2022

praxis | mõttekoda

Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega täiskasvanute rehabilitatsioonijuhise koostamise teenus Sotsiaalkindlustusametile

LISA 2: Rehabilitatsioonijuhiste koostamise metoodika

Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond

Eesti
tuleviku heaks

SOTSIAALKINDLUSTUSAMET

Sisukord

Lühendid ja mõisted 3
1. Rehabilitatsioonijuhiste koostamise protsess 4
1.1. Rehabilitatsioonijuhiste vajalikkus 4
1.2. Juhiste koostamine 5
2. Rehabilitatsioonijuhise teemaalgatus ja käsitlusala koostamine 7
2.1. Juhisi teemaalgatus 7
2.2. Juhisi käsitlusala 7
2.3. Küsimuste sõnastamine 8
3. Tõendusmaterjal rehabilitatsioonijuhise koostamiseks 10
3.1. Olemasolevate juhisite otsimine ja hindamine 10
3.2. Juhisite soovituste hindamine ja ülevõtmine 12
4. Tõendusmaterjali kvaliteedi hindamine 15
5. Soovituste koostamine 16
5.1. Tõendusmaterjalist soovitusteni jõudmine 16
5.2. Soovituste tõendatuse taseme määramine 17
5.3. Soovituste tugevuse hindamine 18
6. Rehabilitatsioonijuhise rakendamine ja uuendamine 20
Kasutatud kirjandus 22
Lisa 1. Rehabilitatsioonijuhiste valimine AGREE meetodi abil 24
Lisa 2. Skisofreenia käsitlus rehabilitatsiooniasutuses – juhisid 25
Lisa 3. Skisofreenia rehabilitatsioonijuhise käsitlusala küsimused 27

Lühendid ja mõisted

AGREE	*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*
AHRQ	Ameerika Ühendriikide Tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeteenuste ministeeriumi tervishoiu-, teadus- ja kvaliteediamet
CADTH	Kanada ravimi- ja tervishoiutehnoloogia amet
DGPPN	*Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde*
GIN	*Guidelines International Network*
GRADE	*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*
KKT	Kognitiiv-käitumuslik teraapia
NICE	*National Institute for Care and Health Excellence*
NHS	*National Health System* (Ühendkuningriigid)
PERH	Põhja-Eesti Regionaalhaigla
PICO	*Population, intervention, comparison, outcome method*
SIGN	*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*
SKA	Sotsiaalkindlustusamet
TAI	Tervise Arengu Instituut
USA	Ameerika Ühendriigid

1. Rehabilitatsioonijuhiste koostamise protsess

1.1. Rehabilitatsioonijuhiste vajalikkus

Lisaks sellele, et puuduvad rehabilitatsiooniteenuse hindamise kohta instrumendid, puuduvad Eestis seni ka juhised, kuidas erinevaid rehabilitatsiooniteenuseid üldse läbi viia. Iga asutus kasutab praegu oma äranägemise järgi parimaid olemasolevaid praktikaid ja/või soovitusi, kuid ühtseid juhiseid ei ole. Juhiseid on vaja nii teenuse saaja kui teenuse osutaja jaoks. Nii teadus kui meditsiin arenevad kiiresti ja teenuseosutajal on keeruline ja ka aeganõudev koguaeg infot pidevalt läbi töötada ja praktikas kasutusele võtta. Juhises on aga kindla metoodika alusel välja töötatud tõenduspõhised soovitused tervist (teenust) mõjutavate tegevuste kohta. Juhis toetab ka teenuseosutajat teenuse läbiviimisel parimate otsuste tegemisel ning seeläbi on abivajajal võimalik saada tänapäevane, tõenduspõhine rehabilitatsiooniteenus ja parem tulemus.

Samas peab arvestama ka sellega, et juhis ei ole võluvits kõikide probleemide vastu. Ükskõik kui palju juhiseid me ei koosta, jääb alati teenuse kvaliteedis mingi varieeruvus, sest teenusesaaja ei ole näidisjuhtum õpikust – iga inimene on eriline ja kõigile ei sobi täpselt samasugune lähenemine. Siiski näitavad erinevate ravijuhiste kohta maailmas tehtud uuringud, et juhise kasutuselevõtt toob muutusi teenusesaaja tulemustes ning ka teenuse üldises korralduses sest teenuse praktikad ühtlustuvad.

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

Kuna seni ei ole Eestis ühtegi rehabilitatsioonijuhist koostatud ja antud projekti eelduseks on, et see oleks ka laiemalt kasutatav järgmiste rehabilitatsioonijuhiste koostamiste juures, siis on oluline selgeks teha ka üldised rehabilitatsioonijuhise koostamise põhimõtted. Seetõttu on koostatud ka käesolev lisa eraldi dokumendina.

Sotsiaalkindlustusamet (edaspidi SKA) on valinud esimeseks rehabilitatsioonijuhiseks juhise skisofreeniadiagnoosiga klientidele, kuna F20-F29 skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega tööealise sihtgrupp on aastatel 2019-2020 olnud üks levinumaid sotsiaalse rehabilitatsiooni teenustele suunamisi saanud häirete grupp, mistõttu on antud juhis päevakohane ja vajalik. Eestis on skisofreeniasse haigestumine püsinud suhteliselt stabiilne, Tervise Arengu Instituudi (TAI) statistika andmetel lisandub igal aastal umbes 600-700 haigusjuhtu, sealjuures haigestuvad mehed ja naised enamvähem võrdselt. 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, tõenduspõhine raamistik ja tegevuskava tööks kindla sihtgrupiga, mille tulemusena teenuseosutaja lähtub inimese piirangutest, nõrkustest ja tugevustest ning soovitud tulemustest, mitte kitsamalt diagnoosist.

1.2. Juhiste koostamine

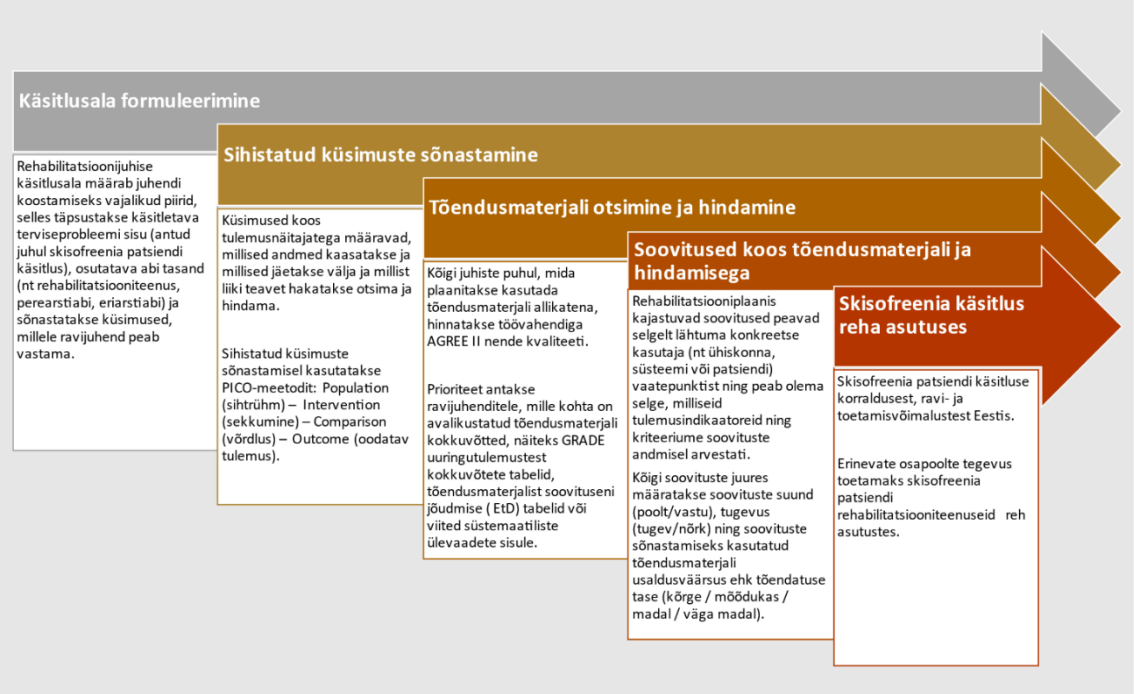
Rehabilitatsioonijuhiste koostamise juures on ka väga oluline, et me vaataksime, milliseid juhiseid on mujal kasutatud. Ilmselgelt ei saa me erinevate süsteemide tõttu üks-ühele üle võtta mõnes teises riigis kasutusel olevat juhist, kuid saame võtta mõned head juhised aluseks enda juhise koostamisel (sarnase praktikaga koostatakse ka kliinilisi ravijuhiseid). 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.

Juhiste koostamise protsessis kõigepealt põhjendatakse 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 ka nende haiguste puhuks, mille haiguskoormus on väga suur (aga mitte alati). Mõnikord on vaja juhistega sekkuda ka siis, kui näiteks kasutatav praktika jääb ajale juba jalgu ning seda on vaja kiiremas korras kaasajastada, kuna mõjutab tõsiselt patsiendi ravitulemusi (1).

Rehabilitatsioonijuhise koostamise protsess peab olema läbipaistev, hoolikalt läbi mõeldud ja toimuma tihedas koostöös kõikide osapooltega (skisofreenia valdkonna puhul nt rehabilitatsiooniteenuse osutajad, psühhiaatrid, kliinilised psühholoogid, kes tegelevad igapäevaselt antud sihtrühmaga ja tunnevad nende eripärasid). Sealjuures ei lõpe protsess rehabilitatsioonijuhise nö vastuvõtmisega. On oluluine, et koostatakse juhise juurde ka rakenduskava koos mõõdetavate tulemusnäitajatega, et oleks võimalik hinnata seatud eesmärkide saavutamist (2).

Järgmine joonis kirjeldab kokkuvõtvalt rehabilitatsioonijuhise koostamise etappe. Antud joonisel on need etapid toodud küll järjestikuselt, kuid tööprotsessis võivad need ka kohati kattuda, kuid lõplik sõnastamine toimub lõpus.



Joonis 1. Rehabilitatsioonijuhise koostamise etapid (kohandatud NICE juhise põhjal)(3)

2. Rehabilitatsioonijuhise teemaalgatus ja käsitlusala koostamine

2.1. Juhise teemaalgatus

Eesmärk on anda meeleoluhäiretega tegelevatele rehabilitatsioonimeeskonnale süstemaatiliselt välja töötatud abi otsuste tegemiseks konkreetsetes olukordades ning selleks esitada ja hinnata teaduslikult põhjendatud diagnostika-, ravi-, rehabilitatsiooni- ja hooldusmenetlusi. Nende soovituste eesmärk on edendada tõhusate teenuste kasutamist, vähendada väheefektiivsete või ebatõhusate protseduuride/teenuste kasutamist ja kõrvalmõjusid ning seega parandada teenuse kvaliteeti. Samuti peaksid suunised võimaldama teha teadlikke otsuseid rehabilitatsiooni kohta, võttes arvesse patsiendi individuaalseid omadusi ja iga juhtumi puhul olemasolevaid ressursse (4).

2.2. Juhise käsitlusala

Rehabilitatsioonijuhise käsitlusala määrab juhise koostamiseks vajalikud piirid, selles täpsustakse käsitletava terviseprobleemi sisu (antud juhul skisofreenia patsiendi 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 fokusseerida ja teemapüstitust muuta (5).

Teemaalgatuses esitatu alusel koostab töörühm lõpliku käsitlusala, mis:

- annab ülevaate sellest, mida rehabilitatsioonijuhis sisaldab (nt kognitiivsed sekkumisteraapiad rehabilitatsiooniasutuses) ja mida mitte (nt medikamentoosne ravi) ja vajadusel sõnastab ka koostamisel oleva juhise pealkirja;
- sisaldab kohandatud PICO-formaadis (*Population, intervention, comparison, outcome method)* üldisi ja tervishoiukorralduslikke küsimusi (6);
- määrab rehabilitatsioonijuhise koostamisprotsessile selged raamid, et töö keskenduks kokku lepitud tulemusnäitajatele ning selleks valib ja hindab tulemusnäitajaid;
- tagab, et juhis 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

Erinevates rehabilitatsioonijuhistes on leitud, et puue on osa inimese seisundist ja väga paljud inimesed on mingil eluperioodil ajutiselt või püsivalt puudega. Juhistes kasutatav puude mõiste on lai ja hõlmab inimesi, kellel on kõik puudega seotud terviseseisundid, nagu diabeet, seljaaju vigastus, psüühilised haigused, tserebraalparalüüs, artriit, hulgiskleroos, vähk jne. Suunised ei keskendu siiski konkreetsele terviseseisundile, kahjustusele või puuetega inimeste "rühmale", samas on juhiste prioriteedid riigiti ja riigisiseselt erinevad. Üldiselt siiski juhised kehtivad inimestele, kellel on pikaajaline, lühiajaline või episoodiline puue.

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, vaimuhaigused.

Suuniste eesmärk on pigem aidata kaasa inimeste, institutsioonide ja süsteemide suutlikkuse suurendamisele rehabilitatsiooniteenuste osutamisel tervishoiu- ja sotsiaalsektoris.

2.3. Küsimuste sõnastamine

Üheks võimaluseks on rehabilitatsioonijuhises esitada küsimused PICO formaadis (6), millele juhis peab vastama. Seda kasutatakse küll enamasti kliiniliste ravijuhiste puhul, kuid samas on tegu universaalse formaadiga ning on kasutatavad 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 soovituste koostamise aluseks. On väga oluline, et küsimused oleksid selged ja hästi sõnastatud ja et töörühma liikmed mõistaksid nende tähtsust ühtemoodi.

Rehabilitatsioonijuhise käsitlusala määratlemiseks ja küsimuste sõnastamisel võib ühe meetodina kaaluda ka GRADE kasutamist (7). Tegu on küll jälle kliiniliste ravijuhiste juures kasutatava tööriistaga, kuid väikese kohandamise teel on edukalt võimalik kasutada seda ka antud teema kontekstis. Rehabilitatsioonijuhises esitatavate küsimuste valimisel tuleb tugineda lisaks üldistele küsimustele ka tervishoiupoliitilisele vajadusele ning ekspertidelt saadud teabele. Kasulikuks võib osutuda ka sihtrühma, patsientide ja/või patsiendiühenduste panus. Üldiselt peaksid küsimused keskenduma valdkondadele, mis on tekitanud poleemikat või kus on vaja muuta tervishoiupoliitikat või -praktikat (8).

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

Määratlus ja taust (ei kasuta PICO-formaati):

- Skisofreeniapatsientide määratlemine rehabilitatsiooniasutuses;
- Skisofreenia epidemioloogia, klassifikatsioon ja diagnoosi vormistamine;
- Skisofreenia levimus ja häire käsitlus;
- Skisofreenia patsiendi käsitluse erisused;
- Mõistetes kokkuleppimine.

Sihistatud küsimused (kasutavad PICO-formaati):

- Kas kõigil skisofreenia kahtlusega patsientidel tuleks tagada varane sekkumine rehabilitatsiooni näol?
- Kas kõikidele skisofreenia diagnoosiga patsientidel tuleks rakendada kognitiiv-käitumusliku teraapia (KKT) elemente kogu teenuste ampluaas?
- 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 skisofreenia diagnoosiga inimese ravi tulemust ning missugused spetsialistid peaksid kuuluma meeskonda koos ülesannete kirjeldusega?

Sihistatud küsimused puudutavad mõju tervisele ja elukvaliteedi paranemisele. Nendest tulenevad soovitused tuginevad küll küsimuste vastustele, kuid rehabilitatsioonijuhises peab neile lisanduma täiendav teave. Sealjuures on oluline, et täiendav teave puudutaks ka väärtushinnanguid, tõhusamat ressursikasutust, õiglust (sh nii patsientide kui töötajate), teostatavust ja vastuvõetavust. Rehabilitatsioonijuhise väljatöötamise töörühm 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

Patsient/sihtrühm (*Population*)	**Sekkumine (*Intervention*)**	**Võrreldav sekkumine (*Comparison*)**	**Oodatav tulemus (*Outcome*)**
Missugused patsiendid/sihtrühmad (sh alarühmad) on kaasatud?	Spetsiifiline sekkumine (sekkumised)	Võrreldes teise sekkumise või sekkumata jätmise või tavapraktikaga	Sekkumise tulemusena oodatav kasu patsiendi tervisele ja/või muud võimalikud mõjud
Kuidas võimalikult täpselt kirjeldada, milliseid patsiente ravijuhis hõlmab?	Spetsiifiline sekkumine või sekkumise valdkond?	Võrreldes tavapärase elu või tavaraviga	Patsiendile olulised tulemused, sealhulgas kasu tervisele ja võimalikud kõrvalmõjud, ning ajavahemik (nt suremus kahe aasta pärast)
NÄIDE			
Kõik täiskasvanud skisofreeniadiagnoosiga patsiendid	Kas kõigile skisofreeniadiagnoosiga patsientidele tuleks tagada rehabiltatsiooniteenused?	… võrreldes muude psühhiaatriliste diagnoosidega?	Kas see parandab ravisoostumust?

Pärast küsimuste sõnastamist töörühm otsustab, missugused on küsimustes kajastatud sekkumiste võimalik mõju tervishoiuressurssidele ja missugused küsimused vajavad soovituse sõnastamisel mõju analüüsi.

3. Tõendusmaterjal rehabilitatsioonijuhise 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. Tõenduspõhisuse 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 (9).

Eestis seni veel ühtegi rehabilitatsioonialast juhist tehtud ei ole ning seetõttu oleks käesolev projekt ka oluline metoodilise sisendina järgmiste juhiste koostamisel. Üldiselt nii kliiniliste ravijuhiste 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 viimased on tavaliselt väga riigi-spetsiifilised. Siiski võib üks või mitu olemasolevat juhist võtta eeskujuks ja alusmaterjaliks Eesti juhise koostamisel. Sealjuures on oluline, et soovituste väljatöötamisel oleks hinnatud kasutatud tõendusmaterjali kvaliteeti ja seda dokumenteerida vastavalt järgnevale algoritmile:

- rehabilitatsioonijuhise kvaliteet sõltub kasutatud süstemaatiliste ülevaadete, meta-analüüside ja teadusuuringute kvaliteedist;
- usaldusväärsete ja asjakohaste tõendusmaterjalide kasutamisel juhise soovituste koostamisel koostatakse soovitusteni jõudmise tabelid;
- kui sihistatud küsimusele vastamiseks ei leita usaldusväärseid juhiseid, kus soovituse sõnastamise käik on jälgitav ja dokumenteeritud, siis otsitakse teemakohaseid süstemaatilisi ülevaateid ja meta-analüüse ning hinnata nende kvaliteeti.

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

Käesoleva projekti raames otsisime skisofreenia suuniseid suuniste vahenduskeskustest ja vaimse tervise häireid käsitlevate väljakujunenud suuniste koostajate, sealhulgas *National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (10), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (11), Finnish Clinical Practical Guidelines in Shizophrenia (12), Saksamaa S3 –Leitlinien für Schizophrenie (DGPPN) (13), Canadian Practice Guidelines for Comprehensive Community Treatment for Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders (14) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders* (15).

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

Kõigi juhiste puhul, mida plaanitakse kasutada tõendusmaterjali allikatena, hinnatakse töövahendiga AGREE nende kvaliteeti. Prioriteet antakse ravijuhistele, mille kohta on avalikustatud tõendusmaterjali kokkuvõtted, näiteks *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) uuringutulemustest kokkuvõtete tabelid, tõendusmaterjalist soovituseni jõudmise 8 tabelid või viited süstemaatiliste ülevaadete sisule. Võimalike huvide konfliktide ohjamiseks tuleb kõrvale jätta ravijuhisid, mille kohta ei ole avaldatud rahastajat ega meetmeid. Käesoleva rehabilitatsioonijuhise hindamise käigus tuvastasime 6 kehtivat suunist, mis olid potentsiaalselt sobivad kohandamiseks. Need suunised vaadati läbi

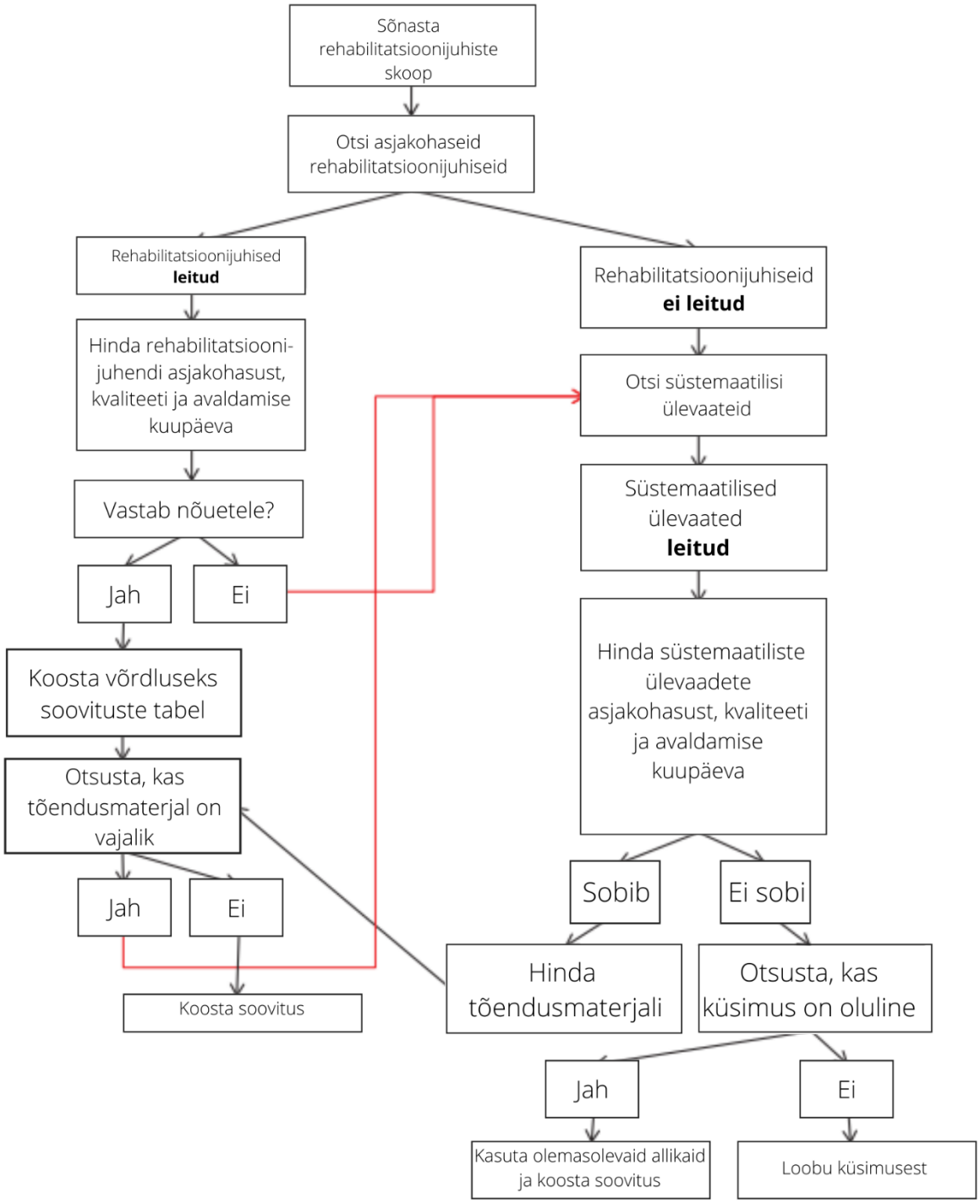
ja hinnati *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE) meetodiga, mida kasutatakse suuniste väljatöötamise metoodilise ranguse ja läbipaistvuse hindamiseks. Selle hindamise põhjal leidsime, et suunised olid kohandamiseks sobiva kvaliteedi ja sisuga. Skisofreenia valdkonna rehabilitatsioonijuhiste hindamise kokkuvõte AGREE meetodiga on toodud Lisas 1.

Pärast esialgset läbivaatamist hinnatakse kaasatavaid ravijuhiseid põhjalikult kahe kriteeriumi alusel:

- kas olemasolevate juhiste soovitused vastavad kavandatud juhise käsitlusala küsimustele?
- milline on juhise kvaliteet töövahendiga AGREE hinnates?

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

Järgnevalt on toodud kokkuvõte tõendusmaterjali kogumisest.



Joonis 2. Tõendusmaterjali kogumine ja kvaliteedi hindamine (16,17)

3.2. Juhiste soovituste hindamine ja ülevõtmine

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

Selleks et otsustada, kas Eesti rehabilitatsioonijuhise koostamiseks saab kasutada tõenduspõhist ja usaldusväärset rahvusvahelist ravijuhist, tuleb võrrelda Eesti juhise käsitlusalas sõnastatud sihistatud küsimusi olemasoleva rahvusvahelisejuhisesoovitustega.

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

Rehabilitatsiooniplaanis kajastuvad soovitused peavad selgelt lähtuma konkreetse kasutaja (nt ühiskonna, süsteemi või patsiendi) vaatepunktist ning peab olema selge, milliseid tulemusindikaatoreid ning kriteeriume soovituste andmisel arvestati. Soovitus peab olema sõnastatud selgelt ja konkreetselt ning kirjeldama tegevust ühemõttelist (nt kasutage kõigile haigusega A patsientidele 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. Iga juhises oleva küsimuse soovitus arvestab küsimuse kohta käivat tõendusmaterjali ja selle kvaliteeti, võimalikke kasu-kahju vahekordi, patsientide 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 metoodiliste 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 metoodiliste puudujääkidega randomiseeritud kontrollitud uuringutest ja/või kvaliteetsetest muu kavandiga uuringutest (nt kohort-, juhtkontrolluuringutest). Soovitusel on väga madal tõendatuse aste, kui tõendus põhineb metoodiliste puudujääkidega uuringutel, eksperdihinnangutel või käsitleb olukordi, kus ei ole võimalik vastavaid uuringuid läbi viia või on tegemist töökorraldusliku lahendusega, mis põhineb töörühma 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 kokkuhoid. Ebasoodsateks mõjudeks on nt tervisekahjud, kasvav koormus ja senisest suuremad kulud.

GRADEi 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 kognitiivne käitumisteraapia vms) poolt või vastu. Nõrga soovituse andmisel võib töörühmal tekkida aga vastupidine arvemus, et selle täitmisest tulenevad oodatavad tulemused ületavad ebasoodsaid mõjusid.

Soovituse usaldusväärsuse huvides peab töörühm kaaluma kõiki teadaolevaid tegureid ja põhjendama oma otsuste põhjuseid üksikasjalikult. Tugev soovitus tehakse ainult juhul, kui soovitatud sekkumine või ravim vastab Eesti tervishoiusüsteemi suutlikkusele (nt Eestis müügil olevaid ravimeid ei saa ega soovitada).

Tugeva soovituse mõju

- Patsientidele: enamik teatud olukorras olevaid inimesi tahaksid saada soovitatud sekkumisi ning ainult vähesed ei tahaks.

- Rehabilitatsiooniteenuse osutajale: enamiku patsientide ravis peaks kasutama soovitatud tegevusi. Soovituse järgimine on heal tasemel tervishoiu seisukohalt mõistlik abinõu.
- SKA-le: soovitust on võimalik suuremas osas olukordades kasutada ja seda saab kasutada, et hinnata pakutava teenuse kvaliteeti.

Nõrga ehk tingimusliku soovituse mõju:

- Patsientidele: osa nende olukorras olevaid inimesi tahaksid soovitatud sekkumist, kuid mõned siiski mitte.
- Rehabilitatsiooniteenuse osutajale: on valmis aitama patsiente 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 juhistest või süstemaatilistest ülevaadetest tulenev tõendusmaterjal (tavaliselt praktilised riigispetsiifikaga seotud soovitused). Sellises olukorras peab töörühm dokumenteerima soovituse koostamise põhjused ja oma soovituse kujunemise põhjendused.

4. Tõendusmaterjali kvaliteedi hindamine

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

Kui GRADE'i tõendusmaterjalist kokkuvõtteid ei ole, peab rehabilitatsioonijuhiste koostajate töörühm otsustama, kas vaadata uuesti läbi soovituste aluseks olevaid süstemaatilisi ülevaateid ja koostada kokkuvõtted või kasutada lihtsalt olemasolevaid soovitusi 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 patsiendi/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.

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 patsient, tervishoiusüsteem 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 haiguse A all kannatavatele patsientidele peaksid spetsialistid pakkuma teenust B) (20).

Üldiselt saab rehabilitatsioonijuhise koostamise protsessi kokku võtta järgmiselt (21,22):

- Projektimeeskonna kokkupanek, kuhu peavad kindlasti kuuluma ka igapäevaselt valdkonnaga töötavad inimesed (antud projekti puhul kuulusid meeskonda lisaks Praxisele ka Viljandi rehabilitatsioonikeskus ning Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) psühhiaatriaosakonna psühhiaater ja kliinilised psühholoogid).
- Võimalusel patsientide ja nende pereliikmete kaasamine töörühma (käesoleva projekti raames see ei olnud kahjuks 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 skisofreeniadiagnoosiga inimene).
- Olemasolevate juhiste ja muude asjakohaste allikate tõenduse hindamine.
- Vastavalt olemasolevale tõenduspõhisele materjalile soovituste koostamine.
- Soovituste konsensuslik ülevaatamine, sh kõigi osapoolte kommentaaride kaasamine.
- Juhise lõpliku versiooni väljatöötamine.
- Välishinnang, valideerimine (antud projekti käigus kasutasime selleks Tallinna Vaimse Tervise Keskust).

Tõendite valik

Kõikide otsingutulemuste nimekirjade sõelumise viisid läbi kaks erinevat inimest. Erinevused hindamises selgitati arutelu käigus. Esimeses etapis jäeti välja ilmselgelt 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 metoodilistele kriteeriumidele, jäeti välja. Lõpliku sõelumise viis läbi kaks töörühma liiget täistekstide tasandil, kasutades eelnevalt määratletud kaasamis- ja välistamiskriteeriume. Alles pärast sellist mitmeastmelist sõelumist hinnati ülejäänud uuringuid kvaliteedikontrolli nimekirjade abil.

Kaasamiskriteeriumid

Uuringu avaldamine alates 01.01.2011

Sellest võib kõrvale kalduda, kui:

- Teemat ei käsitletud ajakohastatavas suunises, millisel juhul võib tähtaega pikendada, või oli teada mõni metoodiliselt kvaliteetne süstemaatiline ülevaade uuemast perioodist, mille puhul võis teostada ajakohastatud otsingu alates avaldamise kuupäevast.
- Skisofreenia diagnoos (ICD-10): iga uuringu puhul oli vähemalt kahel kolmandikul uuringupopulatsioonist F20-diagnoos ja maksimaalselt ühel kolmandikul uuringupopulatsioonist oli mõni muu F2-diagnoos (F21-F29).
- Uuringupopulatsioon koosnes täiskasvanutest (vanus ≥18)

Väljaarvamise kriteeriumid

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

5.2. Soovituste tõendatuse taseme määramine

Juhised annavad soovitusi, millel on erinev raskusaste (A: soovitame, B: pakume nõu, 0: võib kaaluda, KKP: hea kliiniline tava/eksperdi arvamus), mis põhinevad GRADE 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 (18,19)

<table>
<tr><td>Tugev soovitus teha
 </td><td rowspan="4">Soovituse tugevus peegeldab seda, kui kindel võib olla selles, et sekkumisest saadav kasu ületab võimaliku kahju. Soovituse tugevuse määravad järgmised tegurid:
• soovitud ja soovimatu toime vahelise erinevuse suurus;
• teadusliku tõenduse kvaliteet;
• patsientide eelistuste varieeruvuse määr;
• ressursikulu.
Tugev soovitus antakse, kui on kindel, et enamus hästi informeeritud patsiente otsustaksid kõnealuse sekkumise kasuks.
Tugev soovitus on väljendatud sõnadega „tehke, kasutage“, nõrk soovitus väljenditega „võib teha, kaaluge tegemist“.
Nõrga soovituse puhul teame, et sekkumise edukus sõltub patsiendi isiklikest väärtustest ja eelistustest. Spetsialist peab olema kindel, et neid on arvestatud.</td></tr>
<tr><td>Soovitus pigem teha
 </td></tr>
<tr><td>Soovitus pigem mitte teha
 </td></tr>
<tr><td>Soovitus hoolikalt kaaluda enne rakendamist
 </td></tr>
<tr><td>Praktilised soovitused
 </td><td>Rehabilitatsioonijuhis sisaldab lisaks rahvusvahelistele suunistele juhiseid, mis põhinevad rehabilitatsioonijuhise väljatöötamise töörühma liikmete kogemusel ja mis võivad olla nende kogemusele tuginedes abiks parima tulemuse saamisel.</td></tr>
</table>

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

- **Struktuurne kvaliteet**: hõlmab rehabilitatsiooni üldtingimusi. Selles kirjeldatakse muuhulgas rehabilitatsiooni korraldust, dokumentatsiooni ja asjasse puutuvate ametirühmade kutsekvalifikatsiooni.
- **Protsessi kvaliteet**: rehabilitatsiooniteenuste osutajate ja teenusesaajate 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 soovituse rakendamisest tulenevad oodatavad mõjud ületavad soovimatuid mõjusid. Kõige sagedamini loetakse soovitud mõjudeks nt kasulikke tervisetulemeid (paranenud tervisenäitajad, hea ravisoostumus vms) ning sellest tulenevat väiksemat (hooldus)koormust ja suuremat kokkuhoidu. Soovimatuks mõjuks loetakse eelkõige kahjusid ja kasvavaid kulusid. GRADE meetod määratleb tugevaks soovituseks ka selle, mille korral juhise koostamise töörühm on kindel, et soovituse järgimise oodatavad mõjud kaaluvad üles selle soovimatud mõjud. Sealjuures võib soovitus olla nii sekkumise poolt, kui ka selle vastu. Nõrga soovituse puhul võib töörühm järeldada, et selle täitmisest tulenevad oodatavad mõjud kaaluvad ilmselt üles selle soovimatud mõjud, kuid peab arvestama, et selles ei saa kindel olla. Nõrga soovituse 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 soovituse nõrgenemise tõenäosust. Teguris, mis võivad mõjutada soovituste tugevist, on ära toodud tabeli 2.

Tabel 2. Soovituse tugevust mõjutada võivad tegurid

Tegur	Näited tugevaks soovituseks	Näited nõrgaks soovituseks
Tõendusmaterjali kvaliteet	Paljud kõrgekvaliteetsed randomiseeritud uuringud on näidanud KKT kasulikkust skisofreenia rehabilitatsioonis	KKT kasulikkust skisofreeniapatsientide rehabilitatsiooni korral on uuritud ainult haigusjuhtude kirjeldustes
Ebakindlus soovitud ja soovimatute mõjude tasakaalu suhtes	Varane rehabilitatsioonialane sekkumine vähendab skisofreeniapatsientide suremust kohaldades ka ravisoostumust soodustavaid teraapiaid	Suure psühhoosi riskiga skisofreeniapatsientidel väheneb grupiteraapia rakendamisel haiguse tagasilanguse tõenäosus vähesel määral, kuid suureneb teraapia katkestamise tõenäosus
Ebakindlus või varieeruvus väärtuste ja eelistuste osas	Skisofreeniadiagnoosiga noored patsiendid hindavad olulisemaks raviga saavutatavat elulemuse pikendamist võrreldes ravi toksilisusega	Skisofreeniaga vanemaealised patsiendid ei pruugi ravi toksilisusega arvestades ravi elulemust pikendavat mõju kõrgemalt hinnata
Ebakindlus, kas sekkumine on mõistlik ressursikasutamise viis	Kogemusnõustamise madal maksumus skisofreeniadiagnoosi all kannatavatel patsientidel	Kliinilise psühholoogi poolt pakutava KKT kõrge maksumus skisofreenia all kannatavatel patsientidel

Tugeva soovituse mõju

- Patsientidele (teenusekasutajatele): valdav enamik nende olukorras olevaid inimesi tahaksid saada soovitatud sekkumisi ning ainult vähesed ei tahaks;
- Spetsialistidele ja tervishoiutöötajatele: enamiku teenusesaajate korral tuleb soovitatud ravi või sekkumist rakendada, kuna soovituse järgimine on teenusekvaliteedi tagamise seisukohast mõistlik;

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

Nõrga ehk tingimusliku soovituse mõju

- Patsientidele (teenusesaajatele): suur osa nende olukorras olevaid inimesi tahaksid soovitatud sekkumist, kuigi mõned siiski mitte;
- Spetsialistidele ja tervishoiutöötajatele: valmis aitama teenusesaajaid sellise otsuse langetamisel, mis on kooskõlas nende endi väärtustega;
- Tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande korraldajatele: vajadus ulatusliku arutelu ja huvirühmade kaasamise järele.

Kuigi üldiselt saab jagad soovitused tugevateks ja nõrkadeks, siis vajadusel võib soovituse 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 tõlgendamisvõimalust.

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

Tabel 3. Võimalikud soovituste sõnastused

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

6. Rehabilitatsioonijuhise rakendamine ja uuendamine

Rehabilitatsioonijuhise edukaks rakendumiseks tuleb saavutada rehabilitatsiooniteenuse osutajate, patsientide ja teiste asjaga seotud osapoolte teadlikkus ja heakskiit ning selle suunalised 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 ka 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 rakendustegevusele.

Rehabilitatsioonijuhise koostamise protsessi käigus kasutatud ja koostatud dokumendid avaldatakse elektroonses keskkonnas. Avalikud dokumendid on kättesaadavad ja prinditavad eraldi SKA veebilehel kus on:

- Täielik rehabilitatsioonijuhis (maksimaalselt 40 lehekülge + lisad),
- Rehabilitatsioonijuhiste soovituste lühiversioon tabelina (2-5 lehekülge).

Algoritm ja juhise lühiversioonid peavad olema kasutajale kättesaadavad, mugavad ja prinditavad PDF-versioonid, mida levitatakse vastavalt jaotuskavale.

Rakenduskava koostamisel tuleks arvestada järgmisi olulisi aspekte:

1. Tuvastada võimalikud takistused ja koostada abinõude plaan nendega toimetulekuks. Määratlege edukriteeriumid ja määrake neid kirjeldavad näitajad.
2. Mõõta näitajate baastase (nt mitu rehabilitatsiooniasutust täna teemaga seotud on ja juhist vajaksid). Veenduda, et kogutavad andmed peegeldavad adekvaatselt hetkeolukorda ja annavad lähtepositsiooni edasiseks muudatuste jälgimiseks ning auditeerimiseks.
3. Tuvastage ressursside vajadus. Rakenduskavas peavad olema selgelt esitatud vajaminevad ressursid, sealhulgas finantseerimine, töötajad ja aeg.
4. Selgitada välja koolitusvajadus ja planeerige vajalikud tegevused rakenduskavva
5. Kavandada teavitus, mõeldes läbi, kuidas oluline teave jõuab erinevate huvirühmadeni, ja 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 rakendumise 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 juhist viie aasta möödudes selle avaldamisest. Kui ilmneb uusi olulisi tõendusmaterjale, mis võivad muuta seniste soovituste sisu, võib juhist uuendada ka varem. Näiteks juhul, kui tervishoiusüsteemis toimuvad olulised muudatused või kui rehabilitatsioonijuhise rakendamise hindamise tulemused osutavad vajadusele soovitused 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. Rosenfeld RM, Shiffman RN. Clinical Practice Guideline Development Manual: A Quality-Driven Approach for Translating Evidence into Action. Otolaryngol Head Neck Surg. 2009 Jun;140(6_suppl):S1–43.

2. WHO. WHO Handbook for Guideline Development [Internet]. 2012. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75146/9789241548441_eng.pdf;jsessionid=E3816098B39831E1912151A6DC34075E?sequence=1

3. NICE. The guidelines manual [Internet]. 2015. Available from: https://www.nice.org.uk/process/pmg6/resources/the-guidelines-manual-pdf-2007970804933

4. Vernooij RWM, Alonso-Coello P, Brouwers M, Martínez García L, CheckUp Panel. Reporting Items for Updated Clinical Guidelines: Checklist for the Reporting of Updated Guidelines (CheckUp). PLoS Med. 2017 Jan 10;14(1):e1002207.

5. Kredo T, Bernhardsson S, Machingaidze S, Young T, Louw Q, Ochodo E, et al. Guide to clinical practice guidelines: the current state of play. Int J Qual Health Care. 2016 Feb;28(1):122–8.

6. Brown D. A Review of the PubMed PICO Tool: Using Evidence-Based Practice in Health Education. Health Promotion Practice. 2020 Jul;21(4):496–8.

7. Cruz JE, Fahim G, Moore K. Practice Guideline Development, Grading, and Assessment. P T. 2015 Dec;40(12):854–7.

8. Dias MM, Munn Z, Porritt K, Tufanaru C, Stern C, Aromataris E, et al. Use of GRADE in Australian clinical practice guidelines: a methodological review protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2018 Nov;16(11):2092–6.

9. Bashiri FA, Albatti TH, Hamad MH, Al-Joudi HF, Daghash HF, Al-Salehi SM, et al. Adapting evidence-based clinical practice guidelines for people with attention deficit hyperactivity disorder in Saudi Arabia: process and outputs of a national initiative. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2021 Dec;15(1):6.

10. 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/

11. SIGN. Management of schizophrenia - SIGN 131. Healthcare Improvement Scotland; 2013.

12. Vähäniemi A, Välimäki M, Pekurinen V, Anttila M, Lantta T. Quality and utilization of the Finnish clinical practice guideline in schizophrenia: evaluation using AGREE II and the vignette approach. NDT. 2019 May;Volume 15:1239–48.

13. 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.

14. 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.

15. Castle DJ, Galletly CA, Dark F, Humberstone V, Morgan VA, Killackey E, et al. The 2016 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Medical Journal of Australia. 2017 Jun;206(11):501–5.

16. Committee on Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Prescribing Opioids for Acute Pain, Board on Health Care Services, Health and Medicine Division, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Framing Opioid Prescribing Guidelines for Acute Pain: Developing the Evidence [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2019 [cited 2022 Mar 18]. Available from: https://www.nap.edu/catalog/25555

17. Tartu Ülikool. EESTI RAVIJUHENDITE KOOSTAMISE KÄSIRAAMAT [Internet]. Tartu Ülikool, Haigekassa, WHO; 2011. Available from: https://www.ravijuhend.ee/uploads/userfiles/ravijuhendi_kasiraamat_est.pdf

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. Boltin D, Lambregts DM, Jones F, Siterman M, Bonovas S, Cornberg M, et al. UEG framework for the development of high-quality clinical guidelines. United European Gastroenterol j. 2020 Oct;8(8):851–64.

21. Gaebel W, Falkai P, Hasan A. The revised German evidence- and consensus-based schizophrenia guideline. World Psychiatry. 2020 Feb;19(1):117–9.

22. 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. Rehabilitatsioonijuhiste valimine AGREE meetodi abil

Pealkiri	Otsingu link	Tõendusmaterjali otsiti süstemaatiliselt? 1…4	Tõendusmaterjali valimise kriteeriumid kirjeldatud? 1…4	Soovituste sõnastuse meetodid kirjeldatud? 1…4	Soovituste sõnastamisel arvestatud tervisekasude, kõrvalmõjude ja riskidega? 1…4	Juhend on suunatud mitte-meditsiinilisele meeskonnale? 1…4	Kasutatavus rehabilitatsiooni asutustes? 1…4	Sponsorid? (Tööstus või erialaselts või kindlustusfirma jms või pole näidatud)	Huvide konfliktiga tegelemise moodused? (Nt "selts pingutab, et konfliktid ei mõjutaks tulemust")	Aasta
Canadian Practice Guidelines for Comprehensive Community Treatment for Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders	https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0706743717719900	3	4	4	3	4	4	Ei ole	Ei ole asjakohane	2017
Management of schizophrenia: A national clinical guideline	https://www.sign.ac.uk/assets/sign131.pdf	4	4	3	3	2	2	Ei ole	Ei ole asjakohane	2013
Social cognition interventions for persons with schizophrenia: evidence and clinical practice guidelines	https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio//18/99/ENG/18-99-ENG-30-43-214695.pdf	3	2	1	1	2	2	Ei ole	Ei ole asjakohane	2016
Psychosocial interventions in schizophrenia: focus on guidelines	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32597274/	4	4	4	4	2	2	Ei ole	Ei ole asjakohane	2020
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) guidelines;	g/files/resources/college_statements/clinician/cpg/schizophrenia-disorders-cpg.aspx	4	4	4	4	2	4	Ei ole	Ei ole asjakohane	2016
Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) guidelines	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800150/	4	4	3	3	2	2	Ei ole	Ei ole asjakohane	2009
American Psychiatric Association (APA) guidelines	https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890424841	4	4	4	4	3	4	Ei ole	Ei ole asjakohane	2021
NICE guidelines - National Institute for Care and Health Excellence	https://www.nice.org.uk/guidance/ng181	4	4	3	4	3	2	Ei ole	Ei ole asjakohane	2020
European Psychiatric Association	https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-859X-9-S1-S42	4	4	4	3	2	2	Ei ole	Ei ole asjakohane	2021
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Hrsg.) S3-Leitlinie Schizophrenie	https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/43ca38d4b003b8150b856df48211df68e412d9c9/038-009k_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf	4	4	4	4	4	4	Ei ole	Ei ole asjakohane	2019

Lisa 2. Skisofreenia käsitlus rehabilitatsiooniasutuses – juhised

Järgnevalt on toodud ülevaade erinevatest skisofreenia käsitlusala küsimustest rehabilitatsiooni kontekstis. Selleks me oleme välja valinud kõige asjakohasemad skisofreenia teemalised juhised (vt järgmine tabel) ning seejärel on toodud erinevad küsimused, mida juhistes on käsitletud ning mida saaks ka kohandada Eesti konteksti. Siinjuures tuleb silmas pidada aga asjaolu, et ainult rehabilitatsioonile suunatud juhiseid ei ole eriti, kuid on üleüldised 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.

Juhis	**Juhise fookus**	**Viide**
Kanada juhis: *Canadian Practice Guidelines for Comprehensive Community Treatment for Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders*	Juhis sisaldab laiaulatuslikke soovitusi selle kohta, kuidas peaks toetama terviklikku ja paranemisele suunatud rehabilitatsiooni skisofreenia diagnoosiga inimestele. Juhises on toodud erinevaid programme või teenuseid toetavaid soovitused ja muuhulgas on käsitletud ka esmatasandi rolli skisofreeniapatsiendile rehabilitatsiooni pakkumises. Samuti on juhises käsitletud põhjalikult juhtumikorraldaja rolli (sh erineva tasemega juhtumikorraldajad) ning ära toodud standardid juhtumikorraldajate jaoks.	https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0706743717719900
Sotimaa juhis: *Management of schizophrenia: A national clinical guideline*	Juhis sisaldab erinevaid soovitusi teenustele juurdepääsu ja erinevate osapoolte kaasamiseks, varaseks sekkumiseks ning kogukonna tasandi mõju suurendamiseks. Kuigi juhises on toodud ka farmakoloogilise poolega seotud soovitused, siis on olemas ka palju mittekliinilise osaga seotud soovitusi nagu nt psühhoteraapiate, kognitiivse ravi, situatsioonijuhtimise, nõustamise, sotsiaalsete oskuste kui ka perekonna kaasamise kohta.	https://www.sign.ac.uk/assets/sign131.pdf
Austraalia juhis: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) guidelines	See juhis on väga põhjalik ja osaliselt küll kliinilise fookusega, kuid samas kirjeldab ka palju rehabilitatsiooniga seotud küsimusi ja soovitusi. Eelkõige on rehabilitatsiooniga seotud soovitused seotud rehabilitatsiooni teraapiatega nagu psühhosotsiaalne teraapia, enesejuhtimise koolitused, pühendumusteraapia, kunsti-ja muusika teraapia jms. Samuti on aga eraldi välja toodud kutsealane rehabilitatsioon.	https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/schizophrenia-disorders-cpg.aspx
APA juhis: American Psychiatric Association (APA) guidelines	Juhises on käsitletud kognitiivset käitumuslikku teraapiat, psühhoharidust, toetatud tööturu teenuseid, kogukonnatasandi sekkumist, perekonna sekkumist, taastumisele suunatud sekkumisi, sotsiaalsete oskuste parandamist ning toetavat psühhoteraapiat.	https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890424841
NICE juhis: NICE guideline - National Institute for Care and Health Excellence	NICE on teinud mitu juhist nii skisofreenia kui teiste psüühiliste häirete rehabilitatsiooni kohta. Juhiste eesmärgiks on eesmärk on tagada inimestele rehabilitatsioon, kui nad seda vajavad, ja edendada positiivset lähenemist pikaajalisele taastumisele. Juhised sisaldavad soovitusi rehabilitatsiooniteenuste korraldamiseks, hindamiseks ja hoolduse planeerimiseks, programmide ja sekkumiste läbiviimiseks ning inimeste	https://www.nice.org.uk/guidance/ng181

	füüsiliste ja psühholoogiliste tervishoiuvajaduste rahuldamiseks.	
EPA juhis: European Psychiatric Association	Kuigi juhis sisaldab ka bioloogilise ravi soovitusi, siis on rõhku pandud ka psühhosotsiaalse ja rehabilitatatiivse ravi soovitustele. Nt sisaldab juhis soovitusi kunstiteraapia ja muusikateraapia kohta.	https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-859X-9-S1-S42
Saksamaa juhis: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Hrsg.) S3-Leitlinie Schizophrenie	Juhis on põhjalik ja sisaldab kogu skisofreenia 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 tervishoiukorralduslike küsimuste kohta.	https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/43ca38d4b003b8150b856df48211df68e412d9c9/038-009k_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf

Lisa 3. Skisofreenia rehabilitatsioonijuhise käsitlusala küsimused

Kas skisofreenia diagnoosiga patsiendile tuleb rehabilitatsiooniteenuseid osutatavas asutuses tagada kindel hulk sekkumisi?

Juhis	Küsimusega seotud soovituse sisu juhises	Viited
Kanada juhis	Vaimse tervise teenused peaksid suutma pakkuda täielikku valikut psühholoogiliste, farmakoloogiliste, sotsiaalsete, tööalaste ja soovitatakse kultuuriliselt ohutuid sekkumisi.	https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0706743717719900
Šotimaa juhis	See ravijuhis ei täpsusta, kus neid teenuseid tuleks osutada, vaid rõhutab asjaolu, et varajase sekkumise rehabilitatsioonimudel peaks hõlmama multidistsiplinaarset, kaasavat/kehtestavat teavitusmeetodit, juurdepääsu psühholoogilistele sekkumistele, kutse-/hariduslikule sekkumisele, perekonna kaasamisele/perekonna sekkumisele.	https://www.sign.ac.uk/assets/sign131.pdf
Austraalia juhis	Selles juhises on ära toodud soovitused erinevatel tasanditel, rehabilitatsioonitasandile on toodud järgmised soovitatavad sekkumised: mittekliinilised elamuteenused, psühholoogilised sekkumised, erinevate tugitöötajate sekkumised. Selles juhises on eraldi rõhutatud juhtumikorraldaja töö olulisust rehabilitatsiooni faasis.	https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/schizophrenia-disorders-cpg.aspx
NICE juhis	NICE juhis rõhutab et rehabilitatsiooniteenuseid peab skisofreenia patsient hakkama saama võimalikult vara ja selleks on UK-s kogukonna tasandil olemas ka rehabilitatsioonimeeskonnad, kes hakkavad inimesega koheselt tegelema pärast akuutset haiglaravi. Rehabilitatsiooniteenused (mis on mh integreeritud ka kohaliku tasandi vaimse tervise teenustega) pakuvad individuaalset ja inimkeskset teenust, mis lähtuvad palju konkreetse inimeste vajadustest. Paralleelselt toimub tihe koostöö rehabilitatsioonimeeskonna, raviarstide, sotsiaaltöötajate ja muude konkreetselt inimesele vajalike spetsialistide vahel.	https://www.nice.org.uk/guidance/ng181
EPA juhis	Juhis rõhutab, et negatiivsete sümptomitega patsientide juurdepääs rehabilitatsiooniteenustele peaks olema kiire ja mugav ning palju peaks ära korraldatama kogukonna tasandil.	https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-859X-9-S1-S42
Saksamaa juhis	Ravijuhises on eraldi kirjeldatud sotsiaalse rehabilitatsiooni olulisust, mille raames peaks toimuma psühhosotsiaalne sekkumine, toetatud haridus, toetatud eluase (kogukonna tasandil) Samuti on juhises välja toodud eraldi tööalane rehabilitatsioon, mille raames pakutakse erinevaid sekkumisi tööturule naasmiseks või seal püsimiseks. Juhtumikorraldaja on samuti eelduseks, et skisofreenia diagnoosiga patsient üldse erinevaid teenuseid ja sekkumis saaks.	https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/43ca38d4b003b8150b856df48211df68e412d9c9/038-009k_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf

Kas rehabilitatsiooniteenuse osutaja peab mõõtma/hindama teenuse kasutajakogemust?

Juhis	Küsimusega seotud soovituse sisu juhises	Viited
Kanada juhis	Soovitusena juhises on toodud et peab parandama skisofreeniat põdevate inimeste rehabilitatsioonikogemust, kasutades asjakohaseid teenuseid. Tagasiside küsimine teenusekasutajatelt (küsimused teenuse kohta)	https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0706743717719900
Austraalia juhis	Soovitusena on toodud, et juhtumikorraldajad vastutavad ka teenuse kasutajakogemuse kogumise eest	https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/schizophrenia-disorders-cpg.aspx
NICE juhis	Kirjeldab, mida peaksid rehabilitatsiooniteenuste töötajad tegema – julgustama, andma lootust ja optimismi, töötajad peavad vastama suhtlusvajadustele, universaalsed personali pädevused. Selleks koolitused reh meeskonnale. Teenusekogemuse kohta kogutakse tagasiside tagasisideküsimustike kaudu	https://www.nice.org.uk/guidance/ng181
Saksamaa juhis	Juhises on toodud välja üks konkreetne indikaator teenuste efektiivsuse mõõtmiseks: rehabilitatsiooniteenust saanud inimeste arv, kellele on antud võimalus osaleda tööelus/kõik 18-65-aastased diagnoositud skisofreeniaga inimesed aasta jooksul (kvaliteedinäitaja).	https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/43ca38d4b003b8150b856df48211df68e412d9c9/038-009k_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf

Kas juhises on olemas soovituslikud mahud (sh nii teenuseosutaja kui riigi vaatest)?

Juhis	Küsimusega seotud soovituse sisu juhises	Viited
Kanada juhis	Juhises on toodud soovituslikud mahud näiteks selle kohta, et kogukonna vaimse tervise meeskond peaks hõlmama 1,5% elanikkonnast ehk siis 1 töötaja 10 patsiendi kohta. Samuti on juhises toodud mahud lähtuvalt sihtgrupist ja konkreetsetest vajadustest.	https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0706743717719900
Sotimaa juhis	Juhises on toodud välja näiteks järgmised mahud: Kognitiivse käitumusliku teraapia maht vähemalt 16 korda planeeritud seansina; pere sekkumine – minimaalseks efektiivseks mahuks tuleks pidada kümmet seanssi kolme kuu jooksul. Perekondlik sekkumine peaks hõlmama suhtlemisoskusi, probleemide lahendamist ja psühhosotsiaalsete oskuste parendamist.	https://www.sign.ac.uk/assets/sign131.pdf
Austraalia juhis	Selles juhises on toodud soovituslikud mahud vaid juhtumikorraldaja kohta: juhtumite arv juhtumikorraldaja kohta peab jääma alla 20 patsiendi.	https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/schizophrenia-disorders-cpg.aspx
APA juhis	Juhises on toodud kognitiivse käitumusliku teraapia maht vähemalt 16 korda planeeritud seansina	https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890424841
NICE juhis	NICE juhistes konkreetselt mahtude kohta soovitusi ei ole toodud, kuid on toodud soovitused selle kohta, mis sekkumised millise sihtrühma korral peaksid olema tagatud.	https://www.nice.org.uk/guidance/ng181

Kas juhis kirjeldab rakendamise oodatavad tulemused (sh indikaatorid)?

Juhis	Küsimusega seotud soovituse sisu juhises	Viited
Kanada juhis	Kasutatakse erinevaid skaalasid toetavate teenuste efektiivsuse mõõtmiseks. Näiteks Fidelity hindamine sekkumiste rakendamise efektiivsuse mõõtmisel.	https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0706743717719900
Sotimaa juhis	Juhises küll konkreetset hindamistööriista ei ole välja toodud, kuid soovitatakse kasutada erinevaid hindamisi ja indikaatoreid teenuse efektiivsuse mõõtmiseks. Samas ei tohi need üleliia aega nõuda, kuid samas peavad olema võimalikult kõikehõlmavad.	https://www.sign.ac.uk/assets/sign131.pdf
NICE juhis	Juhis soovitab kasutada selliseid tööriistu, mis toetavad kvaliteedi parandamist, nagu rehabilitatsiooni kvaliteediindikaator (QuIRC)	https://www.nice.org.uk/guidance/ng181
Saksamaa juhis	Sisaldab soovitusi tulemusnäitajate kasutamiseks, mis hõlmaks muuhulgas ka funktsionaalse taseme muutust ja rahulolu teenusega.	https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/43ca38d4b003b8150b856df48211df68e412d9c9/038-009k_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf

Kas juhis kirjeldab interdistsiplinaarset meekonda?

Juhis	Küsimusega seotud soovituse sisu juhises	Viited
Kanada juhis	Juhis ei kirjelda interdistsplinaarse meeskonna osalejad, vaid teenusepõhiseid meekondi (psühholoogiliste, farmakoloogiliste, sotsiaalsete, tööalaste ja soovitatakse kultuuriliselt ohutuid sekkumisi…)	https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0706743717719900
NICE juhis	Juhisis on toodud multidistsiplinaarse meeskonna kirjeldus – taastusravi psühhiaatrid, praktik-psühholoog, õed, tegevusterapeut, sotsiaaltöötajad, vaimse tervise spetsialistid, tugitöötajad, vaimse tervise eriproviisor. Sellel meeskonnal peaks olema juurdepääs ka teistele spetsialistidele, nt juristid, eritreenerid, dietoloogid jms.	https://www.nice.org.uk/guidance/ng181
Saksamaa juhis	Juhis mainib ainult interdistsiplinaarseid teenuseid, mis peaksid skisofreenia rehabilitatsiooni raames olema tagatud - psühhoteraapia ja psühhosotsiaalne sekkumine (nt koolitussekkumine, peresekkumine, kognitiivne ravi, psühhodünaamiline teraapia, tegevusteraapia), rehabilitatsioon (meditsiiniline, sotsiaalne, tööalane), rehabilitatsiooni koordineerimine	https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/43ca38d4b003b8150b856df48211df68e412d9c9/038-009k_S3_Schizophrenie_2019-03.pdf

PRAXIS.EE

praxis | mõttekoda