleks toetatud psühhoteraapia ja ravisoostumuse edendamiseks.
11		Tuleb tagada skisofreeniadiagnoosiga inimesele info kättesaadavus kõigist teenust pakkuvatest rehabilitatsiooniasutustest, kust inimene peab ise saama valida endale sobivaima.

Antipsühhootikumid on tõhusad skisofreenia tagasilanguse ennetamiseks (7), kuid nendega kaasnevad märkimisväärsed kõrvalmõjud ning Cochrane'i ülevaate kohaselt ägenevad kõrvalmõjud 24% patsientidest 1 aasta jooksul (23,24). On välja töötatud mitmesuguseid psühhosotsiaalseid ja psühholoogilisi sekkumisi skisofreeniaga inimestele. Sellised mittefarmakoloogilised sekkumised võivad mängida olulist rolli psühhootiliste episoodide ennetamisel (25). Siiski on skisofreenia säilitusravis psühhosotsiaalsete sekkumiste kohta olemasolevate tõendite hulgal tuvastatud mitmeid olulisi piiranguid. Varasemad ülevaated ei ole keskendunud konkreetselt stabiilsete patsientide säilitusravile, vaid pigem skisofreeniahaigete üldpopulatsioonile, peamiselt ägedas faasis ning mõõdetud on paljude muude tulemuste hulgas lihtsalt ägenemist (26,27). Samuti ei ole piisavalt tõendeid selle kohta, kas ja kuidas peaks erinevate tasandite lõikes toimuma farmakoloogilise ravi jälgimine (eelkõige siis ka ravisoostumus) ja kes peaks hindama farmakoloogilise ravi koostöö psühhoteraapiatega. *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) ravijuhis (8) on välja toonud, et see peaks olema juhtumikorraldaja.


3.2. Skisofreeniapatsiendi igakülgne toetus rehabilitatsiooni kõikides faasides

12		Rehabilitatsioon peab skisofreeniapatsiendile pakkuma laiaulatuslikku valikut sekkumisi.
----	---	--

Skisofreenia patsientidele mõeldud teenuste kavandamine toimub paljudes riikides haiguse levimuse ja ravivajaduse hinnangute alusel (28). Samas ei ole piisavalt tõendeid selle kohta, et elanikkonnapõhised hinnangud üldse oleks vaimse tervise teenuste planeerimise ja osutamise aluseks (29). Näiteks on võrreldud rahvastikupõhiste vaimse tervise teenuste osutamise mudeleid erinevate majandusarengu tasemetega (30). Tulemused on näidanud, et arenenud riikides (nt Kanada) peaksid elanikkonnale suunatud vaimse tervise teenused olema võimalikult kõikehõlmavad, sisaldades nii kogukondade vaimse tervise meeskondi, akuutset statsionaarset ravi, rehabilitatsiooniteenuseid, raviresistentsusega patsientidele vastavaid programme jne. Erinevad majanduslikud modelleerimised on viidanud ka sellele, et skisofreeniapatsientide optimaalsed tõendus põhised ravimeetodite ja rehabilitatsiooni kombinatsioonid on kulutõhusamad võrreldes olukordadega, kus pakutakse vähem tõendus põhiseid sekkumisi (31).


13		Rehabilitatsiooniteenused peavad hõlmama kõiki soovitatud psühholoogilisi, sotsiaalseid ja tööalaseid ohutuid sekkumisi.
----	---	--

Samuti on välja tulnud, et sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamise keerulise koostöö tõttu on raskem leida selgeid seoseid tulemuste, erinevate teenusemustrite ning kulude vahel (32). Näiteks on USA ja Itaalia randomiseeritud uuringutest selgunud, et esmase psühhoosi spetsiifiliste programmide integreerimine standarddravisse on osutunud kulutõhusaks ja efektiivseks (4,33).

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.
----	---	--

Ebakvaliteetne suhtlus skisofreeniapatsientide ja teenuseosutaja vahel toob kaasa kõige sagedamini ravisoostumuse vähenemise (34), patsientide rahulolu vähenemise teenusega, vähem patsiendikeskse ravi (35) ning negatiivsed kogemused teenusega. Kehv kommunikatsioon soodustab eelkõige haavatavas elanikkonnas vigade teket ja terviseerinevusi. Seetõttu on oluline, et teenuseosutajad ja patsiendid räägiks ühte keelt (ehk siis ei tohi olla ka liiga kliiniline ja teenuse peaks tagama keeles, millest patsient aru saab) ning vajadusel tuleks kasutada ka tõlgi teenust. Sealjuures on uuringutest ka välja tulnud, et professionaalsed tõlgid parandavad üldiselt suhtlust patsiendi ja teenuseosutaja vahel, edendavad ressursside asjakohast kasutamist ning suurendavad olulisel määral nii patsientide kui teenuseosutajate rahulolu (36). Samuti on professionaalsete tõlkide kasutamine näidanud et üldine vigade teke ning ebavõrdsus teenusekasutamises väheneb (37). Samuti on uuringud näidanud, et professionaalsete tõlkide veamäär on tunduvalt madalam kui „ad hoc“ tõlkide (perefond, sõbrad, teised töötajad) veamäär ning kui vigu isegi tehakse, on need vähem tõenäoliselt kliiniliselt olulised (37).

3.3. Skisofreeniapatsiendi rehabilitatsiooni haiguspetsiifilised komponendid

15		Tuleb tagada rehabilitatsiooniasutuses täiendav personaalne nõustamine skisofreeniapatsientidele, kes suurema tõenäosusega loobuvad ravist või teenustest (seda saab pakkuda ka juhtumikorraldaja).
----	---	---


Intensiivne juhtumikorraldus (*Intensive Case Management – ICM*) on väikese juhtumimahuga (kuni 20 inimest) kogukonnapõhine psühhiaatriateenus raske vaimuhaigusega inimestele, mis võib järgida paljusid mudeleid, nt. kogukonnateenused, juhtumikorraldus jne. Suures Cochrane'i süstemaatilises ülevaates oli intensiivset juhtumikorraldust saanud inimestel (enamuse skisofreeniahaigetel) võrreldes standarddraviga (38):

- kuus haiglas viibitud päevade arvu vähenemine 24 kuu möödudes (MD= -0,86, 95% CI -1,37 kuni -0,34)
- ülalpeetavate inimeste arvu vähenemine (RR=0,80, 95% CI 0,66 kuni 0,97) ja pikaajaliselt (RR=0,65, 95% CI 0,49 kuni 0,88)
- paranenud funktsioneerimistulemused GAF-i (*Global Assessment Functioning*) põhjal pikaajaliselt (MD=3,41, 95% CI 1,66 kuni 5,16).
- psühhiaatrilise ravi katkestamise väiksem tõenäosus (RR=0,43, 95% usaldusvahemik 0,30 kuni 0,61)
- oluliselt kõrgem kliendirahulolu lühi-, keskmise- ja pikaajalises perspektiivis.


Kanada ravijuhendis soovitatakse kasutada skisofreenia diagnoosiga patsientidele intensiivse juhtumikorralduse praktikat. Kanadas loodi vastav mudel selleks, et rahuldada kõrge teenuse kasutajate vajadusi, kelle teenuste juhtumite haldamise praktikad ei olnud piisavalt asjakohased (4). Sealjuures võib

olla juhtumikorraldaja kahes vaates: isiklik nõustaja, kes ei halda peensusteni kõigi teenuste detaile ning professionaalne juhtumikorraldaja, kelle ülesandeks on skisofreeniapatsiendi teenuste korraldus kõigil erinevatel tasanditel.


Hiljutine suur kohortuuring uuris juhtumikorralduse meditsiinilise kasutamise muutusi psühhiaatrilises koduhoolduses peamiselt skisofreeniaga inimeste seas. Juhtumikorralduse rakendamine tõi kaasa psühhiaatriliste ja sunniviisiliste vastuvõttude olulise vähenemise ning kasutamine nihkus psühhiaatrilise ambulatoorse teenuse poole. Mõju püsis pärast kaheaastast sekkumist. Siiski ei näidanud juhtumikorralduse rakendamine mingit mõju kaasuvate füüsiliste haiguste vastuvõtmise määra langetamisele (39). Ühes teises pika jälgimisperioodiga kohordiuuringus parandas intensiivse juhtumikorralduse rakendamine oluliselt ravi järgimist ning vähendas enesetappe ja enesetapukatseid võrreldes varem saadud standarddraviga (40). Seetõttu soovitab ka NICE kaaluda intensiivse juhtumikorralduse rakendamist psühhoosi või skisofreeniaga inimestel, kes tõenäoliselt loobuvad ravist või teenustest (8).

16		Tuleb tagada, et juba esmakordsel haigestumisel saaks abivajaja rehabilitatsiooniteenuseid ja lähedased nõustamist. Selleks peab skisofreeniapatsient juba haiglas kohtuma juhtumikorraldaja või rehabilitatsioonimeeskonnaga.
----	---	--


Kuigi erinevates riikides on teenuste korralduses ja kombinatsioonis erinevusi, valitseb rahvusvaheline konsensus selles osas, et rehabilitatiivsete teenustega tuleks alustada kohe, kui esimene haiguse episood on toimunud (41,42). Rehabilitatsiooniga võib alustada kohe ka siis, kui nt on tehtud esialgne diagnoos esimese psühhoosi episoodi kohta – see ei pea ootama lõplikku diagnoosi (43). Sealjuures on leitud, et väga oluline on ka kohene pereliikmete nõustamine rehabilitatsioonimeeskonna poolt, kuna see vähendab ka skisofreeniapatsiendi ravi katkestamise tõenäosust.

17		Vajalik on, et varajased rehabilitatsiooniteenused/sekkumised oleksid tagatud kõigile inimestele, kellel on skisofreenia/psühhoosi esmakordne esinemine, olenemata isiku vanusest või haiguse kestusest.
----	---	--

Juba 1990. aastate lõpust on mitmel pool maailmas leitud, et varane sekkumine kohe haiguse esimese episoodi järgselt vähendab ravi katkestamist ja haiglaravi vajadust (44). On häid tõendeid selle kohta, et kvaliteetsed varajase sekkumise teenused suurendavad hea tulemuse tõenäosust ja on kulutõhusad (45). Varajane sekkumine võib vähendada haiglaravi arvu ja kestust 1–2 aasta jooksul pärast esimest psühhoosiepisoodi, kuigi pikemas perspektiivis on mõju vähem selge (46,47). Oluline on see, et varajase sekkumise teenused on näidanud märkimisväärset kokkuvõetav tervishoiu- ja ühiskonnakuludes (48), vältides haiglaravi, suurendades tööhõivemäära ja vähendades kriminaalõigussüsteemi seotust (49).

18		Vajalik on pakkuda toetatud tööprogramme psühhoosi või skisofreenia diagnoosiga isikutele, kes soovivad leida tööd või tööle naasta.
----	---	--


Raske psühhikahäirega inimeste tööhõive määr on madal ja teisalt on tööl vaimsele tervisele kasulik mõju. Praeguseks on olemas häid tõendeid spetsialistide kutsealase sekkumise (toetatud tööhõive) tõhususe kohta skisofreeniaga inimestel. Major jt (50) leidsid oma uuringus, et skisofreeniapatsientidel, kellel oli juurdepääs erinevatele töötamist soodustavatele sekkumistele, oli tööalase taastumise tõenäosus 3,53 korda suurem kui neil, kellel seda ei olnud (OR = 3,53, 95% CI = 1,25–10,00).

19		Raskematele või kompleksdiagnoosiga skisofreeniapatsientidele võiks pakkuda fookuseeritud abi (st abi peab olema inimese vajadustele vastav).
----	---	---


Erinevad uuringud ja süstemaatilised ülevaated näitavad, et nii farmakoloogiline kui ka psühhosotsiaalne ravi, mida pakutakse varakult skisofreenia ja muude psühhootiliste häiretega inimestele, võib parandada nende prognoosi ja isegi aidata vältida nende haiguse kroonilisust (25). Samuti on üha rohkem tõendeid

selle kohta, et psühhosotsiaalsed sekkumised on tõhusad nende patsientide psühhootiliste sümptomite leevendamisel ja nende toimimise parandamisel, pakkudes seega tuge soovitudele, et neid tuleks pidada patsientide skisofreeniast paranemise soodustamiseks olemasolevate ravivõimaluste asendamatuks osaks (51). Arvatakse, et psühhosotsiaalsed sekkumised ei saa mitte ainult otseselt tegeleda patsientide laiaulatuslike tervisevajadustega, nagu sümptomite vähendamine, retsidiivsus ja ravisoostumus, vaid seda tuleks pakkuda ka kui kulutõhusamat sekkumist rehabilitatsioonis (52).

3.4. 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).
----	---	---

Skisofreenia diagnoosiga patsientidel tuleks kaaluda ka erinevate rehabilitatsiooni sekkumiste kasutamist (sh ka tööalane rehabilitatsioon, pereteraapia), et minimeerida funktsionaalseid kaotusi ja parandada elukvaliteeti. Kuigi juhtumikorraldus ei ole igal pool kättesaadav ja ressursside vähesuse tõttu soovitatakse seda eelkõige nendele, kellel ei ole piisavat peretuge, oleks kasulik, kui suurem osa patsientidest oleks juhtumikorraldaja järelevalve all, kuna peredel puuduvad sageli teadmised professionaalsetest teenustest (14). Juhtumikorraldajal oleksid olemas ka kõik skisofreeniapatsiendiga seotud kontaktid, mis võimaldaksid kiiret reageerimist.

21		Vajalik on tagada üleminekuplaan, kui skisofreenia diagnoosiga isik kavatab kolida teise piirkonda (juhtumikorraldaja peab kokku kutsuma kohtumise tema ja teenusepakkujate vahel, et kokku leppida sujuv üleminek).
----	---	--

Psüühikahäirete puhul on hea ravitulemuse saavutamiseks väga oluline, et ravi oleks järjepidev ning ei katkeks ka näiteks kolides teise piirkonda. Seetõttu on spetsialistide omavaheline koostöö väga oluline ja koos patsiendiga peaks edasi liikuma ka tema kehtiv rehabilitatsiooni plaan (8). Oleks hea, kui rehabilitatsioonimeeskonnal on teada, kuhu patsient liigub ning nad saaksid ise otse patsiendi osas suhelda uue rehabilitatsiooniteenuse osutajaga ning plaani koos asjakohaste märkustega üle anda.



3.5. Vastastikune ja kogukonna tugi

22		Vajalik on pakkuda skisofreeniapatsientidele kogemusnõustamist, et tõsta teenuse kasutajakogemust ja teenusekasutaja elukvaliteeti.
----	---	---

Rehabilitatsiooniteenuste kontekstis on kogemusnõustamist määratletud kui „sotsiaalset emotsionaalset tuge, mida vaimse tervisega inimesed pakuvad teistele, kellel on sarnane vaimse tervise seisund, et kutsuda esile soovitud sotsiaalseid või isiklikke muutusi (53). Kuigi kogemusnõustajate kuluefektiivsuse kohta ei ole piisavalt uuringuid ning NICE juhised leidsid madala kuni väga madala kvaliteediga tõendeid selle kohta, siis nii NICE kui Kanada ravijuhised siiski soovivad kasutada kogemusnõustaja teenust.

Valdkonnad, kus kogemusnõustajad saavad skisofreeniahaigetele tuge pakkuda ((54):





- Sotsiaalne keskkond
 - tagasiside andmine hetkeseisu ja kogemuste kohta
- Psühhohariduslik teave
- Kognitiivsed ja keskkonnast tulenevad seisundid
 - uskumused ja hoiakud, mis määravad skisofreeniahaige ja tema lähedaste tegevust
 - Kogemusnõustamine on näide kognitiivsest sekkumisest, mis võib muuta inimese suhtumist oma haigusesse.
- Patsiendi ja pere koolitamine.

23		Tuleb tagada, et kogemusnõustamist osutab professionaalne kogemusnõustaja.
24		Vajalik on, et kogemusnõustaja saaks asutuse poolt piisavat supervisiooni.

Kogemusnõustamisel on skisofreeniaravis oluline koht ja seetõttu on seda lähenemist aktiivselt rakendatud ka nt Ameerika Ühendriikides (USA) ja Inglismaal. Skisofreeniakogemusega nõustajad oskavad paremini näha detaile, mis võivad muidu märkamata jääda ning skisofreeniapatsient suudab ennast tihti ka kogemusnõustajaga paremini suhestada. Sealjuures aga on oluline, et kogemusnõustaja on psühhoosist paranenud ning tema tervises seisund püsib stabiilsena (15).


Ei tohi ära unustada, et kogemusnõustaja ei ole tervishoiutöötaja või spetsialist. Nad peavad küll kogemusnõustaja staatuse saamiseks läbima olenevalt riigist kas spetsiaalse väljaõppe või koolitused, kuid oma töö tegemisel rehabilitatsiooniasutuses vajavad nad kogenumate kolleegide tuge ja juhendamist (55). See võib eriti oluliseks osutuda, kui skisofreeniapatsiendil on ka teisi kaasuvaid seisundeid või haigusi (56).

3.6. 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.

Vaimse tervise häiretega inimeste ravitulemused sõltuvad palju ka sellest, kuidas kujuneb nende teenusesaamise kogemus (57). Erinevad süstemaatilised ülevaated on näidanud, et mida parem on teenuseosutaja poolne õhkkond (sõbralikud spetsialistid, paindlikkus, patsiendikesksus jne), seda suurem on skisofreeniapatsiendi rahulolu teenusega ning see mõjutab pikemas perspektiivis ka ravi tulemuslikkust (58). Kogu rehabilitatsiooniteenus peab olema suunatud skisofreeniapatsientide ja nende lähedastega koostöö suurendamisele ning see ei tohi toimuda negatiivses õhkkonnas. Seetõttu on ka oluline, et rehabilitatsioonimeeskond võtaks aega toetava ja empaatilise suhte loomiseks skisofreeniahaige ja tema lähedastega, mitte ei hakkaks kohe aktiivselt teenust osutama (eeldab ka vastavat teenusedisaini) (59). Sealjuures on oluline, et skisofreeniapatsienti suunataks aktiivselt osalema oma raviotsuste tegemisel (kui skisofreeniahaige tunneb, et tal on suurem mõju oma ravis kaasa rääkimisel, on ka ravitulemused paremad) ning toetada inimese üldist enesejuhtimist (60,61).

3.7. 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 haiguseteadlikkuse suurendamine); • pere kaasamist ja vajadusel sekkumist rehabilitatsiooni osutamise protsessi; • juurdepääsu psühholoogilistele sekkumistele (KKT, psühhoteraapia jms);

		• kutsealaseid/hariduslikke sekkumisi (tööd toetavad sekkumised).
--	--	---

Skisofreeniaga patsientide rehabilitatsioonis on kasutatud viit peamist psühhosotsiaalse sekkumise kategooriat, mis on osutunud haiguse ägenemise ärahoidmisel tõhusaks. Viis kategooriat on kognitiivne teraapia (peamiselt KKT ja kognitiivne tervendamisteraapia), psühho- ja hariduslikud programmid, pere sekkumine, sotsiaalsed oskused (ja muud toimetulekuoskused), koolitusprogrammid ja juhtumikorraldus. Sellest hoolimata on psühhosotsiaalsetele sekkumistele ka mõned muud traditsioonilised lähenemisviisid, nagu psühhodünaamiline psühhoteraapia (62); kliendikeskne, toetav ja arusaamadele orienteeritud psühhoteraapia; ja käitumise muutmise tehnikad, mida peetakse potentsiaalselt tõhusaks, kuid millel puuduvad empiirilised, süstemaatilised tulemuste uuringud, mis toetaksid kõiki tõenduspõhiseid skisofreenia sekkumisi (51).

On tõendeid, mis toetavad teatud psühhosotsiaalsete teraapiavormide kasutamist (vt tabel 1), kuid neid sekkumisi kasutatakse sageli vähe. Erinevalt ravimitest, mis on saadaval enamikule seda vajavatele patsientidele, on psühhosotsiaalsed sekkumised üldiselt kättesaadavad ainult väiksematele elanikkonnarühmadele, tavaliselt spetsialiseeritud keskustes (15). Näiteks ühest USA-s läbiviidud uuringust selgus, et veidi üle poolte psühhoteraapia näidustusega skisofreenia patsiendi said küll psühhosotsiaalset teraapiat, kuid teisi teraapia vorme (pereteraapia, juhtumikorraldus, sotsiaalsete oskuste parandamine jms) sai vaid alla 5% abivajajatest. Seetõttu on oluline, et skisofreeniapatsient saaks erinevatele toetavatele teenustele juurdepääsu võimalikult varakult.

Tabel 1. Psühhosotsiaalsete teraapiate võimalikud eelised (15)

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 psühho- ja haridus	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 vahistamise vähendamine; paranenud toimimine

On häid tõendeid selle kohta, et kvaliteetsed varajase sekkumise teenused suurendavad hea tulemuse tõenäosust ja on kulutõhusad. Seetõttu tuleb skisofreenia varasemaks tuvastamiseks ja võimalikult kiiresti sobiva ravi alustamiseks teha rohkem, et parandada patsientide, perede ja hooldajate elu. Sellised eesmärgid nõuavad muuhulgas järgmisi tegevusi:

- skisofreeniahaigetele mõeldud olemasolevate teenuste laiendamine;
- häire põhjuste ja mehhanismide uurimine;
- uute ja tõhusamate ravimeetodite uurimine;
- uuringud, mille eesmärk on parandada rehabilitatsiooni standardeid teatud valdkondades.

Varajase sekkumise põhielementideks loetakse NICE (8) ravijuhendi põhjal:



- kiire hindamine hõlpsasti juurdepääsetava kontaktpunkti kaudu spetsialisti poolt, kes on pädev esimese episoodi psühhoosi ära tundma;
- töötajad, kes loovad usaldust ja enesekindlust;
- hea teabe pakkumine psühhoosi/skisofreenia ja ravivõimaluste kohta
- juhtumikorraldaja, kes toetab haiget kogu teenustel oldud aja jooksul, sh aitab neid enesejuhtimise oskustega, sotsiaalhoolekande küsimustes (nt. eluaseme- või võlgade haldamine) ning tagasilanguse ennetamisel;
- psühholoogiliste ja farmakoloogiliste sekkumiste valik;
- tugi, teave ja nõustamine peredele ja hooldajatele, sealhulgas vajaduse korral hooldajate/pere hinnangud;
- töötamise, koolituse ja/või hariduse toetamine
- regulaarne füüsiline tervisekontroll, monitooring ja asjakohane ravi koos toetuse ja/või koolitusega;
- regulaarne riski jälgimine;
- teiste kaasuvate seisundite, sealhulgas depressiooni, ärevuse ja ainete kuritarvitamise rutiinne jälgimine, eriti ravi algfaasis;
- kriisiplaani olemasolu ja kiire reageerimine kriisiolukorras.

Kui varakult ei sekkuta, võib skisofreenia päädida psühhoosiga, mis võib kaasa tuua püsiva puude, ravikulude suurenemise, sotsiaalse ebavõrdsuse ja enesetapu. Esimesed 3–5 aastat esimesest psühhoosiepisoodist on kriitiline periood, mil varajane sekkumine parandab tulemusi ning muudab haiguse ja puude trajektoori. Varajane sekkumine psühhoosi korral seisneb riskirühmade varajases tuvastamises ja faasispetsiifilises ravis.

Skisofreeniapatsientidel, kes said esimese psühhoosiepisoodi järgselt kohe varakult erinevaid rehabilitatsiooniteenuseid, näitasid 24 jälgimiskuu jooksul tulemused järgmist (63,64):





- vähem päevi haiglas;
- lühem keskmine diagnoosimisele suunamise aeg;
- kohustusliku haiglaravi tõenäosuse vähenemine;
- väiksem vastuvõtusagedus.

Hiljutises Cochrane'i süstemaatilises ülevaates (65) avaldatud tulemuste põhjal tõi laiendatud spetsialiseeritud varajane sekkumine kaasa vähem vaimse tervise ravist loobumisi võrreldes standardse psühhoosi raviga (RR = 0,45, 95% CI 0,27 kuni 0,75). Siiski ei olnud remissioonis olulist erinevust. Skisofreeniaga inimesed, kes kogevad esimest psühhoosiepisoodi, peaksid saama ravi varajase sekkumise teenuseid, mis pakuvad täielikku valikut farmakoloogilisi, psühholoogilisi, sotsiaalseid, tööalaseid ja hariduslikke sekkumisi.


<i>Enesekohased oskused ja psühhooharidus</i>		
30		Ei ole õige pakkuda skisofreeniadiagnoosiga isikutele psühhooharidust iseseisva rehabilitatsiooniteenusena, see peab toimuma koos teiste teenustega.
31		Vajalik on sotsiaalsete oskuste koolitust pakkuda skisofreeniadiagnoosiga isikutele, kellel on püsivad sotsiaalsete oskustega seotud probleemid.


Psühhooharidus on koolitus, mida pakutakse tõsise vaimse tervise häiretega inimestele seoses nende haiguse, ravi, tulemuste, toimetulekuoskuste ja õigustega (66). Sellel koolitusel rõhutatakse haiguse mõistmist, arusaamise arendamist, ravimite järgimist ja regulaarset järelkontrolli ning töötatakse välja strateegiad võimaliku retsidiivi hoiatusmärkide äratundmiseks ja uue episoodi ennetamiseks. Haiguse alal

teadlik ja kogunud koolitaja edastab teavet patsiendile ja tema perekonnale interaktiivsel viisil. Koolitus toimub tavaliselt individuaalselt või rühmadena kroonilises faasis patsientidele. Koolituse ajal võib täiendava teabena levitada raamatuid või infolehti, mis võivad olla kasulikud patsientidele ja nende peredele. Lisaks teabe andmisele seansside ajal tuleks hoolitseda ka patsiendi ja tema perekonna võimaliku valeinformatsiooni vältimise eest. Neil on lubatud sessioonidel oma kogemusi jagada. Psühhoaridus hõlmab iganädalasi seansse etteantud ajakava alusel. Haiguse varajases staadiumis, rühmades ja mõne kuu pikkune koolitus on osutunud tõhusaks retsidiivide ennetamisel (67,68). Rõhutamata ühelegi konkreetsele psühhoariduse mudelile, soovivad ravijuhised rutiinravi osana anda kõikidele patsientidele ja nende peredele täpset ja ajakohast teavet haiguse, selle ravi ja tulemuste kohta (6). Sealjuures on aga oluline silmas pidada seda, et psühhoaridus ei saa olla iseseisev sekkumine ilma kaasnevate teraapiateta (14).



<i>Psühhoteraapiad</i>		
32		Vajalik on tagada rehabilitatsiooniteenuse pakkujatele KKT-põhised täienduskoolitused, et nad oma teenuste pakumisel 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 skisofreeniadiagnosiga 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.

Kognitiivne käitumuslik lähenemine võtab aluseks mõtete, tunnete ja käitumise vastastikuse seotuse. Rõhutatakse irratsionaalsete mõtete ja käitumise rolli sümptomite ilmnemisel ja püsimisel. Peamised eesmärgid hõlmavad luulude ja hallutsinatsioonide aluseks olevate kognitiivsete mehhanismide mõistmist, arusaama arendamist, reaalsuse testimise täiustamist ja funktsionaalsuse suurendamist. Sel eesmärgil kasutatakse erinevaid tehnikaid, sealhulgas moonutatud mõtlemise mustrite ümberkujundamine, alternatiivne mõtlemine, juhitud avastus ja reaalsuse testimine. Peamine eesmärk on aidata patsientidel toime tulla psühhootiliste sümptomite ja nendega seotud stressiga, kõrvaldada sellised sümptomid nagu depressioon ja ärevus ning parandada funktsiooni (69,70). On näidatud, et KKT suurendab ravi järgimist, vähendab ägenemisi, parandab toimimist ja parandab taastumist (71,72). KKT praktika on ravijuhistes soovitatav nii ägedas ja kroonilises faasis kui ka taastumisaasis patsientidele (6). Samuti on uuringuid, mis näitavad, et KKT on kasulik prodromaalsete sümptomite korral varases faasis. See on kasulik, kui see lisatakse farmakoteraapiale, et leevendada haigusest põhjustatud stressi ja puude mõju, eriti resistentse skisofreenia ravis. On leitud, et KKT on kasulik, kui seda teostatakse pika aja jooksul, mis hõlmab vähemalt 16 seanssi, mitte lühikest aega. Iganädalased seansid võivad olla rasked, eriti silmatorkavate negatiivsete sümptomitega patsientidele. Seetõttu võib seansside sageduse ja kestuse osas olla vajalik paindlikkus (73). Kasulikuks on osutunud ka kognitiivsetel käitumuslikel lähenemisviisidel põhinevad teraapiad, nagu aktsepteerimis- ja pühendumisteraapia (74), metakognitiivne treening (75), teadlikkusel põhinev KKT (76) ja dialektiline käitumisteraapia (77).

<i>Pereteraapia ja/või sekkumised lähedastele</i>		
36		Tuleb tagada, et perekondlikku sekkumist pakutakse kõigile skisofreeniadiagnosiga isikutele, kes on pereliikmetega tihedas kontaktis või elavad nendega, ning seda tuleks pidada esmatähtsaks püsivate sümptomite või suure retsidiivi riski korral. Tõhusaks sekkumiseks on vajalik vähemalt kümme seanssi kolme kuu jooksul. Perekonna sekkumine peab hõlmama: <ul style="list-style-type: none"> • suhtlemisuskuste tõhustamist;

		<ul style="list-style-type: none"> • probleemi lahendusoskuste omandamist; • psühhoharidust.
37		Vajalik on tagada psühhohariduslike sekkumiste kättesaadavus ka lähedastele.

Pereteraapia põhieesmärk on kaasata patsiendi pereliikmed, hooldajad või asjassepuutuvad inimesed ravi- ja rehabilitatsiooniprotsessi nii ägedal kui kroonilisel perioodil. Pere psühhohariduse käigus kombineeritakse kognitiivseid, käitumuslikke ja toetavaid soovitusi pereõpetuse komponentidega (78). Sellised sekkumised hõlmavad peredele koolituse pakkumist, et aidata neil patsientidel arendada toimetulekuoskusi, omandada oskusi nende väljendusrikaste emotsioonide leevendamiseks ning parandada nende probleemide lahendamise oskusi ja suhtlemisoskusi (79). On täheldatud, et pereteraapia parandab patsientide ja nende perekondade vahelisi suhteid, vähendab patsientide stressitaju ja parandab patsientide ravist kinnipidamist. Sellest tulenevalt vähenevad retsidiivid ja haiglaravi ning paranemise tase tõuseb (80). Otsese või kaudse mõjuga pereliikmete koormus ja hädad vähenevad ning nende enda suhted paranevad. Pereteraapiat soovitatakse ravijuhistes nii ägedas kui ka kroonilises faasis. Pere psühhoharidust võib läbi viia individuaalselt või rühmadena ning piisavaks peetakse keskmist kestust 3–4 kuud või vähemalt 6 seansi (81). Arvestades nende haiguste kroonilist ja korduvat olemust, võib perekondade vajadustest lähtuvalt jätkata korduvaid seansse (14).

<i>Rühmaterapiad</i>		
38		Soovitame teatud tingimustel ainult 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.

Tegevus- ja kunstiteraapia koosnevad mitmest töö- ja kunstitegevusest, milles kasutatakse psühhoterapia tehnikaid, nagu loova väljenduse arendamine, suhtlemisoskuste suurendamine, arusaamise saamine ja sotsialiseerumise toetamine. Need praktikad hõlmavad maalimist, muusikat, tantsimist, draamat, käsitööd jne ning neid viiakse ellu rühmades oma alale spetsialiseerunud isikute eestvedamisel. See on rehabilitatsiooni meetod, mida on kliinikutes kasutatud juba aastaid. Kuigi neid kasutatakse sageli psüühikahäiretega patsientidel nii ägedas kui ka kroonilises faasis ja leiti, et need on tõhusad negatiivsete sümptomite vähendamisel, ei soovitata neid siiski ravijuhistes (5,6,8). Ühest küljest nende teraapiate tegevused võivad olla kulukad, kuna need nõuavad spetsiaalset harjutamiskohta, materjale ja koolitatud inimressurse, kuid veel olulisem põhjus on see, et pikaajaline rühmaterapia ei mõju käesolevale sihtrühmale nii hästi, kui individuaalsed teraapiad. Väidetakse, et on vaja täiendavaid uuringuid, et teha kindlaks, millised ravimeetodid selles valdkonnas on tõhusad kindlate sümptomite või toimivate piirkondade puhul ja milline oleks nende kulutasuvus (73).

4. Rehabilitatsiooniteenuse osutamine skisofreeniadiagnosiga isikule

Vaimse tervise häiretega inimeste rehabilitatsioonis peaks pakkuma psühholoogiliste mudelite (nt kognitiiv-käitumisteraapia, aktsepteerimis- ja pühendumisteraapia jne) rakendamist kui vahendit rehabilitatsiooniteenuste tugevdamiseks. Kognitiiv-käitumuslik teraapia ravikäsitlus seisneb teenust saava inimesega seotud aktuaalsete ja spetsiifiliste probleemide väljaselgitamises. Rehabilitatsiooni eesmärgid peaksid põhinema SMART põhimõtetel (spetsiifiline, mõõdetav, vastuvõetav/saavutatav, realistlik/asjakohane ja ajaliselt piiratud). Rehabilitatsiooniteenus peab olema inimkeskne ja soodustama igati ka tervislike eluviiside propageerimist. Erinevad meetodid nagu kognitiivsed tehnikad, käitumuslikud tehnikad, toetavad hariduslikud tehnikad on ära toodud koos näidetega joonisel 2 (82).



Joonis 2. Kognitiivse käitumise tehnikad rehabilitatsiooniteenuste osutamisel (82)

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

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

Tabel 2. Skisofreeniadiagnoosiga patsiendile rehabilitatsiooniteenuse osutamise põhielemendid

Teema	Alateema	Kategooria
Teadmised rehabilitatsiooniprotsessist	Rehabilitatsiooni tähendus	<ul style="list-style-type: none"> • Kogukonda naasmine ja iseseisev tegutsemine • Elude muutmine • Inimeste kohtlemine
	Hinnang teenusekasutaja vaimsele tervisele	<ul style="list-style-type: none"> • Määrake toimimise tase • Rehabilitatsioonitegevused • Hindamisel saadud teave
	Rehabilitatsiooni planeerimine	<ul style="list-style-type: none"> • Planeerimine vastavalt tuvastatud probleemidele • Individuaalse rehabilitatsiooni planeerimine
	Tegevuste elluviimine	<ul style="list-style-type: none"> • Konkreetsete rühmategevused • Tegevused vastavalt funktsioneerimistasemele • Igapäevased tegevused
	Hariduse rakendamine Teenusekasutaja reageerimise hindamine rehabilitatsioonile Multidistsiplinaarne tiim	<ul style="list-style-type: none"> • Teenusesaaja vaimse tervise haridus • Pereliikmete haridus • Hindamise põhjused • Mida hindamine hõlmab • Multidistsiplinaarse meeskonna roll • Märkide ja sümptomite juhtimine
	Vaimsete häirete juhtimine	<ul style="list-style-type: none"> • Spetsiifiliste psüühikahäirete juhtimine • Spetsialisti-teenusesaaja suhe • Vaimse tervise hoolduse kasutaja tundmise tähtsus
	Terapeutiline suhe vaimse tervise kasutajatega rehabilitatsiooniprotsessis	<ul style="list-style-type: none"> • Tunnustus, et vaimse tervise teenuse kasutajaid tuleb kohelda austusega ja väärikalt • Kultuuriliste ja usuliste tõekspidamiste mõistmine
Vajadus pideva professionaalse arengu järele	Vajadus täiendavate teadmiste järele	<ul style="list-style-type: none"> • Teadmised konkreetsete vaimsete seisundite all kannatavate inimeste käitumise kohta • Vaimuhaiguste juhtimine • Rehabilitatsiooniteenuse kasutajate ainete kuritarvitamine • Spetsiifilised rehabilitatsioonitegevused • Madalal tasemel funktsioneerivate vaimse tervise teenuste kasutajate juhtimine • Töötajate ohutus
Psühhiaatrilise rehabilitatsiooni läbiviimiseks vajalikud oskused	Inimeste vahelised oskused	<ul style="list-style-type: none"> • Kuulamisoskus • Kannatlikkuse oskus • Vaatlusoskus • Empaatiaoskus • Probleemide lahendamise oskus
	Rehabilitatsioonioskused	<ul style="list-style-type: none"> • Oskus suhelda erinevatel tasanditel teenuse kasutajatega • Tagasilanguse tuvastamine • Teenusesaaja vähene arusaam tegevusest

Suhtlusvahendid psühhiaatrilise rehabilitatsiooni raames	Verbaalne suhtlus	<ul style="list-style-type: none"> • Sensorse stimulatsiooni rakendamine • Rääkimine • Küsimuste esitamine • Tunnete väljendamise võimaldamine • Vaimse tervise teenuste kasutajate küsitlemine
	Mitte-verbaalne suhtlus	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeutiline lähenemine • Vaimse tervise teenuste kasutajate kuulamine • Viipekeel
	Kirjalik suhtlus	<ul style="list-style-type: none"> • Madalal tasemel toimivate vaimse tervise teenuste kasutajate suhtlus • Igakuised aruanded

Kui eelnevas tabelis olid suuresti ära kirjeldatud eeldused, mida skisofreeniadiagnoosiga inimesele rehabilitatsiooniteenuse osutamisel silmas pidama peaks, siis järgmises tabelis tuuakse välja konkreetsem protsess psüühikahäiretega inimeste hindamiseks rehabilitatsiooniasutuses. Erinevad autorid on hindamist kirjeldanud veidi erinevate nurkade alt, kuid järgnevad tabelid näitavad enimlevinumaid mudeleid.

Kui skisofreeniadiagnoosiga patsient satub rehabilitatsiooniasutusse, siis peaks ka asutuse poolt kõigepealt teenusesaaja ära hindama. Eesti kontekstis on see ka seetõttu oluline, et erinevates asutustes pakutakse erinevaid teenuseid ning hindamise tulemusena võib juhtuda, et antud asutuse teenused ei ole kooskõlas skisofreeniadiagnoosi saanud inimese vajadustega ning siis tuleks otsida teisi võimalusi inimeste abistamiseks. Tabel 3 kirjeldab esmast hindamist, mida peaks skisofreeniadiagnoosiga patsiendile tegema, kui ta rehabilitatsiooniasutusse satub. Tabelis on toodud kolme erineva domeeni lõikes välja peamised sümptomid ja seda iseloomustavad tunnused ning lähtuvalt nendest tulenevad nõ „parandamist“ vajavad aspektid, mida rehabilitatsiooniasutuse kontekstis saaks teha.

Tabel 3. Psüühikahäiretega inimeste esmane hindamine rehabilitatsiooniasutuses

Domeen	Sümptomid	Märgid	Võimestamine
Kognitiivne	Tähelepanematus Unustamine Organiseerimise, prioriteetide seadmise ja otsuste tegemise raskused	Raskused intervjuul osalemisel, lineaarse mõtlemise puudumine Suutmatus registreerida uut teavet või meenutada hiljutisi ja kaugeid sündmusi Korratud mõtted, raskused prioriteetide seadmisel ja ravi planeerimisel	Igapäevaelu põhitegevused Söömine, tualetis käimine, enesehooldus, liikumine, riietumine
Afektne	Depressioon, ärevus ja väsimus	Psühhomotoorne aeglustumine (vähesed spontaansed liigutused) või rahutus Kohatine afektiseisund või labiilsus Kõne aeglustunud või kiirustatud	Igapäevaelu instrumentaalsed tegevused Telefoni kasutamine, ühistransport, ostlemine, söögi valmistamine, autojuhtimine, majapidamistööd, ravimite haldamine, finantsjuhtimine
Inimestevaheline	Raskused teistega suhtlemisel ja nendega töötamisel	Raskused intervjuerijaga suhtlemisel, liiga vähe või liiga palju silmsidet, aeglustunud või kiirustav kõne	Töölane toimimine Tempo ja püsivuse säilitamine konkreetsete tööülesannete täitmisel

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

Tabel 4. Psühhiaatriliste häiretega patsiendi vaatlemine (kohandatud Hengeveldi ja Schudeli järgi) (90)

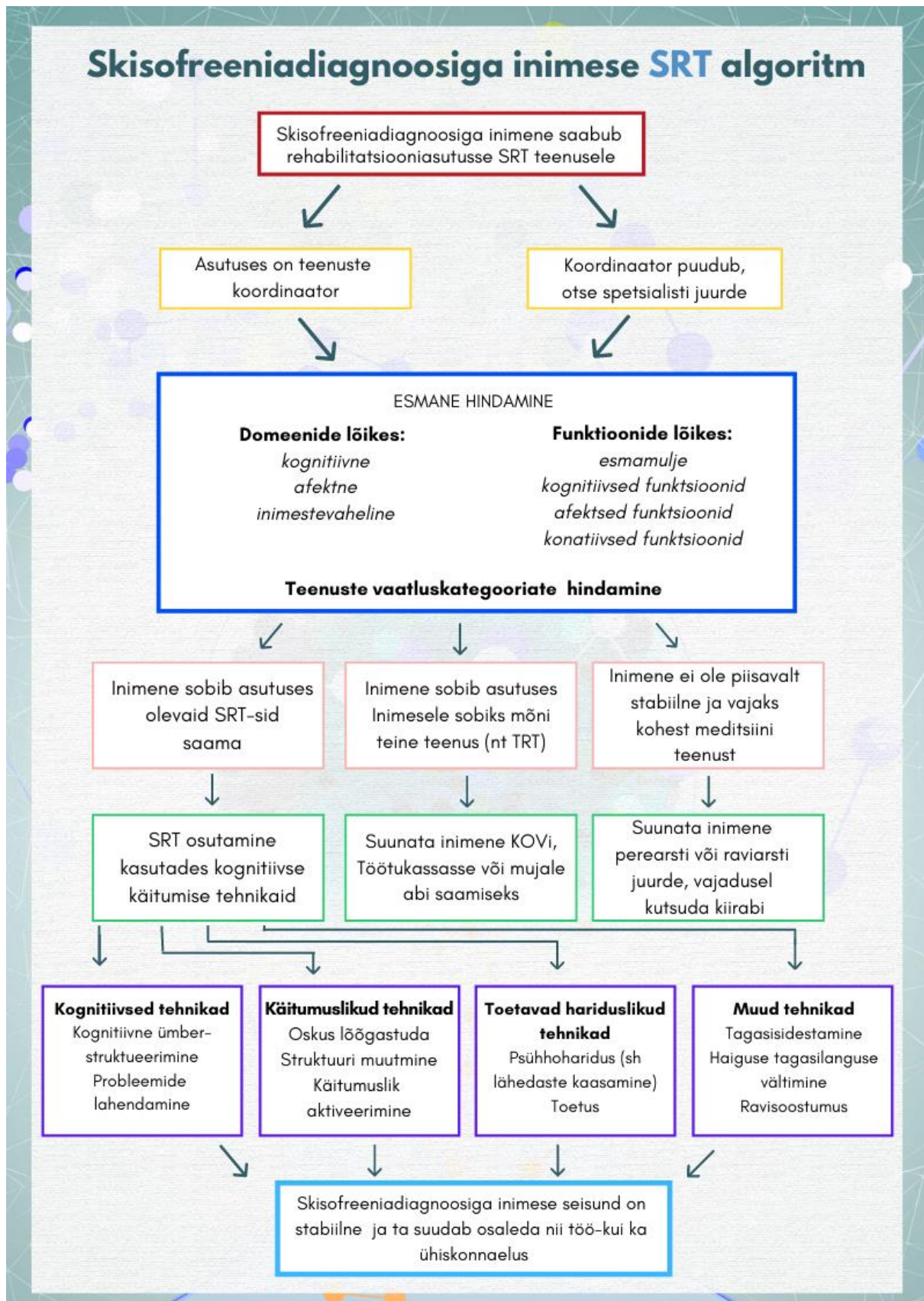
Funktsioonid	Omadused	Kirjeldus
Esmamulje	Välimus	Enese hooletusse jätmine, liigne enesehooldus, bioloogilise ja kalendria erinevused; üle- või alakaalulisus; augustused, tätoveeringud, süstid, enesevigastamine, löikumine; Silmside, eemale vaatamine, ringi vaatamine; käepigistus;
	Kontakt	Vähene aktiivsus; mittereaktiivsus
	Hoiak	Keha liikumatus
	Kaebused	Vastuolu sümptomite ja kaebuste esituse vahel
Kognitiivsed funktsioonid	Teadvus	Unisus, uinumine, stuupor, kohatine teadvusekadu
	Tähelepanu	Ei suuda oma tähelepanu köita 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
Afektiivsed funktsioonid	Konkreetne mõtlemine	Aeglustatud mõtlemine, kiire mõtlemine, pikaajaline mõtlemine, ebajärjekindlus
	Sisuline mõtlemine	Mõttevaesus, hõivatus, kinnisidee, meelepettek
	Meeleolu	Sünge, apaatne, ärev, düsfooriline, eufooriline
	Afekt	Ebaühtlane, tasane, ebastabiilne, liialdatud, dramaatiline
Konatiivsed funktsioonid	Somaatilised afektiivsed seisundid	Lihaspinged, õhetus, tahhükardia, õhupuudus, higistamine ja niisked käed
	Vitaalsus	Unehäired, väsimus, isutus, kehakaalu langus ja libiido langus
	Suitsiidsus	
Konatiivsed funktsioonid	Psühhomotoorne	Matkimine, väljendus: muutumatu, liiga aeglane, puudub, näo liikumatus
	Motivatsioon ja käitumine	Sobivuse kaotus, passiivsus, algatusvõime kaotus, letargia, tahtevõime, impulsiivsed tegevused ja käitumine, kompulsivne käitumine, motoorne agitatsioon

Näiteks Huri jt (90) on kirjeldanud LOFOPT (*Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy*) vaatluskaalat, mida soovitatakse kasutada eelkõige skisofreeniadiagnosiga patsientidele rühmateraapia pakkumisel. LOFOPT põhineb eeldusel, et vaatlusmeetod peaks pakkuma otsest ja asjakohast teavet psühhosotsiaalsete aspektide toimimise kohta. Isiksuse häiritud omadused rehabilitatsiooniteraapiates on otseselt seotud teraapia eesmärkidega. LOFOPT-vaatlus koosneb üheksast psühhiaatriliste patsientide jaoks oluliste eesmärkide kategooriast: emotsionaalsete suhete parandamine, enesekindlus, aktiivsus, lõõgastus, liikumiskontroll, olukorrale keskendumine, liigutuste väljendusvõime, verbaalne suhtlus ja sotsiaalne reguleerimisvõime (vt tabel 5).

Tabel 5. Louvaini vaatluskaalad rehabilitatsiooni eesmärkide jaoks: teenuste (eelkõige rühmategevuste) vaatluskategooriad (90)

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

Käesoleva peatüki ja üldraporti kokkuvõttena on järgnevalt ära kirjeldatud algoritm, kuidas rehabilitatsiooniasutuses peaks skisofreeniadiagnosiga inimese liikumine toimuma. Algoritmi alguspunkti eelduseks on see, et skisofreeniadiagnosiga inimesele on SKA poolt (esmise psühhoosi korral ka haigla poolt) juba esmane teenusevajaduse hindamine ära tehtud ja ta saabub teenusevajadusega rehabilitatsiooniteenust osutavasse asutusse.



Joonis 3. Skisofreeniadiagnoosiga inimese SRT algoritm

5. Interdistsiplinaarne meeskond

Sotsiaalse rehabilitatsiooni raames võib teenust osutada kuni kümme erinevat spetsialisti (sh tegevusterapeut, loovterapeut, sotsiaaltöötaja, psühholoog, eripedagoog, logopeed, füsioterapeut, kogemusnõustaja, arst, õde). Hiljutises Sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskuse (RAKE) poolt läbiviidud analüüsist (83) selgus, et enamasti osales SRT meeskonnas aktiivselt kolm erinevat liiget. Umbes 25%-l juhtudest osales meeskonnas vaid üks või kaks liiget. RAKE tõi välja ka et väga paljude meeskonnaliikmete kaasamine ei ole alati vajaduspõhine, kuigi, SRT peaks olema kompleksteenuse, mis aitab inimesel igakülgset igapäevaeluga toimetulekut suurendada. Samas kui SRT-d pakub üks kuni kaks spetsialisti, siis tekib küsimus kas tegu ikka on kompleksteenusega. Samuti on küsimus, kas arsti osalemist meeskonnas teise või kolmanda liikmena saab ikka pidada mitmekülgseks lähenemiseks, kui arsti teenus seisneb vaid tervisliku seisundi hindamises (83).

Samas on paljud uuringud kinnitanud, et mitmekesisem meeskond viib üldiselt parema tulemuseni, kuna teenust saab paremini abivajaja jaoks sihistada. Eriti oluline on see psühhiaatriliste diagnooside rehabilitatsioonis, kuna on leitud olulisi seoseid ravimeeskonna mitmekesisuse ja ravisoostumuse vahel (39,84,85). Samas Eesti kontekstis peab arvestama, et suuremate meeskondade haldamine on SRT asutustele keerukam. Iga spetsialisti jaoks on vajalik leida sobiv vastuvõtuaeg, ruum ning aeg meeskonnatöök. Asutustel ei pruugi olla võimalik kõiki spetsialiste kohapeal tööl hoida vaid sageli tuleb lisaks võtta spetsialiste tööle ajutiste lepingutega ning see ei pruugi olla jätkusuutlik (83). Spetsialistide arv asutustes võib sõltuda ka asutuse fookusest. Näiteks kui rehabilitatsiooniasutus on otsustanud keskenduda vaid füüsiliste terviseprobleemide rehabilitatsioonile, siis ei olegi seal ilmingimata kõiki neid spetsialiste vaja, kes peaksid olema juures psühhiaatriliste probleemidega tegelemisel.

Skisofreeniahaigete rehabilitatsioonimeeskonnad peaksid koosnema multidistsiplinaarsetest meeskondadest, mis koosnevad erinevatest spetsialistidest, kellel on vaimse tervise rehabilitatsiooni oskused ja pädevus, sealhulgas:

- psühhiaatrid,
- praktiseerivad psühholoogid,
- õed,
- tegevusterapeutid,
- sotsiaaltöötajad,
- vaimse tervise spetsialistid,
- kogemusnõustajad,
- tugitöötajad.

Inimese jaoks kõige olulisem lüli peaks olema isiklik juhtumikorraldaja, kes võiks olla meeskonna juht.

Kui lähtuda eluvaldkondadest (*rehabilitatsiooni CARE metoodikast lähtuv jaotus*), mida rehabilitatsiooniga toetatakse, siis selle põhjal on järgmises tabelis ära toodud multidistsiplinaarse meeskonna kirjeldus.

Tabel 6. Multidistsiplinaarse meeskonna võimalik kirjeldus (CARE metoodika järgi)

Eluvaldkonnad	Rehabilitatsiooni kompetentsid	Professionaalid ja seotud isikud (s.h rehabilitatsioonimeeskonna liikmed)
Elamine	Personaalne-professionaalne toetamine Nõustamine	Juhtumikorraldaja Sotsiaaltöötaja Tegevusterapeut KOV sotsiaaltöötaja EHK teenuste tegevusjuhendaja Koduabiline Võlanõustaja

		Kogemusnõustaja, jt
Õppimine	Õppimisoskuste õpetamine, nõustamine	Juhtumikorraldaja Psühholoog HEV koordinaator Logopeed Tugiõpetaja Õpetaja Sotsiaalpedagoog Kogemusnõustaja, jt
Töötamine	Tööoskuste õpetamine Oskuste õpetamisoskused, Juhendamine	Tegevusterapeut Toetatud töö tegevusjuhendaja Tööandja Kaitstud töö tegevusjuhendaja Töötukassa juhtumikorraldajad Kogemusnõustajad jt
Vaba aeg	Toetamine kogukonnaressursside kasutamisel Huvialade/hobide arendamine Kogemusnõustamine	Tegevusterapeut Loovterapeut Igapäevaeltu toetamise teenus (IET) tegevusjuhendaja Rühmajuhendaja Sporditegevuste juhendaja Liikumisterapeut Kogemusnõustaja jt
Isiklikud valdkonnad	Rehabilitatsiooni kompetentsid	Professionaalid (s. h. rehabilitatsioonimeeskonna liikmed)
Tervis	Nõustamine Oskuste õpetamisoskused <ul style="list-style-type: none"> - Sümptomitega toimetulek - Ravimite tarvitamise juhendamine - Taastumismõtteviisi toetamine - Enese identiteedi taasleidmine ja motivatsiooni toetamine - Stressi reguleerimine (nt MBSR- teadvelolekupõhine stressi reguleerimine, jt) <ul style="list-style-type: none"> - Kaalu langetamine/hoidmine (seotuna ravimitega) - Terviselikumine jt Teraapiate läbiviimine nt <ul style="list-style-type: none"> - KKT - Aktsepteerimise ja pühendumise teraapia, ACT - Teadvelolekupõhine KKT - Perenõustamine - jt Kogemusnõustamine	Juhtumikorraldaja Psühhiaater Psühhoterapeut Psühholoog Vaimse tervise õde Sotsiaaltöötaja Pereterapeut Kogemusnõustaja Toitumisterapeut Liikumisterapeut Füsioterapeut Dieediõde Treener
Enese eest hoolitsemine	Oskuste õpetamisoskused Nõustamise-juhendamisoskused - Kaalu langetamine/hoidmine jt	Vaimse tervise õde IET tegevusjuhendaja/tugiisik Sotsiaaltöötaja Vaimse tervise õde Toitumisterapeut

Eesmärk ja tähendus	Isiklik-professionaalne toetamine Oskuste õpetamisoskused Nõustamine Kogemusnõustamine, jt	Juhtumikorraldaja/isiklik toetaja/tugiisik Hingehoidja Sotsiaaltöötaja Psühholoog Loovterapeut
Sotsiaalsed suhted	Isiklik professionaalne toetamine Nõustamine Sotsiaalsete oskuste õpetamisoskused Kogukonna kasutamise oskuste õpetamine/juhendamine Perenõustamine, jt	Sotsiaaltöötaja Psühholoog Juhtumikorraldaja/isiklik toetaja/tugiisik Pereterapeut

6. Juhise rakendamine, oodatavad tulemused ja indikaatorid






5.1. Rehabilitatsioonijuhise rakendamine

Riiklike rehabilitatsioonijuhiste rakendamine on iga rehabilitatsiooniasutuse ülesanne ja see on rehabilitatsiooniteenuse juhtimise oluline osa. Olemas peavad olema mehhanismid, et vaadata läbi antud teenus vastavalt juhistes antud soovitudele. Erinevuste põhjuseid tuleks hinnata ja vajaduse korral käsitleda. Seejärel tuleks kehtestada kohalikud korraldused riiklike juhiste rakendamiseks üksikutes rehabilitatsiooniasutustes (täpsem ülevaade juhendi rakendamise kohta on toodud Lisa 2).

SKA peab julgustama ja toetama selle juhise rakendamist. Selle suunise rakendusstrateegia hõlmab järgmisi tööriistu ja tegevusi:

- peamised soovitud, mida tuleks eelistada või rakendada;
- auditeerimisvahendid;
- juhised ja abimaterjalid, mis on allalaadimiseks saadaval SKA veebisaidilt;
- rehabilitatsioonijuhise levitamine kõigile asjakohastele spetsialistidele;
- täieliku juhendi elektrooniline levitamine kõikidele asjakohastele spetsialistidele;
- koolituste korraldamine rehabilitatsiooniasutustele;
- iPhone'i, iPadi ja Androidi rakendused.

Tabel 7. Võtmesoovituste rakendamise eeldused (sh ressursside olemasolu)

		Soovituse nr	Eeldused
	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.	1	Tuleb kokku leppida juhtumikorraldaja ülesanded ja asukoht (rehabilitatsiooniasutus, kohalik omavalitsus (KOV), haigla). Eeldab lisaresse
	Vajalik on, et esmakordse skisofreenia või psühhoosiga patsientidele saab võimalikult kiiresti pakkuda rehabilitatsiooni teenuseid.	2	Tuleb koostada käitumisjuhis haigla ja rehabilitatsiooniasutuse vahel
	Tuleb tagada rehabilitatsiooniasutuses täiendav personaalne nõustamine skisofreeniapatsientidele, kes suurema tõenäosusega loobuvad ravist või teenustest (seda saab pakkuda ka juhtumikorraldaja).	15	Eeldab täpsemat ülesannete kirjeldust ja lisaresse
	Tuleb tagada, et juba esmakordsel haigestumisel saaks abivajaja rehabilitatsiooniteenuseid ja lähedased nõustamist. Selleks peab skisofreeniapatsient juba haiglas kohtuma juhtumikorraldaja või rehabilitatsioonimeeskonnaga.	16	Eeldab et rehabilitatsiooni meeskonnal oleks võimalik patsiendiga tutvuda juba haiglas olles
	Vajalik on, et varajased rehabilitatsiooniteenused/sekkumised oleksid tagatud kõigile inimestele, kellel on skisofreenia/psühhoosi esmakordne esinemine, olenemata isiku vanusest või haiguse kestusest.	17	Eeldab väga head kommunikatsiooni haigla ja rehabilitatsioonimeeskonna vahel

✓	Vajalik on pakkuda toetatud tööprogramme psühhoosi või skisofreenia diagnoosiga isikutele, kes soovivad leida tööd või tööle naasta.	18	Vajalik koostöö Töötukassaga
✓	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).	21	Eeldab head kommunikatsiooni, juhtumikorraldajate olemasolu ja kontaktide kättesaadavust
✓	Vajalik on pakkuda skisofreeniapatsientidele kogemusnõustamist, et tõsta teenuse kasutajakogemust ja elukvaliteeti.	22	Otseselt uusi ressursse ei eelda, praegu see rehabilitatsiooniasutustes üldiselt toimib
✓	Vajalik on, et saadavate teenuste plaan luuakse koostöös skisofreeniapatsiendi ja tema lähedastega.	25	Eeldab head kommunikatsiooni
✓	Vajalik on edendada skisofreeniapatsientide autonoomiat ja aktiivset osalemist raviotsuste tegemisel ning toetada enesejuhtimist.	28	Eeldab kokkulepitud meetodikate kasutamist (CARE nt)
✓	Tuleb tagada psühhoosi ja skisofreenia esimese episoodiga isikutele ravi- ja rehabilitatsiooniteenuseid varajase sekkumise mudeli raames. See peab olema multidistsiplinaarne ja hõlmama: <ul style="list-style-type: none"> • skisofreenia diagnoosiga isiku kaasamist ravi- ja rehabilitatsiooni korraldusse (sh tema haiguseteadlikkuse suurendamine); • pere kaasamist ja vajadusel sekkumist rehabilitatsiooni osutamise protsessi; • juurdepääsu psühholoogilistele sekkumistele (KKT, psühhoteeraapia jms); kutsealaseid/hariduslikke sekkumisi (tööd toetavad sekkumised). 	29	Eeldab varajase sekkumise mudeli väljatöötamist rehabilitatsiooniasutuste ja haiglate koostöömudelina

5.2. Juhise efektiivsuse hindamine ja indikaatorid

Psühhoteeraapia ja psühhofarmakoloogilise ravi täiendamiseks on skisofreeniadiagnoosiga patsientidele välja toetatud rehabilitatsiooni- või psühhosotsiaalsed sekkumised (86). Uimastiravil ja toetaval ravil ei ole spetsiifilist mõju kognitiivsetele häiretele, arusaamadele, sotsiaalsetele oskustele ja interaktsioonihäiretele, samas kui rehabilitatsioonivahendid on eriti suunatud nendele mõõtmetele (87). Rehabilitatsiooni sekkumistel on ka ühised väärtused "subjektiivse" taastumismudeliga ja nad soodustavad aktiivse positsiooni võtmist julgustamaks enesemääratlemist ja mõjuvõimu suurendamist. Rehabilitatsiooni valdkonnas saab kasutada paljusid vahendeid: juhtumikorraldus, toetatud tööhõive, kognitiivne ravi, psühhoharidus ja KKT-d jne. Üldiselt, mida rohkem erinevaid võimalusi skisofreeniahaigele on pakkuda (ja mis vastab tema vajadustele), seda paremad on ka rehabilitatsiooni tulemused (88).

Järgnevas tabelis on toodud skisofreeniapatsientide rehabilitatsioonis enim kasutatud teraapiate elemendid, nende efektiivsuse hindamine ning tulemuslikkus (indikaatorid). Järgnev nimekiri ei ole kindlasti kõikehõlmav, vaid annab ülevaate just enim kasutatavatest teraapiaelementidest ja mis võiksid sobida ka Eesti konteksti.

Tabel 8. SRT elemendid, efektiivsuse hindamine ja tulemuslikkus

Teraapia elemendid	Efektiivsuse hindamine	Võimalik tulemus
KKT elementide kasutamine kõigis rehabilitatsiooni teenustes (89)	<p>Mida sügavam on ühendus, seda tõhusam on sekkumine Osalege vestluses; tugineda varasemale positiivsele suhtlusele; tuvastada ühised huvid, nagu sport, muusika jne; kinnitada tundeid; kasutage huumorit; asjakohane eneseavamine</p> <p>Mõistke ja lahendage probleem Jagage probleemid prioriteediks, kui neid on mitu; jagage probleem väikesteks osadeks; looge iga probleemi jaoks erinevad ajaraamid; tuvastage tegevussammude ja probleemi lahendamise takistused</p> <p>Õpeta Uus teave; lihtsad KKT oskused, nagu emotsioonide hindamine, enesejälgimine, tegevuste ajakava koostamine; õpetada kohanemisvõimelisemat perspektiivi; õpetada või sisendada lootust</p> <p>Harjuta Harjutustöö peaks olema juhitud; hankige kannatlik sisseost ja paluge tal aidata; küsige patsiendilt tagasisidet töö kasulikkuse ja töövõime kohta</p> <p>Küsi Saate tagasisidet seansi mugavusastme, kasutatud sekkumise, määratud kodutööde takistuste või terapeudi stiili kohta</p> <p>Ülevaade Patsient teeb kokkuvõtte ja seejärel terapeut lisab selle</p>	<p>Tugevdab kaasatust</p> <p>Probleemide selgitamine loob teostatava plaani ja vähendab tegevuse takistusi</p> <p>Patsient õpib enesejuhtimise ja eluks vajalikke oskusi ning on lootusrikkam</p> <p>Õpitud oskused on üldistatud reaalses olukordades</p> <p>Aitab teha koostööd ja aitab terapeudil sekkumisi täpsustada</p> <p>Tugevdab seansil õpitut</p>
Psühhoharidus (sh lähedastele)	<p>Koolituse pakkumine pereliikmetele ja teistele hooldajatele on oluline, et nad saaksid tuvastada ressursse ja teenuseid skisofreeniaga täiskasvanute paremaks toetamiseks</p>	<p>Suurenenud teadmised skisofreeniast ja ravi- ning teraapiavõimalustest</p> <p>Haige ja tema lähedaste võimestamine teadlike otsuste tegemisel</p> <p>Suurenenud koostöö haige, lähedaste ning spetsialistide vahel</p> <p>Paranenud perekonnaliikmete teadlikkus</p> <p>Suurenenud mõistmine ravisoostumuse mõjust</p> <p>Paranenud ravisoostumus</p> <p>Paranenud füüsiline tervis ja heaolu</p> <p>Paranenud stressi ja probleemide juhtimine</p> <p>Vähenenud tagasilangused ja haiglaravi vajadus</p>

		<p>Retsidiivi ennetusplaani olemasolu</p> <p>Parem taastumine ja kohanemine</p> <p>Parem mõistmine ainete kasutamise mõjust vaimsele tervisele</p>
Sotsiaalsete oskuste treening	<p>Suhtlemisoskuste parandamiseks osalevad inimesed käitumuslikes rollimängudes, mis on keskendunud tunnete enesekehtestamisele ja selgele väljendamisele, kaitstes samal ajal oma vajadusi; suhtlemine pere ja sõpradega ning suhtlemine teenusepakujate ja tugiisikutega.</p>	<p>Funktsionaalne suutlikkus kogukonnas paranenud</p> <p>Psühhiaatrilised sümptomid vähenenud</p> <p>Sotsiaalsed ja suhtlemisoskused paranenud</p> <p>Erinevate teenuste kasutamisoskus paranenud</p> <p>Kiirabi kasutamine psühhiaatrilistel põhjustel vähenenud</p> <p>Ravisoostumus paranenud</p>
Ravisoostumuse paranemine	<p>Üldise ravisoostumuse komponent koosneb individuaalselt kohandatud õppekavast, mis rakendab samu oskusi ja strateegiaid, mida kasutatakse psühhiaatriliste haiguste enesejuhtimiseks. Psühhiaatrilised ja meditsiinilised komponendid on täielikult integreeritud ja neid rakendatakse samaaegselt vaatega, et "terviktervis" koosneb vaimse tervise ja füüsilise tervise enesejuhtimise ühistest elementidest. Lisaks peab hõlbustama vajaliku ennetava ja pideva tervishoiu koordineerimist ja orienteerumist.</p>	<p>Psühhiaatriliste haiguste enesejuhtimise paranemine</p> <p>Haiglaravi kasutamise vähenemine</p> <p>Kogukonnas toimimise paranemine</p>

Allikad

1. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *BMJ*. 2008 May 3;336(7651):995–8.
2. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011 Apr;64(4):383–94.
3. Wilken J. Understanding Recovery from Psychosis: A Growing Body of Knowledge. *Journal of Norwegian Psychological Association*. 2007 Jan 1;44.
4. Addington D, Anderson E, Kelly M, Lesage A, Summerville C. Canadian Practice Guidelines for Comprehensive Community Treatment for Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders. *Can J Psychiatry*. 2017 Sep;62(9):662–72.
5. SIGN. Management of schizophrenia - SIGN 131. Healthcare Improvement Scotland; 2013.
6. 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.
7. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2021 [cited 2022 Feb 6]. Available from: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/uvic/detail.action?docID=6373791>
8. NICE. Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014 [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 [cited 2022 Feb 4]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/>
9. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Hrsg.). Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN); 2019.
10. Macias C, Kinney R, Farley OW, Jackson R, Vos B. The role of case management within a community support system: Partnership with psychosocial rehabilitation. *Community Ment Health J*. 1994 Aug;30(4):323–39.
11. El-Mallakh RS, Rhodes TP, Dobbins K. The Case for Case Management in Schizophrenia. *Professional Case Management*. 2019 Sep;24(5):273–6.
12. İncedere A, Yıldız M. Case Management for Individuals with Severe Mental Illness: Outcomes of a 24-Month Practice. *Turk Psikiyatri Derg*. 2019;30(4):245–52.
13. Reinares M, Sánchez-Moreno J, Fountoulakis KN. Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom, and when. *Journal of Affective Disorders*. 2014 Mar;156:46–55.
14. Yıldız M. Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Archives of Neuropsychiatry* [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 5]; Available from: <https://www.noropsikiyatriarsivi.com/submission/MakaleKontrol?Id=VFdwak1FMTZRVD9>
15. Fleischhacker WW, Arango C, Arteel P, Barnes TRE, Carpenter W, Duckworth K, et al. Schizophrenia-- Time to Commit to Policy Change. *Schizophrenia Bulletin*. 2014 Apr 1;40(Suppl 3):S165–94.
16. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Mental disorders and vulnerability to homicidal death: Swedish nationwide cohort study. *BMJ*. 2013 Mar 4;346(mar04 3):f557–f557.
17. SAMHSA/CDC Mental Illness Stigma Panel Members, Kobau R, Dilorio C, Chapman D, Delvecchio P. Attitudes About Mental Illness and its Treatment: Validation of a Generic Scale for Public Health Surveillance of Mental Illness Associated Stigma. *Community Ment Health J*. 2010 Apr;46(2):164–76.
18. Stevens JR, Prince JB, Prager LM, Stern TA. Psychotic Disorders in Children and Adolescents: A Primer on Contemporary Evaluation and Management: (Rounds in the General Hospital). *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 2014 Mar 13 [cited 2022 Feb 6]; Available from: <http://article.psychiatrist.com/?ContentType=START&ID=10008586>
19. Hancock N, Smith-Merry J, Mckenzie K. Facilitating people living with severe and persistent mental illness to transition from prison to community: a qualitative exploration of staff experiences. *Int J Ment Health Syst*. 2018 Dec;12(1):45.
20. Taber JM, Leyva B, Persoskie A. Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data. *J GEN INTERN MED*. 2015 Mar;30(3):290–7.

21. Ye J, Shim R, Rust G. Health Care Avoidance among People with Serious Psychological Distress: Analyses of 2007 Health Information National Trends Survey. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2012;23(4):1620–9.
22. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: overview and treatment options. *P T*. 2014 Sep;39(9):638–45.
23. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, Krause M, Samara M, Peter N, et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*. 2019 Sep;394(10202):939–51.
24. Ceraso A, Lin JJ, Schneider-Thoma J, Sifias S, Tardy M, Komossa K, et al. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. Cochrane Schizophrenia Group, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2020 Aug 11 [cited 2022 Feb 6];2020(8). Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008016.pub3>
25. Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen W-P, Schneider-Thoma J, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2021 Nov;8(11):969–80.
26. Ashcroft K, Kim E, Elefant E, Benson C, Carter JA. Meta-Analysis of Caregiver-Directed Psychosocial Interventions for Schizophrenia. *Community Ment Health J*. 2018 Oct;54(7):983–91.
27. Jones C, Hacker D, Meaden A, Cormac I, Irving CB, Xia J, et al. Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care plus other psychosocial treatments for people with schizophrenia. Cochrane Schizophrenia Group, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018 Nov 15 [cited 2022 Feb 6];2019(6). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008712.pub3>
28. Vanasse A, Courteau J, Fleury M-J, Grégoire J-P, Lesage A, Moisan J. Treatment prevalence and incidence of schizophrenia in Quebec using a population health services perspective: different algorithms, different estimates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Apr;47(4):533–43.
29. Stuart H, Chen S-P, Christie R, Dobson K, Kirsh B, Knaak S, et al. Opening Minds in Canada: Background and Rationale. *Can J Psychiatry*. 2014 Jan;59(1_suppl):8–12.
30. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry*. 2004 Oct;185(4):283–90.
31. Andrews G, Sanderson K, Corry J, Issakidis C, Lapsley H. Cost-effectiveness of current and optimal treatment for schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2003 Nov;183(5):427–35.
32. Becker T, Kilian R. Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatr Scand*. 2006 Feb;113(s429):9–16.
33. Corbière M, Bond GR, Goldner EM, Ptasiński T. Brief Reports: The Fidelity of Supported Employment Implementation in Canada and the United States. *PS*. 2005 Nov;56(11):1444–7.
34. Karliner LS, Pérez-Stable EJ, Gregorich SE. Convenient Access to Professional Interpreters in the Hospital Decreases Readmission Rates and Estimated Hospital Expenditures for Patients With Limited English Proficiency. *Medical Care*. 2017 Mar;55(3):199–206.
35. Karliner LS, Hwang ES, Nickleach D, Kaplan CP. Language barriers and patient-centered breast cancer care. *Patient Education and Counseling*. 2011 Aug;84(2):223–8.
36. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Serv Res*. 2007 Apr;42(2):727–54.
37. Jackson JC, Nguyen D, Hu N, Harris R, Terasaki GS. Alterations in Medical Interpretation During Routine Primary Care. *J GEN INTERN MED*. 2011 Mar;26(3):259–64.
38. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Schizophrenia Group, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 Jan 6 [cited 2022 Feb 4];2017(1). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007906.pub3>
39. Chen W-Y, Hung Y-N, Huang S-J, Pan C-H, Su S-S, Yang T-W, et al. Nationwide analysis of medical utilization in people with severe mental illness receiving home care case management. *Schizophrenia Research*. 2019 Jun;208:60–6.
40. Díaz-Fernández S, Frías-Ortiz DF, Fernández-Miranda JJ. Suicide attempts in people with schizophrenia before and after participating in an intensive case managed community program: A 20-year follow-up. *Psychiatry Research*. 2020 May;287:112479.
41. Addington DE, Norman R, Bond GR, Sale T, Melton R, McKenzie E, et al. Development and Testing of the First-Episode Psychosis Services Fidelity Scale. *PS*. 2016 Sep;67(9):1023–5.

42. Addington DE, McKenzie E, Norman R, Wang J, Bond GR. Essential Evidence-Based Components of First-Episode Psychosis Services. *PS*. 2013 May;64(5):452–7.
43. NICE. Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance [Internet]. 2016. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs80/resources/implementing-the-early-intervention-in-psychosis-access-and-waiting-time-standard-guidance-2487749725>
44. Fusar-Poli P, Lai S, Di Forti M, Iacoponi E, Thornicroft G, McGuire P, et al. Early Intervention Services for First Episode of Psychosis in South London and the Maudsley (SLaM): 20 Years of Care and Research for Young People. *Front Psychiatry*. 2020 Nov 24;11:577110.
45. Barnes TR, Drake R, Paton C, Cooper SJ, Deakin B, Ferrier IN, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2020 Jan;34(1):3–78.
46. The Schizophrenia Commission. The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission. [Internet]. 2012. Available from: <http://www.schizophreniacommission.org.uk/the-report/>.
47. Gafoor R, Nitsch D, McCrone P, Craig TKJ, Garety PA, Power P, et al. Effect of early intervention on 5-year outcome in non-affective psychosis. *Br J Psychiatry*. 2010 May;196(5):372–6.
48. Park A-L, McCrone P, Knapp M. Early intervention for first-episode psychosis: broadening the scope of economic estimates: Psychosis: broader economic perspective. *Early Intervention in Psychiatry*. 2016 Apr;10(2):144–51.
49. A. A, Knapp M, P. M, Parsonage M, Trachtenberg M. Effective interventions in schizophrenia: the economic case. 2012.
50. Major BS, Hinton MF, Flint A, Chalmers-Brown A, McLoughlin K, Johnson S. Evidence of the effectiveness of a specialist vocational intervention following first episode psychosis: a naturalistic prospective cohort study. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2010 Jan;45(1):1–8.
51. Chien WT, Leung SF, Yeung FK, Wong WK. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *NDT*. 2013 Sep;1463.
52. Jhanjee S. Evidence Based Psychosocial Interventions in Substance Use. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2014 Apr;36(2):112–8.
53. Chronister J, Chou C-C, Kwan K-LK, Lawton M, Silver K. The meaning of social support for persons with serious mental illness. *Rehabilitation Psychology*. 2015 Aug;60(3):232–45.
54. Ahmed AO, Doane NJ, Mabe PA, Buckley PF, Birgenheir D, Goodrum NM. Peers and Peer-Led Interventions for People with Schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*. 2012 Sep;35(3):699–715.
55. Bernecker SL, Williams JJ, Caporale-Berkowitz NA, Wasil AR, Constantino MJ. Nonprofessional Peer Support to Improve Mental Health: Randomized Trial of a Scalable Web-Based Peer Counseling Course. *J Med Internet Res*. 2020 Sep 21;22(9):e17164.
56. Chang Y-C, Chang L-H, Hsu S-T, Huang M-W. Professional perspectives on providing recovery-oriented services in Taiwan: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2021 Dec;21(1):154.
57. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century (2001). 2001.
58. Kuipers SJ, Cramm JM, Nieboer AP. The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res*. 2019 Dec;19(1):13.
59. Guedes de Pinho LM. Nursing Interventions in Schizophrenia: The Importance of Therapeutic Relationship. *NCOAJ [Internet]*. 2017 Sep 19 [cited 2022 Feb 6];3(6). Available from: <https://medcraveonline.com/NCOAJ/nursing-interventions-in-schizophrenia-the-importance-of-therapeutic-relationship.html>
60. Das P, Naylor C, Majeed A. Bringing together physical and mental health within primary care: a new frontier for integrated care. *J R Soc Med*. 2016 Oct;109(10):364–6.
61. Woody C, Baxter A, Wright E, Gossip K, Leitch E, Whiteford H, et al. Review of services to inform clinical frameworks for adolescents and young adults with severe, persistent and complex mental illness. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2019 Jul;24(3):503–28.
62. Rosenbaum B, Harder S, Knudsen P, Køster A, Lindhardt A, Lajer M, et al. Supportive Psychodynamic Psychotherapy versus Treatment as Usual for First-Episode Psychosis: Two-Year Outcome. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. 2012 Dec;75(4):331–41.
63. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Rutigliano G, Heslin M, Stahl D, Brittenden Z, et al. Diagnostic Stability of ICD/DSM First Episode Psychosis Diagnoses: Meta-analysis. *SCHBUL*. 2016 Nov;42(6):1395–406.

64. Fusar-Poli P, Díaz-Caneja CM, Patel R, Valmaggia L, Byrne M, Garety P, et al. Services for people at high risk improve outcomes in patients with first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2016 Jan;133(1):76–85.
65. Puntis S, Minichino A, De Crescenzo F, Harrison R, Cipriani A, Lennox B. Specialised early intervention teams (extended time) for recent-onset psychosis. Cochrane Schizophrenia Group, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2020 Nov 2 [cited 2022 Feb 6];2021(2). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013287.pub2>
66. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2011 Jan 1;37(1):21–2.
67. Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord*. 2015 Jun;17(4):349–62.
68. Alhadidi MM, Lim Abdullah K, Yoong TL, Al Hadid L, Danaee M. A systematic review of randomized controlled trials of psychoeducation interventions for patients diagnosed with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 Sep;66(6):542–52.
69. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013 Mar 28;9(1):465–97.
70. Menon M, Balzan RP, Harper K, Kumar D, Andersen D, Moritz S, et al. Psychosocial Approaches in the Treatment of Psychosis: Cognitive Behavior Therapy for Psychosis (CBTp) and Metacognitive Training (MCT). *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. 2017 Sep;11(3):156–63.
71. Jones SH, Smith G, Mulligan LD, Lobban F, Law H, Dunn G, et al. Recovery-focused cognitive-behavioural therapy for recent-onset bipolar disorder: Randomised controlled pilot trial. *Br J Psychiatry*. 2015 Jan;206(1):58–66.
72. Chiang K-J, Tsai J-C, Liu D, Lin C-H, Chiu H-L, Chou K-R. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. Mazza M, editor. *PLoS ONE*. 2017 May 4;12(5):e0176849.
73. Ventriglio A, Ricci F, Magnifico G, Chumakov E, Torales J, Watson C, et al. Psychosocial interventions in schizophrenia: Focus on guidelines. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 Dec;66(8):735–47.
74. Gaudiano BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*. 2006 Mar;44(3):415–37.
75. Yildiz M, Ozaslan Z, Incedere A, Kircali A, Kiras F, Ipci K. The effect of psychosocial skills training and metacognitive training on social and cognitive functioning in schizophrenia. *Archives of Neuropsychiatry* [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 6]; Available from: <http://submission.noropsikiyatriarsivi.com/default.aspx?s=public~kabul&mid=23095>
76. Hanssen I, van Dord MI, Compen FR, Geurts DEM, Schellekens MPJ, Speckens AEM. Exploring the clinical outcome of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for bipolar and unipolar depressive patients in routine clinical practice: a pilot study. *Int J Bipolar Disord*. 2019 Dec;7(1):18.
77. Goldstein TR, Fersch-Podrat RK, Rivera M, Axelson DA, Merranko J, Yu H, et al. Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Bipolar Disorder: Results from a Pilot Randomized Trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2015 Mar;25(2):140–9.
78. McFarlane WR. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Fam Proc*. 2016 Sep;55(3):460–82.
79. Lyman DR, Braude L, George P, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, et al. Consumer and Family Psychoeducation: Assessing the Evidence. *PS*. 2014 Apr;65(4):416–28.
80. Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J, Torrent C, Martínez-Arán A, Comes M, et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disorders*. 2008 Jun;10(4):511–9.
81. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. In: *The Cochrane Collaboration*, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2006 [cited 2022 Feb 6]. p. CD000088.pub2. Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000088.pub2>
82. Suzuki T. *Clinical Physical Therapy*. Place of publication not identified: InTech.; 2017.
83. Tamm G, Kostabi E, Trankmann S, Remmik M, Puur SM, Urmann H, et al. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse tulemuslikkuse hindamise metoodika väljatöötamine ja tulemuslikkuse hindamine Sotsiaalkindlustusametile. Tartu Ülikoo. RAKE; 2021.
84. 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>

85. Yu W, Tong J, Sun X, Chen F, Zhang J, Pei Y, et al. Analysis of Medication Adherence and Its Influencing Factors in Patients with Schizophrenia in the Chinese Institutional Environment. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 29;18(9):4746.
86. Kern RS, Glynn SM, Horan WP, Marder SR. Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2009 Mar 1;35(2):347–61.
87. Lyman DR, Kurtz MM, Farkas M, George P, Dougherty RH, Daniels AS, et al. Skill Building: Assessing the Evidence. *PS*. 2014 Jun;65(6):727–38.
88. Morin L, Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2017 Jun 12;8:100.
89. Pinninti N, Gogineni R. Brief Cognitive Behavioral Therapy Interventions for Psychosis. 2016;33(10).
90. Huri M. Occupational therapy: occupation focused holistic practice in rehabilitation. 2017.



PRAXIS.EE