

# Meeleoluhäiretega täiskasvanute rehabilitatsioonijuhise koostamise teenus Sotsiaalkindlustusametile

## LISA 2: Rehabilitatsioonijuhiste koostamise metoodika



Euroopa Liit  
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti  
tuleviku heaks



SOTSIAALKINDLUSTUSAMET

# Sisukord

Lühendid .....	3
1. Rehabilitatsioonijuhiste koostamise protsess .....	4
1.1. Rehabilitatsioonijuhiste vajalikkus.....	4
1.2. Juhiste koostamine .....	4
2. Rehabilitatsioonijuhise teemaalgatus ja käsitusala koostamine .....	6
2.1. Juhise teemaalgatus.....	6
2.2. Juhise käsitusala.....	6
2.3. Rehabilitatsiooni skoop.....	6
2.4. Küsimuste sõnastamine .....	8
3. Tõendusmaterjal rehabilitatsioonijuhiste koostamiseks.....	10
3.1. Olemasolevate juhiste otsimine ja hindamine.....	10
3.2. Juhiste soovitude hindamine ja ülevõtmine.....	12
4. Tõendusmaterjali kvaliteedi hindamine .....	15
5. Soovitude koostamine.....	16
5.1. Tõendusmaterjalist soovitusteni jõudmine .....	16
5.2. Soovitude tõendatuse taseme määramine .....	17
5.3. Soovitude tugevuse hindamine.....	18
6. Rehabilitatsioonijuhise rakendamine ja uuendamine .....	20
Kasutatud kirjandus .....	22
Lisa 1. Meeleoluhäirete käsitus rehabilitatsiooniasutuses .....	24

# Lühendid

<i>AGREE</i>	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
<i>AHRQ</i>	<i>Ameerika Ühendriikide Tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeteenuste ministeeriumi tervishoiu-, teadus- ja kvaliteediamet</i>
<i>CADTH</i>	<i>Kanada ravimi- ja tervishoiutehnoloogia amet</i>
<i>GIN</i>	<i>Guidelines International Network</i>
<i>GRADE</i>	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
<i>KKT</i>	<i>Kognitiiv-käitumisteraapia</i>
<i>NICE</i>	<i>National Institute for Care and Health Excellence</i>
<i>NHS</i>	<i>National Health System (Ühendkuningriigid)</i>
<i>PICO</i>	<i>Population, intervention, comparison, outcome method</i>
<i>SKA</i>	<i>Sotsiaalkindlustusamet</i>

# 1. Rehabilitatsioonijuhiste koostamise protsess

## 1.1. Rehabilitatsioonijuhiste vajalikkus

Lisaks sellele, et puuduvad rehabilitatsiooniteenuse hindamise kohta instrumendid, on Eestis seni vaid üks juhise, kuidas erinevaid rehabilitatsiooniteenuseid läbi viia. Olemas on juhise vaid meeleoluhäiretega täiskasvanute rehabilitatsiooniks. Siiani puudusid Eestis rehabilitatsiooniteenuse hindamise ühtsed meetodid ja juhised. 2021.a. algutati SKA poolt Euroopa Sotsiaalfondi kaasrahastuse kaasabil projektid, mille käigus on alustatud RFK kui hindamisevahendi väljaõpet rehabilitatsioonispetsialistidele ja 2022.a. alguses valmis esimene sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse juhise, milleks oli skisofreenia, skisotüüpse ja luululiste häiretega täiskasvanute rehabilitatsioonijuhise.

Praegu kasutatakse sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse osutamisel iga asutuse poolt vastavalt spetsialistide väljaõppele ja kogemusele teada olevaid parimaid praktikaid ja/või soovitusi, kuid ühtsed juhised meeleoluhäiretega inimeste rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks puuduvad. Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse juhiseid on vaja nii teenuse saaja kui teenuse osutaja jaoks. Nii teadus kui meditsiin arenevad kiiresti ja teenuseosutajal on keeruline ja aeganõudev kogu aeg infot pidevalt läbi töötada ja praktikas kasutusele võtta. Juhises on aga kindla metoodika alusel välja töötatud tõenduspõhised soovitusel vaimset tervist mõjutavate tegevuste kohta. Juhise toetab ka teenuseosutajat teenuse läbiviimisel parimate otsuste tegemisel ning seeläbi on abivajajal võimalik saada tänapäevane, tõenduspõhine rehabilitatsiooniteenus ja parem tulemus.

Samas peab arvestama sellega, et juhise ei ole lahenda kõiki probleeme. Teenuse kvaliteedi puhul jääb alati mingi varieeruvus, sest teenuse saaja ei ole näidisjuhtum õpikust – iga inimene on eriline ja kõigile ei sobi täpselt samasugune lähenemine. Siiski näitavad maailmas erinevate ravijuhendite ja juhiste kohta tehtud uuringud, et juhise kasutuselevõtt toob muutusi teenuse saaja tulemustes ning teenuse üldises korralduses. Juhise kasutusele võtmisega teenuse praktikad erinevates asutustes ühele sihtrühmale ühtlustuvad.

Kui rehabilitatsioonijuhise koostamisel saab hinnata erinevaid sekkumisi (teenused, uuringud, protseduurid jne) ja leitakse, et mingil sekkumisel on teenuse saaja jaoks väga positiivne mõju, siis saab selle alusel teha muudatusi ka süsteemis üldisemalt: näiteks muudatused olemasolevates rehabilitatsiooniteenuste loetelus, luua uusi teenuseid jne. Kui juhistes on teenuse osutamise põhimõtted ühtselt kokku lepitud, siis on rahastajatel ja teistel huvigruppidel võimalus juhise põhimõttele tuginedes analüüsida, kas abivajajad saavad samadest põhimõtetest lähtuvat teenust ning vajadusel muudatusi toetada (nt Töötukassa teenused).

Sotsiaalkindlustusamet (edaspidi SKA) on valinud teiseks rehabilitatsioonijuhiseks juhise meeleoluhäiretega klientidele. Näiteks TAI statistika andmetel lisandus 2021. aastal 4027 haigusjuhtu, kellest 3213 ehk 30% olid 16–62-aastased tööealised ning 814 ehk 9% vanuses 63+. Rehabilitatsioonijuhistega luuakse ühtne, tõenduspõhine raamistik ja tegevuskava tööks kindla sihtgrupiga, mille tulemusena teenuseosutaja lähtub inimese toimevõimest (funktsioneerimisvõimest) ja tema keskkonna hõlbustavatest ja takistavatest teguritest ning personaalselt soovitud tulemustest, mitte kitsamalt diagnoosist.

## 1.2. Juhiste koostamine

Rehabilitatsioonijuhise koostamise juures on väga oluline hinnata, milliseid juhiseid on mujal kasutusel. Erinevate süsteemide tõttu ei saa üks-ühele üle võtta mõnes teises riigis kasutusel olevat juhise, kuid saab võtta mõned head juhised aluseks antud juhise koostamisel (sarnase praktikaga koostatakse kliinilisi

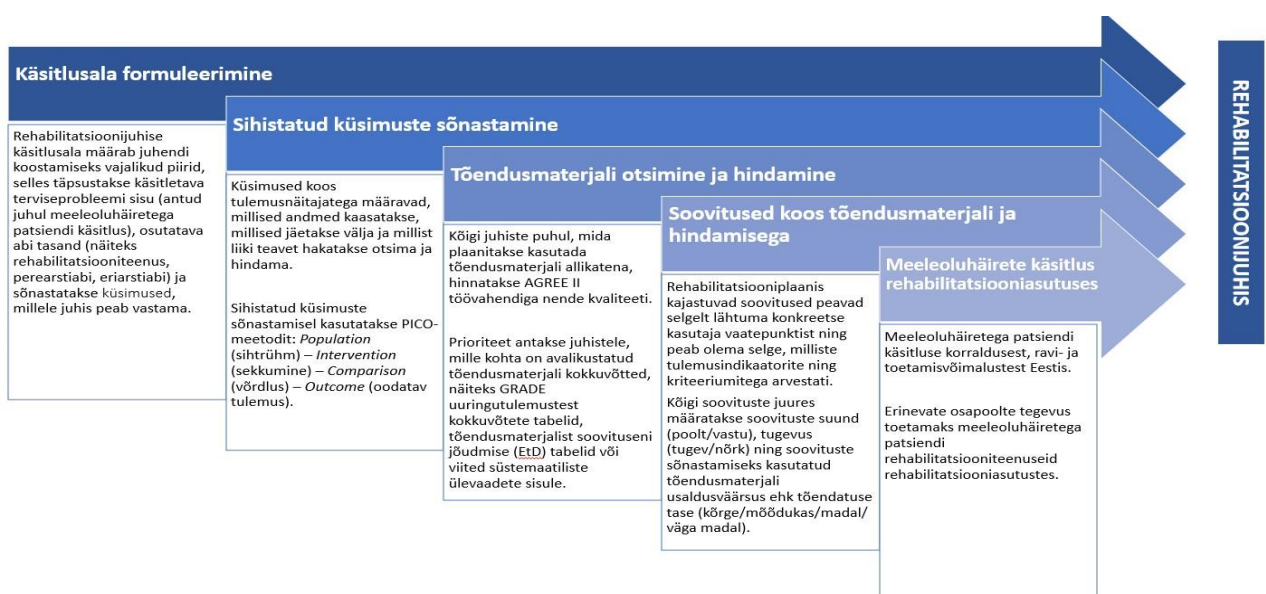
ravijuhendeid). Rehabilitatsioonijuhistele küll kahjuks eraldi head andmebaasi ei ole, kuid need on leitavad lisaks Medline-le ja PubMedile järgmistest allikatest:

- National Guideline Clearinghouse – <http://www.guideline.gov/>
- Rahvusvahelise ravijuhiste võrgustiku andmebaas (Guidelines of International Network – GIN)
- Ravijuhiseid koostavate organisatsioonide veebilehed:
  - Ühendkuningriigi Riiklik Tervishoiu ja Kliinilise Kvaliteedi Instituut (NICE): <http://www.nice.org.uk/>.
  - Kanada Ravimi- ja Tervishoiutehnoloogiaamet (CADTH): <http://www.cadth.ca>.
  - USA Tervishoiu- ja Sotsiaalhoolekandeteenuste Ministeeriumi Tervishoiu-, Teadus- ja Kvaliteediamet (AHRQ): <http://www.ahrq.gov>.
- Soome Käypä hoito (Current Care): <http://www.kaypahoito.fi>.
- Rehabilitatsioonijuhise teema ja käsitlusala jaoks oluliste erialaorganisatsioonide veebilehed.

Kõigepealt põhjendatakse juhiste koostamise protsessis ära rehabilitatsioonijuhise koostamise vajadus koos asjakohase statistika ning võimalike prognooside ning mahtudega. Vajadus võib tuleneda paljudest situatsioonidest/küsimustest või ka mõnest konkreetsest seosest riiklike tervishoiuprioriteetidega ja/või olulisusega või juhistega. Tihti koostatakse esmajärjekorras juhised nende haiguste puhuks, mille haiguskoormus on väga suur (aga mitte alati). Mõnikord on vaja juhistega sekkuda ka siis, kui näiteks kasutatav praktika on aegunud ning seda on vaja kiiremas korras kaasajastada, kuna see mõjutab tõsiselt teenuse saaja ravitulemusi.

Rehabilitatsioonijuhise koostamise protsess peab olema läbipaistev, hoolikalt läbi mõeldud ja toimuma tihedas koostöös kõikide osapooltega (meelelühäirete valdkonna puhul nt rehabilitatsiooniteenuse osutajad, psühhiaatrid, kliinilised psühholoogid, kes tegelevad igapäevaselt antud sihtrühmaga ja tunnevad nende eripärasid). Sealjuures ei lõpe protsess rehabilitatsioonijuhise vastuvõtmisega. Samuti on oluline, et juhise juurde koostatakse rakenduskava koos mõõdetavate tulemusnäitajatega, et oleks võimalik hinnata seatud eesmärkide saavutamist.

Joonis 1. Kirjeldab kokkuvõtvalt rehabilitatsioonijuhise koostamise etappe. Joonisel on need etapid toodud küll järjestikuselt, kuid tööprotsessis võivad need ka kohati kattuda (eelkõige meelelühäirete käsitlust rehabilitatsiooniasutustes - analüüsimise juba varasemates etappides, kuid lõplik sõnastamine toimub protsessi lõpus).



Joonis 1. Rehabilitatsioonijuhise koostamise etapid

## 2. Rehabilitatsioonijuhise teemaalgatus ja käsitlusala koostamine

### 2.1. Juhise teemaalgatus

Eesmärk on anda meeleoluhäiretega inimeste hooldamisega tegelevatele isikutele süstemaatiliselt välja töötatud abi otsuste tegemiseks konkreetsetes olukordades ning selleks esitada ja hinnata teaduslikult põhjendatud diagnostika-, ravi-, rehabilitatsiooni- ja hooldusmenetlusi. Nende soovitude eesmärk on edendada tõhusate teenuste kasutamist, vähendada väheefektiivsete või ebatõhusate sekkumiste/teenuste kasutamist ja kõrvalmõjusid ning seega parandada teenuse kvaliteeti. Samuti peaksid suunised võimaldama teha teadlikke otsuseid rehabilitatsiooni kohta, võttes arvesse inimese individuaalseid omadusi ja iga juhtumi puhul olemasolevaid ressursse.

### 2.2. Juhise käsitlusala

Rehabilitatsioonijuhise käsitlusala määrab juhise koostamiseks vajalikud piirid, selles täpsustakse käsitletava terviseprobleemi sisu (antud juhul meeleoluhäiretega inimese käsitlus), osutatava abi tasand (nt rehabilitatsiooniteenus, perearstiabi, eriarstiabi) ja sõnastatakse küsimused, millele rehabilitatsioonijuhis peab vastama. Käsitlusala koostamisel konsulteeritakse vajadusel ka osapooltega, kes ei osale töörühmas. Üldiselt on soovitus juhiste puhul jääda võimalikult väikesemahuliseks, suurema mahuga juhiseid ei ole soovitatav koostada, kuivõrd pikem koostamisaeg võib kaasa tuua tõendusmaterjali aegumise ja sellest tulenevalt juhise kvaliteedi languse. Kui küsimuste arv kujuneb suuremaks, tuleb käsitlusala fokuseerida ja teema püstistust muuta.

Teema algatuses esitatu alusel koostab töörühm lõpliku käsitlusala, mis:

- annab ülevaate sellest, mida rehabilitatsioonijuhis sisaldab (nt sekkumisteraapiad meeleoluhäirete korral rehabilitatsiooniasutuses) ja mida mitte (nt meeleoluhäiretega inimeste farmakoloogiline ravi) ja vajadusel sõnastab ka koostamisel oleva juhise pealkirja;
- sisaldab kohandatud PICO-formaadis üldisi ja tervishoiukorralduslikke küsimusi;
- määrab rehabilitatsioonijuhise koostamisprotsessile selged raamid, et töö keskenduks kokku lepitud tulemustele (kriteeriumitele, näitajatele) ning selleks valib ja hindab tulemusi (kriteeriume, näitajaid);
- tagab, et juhise on mõistliku mahuga ja koostatakse ettenähtud ajaraamis;
- aitab välja selgitada, kas mujal maailmas on olemas sama teemat käsitlevaid juhiseid või sellekohast ajakohast tõendusmaterjali.

#### Kaasamise/välistamise kriteeriumid

Juhiste eesmärk ei ole anda spetsialistidele spetsiifilisi kliinilisi juhiseid erinevate rehabilitatsioonimeetmete (sh taastusravi, teraapia ja abitehnoloogia) valiku ja rakendamise kohta konkreetsete terviseseisundite puhul, nagu seljaaju vigastus, ajuhalvatus, diabeet. Suuniste eesmärk on pigem aidata kaasa inimeste, institutsioonide ja süsteemide suutlikkuse suurendamisele rehabilitatsiooniteenuste osutamisel tervishoiu ja sotsiaalsektoris.

### 2.3. Rehabilitatsiooni skoop

Rehabilitatsioon hõlmab abivajaja jaoks tohutut valikut. See sisaldab teenuseid suhtlemisoskuste õppimisest neuroloogilise rehabilitatsioonini. Rehabilitatsioon võib olla asjakohane igas vanuses, kuna inimese vajadused muutuvad elu jooksul. Näiteks võivad nad vajada tuge, et:

- taastuda ootamatust haigusest – nt depressioon, ärevus, psühhoos, äge haiglaravi pärast insulti, operatsioon, kukkumine, rindkere infektsioonid ja südamehaigused jne (1, 2);

- hallata pikaajalisi haigusseisundeid – kui pikaajaliste meditsiiniliste või neuroloogiliste seisunditega inimesed ootamatult haigestuvad või haigus ägeneb, saavad nad kasu rehabilitatsioonist, mis aitab neil iseseisvust taastada või suurendada;
- parandada enesega toimetulekut – pikaajalise haigusseisundiga inimestel on võimalik ise oma tervisega toime tulla ja vähendada riski nende vaimset või füüsilist tervist mõjutavate sekundaarsete probleemide tekkeks, nagu näiteks jõu- ja kardiovaskulaarse vormi kaotus, valu, ärevus ja depressioon jne;
- taastuda suurest traumast – taastusravi ja rehabilitatsioon aitavad inimestel taastada ja parandada oma oskusi ja suurendada iseseisvust, sealhulgas tööle naasmist (töölane rehabilitatsioon) (3);
- säilitada oskused ja iseseisvus – progresseeruvate seisundite (nagu dementsus, motoorsete neuronite haigused ja terminaalne vähk) korral võib varajane diagnoosimine, hindamine ja rehabilitatsiooniteenuste sekkumine aidata inimestel säilitada oma oskused ja iseseisvus nii kaua kui võimalik;
- tagada ligipääs teenustele – haavatavatele ja tuge vajavatele inimestele (nt kognitiivsete häiretega või suhtlemisraskustega inimestele) pakutakse rehabilitatsiooniteenuseid osana sotsiaalteenuste propageerimisest.

Olenevalt riigi tervise- ja sotsiaalsüsteemi ülesehitusest, osutatakse rehabilitatsiooniteenuseid esmatasandi arstiabis, ägeda haiglaravi tingimustes (stационаarse episoodi ajal või ambulatoorse saatekirjaga), eraldi rehabilitatsiooniasutustes või kogukonnas. Rehabilitatsiooni ulatus tähendab, et mitmed organisatsioonid võivad aidata kaasa inimese individuaalsete vajaduste rahuldamisele, sealhulgas tervishoiusüsteemi rahastajad (nt Inglismaal NHS), kohalikud omavalitsused, teenuse saajate juhitavad grupid ja kogukonnarühmad ning sõltumatud heategevusorganisatsioonid.

Rehabilitatsioon on oluline, et aidata toime tulla järgmiste tagajärgedega:

- füüsilised või liikumisprobleemid – nt motoorse kontrolli halvenemine; jäsemete kaotus; vähenenud tasakaal, jõud või kardiovaskulaarne võimekus, väsimus, valu või liigesjäikus.
- sensoorsed probleemid – näiteks nägemis- või kuulmiskahjustus; valu; puudutus- või liikumistundlikkuse kaotus või muutunud kognitiivne võimekus.
- käitumisprobleemid – näiteks kognitiivsed probleemid; raskused organiseerimisel, planeerimisel ja probleemide lahendamisel.
- suhtlemisprobleemid – näiteks raskused rääkimisel, keele kasutamine suhtlemisel ja öeldu või kirjutatu täielikul mõistmisel.
- psühhosotsiaalsed ja emotsionaalsed probleemid – näiteks pikaajalise seisundiga elamise mõju üksikisikule, hooldajale ja perekonnale. Need võivad hõlmata stressi, depressiooni, minapildi kaotust ning kognitiivseid ja käitumisprobleeme, mis võivad jääda meditsiinilisest käsitlusest välja – kuid teenuse saaja jaoks on vaja terviklikku lähenemist, et tagada parim võimalik tugi nii tema vaimsele kui ka füüsilisele seisundile.
- vaimse tervise häired – nagu ärevus ja depressioon, obsessiiv-/kompulsiivsed häired, skisofreenia, söömishäired, traumajärgne stressihäire ja dementsus.

## 2.4. Küsimuste sõnastamine

Üheks võimaluseks on rehabilitatsioonijuhises esitada küsimused PICO formaadis, millele juhis peab vastama. Seda kasutatakse enamasti kliiniliste ravijuhendite puhul, kuid samas on tegu universaalse formaadiga ning on kasutatav ka rehabilitatsioonijuhiste küsimuste korral. Küsimused koos tulemusnäitajatega määravad, millised andmed kaasatakse ja millised jäetakse välja ja millist liiki teavet hakatakse otsima ja hindama. Koostatud küsimused on edaspidi juhise soovitude koostamise aluseks. On väga oluline, et küsimused oleksid selged ja hästi sõnastatud ning et tööühma liikmed mõistaksid nende tähtsust ühtemoodi.

Rehabilitatsioonijuhise käsitlusala määratlemiseks ja küsimuste sõnastamisel võib ühe meetodina kaaluda GRADE kasutamist. Tegu on küll kliiniliste ravijuhendite juures kasutatava tööriistaga, kuid väikese kohandamise teel on edukalt võimalik kasutada seda samuti antud teema kontekstis. Rehabilitatsioonijuhises esitatavate küsimuste valimisel tuleb tugineda lisaks üldistele küsimustele tervishoiupoliitilisele vajadusele ning ekspertidelt saadud teabele. Kasulikuks võib osutada ka sihtrühma, teenuse saajate ja/või patsiendiühenduste panus. Üldiselt peaksid küsimused keskenduma valdkondadele, mis on tekitanud poleemikat või kus on vaja muuta tervishoiupoliitikat või -praktikat.

Tööprotsessi lihtsustamiseks tuleks teave ja küsimused esialgu liigitada kolme põhirühma, mis on järgnevalt esitatud koos näidetega.

Määratlus ja taust (ei kasuta PICO-formaati):

- Meeleoluhäiretega inimeste määratlemine rehabilitatsiooniasutuses;
- Meeleoluhäirete epidemioloogia, klassifikatsioon ja diagnoosi vormistamine;
- Meeleoluhäirete levimus ja häire käsitlus;
- Meeleoluhäiretega teenuse saaja käsitluse erisused;
- Mõistetes kokkuleppimine.

Sihistatud küsimused (kasutavad PICO-formaati):

- Kas kõigil meeleoluhäirete diagnoosiga abivajajatel tuleks tagada varane sekkumine rehabilitatsiooni näol?
- Kas kõikidele meeleoluhäirete diagnoosiga inimestel tuleks rakendada KKT elemente kogu teenuste ulatuses?
- Millistel juhtudel on näidustatud juhtumikorraldaja?
- Kas õigeaegne rehabilitatsiooniplaani raames sekkumine aitab ära hoida uute ägedate juhtumite tekkimist?

Tervishoiu- ja sotsiaalkorralduslikud küsimused (ei kasuta PICO-formaati)

- Kas rehabilitatsioonimeeskonna tegevus parandab meeleoluhäire diagnoosiga inimese ravi tulemust ning missugused spetsialistid peaksid kuuluma meeskonda koos ülesannete kirjeldusega?

Sihistatud küsimused puudutavad mõju tervisele ja elukvaliteedi paranemisele. Nendest tulenevad soovited tuginevad küll küsimuste vastustele, kuid rehabilitatsioonijuhises peab neile lisanduma täiendav teave. Sealjuures on oluline, et täiendav teave puudutaks väärtushinnanguid, tõhusamat ressursikasutust, õigusi (sh nii teenuse saajate kui töötajate), teostatavust ja vastuvõetavust. Rehabilitatsioonijuhise väljatöötamise tööühm keskendub tuumikküsimustele, mis koos muu teabega aitab koostada üheselt mõistetavaid soovitusi ja seega hõlbustavad otsuste langetamist.

Sihistatud küsimuste sõnastamisel kasutada PICO-meetodit: *Population* (sihtrühm) – *Intervention* (sekkumine) – *Comparison* (võrdlus) – *Outcome* (oodatav tulemus).



Tabel 1. PICO-meetodi kirjeldus ja näited

Teenuse saaja/sihtrühm (Population)	Sekkumine (Intervention)	Võrreldav sekkumine (Comparison)	Oodatav tulemus (Outcome)
Missugused inimesed/sihtrühmad (sh alarühmad) on kaasatud?	Spetsiifiline sekkumine (sekkumised)	Võrreldes teise sekkumise või sekkumata jätmise või tavapraktikaga	Sekkumise tulemusena oodatav kasu inimese tervisele ja/või muud võimalikud mõjud
Kuidas võimalikult täpselt kirjeldada, milliseid abivajajaid juhis hõlmab?	Spetsiifiline sekkumine või sekkumise valdkond?	Võrreldes tavapärase elu või tavaraviga	Teenuse saaja olulised tulemused, sealhulgas kasu tervisele ja võimalikud kõrvalmõjud, ning ajavahemik (nt suremus kahe aasta pärast)
<b>NÄIDE</b>			
Kõik täiskasvanud meeleoluhäiretega inimesed	Kas kõigile meeleoluhäiretega inimestele tuleks tagada sotsiaalse rehabilitatsiooni teenused?	... võrreldes muude psühhiaatriliste diagnoosidega?	Kas see parandab ravisoostumust?

Pärast küsimuste sõnastamist tööühm otsustab, missugune on küsimustes kajastatud sekkumiste võimalik mõju tervishoiuressurssidele ja missugused küsimused vajavad soovitusel sõnastamisel mõju analüüsi.

## 3. Tõendusmaterjal rehabilitatsioonijuhiste koostamiseks

### 3.1. Olemasolevate juhiste otsimine ja hindamine

Rehabilitatsioonijuhised peavad olema tõenduspõhised ja usaldusväärsed, võtma arvesse tervise- ja sotsiaalhoolekande väärtushinnanguid ja eelistusi ning vastama mõlema süsteemi võimalustele. Tõenduspõhise tagab teaduskirjanduse põhjalik läbitöötamine ja olemasoleva teadmise hindamine ja analüüs. Soovituste usaldusväärsus tagatakse tõendusmaterjali kvaliteedi hindamise ja analüüsi käigu struktureeritud esitamisega ning kompetentse meeskonna kaasamisega.

Üldiselt nii kliiniliste ravijuhendite kui ka teiste riikide rehabilitatsioonijuhiste kogemused näitavad, et juba olemasolevad juhised on küll väga oluliseks sisendiks juhise koostamisele, kuid üks-ühele ei ole neid võimalik kunagi üle võtta, kuna juhised ei põhine ainult teaduskirjandusel vaid ka eksperthinnangutel ning need on tavaliselt väga riigi-spetsiifilised. Siiski võib üks või mitu olemasolevat juhise võtta eeskujuks ja alusmaterjaliks Eesti juhise koostamisel. Sealjuures on oluline, et soovitude väljatöötamisel oleks hinnatud kasutatud tõendusmaterjali kvaliteeti ja seda dokumenteerida vastavalt järgnevale algoritmile:

- rehabilitatsioonijuhise kvaliteet sõltub kasutatud süstemaatiliste ülevaadete, metaanalüüside ja teadusuuringute kvaliteedist;
- usaldusväärsete ja asjakohaste tõendusmaterjalide kasutamisel juhise soovitude koostamisel koostatakse soovitusteni jõudmise tabeleid;
- kui sihistatud küsimusele vastamiseks ei leita usaldusväärseid juhiseid, kus soovitude sõnastamise käik on jälgitav ja dokumenteeritud, siis otsitakse teemakohaseid süstemaatilisi ülevaateid ja metaanalüüse ning hinnatakse nende kvaliteeti.

Olemasolevate juhiste süstemaatilist otsingut alustatakse andmebaasidest, mis sisaldavad erinevaid ravijuhendeid ning sh rehabilitatsioonijuhiseid. Lisaks sellele vaadatakse üle vastavate rahvusvaheliste erialaorganisatsioonide veebilehed.

Käesoleva projekti raames otsisime meeleoluhäirete suuniste vahenduskeskustest ja vaimse tervise häireid käsitlevate väljakujunenud suuniste koostajate, sealhulgas *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* (4), *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*(5,6), *Finnish Practical Guidelines (Käypä hoito-suositus)* (7,8), *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)* (9–11), *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)*(12–14), *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)* (15), *British Association for Pharmacology (BAP)* (16), Horvaatia psühhiaatrite Ühing, Horvaatia Affektiivsete häirete Assotsiatsioon, Horvaatia Kliinilise psühhiaatria Assotsiatsioon (17).

Samuti tehti otsing Medline'is, Cochrane'i raamatukogus ja PsycINFOs kasutades avaldamise tüübina terminit "juhised" ja pealkirjana või kliinilise teemana "meeleoluhäired". Kaasamiskriteeriumid olid järgmised: suunis pidi olema avaldatud pärast 2010. aastat, suunis pidi olema kirjutatud inglise keeles või saksa keeles või soome keeles ning soovitud pidid olema välja töötatud kindla ja süstemaatilise protsessi abil.

Kõigi juhiste puhul, mida plaanitakse kasutada tõendusmaterjali allikatena, hinnatakse nende kvaliteeti töövahendiga AGREE. Prioriteet antakse nendele juhisele, mille kohta on avalikustatud tõendusmaterjali kokkuvõtted, näiteks GRADE-i uuringutulemustest kokkuvõtete tabelid, tõendusmaterjalist soovituseni jõudmise (EtD) tabelid või viited süstemaatiliste ülevaadete sisule. Võimalike huvide konfliktide ohjamiseks tuleb kõrvale jätta juhised, mille kohta ei ole avaldatud rahastajat ega meetmeid. Käesoleva rehabilitatsioonijuhise hindamise käigus tuvastasime 9 kehtivat suunist, mis olid potentsiaalselt sobivad kohandamiseks. Need suunised vaadati läbi ja hinnati AGREE meetodiga, mida kasutatakse suuniste

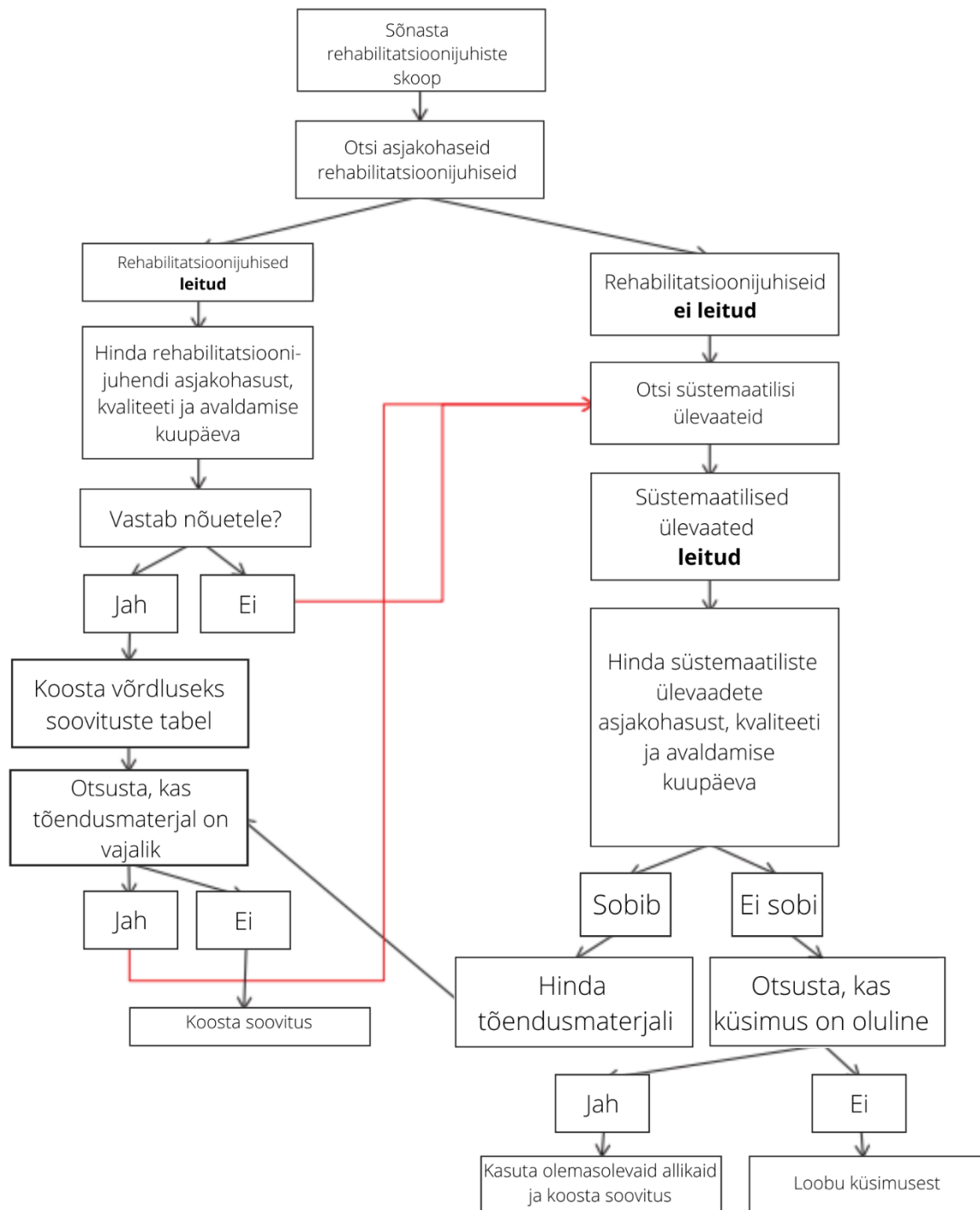
väljatöötamise metoodilise ranguse ja läbipaistvuse hindamiseks. Antud hindamise põhjal leidsime, et suunised olid kohandamiseks sobiva kvaliteedi ja sisuga. Meeleoluhäirete valdkonna rehabilitatsioonijuhiste hindamise kokkuvõtte AGREE meetodiga on toodud Lisas 1.

Pärast esialgset läbivaatamist hinnatakse kaasatavaid juhiseid põhjalikult kahe kriteeriumi alusel:

- Kas olemasolevate juhiste soovitusel vastavad kavandatud juhise käsitusala küsimustele?
- Milline on juhise kvaliteet töövahendiga AGREE hinnates?

Täiendavat tõendusmaterjali on vaja koguda siis, kui erinevates juhistes olevad soovitusel ei kattu või kui neis on olulisi erisusi. Kui aga juhises on esitatud tõendusmaterjali alusena GRADE uuringutulemuste tabelite kokkuvõtteid, võib neid uuendada ja seejärel hinnata soovitusel uuesti, arvestades lisaks kulude, kohalike olude, eelistuste ja teostatavusega.

Järgnevalt on toodud kokkuvõtte tõendusmaterjali kogumisest.



Joonis 2. Tõendusmaterjali kogumine ja kvaliteedi hindamine

### 3.2. Juhiste soovitude hindamine ja ülevõtmine

Rehabilitatsioonijuhiste koostamisel on praktiline ja tõhus kasutada tõendusmaterjali ning soovitusi, mis on pärit juba olemasolevatest juhistest ning koostada olemasoleva tõendusmaterjali sünteesimisel täiesti uusi soovitusi ainult vajadusel. Siiski peab arvestama, et kuigi konkreetsete soovitude aluseks olev tõendusmaterjal on rahvusvaheline, siis sihtrühma väärtused ja eelistused ning soovitude rakendatavus ning kulud on alati riigispetsiifilised ja seetõttu on oluline võimalikult laia töögrupi kaasamine.

Selleks et otsustada, kas Eesti rehabilitatsioonijuhise koostamiseks saab kasutada tõenduspõhist ja usaldusväärset rahvusvahelist juhust, tuleb võrrelda Eesti juhise käsitlevalas sõnastatud sihstatud küsimusi olemasoleva rahvusvahelise juhise soovitustega.

Juhiste ülevõtmisel ja kohandamisel on tavaliselt kaks suuremat eesmärki: 1) olemasoleva inimressursi optimaalne kasutamine ning 2) vastavalt kohalikele oludele muuta juhise valitud sihtrühma jaoks paremini kasutatavaks. Nagu eelnevalt juba mainitud, siis otsest juhise ülevõtmist on keeruline teostada ja enamasti kohandatakse olemasolevaid juhiseid vastavalt oma riigi tingimustele. Selle eelduseks on muidugi see, et aluseks oleksid usaldusväärsed juhised ning põhjalik dokumenteerimine.

Rehabilitatsiooniplaanis kajastuvad soovitusel peavad selgelt lähtuma konkreetse kasutaja (nt ühiskonna, süsteemi või inimese) vaatepunktist ning peab olema selge, milliseid tulemusindikaatoreid ning kriteeriume soovituste andmisel arvestati. Soovitus peab olema sõnastatud selgelt ja konkreetset ning kirjeldama tegevust ühemõttelist (nt kasutage kõigile haigusega A inimestele sekkumist X).

Kõigi soovituste juures määratakse soovituste suund (poolt/vastu), tugevus (tugev/nõrk) ning soovituste sõnastamiseks kasutatud tõendusmaterjali usaldusväärsus ehk tõendatuse tase (kõrge/mõõdukas/madal/väga madal). Soovituste koostamiseks kasutatakse tõendusmaterjali kokkuvõtet (EtD). Iga juhises oleva küsimuse soovitus arvestab küsimuse kohta käivat tõendusmaterjali ja selle kvaliteeti, võimalikke kasu-kahtu vahekordi, inimeste väärtushinnanguid ja eelistusi ning soovitusega seotud tegevuste rakendatavust ja teenuse võrdset kättesaadavust.

Tõendatuse astet väljendatakse neljas kategoorias: kõrge, mõõdukas, madal ja väga madal.

- Soovitusel on **kõrge tõendatuse aste**, kui väga heal tasemel teostatud uuringud (enamasti randomiseeritud kliinilised uuringud) näitavad sekkumise mõju kohta kriitiliste ja/või väga oluliste tulemusnäitajate osas samasuunalist tulemust.
- Soovitusel on **mõõdukas tõendatuse aste**, kui tõendus sekkumise mõju kohta pärineb teatavate meetodiliste puudujääkidega randomiseeritud kliinilistest uuringutest ja/või väga hea kvaliteediga muu kavandiga uuringutest (nt kohort-, juhtkontrolluuringutest).
- Soovitusel on **madal tõendatuse aste**, kui tõendus sekkumise mõju kohta pärineb oluliste meetodiliste puudujääkidega randomiseeritud kontrollitud uuringutest ja/või kvaliteetsetest muu kavandiga uuringutest (nt kohort-, juhtkontrolluuringutest).
- Soovitusel on **väga madal tõendatuse aste**, kui tõendus põhineb meetodiliste puudujääkidega uuringutel, eksperidihinnangutel või käsitleb olukordi, kus ei ole võimalik vastavaid uuringuid läbi viia või on tegemist töökorraldusliku lahendusega, mis põhineb tööühma kokkuleppel, s.o tegemist on praktilise soovitusega.

Soovituse tugevus näitab, et soovituse järgimisest tulenevad oodatavad tulemused ületavad ebasoodsaid mõjusid. Oodatavad tulemused võivad olla nt kasulikud tervisetulemid, väiksem koormus ja suurem kokkuvõte. Ebasoodsateks mõjudeks on nt tervisekahjud, kasvav koormus ja senisest suuremad kulud.

GRADE meetod määratleb kahte liiki soovitusi – tugevaid ja nõrku (ehk tingimuslike). Tugeva soovituse andmisel saavad juhise koostajad olla kindlad, et soovituse järgimise oodatavad tulemused kaaluvad üles ebasoodsad mõjud. Soovitus võib olla sekkumise (nt kognitiiv-käitumisteraapia vms) poolt või vastu. Nõrga soovituse andmisel võib tööühmal tekkida aga vastupidine arvamus, et selle täitmisest tulenevad oodatavad tulemused ületavad ebasoodsaid mõjusid.

Soovituse usaldusväärsuse huvides peab tööühm kaaluma kõiki teadaolevaid tegureid ja põhjendama oma otsuste põhjuseid üksikasjalikult. Tugev soovitus tehakse ainult juhul, kui soovitatud sekkumine vastab Eesti sotsiaalsüsteemi suutlikkusele (nt Eestis mitte kasutusel olevaid sekkumisi ei saa soovitada).

**Tugeva soovitusel mõju**

- Teenuse saajatele: enamik teatud olukorras olevaid inimesi tahaksid saada soovitatud sekkumisi ning ainult vähesed ei tahaks.
- Rehabilitatsiooniteenuse osutajale: enamiku teenuse saajate rehabilitatsioonis peaks kasutama soovitatud tegevusi. Soovitusel järgimine on heal tasemel tervishoiu ja rehabilitatsiooni seisukohalt mõistlik abinõu.
- SKA-le: soovitusel on võimalik suuremas osas olukordades kasutada ja seda saab kasutada, et hinnata pakutava teenuse kvaliteeti.

**Nõrga ehk tingimusliku soovitusel mõju:**

- Teenuse saajatele: osa nende olukorras olevaid inimesi tahaksid soovitatud sekkumist, kuid mõned siiski mitte.
- Rehabilitatsiooniteenuse osutajale: on valmis aitama teenuse saajaid sellise otsuse langetamisel, mis on kooskõlas nende endi väärtushinnangutega.
- SKA-le: vajadus arutelu ja huvitatud osapoolte kaasamise järele.

Samuti võib juhtuda, et on vaja anda selliseid soovitusi, mille otsuse tegemiseks puudub juhustest või süstemaatilistest ülevaadetest tulenev tõendusmaterjal (tavaliselt praktilised riigispetsiifikaga seotud soovitusel). Sellises olukorras peab töörühm dokumenteerima soovitusel koostamise põhjused ja oma soovitusel kujunemise põhjendused.

## 4. Tõendusmaterjali kvaliteedi hindamine

Kogutud tõendusmaterjali hindamine on juhiste väljatöötamisel väga oluline, sest see võimaldab sõnastada soovitusel. Kui olemasolevates juhistes ei ole esitatud tõendusmaterjali profiile, tuleb süstemaatiliste ülevaadete kokkuvõtmiseks vastavad profiilid valmistada, hinnata tõendusmaterjali kvaliteeti ja välja töötada soovitusel GRADE meetodiga. See on eriti oluline, kui olemasolevate juhiste soovitusel on lahknevisi. GRADE meetod võimaldab struktureeritult ja objektiivselt hinnata iga tulemuse tõendusmaterjali kvaliteeti. Iga küsimuse kohta peaks olema olemas tõendusmaterjal (süstemaatilistest ülevaadetest), mis sisaldaks teavet oluliste tulemuste kohta (olenevalt küsimusest käsitledes nii kasusid kui ka kahjusid).

Kui GRADE tõendusmaterjalist kokkuvõtteid ei ole, peab rehabilitatsioonijuhiste koostajate töörühm otsustama, kas vaadata uuesti läbi soovitusel aluseks olevaid süstemaatilisi ülevaateid ja koostada kokkuvõtteid või kasutada lihtsalt olemasolevaid soovitusel arvestades kulude, kohalike olude ja eelistuste ning teostatavuse näitajaid.

GRADE meetodil on kaks peamist etappi: tõendusmaterjali hindamine ja uuringutulemustest kokkuvõtte koostamine.

Hinnang põhineb järgmistel kriteeriumidel:

- uuringu liik ja kõik uuringute korraldamise ja analüüsiga seotud piirangud;
- erinevates uuringutes saadud tulemuste omavaheline kooskõla;
- tulemuste täpsus (laiad või kitsad usaldusvahemikud);
- tõendusmaterjali kasutatavus või väline valiidsus teenuse saaja/sihtrühma ja sekkumiste suhtes, samuti olukordade suhtes, kus sekkumist kasutada võidakse;
- nn publitseerimisvigade (teabe valikulise avaldamise) tõenäosus.

Tõendusmaterjali kvaliteeti liigitatakse kõrgeks, mõõdukaks, madalaks või väga madalaks. Tasemete määratlused esitatakse allpool.

Tabel 2. Teadusliku tõenduse kvaliteet (18,19)

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.

## 5. Soovituste koostamine

### 5.1. Tõendusmaterjalist soovitusteni jõudmine

Lõplikud soovitused peaksid täpsustama võetud vaatenurka (nt teenuse saaja, tervishoiusüsteemi või ühiskonna vaatenurk) ning seda, milliseid tulemusnäitajaid arvestati (sh kulusid, kui neid hinnati). Soovitused peaksid olema kirjutatud selgelt ja konkreetselt ning olema ühemõtteliselt mõistetavad (nt kõigile häire A all kannatavatele abivajajatele peaksid spetsialistid pakkuma teenust B).

Üldiselt saab rehabilitatsioonijuhise koostamise protsessi kokku võtta järgmiselt (20,21):

- Projektmeeskonna kokkupanek, kuhu peavad kindlasti kuuluma ka igapäevaselt valdkonnaga töötavad inimesed (antud projekti puhul kuulusid meeskonda lisaks Praxisele Gerli Paat-Ahi, Epp Laugaste-Poobus- psühholoog, Hanna Sova- psühhiaater, Mari Reilson- sotsiaaltöötaja Tartu Ülikooli, Elin Suits- füsioterapeut).
- Võimalusel inimeste ja nende pereliikmete kaasamine töörühma (käesoleva projekti raames see ei olnud võimalik).
- Töörühma huvide konflikti deklareerimine (antud juhise puhul ei olnud see asjakohane, kuna tegemist ei ole ravimite vms kasutusega).
- Juhise sihtrühma kirjeldus (käesolevas projektis oli selleks täiskasvanud meeleoluhäirete diagnoosiga inimene).
- Olemasolevate juhiste ja muude asjakohaste allikate tõenduse hindamine.
- Vastavalt olemasolevale tõendus põhisele materjalile soovitude koostamine.
- Soovituste konsensuslik ülevaatamine, sh kõigi osapoolte kommentaaride kaasamine.
- Juhise lõpliku versiooni väljatötamine.
- Välis hinnang, valideerimine (antud projekti käigus kasutasime selleks rehabilitatsioonimeeskonna liikmeid Benita Kodu AS-st ning Heaolu ja Taastumise Kool MTÜ-st).

#### *Tõendite valik*

Kõikide otsingutulemuste nimekirjade sõelumise viisid läbi kaks erinevat inimest. Erinevused hindamises selgitati arutelu käigus. Esimeses etapis jäeti välja ilmselt ainult kliinilise fookusega publikatsioonid ja duplikaadid. Seejärel vaadati üle ülejäänud artiklite kokkuvõtted ja kõik uuringud ning need, millel puudus sobiv uuringukava või mis ei vastanud teatavatele meetodilistele kriteeriumidele, jäeti välja. Lõpliku sõelumise viis läbi kaks töörühma liiget täistekstide tasandil, kasutades eelnevalt määratletud kaasamis- ja välistamiskriteeriume. Alles pärast mitme astmelist sõelumist hinnati ülejäänud uuringuid kvaliteedikontrolli nimekirjade abil.

#### *Kaasamiskriteeriumid*

Uuringu avaldamine alates 01.01.2012

Sellest võib kõrvale kalduda, kui:

- Teemat ei käsitletud ajakohastatavas suunises, millisel juhul võib tähtaega pikendada, või oli teada mõni meetodiliselt kvaliteetne süstemaatiline ülevaade uuemast perioodist, mille puhul võis teostada ajakohastatud otsingu alates avaldamise kuupäevast.
- Meeleoluhäirete diagnoos (ICD): iga uuringu puhul oli vähemalt kahel kolmandikul uuringupopulatsioonist F30-diagnoos ja maksimaalselt ühel kolmandikul uuringupopulatsioonist oli mõni muu F30-diagnoos (F30-F39).
- Uuringupopulatsioon koosnes täiskasvanutest (vanus  $\geq 18$ ).

#### *Väljaarvamise kriteeriumid*








- Väljaanded, mis olid kättesaadavad ainult kokkuvõtetena.
- Valepositiivsed leiud (nt narratiivsed ülevaadet süstemaatiliste ülevaadete otsimisel).

## 5.2. Soovituste tõendatuse taseme määramine

Juhised annavad soovitusi, millel on erinev raskusaste (A: soovitame, B: pakume nõu, O: võib kaaluda, KKP: hea kliiniline tava/eksperdi arvamus), mis põhinevad GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) terminoloogial.

Soovituste tugevused on erinevates juhistes üldjuhul jagatud nelja kategooriasse (kõrge, mõõdukas, madal ja väga madal). Soovituste tugevusi on märgistatud erinevalt, nii täheliselt (nt A,B,C ja D), numbriliselt (I, II, III, IV) kui ka erinevate tingmärkidega. Käesoleva analüüsi raames kasutame tingmärke, kuna uuringu korraldajate arvates on need kõige kiiremini hoomatavamad ja visuaalselt paremini haaratavamad.

### Soovituse tugevus ja suund (12)

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

Juhiste kvaliteedinäitajad hõlmavad Gaebel *et al.*, 2020 (20) kohaselt kolme kvaliteedi dimensiooni:

- **Struktuurne kvaliteet:** hõlmab rehabilitatsiooni üldtingimusi. Selles kirjeldatakse muuhulgas rehabilitatsiooni korraldust, dokumentatsiooni ja asjasse puutuvate ametirühmade kutsekvalifikatsiooni.
- **Protsessi kvaliteet:** rehabilitatsiooniteenuste osutajate ja teenuse saajate vahelised vastasmõjud ja tegevused ning indikaator kirjeldab nende vastavust juhises soovitatud praktikatele.
- **Tulemuste kvaliteet:** kirjeldab rehabilitatsiooniteenuse tulemusi, mis võivad hõlmata ka näiteks sümptomaatilisi muutusi, funktsionaalset taset ja teenusega rahulolu.

### 5.3. Soovituste tugevuse hindamine

Soovituse tugevus annab üldjuhul infot selle kohta, mil määral saab kindel olla, kas soovitus rakendamiseks tulenevad oodatavad mõjud ületavad soovimatuid mõjusid. Kõige sagedamini loetakse soovitud mõjudeks kasulikke tervisetulemeid (paranenud tervisenäitajad, hea ravisoostumus vms) ning sellest tulenevat väiksemat (hooldus)koormust ja suuremat kulutuste kokkuhoidu. Soovimatuks mõjuku loetakse eelkõige kahjusid ja kasvavaid kulusid. GRADE meetod määratleb tugevaks soovitusseks selle, mille korral juhise koostamise tööühm on kindel, et soovitus järgimise oodatavad mõjud kaaluvad üles selle soovimatud mõjud. Sealjuures võib soovitus olla nii sekkumise poolt, kui ka selle vastu. Nõrga soovitus puhul võib tööühm järeldada, et selle täitmisest tulenevad oodatavad mõjud kaaluvad ilmselt üles selle soovimatud mõjud, kuid peab arvestama, et selles ei saa kindel olla. Nõrga soovitusse võib vahepeal tingida ka asjaolu, et lihtsalt ei ole piisavalt selle kohta uuringuid tehtud.

Soovituste koostamisel tekkivad peamised küsimusi tekitavad tegurid:

- Kvaliteetse tõendusmaterjali puudumine või vastuolulisus;
- Ebatäpsed või vastuolulised hinnangud kasu ja kahju kohta;
- Erinevused tervisetulemite väärtustamises (eelkõige üksikisiku tasandil);
- Ebapiisav kuluefektiivsus.

Vaatamata sellele, et ei ole täpset piiri, millal soovitus muutub tugevast nõrgaks, saab siiski ennustada teatud tegurite esinemisel soovitusse nõrgenemise tõenäosust. Tegurid, mis võivad mõjutada soovitusse tugevust, on ära toodud tabelis 2.

Tabel 2. Soovituste tugevust mõjutavad tegurid

Tegur	Näited tugevaks soovitusseks	Näited nõrgaks soovitusseks
<b>Tõendusmaterjali kvaliteet</b>	Paljud kõrgekvaliteetsed randomiseeritud uuringud on näidanud KKT kasulikkust meeleluhäirete rehabilitatsioonis	KKT kasulikkust meeleluhäiretega inimeste rehabilitatsiooni korral on uuritud ainult haigusjuhtude kirjeldustes
<b>Ebakindlus soovitud ja soovimatute mõjude tasakaalu suhtes</b>	Varane rehabilitatsioonialane sekkumine vähendab meeleluhäiretega inimeste suremust kohaldades ka ravisoostumust soodustavaid teraapiaid	Meeleluhäiretega inimestel väheneb grupiteraapia rakendamisel haiguse tagasilanguse tõenäosus vähesel määral, kuid suureneb teraapia katkestamise tõenäosus
<b>Ebakindlus või varieeruvus väärtuste ja eelistuste osas</b>	Meeleluhäirete diagnoosiga noored inimesed hindavad olulisemaks raviga saavutatavat eluea pikendamist võrreldes ravi toksilisusega	Meeleluhäiretega vanemaealised inimesed ei pruugi ravi toksilisusega arvestades ravi eluea pikendavat mõju kõrgemalt hinnata
<b>Ebakindlus, kas sekkumine on mõistlik ressursikasutamise viis</b>	Kogemusnõustamise madal maksumus meeleluhäirete all kannatavatel inimestel	Kliinilise psühholoogi poolt pakutava KKT kõrge maksumus meeleluhäirete all kannatavatel inimestel

#### Tugeva soovitusse mõju

- Teenuse saajatele: valdav enamik nende olukorras olevaid inimesi tahaksid saada soovitatud sekkumisi ning ainult vähesed ei tahaks;
- Spetsialistidele ja sotsiaalhoolekande töötajatele: enamiku teenuse saajate korral tuleb soovitatud rehabilitatsiooniteenust või sekkumist rakendada, kuna soovitusse järgimine on teenusekvaliteedi tagamise seisukohast mõistlik;

- Rehabilitatsiooniteenuse ja sotsiaalhoolekande korraldajatele: enamikes olukordades saab soovitud rakendada ning kvaliteedisüsteemi olemasolul soovitud kasutada erinevuste hindamiseks.

### Nõrga ehk tingimusliku soovitusel mõju

- Teenuse saajatele: suur osa nende olukorras olevaid inimesi tahaksid soovitud sekkumist, kuigi mõned siiski mitte;
- Spetsialistidele ja tervishoiu/sotsiaalhoolekande töötajatele: valmis aitama teenuse saajaid sellise otsuse langetamisel, mis on kooskõlas nende endi väärtustega;
- Rehabilitatsiooniteenuse ja sotsiaalhoolekande korraldajatele: vajadus ulatusliku arutelu ja huvirühmade kaasamise järele;
- Kuigi üldiselt saab jagada soovitud tugevateks ja nõrkadeks, siis vajadusel võib soovitud tugevusele lisada täpsustava piirangu või selgituse, nt tugev/usaldusväärne või tugev/piirangutega. Sellised täiendused aitavad muuhulgas vajadusel täpsustada ka sihtrühma, seada tingimusi ja välistada vale tõlgendamise võimalust.

Samuti on väga oluline soovitud sõnastus. Peab jälgima, et soovitud oleks ühemõtteline ja selgelt arusaadav, samuti peab sõnastusest üheselt selguma soovitud tugevus. Alltoodud tabelis on esitatud mõned näited.

Tabel 3. Võimalikud soovitud sõnastused

	Esimene sõnastus	Teine sõnastus	Kolmas sõnastus	Neljas sõnastus
<b>Tugev soovitus (poolt)</b>	Vajalik on...	Spetsialistid peavad...	Tuleb...	Kindlasti teha/kasutada...
<b>Nõrk soovitus (poolt)</b>	Võiks..	Spetsialistid võivad...	Soovitame teatud tingimustel...	Pigem kasutada...
<b>Nõrk soovitus (vastu)</b>	Ei tohiks...	Spetsialistid võiks mitte...	Ei soovita teatud tingimustel...	Pigem mitte teha/kasutada...
<b>Tugev soovitus (vastu)</b>	Ei ole õige...	Spetsialistid ei tohi...	Ei tohi kasutada...	Kindlasti mitte teha/kasutada...

## 6. Rehabilitatsioonijuhise rakendamine ja uuendamine

Rehabilitatsioonijuhise edukaks rakendamiseks tuleb saavutada rehabilitatsiooniteenuse osutajate, abivajajate ja teiste asjaga seotud osapoolte teadlikkus ja heakskiit ning tegevused tuleb põhjalikult läbi mõelda ja neid rakenduskavas detailselt kirjeldada. Tegevused tuleb rakenduskava koostamisel planeerida ajaliselt ning samuti tuleb kaaluda erinevaid aspekte (sh mõõtmis- ja hindamissüsteemi olemasolu) ja rakendamiseks vajalikke ressursse.

Rakenduskava koostamisel tuleb samuti näiteks tuvastada võimalikud takistused ja koostada plaan nende likvideerimiseks. Samuti oleks oluline ära määratleda tulemuslikkuse kriteeriumid, millega edukust mõõta. Samuti peavad rakenduskavas olema selgelt esitatud vajaminevad ressursid (sh raha, töötajad ja aeg). Läbi tuleb mõelda kuidas oluline teave jõuab huvitatud osapoolteni ja leida kõneisikud, kes rehabilitatsioonijuhise kohta teavet levitaksid. Rakenduskava koostamisel on oluline veenduda, et kogutavad andmed peegeldavad adekvaatselt hetkeolukorda ja annavad lähtepositsiooni edasiseks muutuste jälgimiseks. Seetõttu peab ka kogu rakendusprotsessi monitoorima, seades sisse regulaarse hindamise süsteemi. Muidugi on oluline et oleksid määratletud selged rollid ja vastutajad iga tegevuse elluviimisel ning vahe-eesmärgid ja ajakava igale rakendusetegevusele.

Rehabilitatsioonijuhise koostamise protsessi käigus kasutatud ja koostatud dokumendid avaldatakse elektroonses keskkonnas. Avalikud dokumendid on kättesaadavad ja printitavad veebilehel (nt SKA), kus on:

- Täielik rehabilitatsioonijuhis (maksimaalselt 40 lehekülge + lisad),
- Rehabilitatsioonijuhiste soovitude lühiversioon tabelina (5-10 lehekülge).

Rehabilitatsioonijuhise lühiversioonid peavad olema kasutajale kättesaadavad, mugavad ja printitavad PDF-versioonid, mida levitatakse vastavalt jaotuskavale.

Rakenduskava koostamisel tuleks arvestada järgmisi olulisi aspekte:

1. Tuvastada võimalikud takistused ja koostada abinõude plaan nendega toimetulekuks. Määrata edu kriteeriumid ja määrata neid kirjeldavad näitajad.
2. Mõõta näitajate baastase (nt mitu rehabilitatsiooniasutust täna teemaga seotud on ja juhust vajaksid). Veenduda, et kogutavad andmed peegeldavad adekvaatselt hetkeolukorda ja annavad lähtepositsiooni edasiseks muudatuste jälgimiseks ning auditeerimiseks.
3. Tuvastada ressursside vajadus. Rakenduskavas peavad olema selgelt esitatud vajaminevad ressursid, sealhulgas finantseerimine, töötajad ja aeg.
4. Selgitada välja koolitusvajadus ja planeerida vajalikud tegevused rakenduskavas.
5. Kavandada teavitus, mõeldes läbi, kuidas oluline teave jõuab erinevate huvirühmadeni tuvastades kõneisikud, kes teavet edastavad.
6. Kasutada juba olemasolevaid võimalusi (nt võrgustikke, kliiniliste- ja tulemusjuhtimise süsteeme) uute loomise asemel.
7. Monitoorida rakendusprotsessi, seades sisse regulaarse hindamise süsteemi.
8. Anda tagasisidet ja esitada aruanne rakendamise kohta Nõukojale kokkulepitud ajavahemiku möödudes.
9. Määratleda selged rollid ja vastutus iga tegevuse jaoks.
10. Kehtestada vahe-eesmärgid ja ajakava igale rakendusprotsessi etapile.

Üldjuhul uuendatakse koostatud juhust viie aasta möödudes selle avaldamisest. Kui ilmneb uusi olulisi tõendusmaterjale, mis võivad muuta seniste soovitude sisu, võib juhust uuendada ka varem. Näiteks juhul, kui tervishoiu- või sotsiaalhoolekandesüsteemis toimuvad olulised muudatused või kui

rehabilitatsioonijuhise rakendamise hindamise tulemused osutavad vajadusele soovitud uuesti läbi vaadata. Rehabilitatsioonijuhise uuendamisel tuleb arvestada ka sellega, et vajalik oleks muuta käsitlusala. Rehabilitatsioonijuhise uuendamine toimub samade põhimõtete kohaselt, kui rehabilitatsioonijuhise koostamine.

# Kasutatud kirjandus

1. NICE. Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care. Clinical Guideline 123 [Internet]. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2011. Available from: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
2. 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>
3. British Society of Rehabilitation Medicine. Vocational Rehabilitation: BSRM brief guidance [Internet]. British Society of Rehabilitation Medicine; 2021. Available from: <https://acpohe.csp.org.uk/system/files/documents/2022-05/bsrmvocrehab-final7-9-21.pdf>
4. NICE. Bipolar Disorder: The NICE Guideline on the Assessment and Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Young People in Primary and Secondary Care [Internet]. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2014 [cited 2022 Jul 7]. (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK498655/>
5. SIGN. Bipolar affective disorder: a national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2005.
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Non-pharmaceutical management of depression in adults: a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.
7. Käypä hoito-suositu. Depressio.
8. Käypä hoito-suositus. Kaksisuuntainen mielialahäiriö.
9. Gühne U, Weinmann S, Ridell-Heller S, Becker T. Kurzfassung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF; 2018.
10. DGBS, DGPPN. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion [Internet]. DGBS, DGPPN; 2018. Available from: [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/02c5331d181fbf33dfb4c774c6e6a23e80f358aa/S3\\_Leitlinie%20Bipolar\\_11052012\\_.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/02c5331d181fbf33dfb4c774c6e6a23e80f358aa/S3_Leitlinie%20Bipolar_11052012_.pdf);
11. DGPPN; BÄK; KBV; AWM, Ärztliches Zentrum Für Qualität In Der Medizin (ÄZQ). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage [Internet]. DGPPN; BÄK; KBV; AWMF; 2015 [cited 2022 Jun 2]. Available from: <https://www.leitlinien.de/themen/depression/pdf/depression-2aufl-vers5-lang.pdf>
12. Lam RW, Kennedy SH, Parikh SV, MacQueen GM, Milev RV, Ravindran AV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Introduction and Methods. Can J Psychiatry. 2016 Sep;61(9):506–9.
13. Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, Ortiz A, McIntosh D, Morehouse RL, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 5. Complementary and Alternative Medicine Treatments. Can J Psychiatry. 2016 Sep;61(9):576–87.
14. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018

- guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018 Mar;20(2):97–170.
15. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Fitzgerald PB, Fritz K, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2015 Dec;49(12):1087–206.
  16. Goodwin G, Haddad P, Ferrier I, Aronson J, Barnes T, Cipriani A, et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2016 Jun;30(6):495–553.
  17. Strkalj-Ivezic S, Urlic I, Mihanovic M, Restek-Petrovic B. Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju u liječenju oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja. *MEDIX, God 14 Br 77 Supplement 1.* 2008;77(1).
  18. 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.
  19. 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.
  20. Gaebel W, Falkai P, Hasan A. The revised German evidence- and consensus-based schizophrenia guideline. *World Psychiatry.* 2020 Feb;19(1):117–9.
  21. Hasan A, Falkai P, Lehmann I, Janssen B, Wobrock T, Zielasek J, et al. Die aktualisierte S3-Leitlinie Schizophrenie: Entwicklungsprozess und ausgewählte Empfehlungen. *Nervenarzt.* 2020 Jan;91(1):26–33.

# Lisa 1. Meeleoluhäirete käsitus rehabilitatsiooniasutuses

Järgnevalt on toodud ülevaade erinevatest meeleoluhäirete käsitusala küsimustest rehabilitatsiooni kontekstis. Selleks oleme välja valinud kõige asjakohasemad meeleoluhäirete teemalised juhised (vt järgmist tabelit) ning seejärel on toodud erinevad küsimused, mida juhistes on käsitletud ning mida saaks kohandada Eesti konteksti. Siinjuures tuleb silmas pidada aga asjaolu, et ainult rehabilitatsioonile suunatud juhiseid ei ole eriti palju, kuid on üldiseid mahukad juhised, mis sisaldavad muuhulgas ka rehabilitatsiooni osa. See tuleneb paljustki sellest, et suures osas riikides on rehabilitatsiooniteenus tihedalt integreeritud, kas tervishoiu või muude kogukonna teenustega. Kuna enamikes riikides on rehabilitatsiooniteenus tihedalt seotud kliinilise meditsiiniga (tihti üks meditsiini osa), siis on väljatoodud juhistes räägitud meeleoluhäirega patsientidest (Eesti kontekstis räägime aga teenuse saajatest).

Juhendid	Juhendi fookus	Viide
<p>Austraalia ja Uus-Meremaa juhendid:</p> <p><i>Austraalia ja Uus-Meremaa Kuningliku Psühhiaatrie Kolledži (RANZP) meeleoluhäirete kliinilise praktika suunised</i></p>	<p>Ajakohaseid juhiseid meeleoluhäirete raviks ja käsitlemiseks täiskasvanutele (18+ vanuses), mis põhinevad tõenditel ja kliinilisel kogemusel. MDcpg 2020 juhised säilitavad nii depressiooni kui ka bipolaarse häire fookuse. Juhised on mõeldud kliiniliseks kasutamiseks psühhiaatriele, psühholoogidele, esmatasandi arstidele ja teistele vaimse tervise hooldusest huvitatud isikutele. Tähelepanu on pööratud ka integreeritud meeskonna tähtsusele meeleoluhäiretega patsientide puhul. Mõõduka kuni raske meeleoluhäirega inimeste optimaalne teraapia ei nõua mitte ainult mitme tervishoiutöötaja, sealhulgas perearsti, vaimse tervise õe, psühhiaatri ja psühholoogiliste nõustajate kaasamist, vaid ka perekonna, hooldajate ja tugirühmade aktiivset koostööd integreeritud hooldusmeeskonna osana. MDcpg 2020 algavad uue jaotusega meeleoluhäirete etioloogia ja patogeneesi kohta, mis kajastab uusi teadmisi põhi- ja kliinilises neuroteaduses. Sellele järgneb ajakohastatud klassifitseerimine ning hindamise ja formuleerimise täpsustamine ning uus lõik, milles tutvustatakse meeleoluhäirete kliinilise ravi uusi mudeleid. Meeleoluhäirete käsitus on jagatud depressiivsete ja bipolaarsete häirete vahel. Tuleb rõhutada, et MDcpg20 ei tee enam vahet bipolaarse 1. ja bipolaarse 2. häire vahel. MDcpg 2020 juhised keskenduvad rohkem ravile, ja eriti psühholoogilisele ravile ja kahjuks sisaldavad vähe soovitusi, mis hõlmaksid ka sotsiaalset rehabilitatsiooni.</p>	<p><a href="https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/mod-disorders-cpg-2020.aspx">https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/mod-disorders-cpg-2020.aspx</a></p>
<p>Sotimaa juhendid:</p> <p><i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Non-pharmaceutical management of depression in adults: a national clinical guideline</i></p> <p><i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Bipolar affective disorder: a national clinical guideline</i></p>	<p>Multidistsiplinaarne võrgustik (SIGN) töötas välja eraldi juhised depressiooni (2010) ja bipolaarse häirete kohta (2009), rakendades standardset süstemaatilise kirjanduse ülevaate metoodikat. Suunistes kirjeldatakse laia valikut soovituslike ja mittefarmatseutilisi ravimeetodeid depressiooniga inimestele. See sisaldab 11 jaotist ja sisaldab soovitusi psühholoogiliste ravimeetodite, eneseabi, kehalise tegevuse ja elustiili muutmise, taimsete ravimite ja toidulisandite, täiendavate ja alternatiivsete ravimeetodite kohta. Muude meetodite, nagu nõustamine, pereteraapia, musikaterapia või hüpnooteraapia puhul ei tundu olevat piisavalt järjekindlaid tõendeid, millele soovitusi rajada. Lisaks tuleks kaaluda paariteraapiale keskendunud lähenemist, kui praegune suhe aitab kaasa depressioonile või kui partneri kaasamist peetakse potentsiaalseks terapeutiliseks kasuks.</p> <p>Bipolaarset afektiivset häiret on raske diagnoosida, eriti kui isikuid vaadeldakse ainult depressiivse faasi ajal. Nendes</p>	<p><a href="#">Non-pharmaceutical management of depression in adults. (SIGN Guideline No 114) (ashlandmhrb.org)</a></p> <p><a href="#">(PDF) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2005) Bipolar affective disorder: a national clinical guideline (researchgate.net)</a></p>



	<p>suunistes on tutvustatud ja hinnatud ka psühhosotsiaalseid sekkumisi, kuid need tuleb tuua üldisema tähelepanu alla. Käesolev juhised põhineb esmaste tõendite kriitilisel hindamisel. Juhised sisaldavad 10 jaotist, mis hõlmavad sissejuhatust, bipolaarse häire määratlust ja diagnoosimist, akuutset ravi, hooldust, reproduktiivtervise küsimusi, ainete kuritarvitamist, suitsiidide ennetamist, rakendamist ja auditeerimist ning teavet patsientide ja hooldajatega arutamiseks. Suunistes sisaldavad ka ravimite soovitusi sõltuvalt sellest, millises faasis klient praegu on (maania, depressioon). Psühhosotsiaalseid sekkumisi kirjeldatakse hooldusfaasis ja need hõlmavad erinevaid lähenemisviise, nagu näiteks sõbralikud, kognitiiv-käitumisteraapia, dialektiline käitumisteraapia, pereteraapia, interpersonaalne teraapia, patsiendi haridus, psühhosotsiaalne psühhoteraapia, eneseabirühmad, enesejuhtimine, tugivõrgustikud ja muud psühholoogilised ja/või psühhosotsiaalsed pakettid (tegevuste programmid).</p>	
<p>Kanada meeleolu- ja ärevushäirete ravivõrgustik (CANMAT):</p> <p><i>2018 Guidelines for the management of patients with bipolar disorder</i></p> <p><i>2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder</i></p>	<p>Kanada meeleolu- ja ärevushäirete ravivõrgustik (CANMAT) on välja töötanud kaks erinevat juhendit bipolaarse häirete ja depressiooni kohta. CANMAT koosneb 6 osast: (1) Haiguste koormus ja ravi põhimõtted, (2) Psühholoogilised ravimeetodid, (3) farmakoloogilised ravimeetodid, (4) neurostimulatsiooni ravimeetodid, (5) täiendavad ja alternatiivsed ravimeetodid ning (6) erirühmad (lapsed/noorukid, naised, eakad). Juhistes on küll olemas osa mis tegeles täiendavad ja alternatiivsed teraapiameetoditega. Näiteks kerge kuni mõõduka raskusastmega depressiooni puhul soovitatakse esimese või teise raviviisi ravimeetoditena liikumist, valgusravi ja joogat. Täiendav treening oli soovitud teises reas mõõduka kuni raske (MDD) depressiooni puhul. Muude kehaliste ravimeetodite ja looduslike tervisetoodete puhul on leitud vähem tõendeid. Kanada meeleolu- ja ärevushäirete ravivõrgustik (CANMAT) avaldas 2018. aastal, uuendatud bipolaarse häire ravijuhised. Need on oluliselt täiustatud ja sisaldavad diagnoosimise, ravi ja uute uuringute ajakohastusi farmakoloogilise ja psühholoogilise ravi kohta. Juhistes kirjeldatakse laialdaselt psühhohariduse tähtsust ja soovitusi selle kohaldamiseks (individuaalset või rühmas). Samas toodi välja et täiendavad psühhosotsiaalsed sekkumised on bipolaarne häirete teraapia oluline osa ja neid tuleks pakkuda kõigile inimestele. Psühhosotsiaalne haridus on ainuke esmavaliku psühhosotsiaalne sekkumine säilitusfaasis (1. tase), mida tuleks pakkuda kõigile inimestele.</p>	<p><a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bdi.12609">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bdi.12609</a></p> <p><a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez.srv.meduniwien.ac.at/pmc/articles/PMC4994791/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez.srv.meduniwien.ac.at/pmc/articles/PMC4994791/</a></p>
<p>Suur-Britannia juhendid:</p> <p><i>NICE guideline – National Institute for Care and Health Excellence - Depression in adults</i></p> <p><i>NICE guideline – National Institute for Care and Health Excellence -Bipolar affective disorders in adults</i></p>	<p>NICE juhised on koostatud eraldi täiskasvanute depressiooni ja bipolaarse häirete kohta. Lisaks on sotsiaalse rehabilitatsiooni teemat käsitletud suunistes, mis kirjeldavad soovitusi skisofreenia, bipolaarse häire ja psühhootilise depressiooniga klientidele. NICE suunistes depressiooni kohta on välja töötatud esmatasandi tervishoiutöötajatele alates 18-aastaste ja vanemate täiskasvanute depressiooni tuvastamiseks, raviks ja käsitluseks. Suunistes kirjeldatakse astmelise hoolduse raamistikku, milles selgitatakse, kuidas korraldada teenuste osutamist, ning toetatakse kliente, hooldajat ja praktikuid kõige tõhusamate sekkumiste tuvastamisel osutamisel ja neile juurdepääsu võimaldamisel. NICE juhendis toodud rehabilitatsiooni sekkumised on järgmised: igapäevaelu oskuste toetamine, sotsiaalsete oskuste toetamine – struktureeritud grupitegevused (sotsiaalsed, vaba aja veetmise või tööalased), mille eesmärk on parandada suhtlemisoskuseid ja kogukondliku- tegevuse toetamine (vaba aja tegevustes, hariduses ja töös). Juhtumikorraldajaks (määratud isikuks) võib olla näiteks isiku</p>	<p><a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng22">https://www.nice.org.uk/guidance/ng22</a></p> <p><a href="https://www.nice.org.uk/guidance/cg185">https://www.nice.org.uk/guidance/cg185</a></p>

	hoolduskoordinaator või võtmetöötaja kogukondlikes rehabilitatsiooniteenustes.	
<p>Soome rehabilitatsiooni korraldus:</p> <p><i>Käypä hoito -suositus: Depressio</i></p> <p><i>Käypä hoito -suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö</i></p>	<p>Soome juhised on koostatud eraldi depressiooni ja bipolaarse häirete kohta. Depressiooniga patsientide kõige levinum rehabilitatsiooni vorm on psühhoterapia ja see on võimalik saada riikliku tervishoiu kaudu või erapsühhoterapeutide käest tasudes, tervishoiu eest tasumise kohustusega või Kela toel. Tervishoiuseaduse kohaselt peab vald korraldama patsiendi arstiabiga seotud meditsiinilise rehabilitatsiooni (nt funktsionaalse võimekuse parandamisele ja säilitamisele suunatud teraapiad ning muud vajalikud rehabilitatsiooni soodustavad meetmed), välja arvatud juhul, kui tervishoiuteenuse osutamise seaduses sätestatud korras. Inimestele peaks rehabilitatsiooniplaani koostama ravi eest vastutava riikliku tervishoiuteenuse osutaja vastutav psühhiaater. Soovitav rehabilitatsioon peab olema sooritusvõime ja osaluse toetamiseks mõistlikult vajalik ning püstitada tuleb konkreetsed eesmärgid, mis on rehabiliteerija jaoks olulised. Vaimse tervise häiretega inimestele korraldatakse rehabilitatsiooni kursusi ja kohanemistreeneri kursusi, millele saab taotleda rehabilitatsioonihüvitamise või Vaimse Tervise Keskliidu raames. Bipolaarse häirega patsiente tuleb hinnata häire alguses ja haiguse eri etappides ning koostada ravi- ja rehabilitatsiooniplaan. Juhis töö välja et on oluline kombineerida patsiendi vajadustele vastavad farmakoloogilised ja mittefarmakoloogilised ravid individuaalseks ravi toetavaks raviplaaniks. Psühhosotsiaalsed teraapiad hõimavad: psühhoharidus, KKT, pereteraapia, inimestevaheline sotsiaalrütmiteraapia (IPSRT), interneti-põhine teraapia (veebiteraapia). Tervishoiuseaduse kohaselt peab KOV korraldama patsiendi arstiabiga seotud meditsiinilise rehabilitatsiooni (nt tegevusvõime parandamisele ja säilitamisele suunatud teraapiad ning muud vajalikud rehabilitatsiooni soodustavad meetmed), välja arvatud juhul, kui tervishoiuteenuse osutamise seaduses sätestatud korras. Kela rehabilitatsiooni psühhoterapia on mõeldud töö- või õppimisvõime toetamiseks 16-67 aastastele noortele, kelle vaimse tervise häire ohustab töö- või õppimisvõimet. Kela vajab patsiendi enda avaldust ja kvaliteetset rehabilitatsiooniplaani või psühhiaatria eriarsti või rahvatervise psühhiaatriaosakonna eriarsti väljavõtet, mille alusel saab hinnata rehabilitatsiooni psühhoterapia määramise võimalust. Psühhoterapiat on võimalik saada ka Kela kaudu meditsiinilise rehabilitatsioonina. Patsiendile peaks rehabilitatsiooniplaani koostama rahvatervise psühhiaater, noorukite psühhiaater või psühhiaater või psühhiaatriaosakonna spetsialiseerunud arst. Psühhoterapia rehabilitatsiooni sihtrühmaks on alla 65-aastased, kes viibivad ambulatoorsel ravil, kellel on olulisi esinemis- ja igapäevaelus osalemise raskusi ning kes vajavad rehabilitatsiooniteenuseid vähemalt aasta jooksul.</p>	<p><a href="https://www.julkari.fi/handle/10024/106982">https://www.julkari.fi/handle/10024/106982</a></p> <p><a href="https://www.kaypahoito.fi/khl00100">https://www.kaypahoito.fi/khl00100</a></p>
<p>Saksamaa juhend:</p> <p><i>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Hrsg.)</i></p> <p><i>S3-Leitlinie (Unipolar Depression)</i></p>	<p>Juhis on põhjalik ja sisaldab kogu meeleoluhäire diagnoosiga seotud käsitlust diagnoosimisest kuni rehabilitatsiooniteenuste osutamiseni. Rehabilitatsiooniteenust käsitlevas peatükis on eraldi toodud soovitused erinevate rehabilitatsiooniteenuste tagamise kohta (sh kirjeldatud erinevaid sekkumisi), rehabilitatsiooni integratsioonist teiste valdkondadega, rehabilitatsiooniteenuse koordineerimise kohta ja ka üldiste tervishoiu korralduslike küsimuste kohta.</p>	<p><a href="https://www.dgppn.de/Resources/Peristent/d689bf8322a5bf507bcc546eb9d61ca566527f2f/S3-NVL_depression-2aufl-vers5-lang.pdf">https://www.dgppn.de/Resources/Peristent/d689bf8322a5bf507bcc546eb9d61ca566527f2f/S3-NVL_depression-2aufl-vers5-lang.pdf</a></p> <p><a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-019l_S3_Bipolare-Stoerungen-Diagnostik-Therapie_2020-05.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-019l_S3_Bipolare-Stoerungen-Diagnostik-Therapie_2020-05.pdf</a></p>

<p><i>S3 Leitlinien Bipolare Störungen</i></p>		
<p>Horvaatia juhendid:</p> <p><i>Horvaatia Psühhiaatrite Ühing, Horvaatia Affektiivsete Häirete Assotsiatsioon, Horvaatia Kliinilise Psühhiaatria Assotsiatsioon</i></p> <p><i>Klinicke smjernice za liječenje depresije (Clinical guidelines for the treatment of depressive disorder)</i></p> <p><i>Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju u liječenju oboljelih od bipolarnog afektivnog poremećaja (Guidelines for psychosocial interventions and psychotherapy in patients with bipolar affective disorder)</i></p>	<p>Horvaatia suunised bipolaarsete häirete ja depressiooni kohta on koostatud eraldi. Psühhosotsiaalsete meetodite ja psühhoteraapia kohaldamise standardid bipolaarse afektiivse häire puhul on tõendus põhised. Teraapia korraldamisel on soovitatav järgida kogukonnapsühhiaatria mudelit, mis hõlmab sobivaid diagnostilisi te ja terapeutilisi sekkumisi, erinevaid teenuseid ja nende vastastikust koostööd ning multidistsiplinaarset meeskonda. Järgmiste psühhosotsiaalsete sekkumiste rakendamine peaks olema osa bipolaarse häirega inimeste raviplaani ja põhineb individuaalse raviplaani koostamisel: pereteraapia, sotsiaalsete oskuste koolitus, juhtumikorraldus ja psühhoteraapia. Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni põhimõtteid, mis põhinevad võimestamisel, taastumisel ja elukvaliteedil, tuleks kasutada strateegia põhiprintsiipidena/eesmärgidena ravis, sõltumata psühhiaatrilise teenuse korralduse mudelist.</p> <p><b>Juhtumikorraldus ja kogukonnohooldus.</b> Kui sotsiaalsete funktsioonide kahjustused on väga ulatulikud, võivad juhtumikorraldus, psühhosotsiaalne rehabilitatsioon ja tööhõive tugiteenused olla väga kasulikud. Horvaatia juhised depressiooni teraapiaks põhinevad erinevate maailma psühhiaatriaühenduste suunistel ja Horvaatia kliinilises praktikas. Suunised hõlmavad erinevaid menetlusi, mis aitavad kaasa depressiooniga patsientide edukale kliinilisele ravile, ja hõlmavad: diagnoosimist, suitsiidiriski hindamist, statsionaarse ravi vajaduse hindamist, häire psühhosotsiaalset käsitlemist individuaalse raviplaani alusel, psühhofarmakonide suuniseid koos soovitusetega esimese, teise ja kolmanda ravivaliku kohta, psühhoteraapia suuniseid, eneseabimeetodeid, psühhosotsiaalseid meetodeid ja neurostimuleerivate bioloogiliste ravimeetodite kasutamise näidustusi</p>	<p><a href="http://www.psihijatrija.hr/site/wp-content/uploads/2020/02/SMJERNICE-DEPRESIJA-2020..pdf">http://www.psihijatrija.hr/site/wp-content/uploads/2020/02/SMJERNICE-DEPRESIJA-2020..pdf</a></p> <p><a href="https://www.medix.hr/smjernice-za-psihosocijalne-postupke-i-psihoterapiju-u-lijecenju-oboljelih-od-bipolarnog-afektivnog-poremeccaja">https://www.medix.hr/smjernice-za-psihosocijalne-postupke-i-psihoterapiju-u-lijecenju-oboljelih-od-bipolarnog-afektivnog-poremeccaja</a></p>



[PRAXIS.EE](http://PRAXIS.EE)