2022

praxis | mõttekoda

# Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega täiskasvanute rehabilitatsioonijuhise koostamise teenus Sotsiaalkindlustusametile

## Koondaruanne

Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond

Eesti
tuleviku heaks

SOTSIAALKINDLUSTUSAMET

Uuringu „Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega täiskasvanute rehabilitatsioonijuhise koostamise teenus Sotsiaalkindlustusametile“ tellis Sotsiaalkindlustusamet ja hanke korraldas Riigi Tugiteenuste Keskus. Uuring valmis Mõttekoja Praxise juhtimisel ning uuringu valmimisele aitasid kaasa veel Rehabikeskus OÜ ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla spetsialistid.

**Raporti autorid:**
Gerli Paat-Ahi
Zrinka Laido
Anne Randväli
Anni Kurmiste

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

Uuringu autorid tänavad veel Eneli Siidoja, Eva Liina Kliimani uuringu läbiviimise toetamise ja hea koostöö eest. Samuti täname Tallinna Vaimse Tervise Keskuse rehabilitatsioonimeeskonda konstruktiivse arutelu ja põhjaliku tagasiside eest.

praxis | mõttekoda

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

SOTSIAALKINDLUSTUSAMET

Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond

Eesti
tuleviku heaks

# Sisukord

Sisukord ....3
Lühendid ja mõisted ....4
Sissejuhatus ....5
1. Eesti rehabilitatsiooni süsteemi kirjeldus ....7
1.1. Rehabilitatsiooniteenuste osutamise põhimõtted ja eeldused ....7
1.1.1. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (SRT) osutajad ja teenused ....7
1.1.2. SRT korraldus ....8
1.2. Rehabilitatsiooniteenuste osutamise praktikad ja kitsaskohad ....10
1.2.1. Rehabilitatsioonisüsteemi kitsaskohad SRT osutaja vaatest ....10
1.2.2. Koostöö ja infovahetus ....11
1.2.3. Juhtumikorraldaja ....12
1.2.4. Rahastus ....13
1.3. Erinevate teenuste integreeritus ....13
1.4. Skisofreeniadiagnoosiga inimeste rehabilitatsioonivõimalused Eestis ....17
2. Rehabilitatsioonijuhiste rahvusvaheline kontekst ....18
2.1. Rehabilitatsioonijuhiste olulisus rehabilitatsiooniteenuste osutamisel ....18
2.1.1. Rehabilitatsiooni olemus ....18
2.1.2. Rehabilitatsioonijuhiste vajalikkus WHO määratluses ....19
2.2. Rehabilitatsiooni kompetentsi raamistik ....20
2.3. Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega inimeste käsitlus rehabilitatsiooniasutustes ....30
2.3.1. Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häirete olemus ....30
2.3.2. Rehabilitatsioonijuhiste rahvusvahelised praktikad ....33
2.3.2.1. Saksamaa juhis ....33
2.3.2.2. Austraalia ja Uus-Meremaa juhis ....34
2.3.2.3. Soome juhis ....35
2.3.2.4. Ühendkuningriigi juhised ....36
2.3.2.5. Kanada juhis ....38
2.3.3. Erinevate riikide rehabilitatsioonijuhiste koostamise kokkuvõte ....39
3. Kokkuvõte, järeldused ja soovitused ....40
3.1. Järeldused ....40
3.2. Soovitused ....41
Kasutatud kirjandus ....43

# Lühendid ja mõisted

| | |
|---|---|
| AGREE | *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* |
| ASCOT | *Adult Social Care Outcome Toolkit* |
| AWMF | *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* |
| CARe | *Comprehensive Approach of Rehabilitation* |
| CBR | *Case-based reasoning* |
| DPPGN | *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde* |
| EBR | *Evidence-based reasoning* |
| ESF | Euroopa Sotsiaalfond |
| FEP | *First episoode psychosis* |
| GRADE | *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* |
| ICM | *Intensive case management* |
| KKT | Kognitiiv-käitumuslik teraapia |
| KOV | Kohalik omavalitsus |
| NHS | *National Health System* (Ühendkuningriigid) |
| NICE | *National Institute for Health and Care Excellence* |
| PERH | Põhja-Eesti Regionaalhaigla |
| PICO | *Population, intervention, comparison, outcome method* |
| RFK | Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon |
| RHK | Rahvusvaheline haiguste kvalifikatsioon |
| RKR | Rehabilitatsiooni kompetentsi raamistik |
| SIGN | *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* |
| SKA | Sotsiaalkindlustusamet |
| SKAIS | Sotsiaalkaitse infosüsteem |
| SRT | Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus |
| STAR | Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister |
| SUSTAIN | *Sustainable tailored integrated care for older people in Europe project* |
| TVTK | Tallinna Vaimse Tervise Keskus |
| TÖR | Töötamise register |
| UK | Ühendkuningriigid |
| WHO | Maailma Terviseorganisatsioon |

# Sissejuhatus

Elu jooksul tekib skisofreenia hinnanguliselt 1–1,3% elanikkonnast ning esimesed sümptomid avalduvad tavaliselt noores täiskasvanueas, mil inimene alustab iseseisvat elu. Sealjuures võivad skisofreeniaga seotud sümptomid avaldada murettekitavat mõju ka haige perekonnale ja sõpradele (1). Eestis on skisofreeniasse haigestumine püsinud suhteliselt stabiilne – Tervise Arengu Instituudi (TAI) andmetel lisandub igal aastal umbes 600–700 haigusjuhtu, sealjuures haigestuvad mehed ja naised enamvähem võrdselt (2). 2021. aastal oli Sotsiaalkindlustusameti (edaspidi SKA) andmete põhjal sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusel (SRT) kokku 402 inimest, kellel oli põhidiagnoosiks skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired (F20-F29 RHK 10). Sealjuures on tööealiste puude puhul kõige enam neid, kel on psüühikahäire ja liitpuue (77%).Skisofreenia on psüühikahäire, millega kaasneb ebatavaline sotsiaalne käitumine ja raskused reaalsuse mõistmisel. Kõige tüüpilisemateks sümptomiteks on luulud, ebaselged või segadusse ajavad mõtted, häälte kuulmine, sotsiaalne isoleeritus ja motivatsiooni puudus. Tihti on nendel haigetel ka teisi vaimse tervise probleeme nagu ärevus, depressioon või sõltuvusainete kuritarvitamine (3) (4).

Skisofreenial puuduvad unikaalsed, ainult sellele haigusele viitavad sümptomid. Samad sümptomid võivad esineda paljude teiste psüühikahäirete korral, niisamuti nagu skisofreenia korral pole ühtegi sümptomit, mis esineks kõigil haigetel. Põhilised sümptomid ilmnevad tajumises, mõtlemises, tunde- ja tahteelus (5). Skisofreenia puhul eristatakse kahte liiki sümptomeid: positiivsed sümptomid, mis on inimese jaoks tavatud kogemused; ja negatiivsed sümptomid, mis on vähemal või rohkemal määral normaalse käitumise puudumine. Positiivsete sümptomite näited: inimesele võib tunduda, et mõtteid pannakse pähe või võetakse ära kontrollimatu välise jõu poolt. Kehale võib tunduda justkui see alluks välisele kontrollile nagu nukk või robot. Kogu isiksusele võib tunduda justkui ta oleks võõra jõu või mõju all. See on hirmutav kogemus, mida inimene püüab tõlgendada vastavalt oma teadmistele ja haridusele. Negatiivsete sümptomite näited: mõjutavad inimese huvi, energiat, emotsioone ja algatusvõimet. Negatiivsete sümptomite tulemusel isik ei näe enam vaeva, et välja minna, loobub pesemisest või enda korrastamisest, ei ärritu ega näita üles entusiasmi millegi vastu. Inimene hakkab vältima teiste inimestega kokkusaamisi, räägib vähe või üldse mitte. Negatiivsed sümptomid häirivad pereliikmeid. Neile tundub, et justkui see isiksus, keda nad teadsid, oleks asendatud kellegi võõraga, kes ei taha midagi teha. Pereliikmetel oleks kasulik teada, et selline käitumine on suuresti põhjustatud luuludest ja hallutsinatsioonidest, mis haaravad inimese oma "võimusesse" (6) (7). Mõnel inimesel võivad positiivsed sümptomid esineda väga lühidalt, teised võivad neid kogeda aastaid (8) (9).

Skisofreeniadiagnoosiga patsientidel on lisaks tervishoiuteenustele võimalik saada rehabilitatsiooniteenuseid ning kohalikust omavalitsusest (edaspidi KOV) erinevaid sotsiaalteenuseid. Abivajajal on võimalik saada kolme liiki rehabilitatsiooniteenuseid, sh sotsiaalset ja tööalast rehabilitatsiooni. Kuigi paljudes riikides need rehabilitatsiooniliigid kattuvad (ehk neid osutatakse ühest kohast), siis Eestis on need korraldatud eraldi. Antud töö raames keskendume SRT-le. SRT alla ei kuulu muud puuetega inimeste sotsiaalteenused (nt koduteenused või isikliku abistaja ja tugiisiku teenused, mille eest vastutavad kohalikud omavalitsused (KOV)). Samuti ei hõlma need meditsiinilist poolt. Kutsealase rehabilitatsiooni teenus loodi 2016. aastal Sotsiaalhoolekande seaduse alusel ja teenus toimib sama õigusakti alusel väikeste muudatustega (teenusepiiranguta).

Selleks, et rehabilitatsiooniteenuseid kvaliteetsemalt osutada ja teenuste mõju hinnata, on paljudes riikides kasutusel rehabilitatsioonijuhised. Olenevalt konkreetse riigi tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemide korraldusest, on rehabilitatsiooniteenus tihedalt seotud kas tervisesüsteemiga (põhimõtteliselt taastusravi üks osa) või sellest eraldi. Viimast esineb siiski harvem. Rehabilitatsioonijuhistega luuakse ühtselt mõistetav tõenduspõhine raamistik tegevuskava koostamise tööks kindla sihtgrupiga. Eelduseks on, et

teenuseosutaja lähtub eelkõige inimese piirangutest, nõrkustest ja tugevustest ning soovitud tulemustest, mitte kitsamalt diagnoosist. Samas on siiski võimalik tõenduspõhiste metoodikate alusel samalaadseid teenuseid sihtgrupiti osutada.

Sotsiaalse rehabilitatsiooni süsteemi arendamiseks, arusaadavamaks ja tõenduspõhisemaks muutmiseks on aastatel 2021–2022 SKA loomas rehabilitatsioonijuhiseid, millest esimene on skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega (F20–F29 RHK-10) tööealiste rehabilitatsioonijuhis. Sellest tulenevalt luuakse antud töö raames tõenduspõhine raamistik tegevuskava koostamise tööks kindla sihtgrupiga ning töötatakse rehabilitatsiooniasutustele välja skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega tööealistele inimestele rehabilitatsioonijuhis. Töö tulemusena valmib kirjeldus rehabilitatsiooniteenuste olukorrast, sh kitsaskohtadest, ja tehakse soovitusi nende leevendamiseks (lõppraport). Lisaks on välja töötatud Rehabilitatsioonijuhis skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega täiskasvanud rehabilitatsiooniteenuse saajale (Lisa 1), mis sisaldab ka soovitusi rehabilitatsiooniasutustele sihtrühmaga tegelemiseks. Töö kolmas osa on rehabilitatsioonijuhiste väljatöötamise metoodika (Lisa 2), mis annab suunised rehabilitatsioonijuhiste loomiseks. Kuigi välja töötatud rehabilitatsioonijuhis kirjeldab tööd skisofreenia diagnoosiga patsientidega, on oluline silmas pidada, et juhis on koostatud rehabilitatsiooniteenuste osutajatele. Seega on juhise kasutajateks need rehabilitatsiooniteenuse osutajad, kes osutavad teenust skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega tööealisele klientuurile. Juhise loomisel võtame seetõttu arvesse nii rehabilitatsiooniteenuste osutajate valmisolekut kui ka takistavaid tegureid teenuse osutamisel nimetatud sihtrühmale.

# 1. Eesti rehabilitatsiooni süsteemi kirjeldus

## 1.1. Rehabilitatsiooniteenuste osutamise põhimõtted ja eeldused

### 1.1.1. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (SRT) osutajad ja teenused

Kuigi Eestis pakutakse kolme erinevat liiki rehabilitatsiooni, keskendub antud töö SRT osutamisele. SRT on mõeldud puudega või vähenenud töövõimega inimeste toetamiseks, õpetamaks ja arendamaks nende igapäevaelu oskusi, toetamaks õppimist ja töötamist, et seeläbi suurendada nende võimalusi igapäevaelus osalemiseks.

2021. a. septembrikuu seisuga osutab Eestis puudega või piiratud töövõimega 16-aastastele ja vanematele isikutele SRT-d 117 asutust. Abivajajal on võimalik küll endal valida, kust teenust saada, kuid olenevalt abivajaja asukohast ei pruugi talle geograafiliselt sobivas kohas SRT osutajat olla või on mõni asutus ülekoormatud ja seetõttu pikad järjekorrad. SRT teenuseosutajad maakonna ja rahvaarvu lõikes on esitatud alljärgnevas tabelis (Tabel 1) ning sellest nähtub, et maakondade lõikes on see ebaühtlaselt jagunenud (ja Hiiumaal ei ole ühtegi teenuseosutajat).

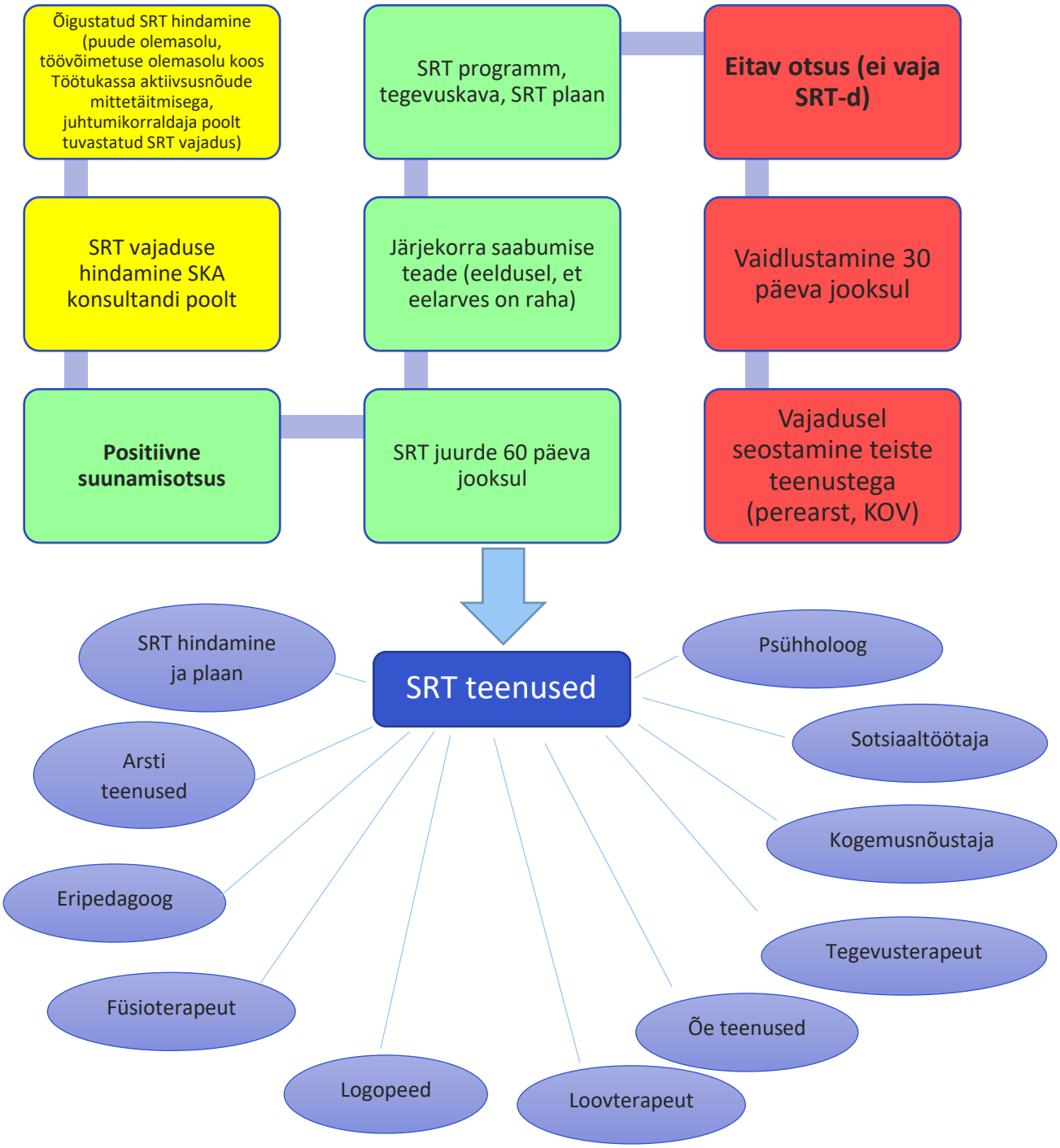
Tabel 1. Puudega isikute ja SRT pakkujate arv maakondade lõikes

| Maakond | SRT teenuseosutajad puudega või piiratud töövõimega 16-aastastele ja vanematele isikutele | SRT teenuseosutajad psüühikahäirega tööealisetele isikutele | Puudega või piiratud töövõimega 16-62-aastased isikud | SRT saajate arv 1000 elaniku kohta (2019) |
|---|---|---|---|---|
| Tallinn | 39 | 36 | 12086 | NA |
| Harjumaa | 8 | 7 | 16201 | 5,4 |
| Hiiumaa | 0 | 0 | 272 | 4,0 |
| Ida-Virumaa | 12 | 10 | 8092 | 10,5 |
| Jõgevamaa | 1 | 0 | 2173 | 8,3 |
| Järvamaa | 6 | 6 | 1680 | 7,8 |
| Läänemaa | 1 | 0 | 838 | 6,0 |
| Lääne-Virumaa | 4 | 4 | 2817 | 8,5 |
| Põlvamaa | 1 | 2 | 2118 | 13,1 |
| Pärnumaa | 7 | 6 | 3756 | 6,6 |
| Raplamaa | 1 | 1 | 1304 | 6,5 |
| Saaremaa | 2 | 2 | 1531 | 8,5 |
| Tartumaa | 24 | 22 | 6912 | 12,0 |
| Valgamaa | 4 | 4 | 2147 | 9,5 |
| Viljandimaa | 4 | 4 | 2692 | 9,8 |
| Võrumaa | 4 | 4 | 2824 | 14,3 |

*Allikas: SKA, Statistikaamet (2021)*

2019. aastal sai Eestis kokku SRT-d 10 200 inimest (mehi 58% ja naisi 42%), kellest 3616 ehk 37% olid täisealised. SRT osakaal on aastatega langenud, nt 2017. aastal sai SRT-d kokku 15 981 inimest (7684 täiskasvanut) ning 2018. aastal umbes 13 000 inimest, kellest 3308 ehk 26% olid 16–62-aastased tööealised ning 2462 ehk 19% vanuses 63+. Laias laastus osutati 2018. aastal tööealistele SRT-d 1 700 000 ja vanaduspensionieelistele 600 000 euro eest (ei sisalda SKA poolt tasutud transpordi-ja majutuskulusid). Need numbrid kirjeldavad kogu SRT mahtu.

Joonisel 1 on esitatud SRT-d vajava inimese teekond vajaduse hindamisest teenusele jõudmiseni ning peamised SRT-d.




*Joonis 1. Täiskasvanud inimese teekond SRT-le ja SRT raames osutatavad teenused (autorite koostatud)*

### 1.1.2. SRT korraldus

Täiskasvanud inimese rehabilitatsioonivajadust hindab esmalt SKA. SRT vajadus määratakse kindlaks lähtuvalt isiku eesmärkidest (kuivõrd on eesmärkide täitmiseks õigustatud SRT osutamine), toimetulekuvõimest, tegevusvõimest, osalusvõimest ja terviseseisundist. Tööealise isiku korral saab SKA lisainfot ka varasemalt osutatud Töötukassa teenuste kohta. Samuti abistab SKA konsultant inimest

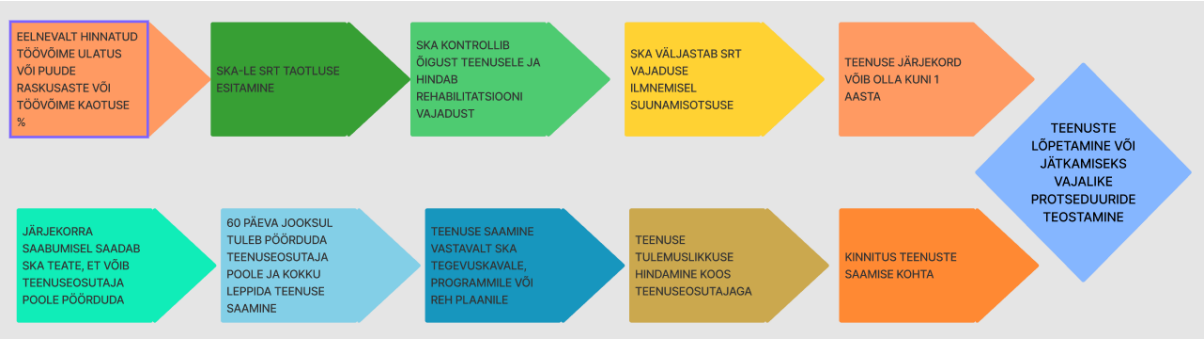
rehabilitatsiooniteenuse osutaja valikul, sest erinevaid teenuseosutajaid on palju. Konsultandi ülesandeks on ka seletada abivajajale teiste teenuste, nagu nt KOV sotsiaalteenuste, tervishoiuteenuste, erihoolekande teenuste jms, kasutamise võimalusi. Rehabilitatsioonivajaduse hindamine toimub üldjuhul SKA klienditeeninduses, kus on tagatud privaatset ja segamatut vestlust võimaldavad tingimused. Põhjendatud erivajaduse tõttu läheb konsultant hindamist tegema kliendi koju. Hindamine kestab kokku ca 2 tundi ning sinna võib rehabilitatsiooniteenuse taotleja minna ka pereliikme, tugiisiku vms inimesega. Hindamine viiakse läbi selleks väljatöötatud küsimustiku abil, mis on leitav ka SKA kodulehelt (10). Hindamise käigus küsitakse terviseolukorrast tulenevaid raskusi peamistes eluvaldkondades (tajumine, liikumine, enese eest hoolitsemine, suhtlemine, igapäevased toimingud kodus ja tööl/koolis, ühiskonnaelus osalemine jne) ning kogutakse lisainfot ka teistelt abivajajaga kokkupuutuvatelt osapooltelt (lähedased, perearst, sotsiaaltöötaja). Hindamise käigus tuleb jõuda arusaamale, kas inimene vajab SRT-d või hoopis muid teenuseid (kas KOV-ilt, tervisesüsteemist, haridussüsteemist, Töötukassast vmt).

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

Rehabilitatsiooniprogramm – sarnaste probleemide ja eesmärkidega abivajajatele kokku pandud tegevuste pakett. Rehabilitatsiooniprogrammid võivad sisaldada nii individuaalseid kui ka grupile mõeldud teenuseid. Kui hindamisel selgub, et inimesele sobiv rehabilitatsiooniprogramm on olemas, siis ei koostata talle eraldi tegevuskava ega rehabilitatsiooniplaani.

Tegevuskava – SRT osutamise aluseks olev dokument, mille koostab SKA konsultant ja milles lepitakse kokku rehabilitatsiooni eesmärk ning selle saavutamiseks vajalikud teenused. Tegevuskava olemasolul ei ole vaja koostada rehabilitatsiooniplaani. Kui aga abivajaja vajadused on keerukamad, temale sobivat rehabilitatsiooniprogrammi ei ole ning tegevuskava teha ei saa, siis suunatakse inimene rehabilitatsioonimeeskonna poole, kes koostab talle rehabilitatsiooniplaani.

Rehabilitatsiooniplaan – rehabilitatsioonimeeskonna poolt abivajajale koostatud plaan, mis sisaldab teostatud hinnangute kokkuvõtet koos soovitustega ja eesmärkide saavutamiseks vajalikku tegevuskava. Järgnevalt on toodud joonis, kus on kirjeldatud sammude kaupa SRT-le pääsemist. Protsess algab hetkest, mil inimesele on määratud kas puue või töövõime kaotuse protsent.




*Joonis 2. SRT-le saamise protsess (autorite koostatud)*

## 1.2. Rehabilitatsiooniteenuste osutamise praktikad ja kitsaskohad

Aastatel 2005–2016 oli kõigil registreeritud puudega lastel ja täiskasvanutel seadusjärgne õigus rehabilitatsiooniteenusele, mis tähendas vähemalt viiest spetsialistist koosneva rehabilitatsioonimeeskonna juurde suunamist. Selline praktika oli aga kulukas ja ammendas märkimisväärse osa sotsiaalseks rehabilitatsiooniks eraldatud ressurssidest. Samuti ei olnud kindel, kas SRT-le suunatu vajas tingimata komplekssет rehabilitatsiooniteenust (11). Teenusepakkujate hinnangul aitaksid paljusid rehabilitatsiooniteenust saanud isikuid SRT raamesse mittekuuluvad sekkumised (nt meditsiiniline rehabilitatsioon, rahaline toetus või muud sotsiaalteenused, nagu koduhooldus, isiklik abistaja, eriteenused vms). Ka Riigikontroll on oma auditites riigi poolt rahastatava rehabilitatsiooniteenuste süsteemi kohta öelnud, et see ei tuvasta teenust kõige enam vajajaid (12,13). Lisaks on rehabilitatsiooniteenuste osutajad välja toonud selle, et teenusesaajate sihtrühm on olnud lai ning näiteks on SRT saajate hulgas inimesi, kes vajaks hoopis taastusravi (14). Esile on toodud vajadust parema infovahetuse järele teenuse rahastajate ja teenusepakkujate vahel. Näiteks Eesti Puuetega Inimeste Koja hinnangul puudub teenusekasutajatel informatsioon SRT sisu kohta (nt meditsiinilise rehabilitatsiooni teenuseid ei osutata sotsiaalse rehabilitatsiooni kontekstis). Seega võivad abivajajad taotleda SRT-sid, uskudes, et see on tee meditsiinilise rehabilitatsiooni teenuste saamiseni või neil olid ootused muude osutatavate teenuste liigi või ulatuse suhtes (15). Samas praeguse süsteemi järgi peavad SKA konsultandid rehabilitatsioonivajaduse hindamisel abivajajale ka teenuste erinevused selgeks tegema ning ootused ühtlustama.

Üheks kitsaskohaks on ka rehabilitatsiooni valdkonna rahastamine. Märkimisväärne osa nii riigi SRT kogueelarvest kui ka igale inimesele kalendriaastas eraldatavast summast kulub multidistsiplinaarsele hindamisele, rehabilitatsiooni planeerimisele ja sellega seotud majutuskuludele, jättes alles vähe ressurssi nende plaanide elluviimiseks ja teenuste osutamiseks (14). Probleemiks on olnud ka see, et paljusid rehabilitatsiooniplaane ei rakendatagi, st plaaniperiood lõppeb enne teenusele saamist pikkade järjekordade tõttu (12,13). Ka 2010. aastal tõdes Riigikontroll, et rehabilitatsiooniteenus ei ole kõigile abivajajatele kättesaadav – probleemideks pikad ravijärjekorrad, ebaefektiivne rahakasutus ja bürokraatia. SKA on omalt poolt välja toonud puuduliku rehabilitatsiooniplaanide kvaliteedi ning rehabilitatsiooniplaanide eesmärkide mittesaavutamise (14).

### 1.2.1. Rehabilitatsioonisüsteemi kitsaskohad SRT osutaja vaatest

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

Nii kliiniline personal kui rehabilitatsiooniteenuse osutajad leiavad, et väga oluline oleks leida sild haigla ja rehabilitatsiooniasutuse vahel. Haiglal näiteks puudub ülevaade rehabilitatsiooniasutustest, kes pakuvad teenuseid ka psüühikahäiretega (skisofreenia ja psühhoosiga) inimestele. SKA on koostanud küll nimekirja teenusepakkujatest, kes osutavad psüühiliste erivajadustega inimestele teenuseid, kuid reaalselt on psühhoosi-ja skisofreenia diagnoosiga patsientidega valmis tegelema vaid vähesed

rehabilitatsiooniteenust osutavad asutused. Sellest tulenevalt käib praegu rehabilitatsiooniteenusele saamine läbi SKA konsultandi ning hooba vahetu suhtluse tekkeks ei ole.

Paljud rahvusvahelised rehabilitatsioonijuhised on välja toonud selle, et suhtlus ning esmane koostöö rehabilitatsiooni meeskonnaga peaks algama juba haiglas. Selle eelduseks on juhtumikorraldaja olemasolu, kellel oleks voli töötada laiemalt kui ainult ühe asutuse põhiselt. Mujal maailmas on juhtumikorraldaja tavaliselt rehabilitatsioonimeeskonda kuuluv, kes tegeleb ka tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi kuuluvate küsimustega (nt korraldab haiglas patsiendi, raviarsti ja rehabilitatsioonimeeskonna kohtumise). Samuti tagab juhtumikorraldaja selle, et inimene saaks ka muid vajalikke teenuseid, nt sotsiaalsüsteemist ja haridussüsteemist. Eesti rehabilitatsioonisüsteemis ei ole juhtumikorraldajaid. Kõige lähemal on sellele SKA konsultandid, kes peavad hindama täiskasvanud inimeste rehabilitatsiooniteenuste vajadust. Samas see piirdubki praegu vaid teenusevajaduse hindamisega ning vajadustele vastav korralduslik ülesanne puudub (nt suhtluse korraldus erinevate asutuste ja spetsialistide vahel, teenuse tagamine jne). Oluline on, et juhtumikorraldaja oleks abivajajale kättesaadav haiglaravist kuni teenuste lõppemiseni (ehk siis üks inimene, kelle poole saaks alati igas etapis pöörduda).

Eestis on praegu rehabilitatsiooniteenust osutavad asutused erineva võimekuse ning ka teenuste ampluaaga. Seaduse poolt pandud nõuded peaksid olema täidetud, kuid siiski on mõnes piirkonnas suuri probleeme näiteks rehabilitatsioonimeeskonna mehitamisega. Seetõttu võivad mõnes asutuses olla teenusele järjekorrad väga pikad, kuna ei ole täiskoormusega töötavaid töötajaid. Näiteks on rehabilitatsiooniasutused välja toonud ka selle, et meeskonda oleks vaja nt vaimse tervise õde ja kliinilist psühholoogi, kuid rehabilitatsiooniasutustesse neid veel ei jätku. Samas on kohati suuri probleeme ka kohustuslike teenuste tagamisega (nt suur puudus on logopeedidest) ning seetõttu saabki asutus lõpuks osutada vaid neid teenuseid, mille jaoks neil meeskond olemas on ja mitte alati neid, mis abivajajale vajalikud oleksid.

### 1.2.2. Koostöö ja infovahetus

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

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

Et tagada inimesele kvaliteetne ja inimkeskne teenuste kättesaadavus, peab erinevate tasandite vahel toimuma tihe koostöö. Praegune süsteem on paljuski üles ehitatud selliselt, et abivajaja peab ise oma raviteekonna, mis sisaldab ka rehabilitatsiooni- ja ka muid teenuseid, eest vastutama. Samas peab arvestama, et psühhiaatrilised patsiendid ei pruugi selleks olla võimelised ning et paljudel juhtudel nad

esialgu oma haigust ei aktsepteeri. Oluline on aga, et nad saaksid vajalikke sekkumisi õigel ajal, sest muidu nende seisund halveneb. Kui isegi nt haigla sotsiaaltöötaja võtab alguses koordineeriva rolli, siis ta saab patsienti vaid kuhugi edasi suunata, kuid haiglast lahkudes see kontakt kaob. Selleks et patsient saaks sujuvalt erinevate asutuste ja tasandite vahel liikuda, on vaja nende asutuste vahelist koostööd. Haigla sotsiaaltöötaja võib küll KOV sotsiaaltöötajaga ühendust võtta, kuid praegu ei ole teadaolevaid juhtumeid, kus KOV töötaja oleks juhtinud abivajaja haiglast erinevate teenusteni.

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

### 1.2.3. Juhtumikorraldaja

Rahvusvahelistes rehabilitatsioonijuhistes on selgelt välja toodud, et juhtumikorraldajal, kes on patsiendi kõrval kogu teekonna haiglaravist kuni teenuste lõppemiseni, on väga suur mõju nii ravitulemustele kui kulude kokkuhoiule. Eestis on praegu olukord, kus nö juhtumikorralduslikku rolli püütakse võtta küll kõigil erinevatel tasanditel, kuid omavahel need enamasti ei haaku. Tavaliselt on esimeseks juhtumikorraldajaks haigla sotsiaaltöötaja, kes tutvustab patsiendile erinevaid teenuseid ja võimalusi edasiliikumiseks. Kuid tema roll lõpebki siis, kui patsient haiglaravilt lahkub. Teiseks juhtumikorraldajaks on SKA konsultant, kes hindab patsiendi rehabilitatsiooniteenuste vajadust. Teenusevajadus hinnatakse põhjalikult ja ühtse metoodika alusel, kuid see kontakt jääb lühiajaliseks, tavaliselt ühekordseks. Kui inimese eestkostjaks saab KOV, siis võtab juhtumikorraldaja rolli KOV-i sotsiaaltöötaja, kuid seal saab murekohaks see, et sellise rolli täitmiseks ei pruugi olla nende ettevalmistus piisav – ei tunta piisavalt erinevaid süsteeme ning ei teata, millal ja milliseid teenuseid inimene vajab. Kui inimene siseneb rehabilitatsiooniasutusse, siis tavaliselt tekib tal ka seal juhtumikorraldaja (teenuste koordinaator), kes tagab teenuste pakkumise rehabilitatsiooniasutuse poolt. Samas asutuseväline koostöö enamasti puudub.

Aastatel 2016–2017 viis TVTK koostöös Põhja-Eesti Regionaalhaiglaga (edaspidi PERH) läbi projekti, kus piloteeriti teenuste pakkumise korraldust esmakordselt psühhoosi haigestunud inimestele võimalikult varajase sekkumisega, kohese seostamisega neile vajalike teenustega ning raviarsti ja rehabilitatsiooniteenuse osutaja võrgustikutööd. Piloteerimise sihtgrupiks olid psühhoosi haigestunud inimesed, kes projekti alguse perioodis olid esmakordselt ravil PERH Psühhiaatriakliiniku 9. osakonnas (integratiivravi). Ravil viibivatele haigestunutele ja nende pereliikmetele pakuti võimalust saada kontaktisik, kes aitab kaasa haigusest taastumisele, teenuste ja muu abi saamisele. Pilootprojekt tõendas vajadust toetada psühhoosihaigeid pikaajaliselt. Positiivsete tulemuste hulka kuulub see, et kui projekti alguses arvas 30% teenusesaajatest, et tunnevad ära haiguse sümptomid, siis aasta pärast oli see juba 70%. Tuli välja ka see, et 80% projektis osalenud teenusesaajatest võtavad rohtu või käivad süsti saamas, mis PERH-i kogemusel ilma projektita oleks ca 50%. Samuti tõusis pilootprojekti tulemusel teenusesaajate motivatsioon ja aktiivsus esmase haiglaravi ajaga võrreldes. Tänu projekti tegevustele said haigestunud ja nende pereliikmed neile sobivaid teenuseid, samuti taotlesid haigestunud kontaktisiku abil neile vajalikke riiklikke toetusi.

Teenuste osutamisel on oluline sihtgruppi ja konkreetset teenusesaajat hästi tunda, ennetada haigestunu abisüsteemist väljalangemist ja leida sobiva intensiivsuse ning sisuga rehabiliteerivad/toetavad tegevused.

Kuigi psühhoosi ja skisofreeniasse haigestunutel on ühiseid sarnaseid vajadusi, on nende (perede) toimetulek ning intellektuaalne võimekus erinev, millega tuleb teenuste osutamisel arvestada. Näiteks teenusesaaja (edasi)õppimise võimekus, pere majanduslik toimetulek, pere/sõprade olemasolu jm. Seetõttu on oluline, et abivajaja saaks ühe juhtumikorraldaja kogu ravi ja teenuste teekonnaks, kes tunneks erinevaid süsteeme ja ka haigusest tulenevaid eripärasid, millega arvestada.

### 1.2.4. Rahastus

Eestis rahastatakse erinevaid teenuseid erinevatest süsteemidest ning see soodustab ka nö silotornide tekkimist ning abivajaja ära kadumist erinevate süsteemide vahel. Rehabilitatsiooniasutustes rahastab SKA vaid teatuid teenuseid, mis lähevad sotsiaalteenuste alla. Samas on rehabilitatsiooniasutustes tööl ka arste ning õdesid, kes justkui osutaksid sotsiaalteenust (nt ei saa rehabilitatsioonimeeskonnas olev arst välja kirjutada retsepti, vaid peab selleks patsiendi saatma tervishoiuteenuse osutaja juurde). Samuti ei ole rehabilitatsiooniasutustes võimalik kasutada kliinilise psühholoogi teenust (kuigi see oleks hädavajalik), kuna see ei mahuks sotsiaalteenuse rahastamise alla.

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

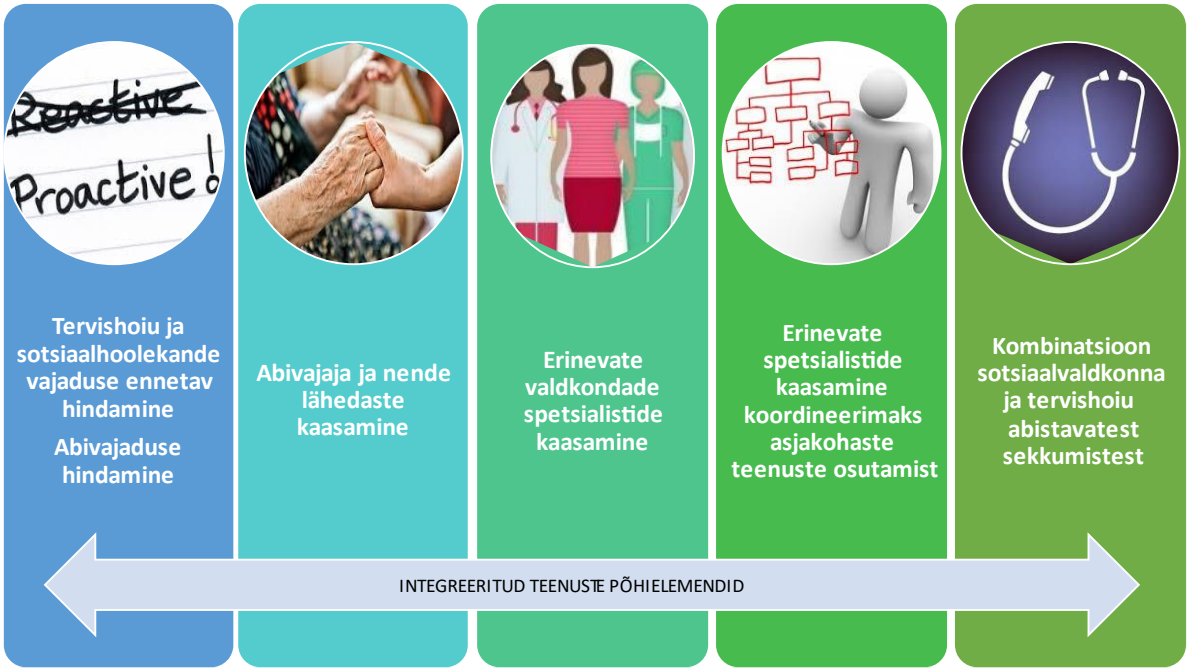
## 1.3. Erinevate teenuste integreeritus

Teenusevajaduse hindamise esmane eesmärk on teha kindlaks, millised inimesed millist tüüpi abi vajavad (16). Sealjuures on oluline kindlaks teha abivajaduse raskusaste, et tagada õigeaegne ja sihtotstarbeline reageerimine (17). Teenusevajaduse hindamine põhineb suures osas andmete kogumisel ja nende analüüsimisel. Teenusevajaduse hindamise puhul saab eristada kahte tüüpi andmeid: esmaseid (kogutakse vahetult abivajaja käest) ja sekundaarsed andmed (erinevate registrite andmed). Võimalusel tuleks vältida andmete dubleerimist. Kui registrites on info olemas, ei ole vaja seda inimese käest enam uuesti küsida (18). Rehabilitatsiooni kontekstis on abivajaduse hindamisega seoses võimalik andmeid koguda peamiselt inimeselt endalt (või tema lähedastelt), teatud andmed on nähtavad ka STAR-is (nt puude raskusastme hindamise otsus, töövõime hindamise tulemus). Vaatamata loodud eeldustele ametkondliku ja riikliku statistika operatiivsemaks ja kvaliteetsemaks tootmiseks sotsiaalvaldkonnas, sh üleminek nn teenusepõhiselt statistikalt isikupõhisele statistikale (19), ei toimi see veel andmekaitseseaduse piirangute tõttu (20).

Tulenevalt andmesüsteemide puudujääkidest on Eestis praegu suurim väljakutse puudulik ülevaade riigi tasandil valdkondade ja teenuste koosmõjust. On küll teada, mis mahtudes ja millistes piirkondades teenuseid pakutakse, kuid teadmata on näiteks see, millistel juhtudel on saadud enne statsionaarseid teenuseid kodus pakutavaid teenuseid, kas koduteenust pakutakse koos koduõendusteenusega, kas õnnetusest taastujatele järgneb pärast taastusravi tööalane või sotsiaalne rehabilitatsioon ja kas nad saavad lisaks ka KOV-i teenuseid. Seetõttu on oluline, et abivajaja kohta käivad andmed koonduksid kokku valdkonnaüleselt, mis tagaks üksikjuhtumite kiirema ülesleidmise ning parema lahenduse (21). Andmete puudulik kättesaadavus takistab abivajajat igakülgselt aidata (näiteks ei teata, millised on inimese tervislikust seisundist tulenevad piirangud ja vajadused, või milliseid töötukassa teenuseid on talle määratud) (20). Näitena toodud info võimaldaks paremini sihistada KOV-i teenuseid, vältida teenuste dubleerimist ja muuta kogu abivajaduse hindamine ning teenuste korraldamine inimkesksemaks.

Maailma Terviseorganisatsioon (edaspidi WHO) rõhutab vajadust kaasata inimesi ja anda neile partneritena võimalus oma tervise ja heaolu loomiseks ja säilitamiseks. Astana deklaratsiooniga (2018)

toetatakse poliitikat, mis tagab inimese vajadustele vastavate teenuste integreerituse, järjepidevuse ja koostöö (22). See on oluline eriti nende inimeste jaoks, kellel on suurem abivajadus erinevatest süsteemidest, ja kelle jaoks peab nii abivajaduse hindamine kui teenuste korraldamine olema ühtselt koordineeritud (23). Inimkeskse ja integreeritud teenuste koordineerimise vajalikkust rõhutati ka Horizon2020 projektis SUSTAIN (*Sustainable tailored integrated care for older people in Europe*), mille raames koostati integreeritud teenuse (sisaldades nii sotsiaalhoolekande- kui tervishoiuteenuseid) raamistik (vt joonis 3). See esitab põhielemendid, millega tuleb kogu abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamise aspektist lähtuda (24).




*Joonis 3. Integreeritud teenuste ja tervishoiusüsteemi tasakaalustamine (Allikas: SUSTAIN)*

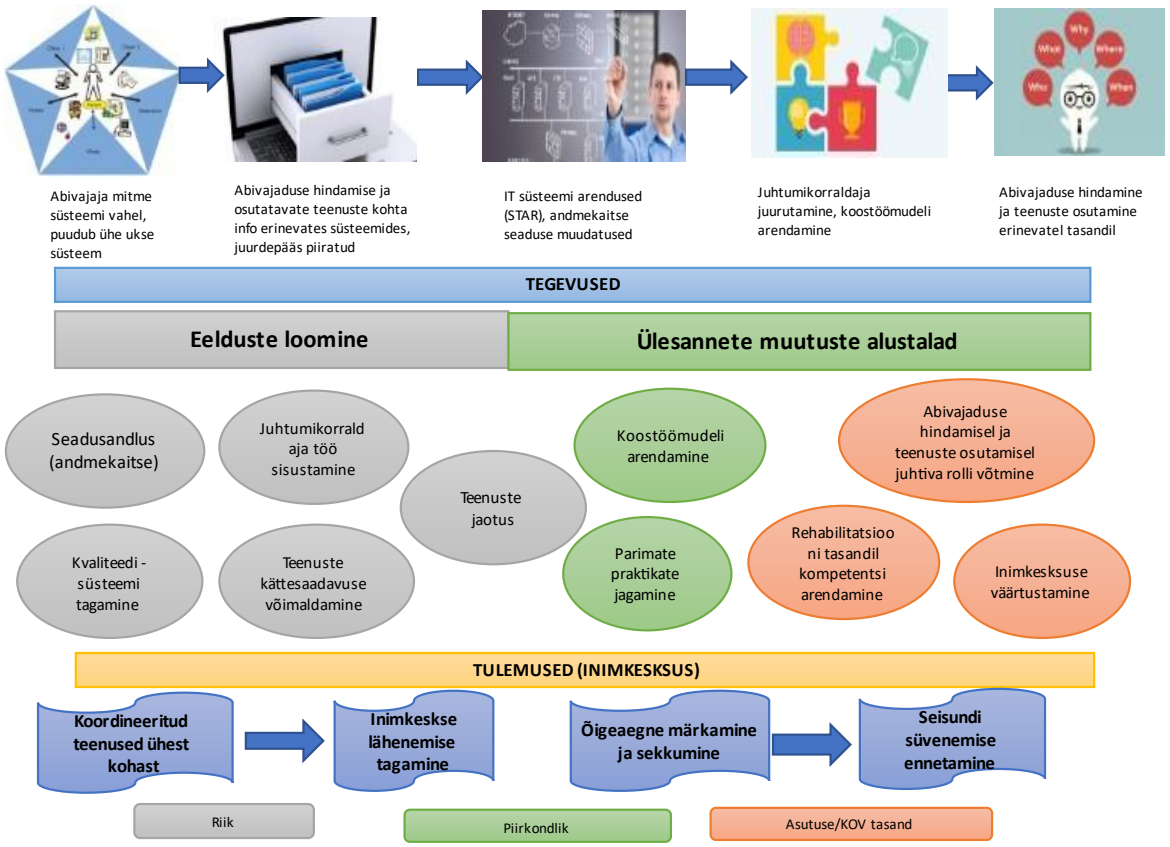
Selleks, et rehabilitatsiooniasutused saaksid paremini toime tulla kvaliteetse teenuse tagamisega, peab muutus hõlmama suurt osa teenuste korraldamisega seotud süsteemidest. Sealjuures peab kogu strateegiline tegevus arvestama asjaoluga (vt joonis 4), et nii teenuste vajaduse hindamine kui teenuste osutamine oleksid korraldatud võimalikult inimkeskselt, olemas oleksid vajalikud teenusepakkujad (sh et inimene saaks vajadusele vastavat, mitte olemasolevat teenust), olemas oleksid kõik vajalikud andmed (vältimaks tegevuste dubleerimist ja seeläbi halduskoormuse vähenemist nii spetsialistidele kui inimesele), tagatud oleksid toetavad teenused, mis võimaldaks inimesel vältida korduvat haiglaravi ning tagatud oleksid õigeaegselt kättesaadavad asjakohased teenused (OECD, 2019; SUSTAIN, 2019c).

*Joonis 4. Abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamise strateegilised lähtekohad*

Euroopas propageeritakse abivajaduse hindamisel ja teenuste korraldamisel järjest enam juhtumikorraldaja (koordinaatori) töö olulisust (27–29). Eelkõige mõeldakse juhtumikorraldamise all lähenemisviisi, kus abivajadus ja saadavad teenused on ühtsel tasandil korraldatud, asjakohased ning kättesaadavad. Sealjuures on olulisel kohal terviklik lähenemine ja koostöö erinevate osapoolte vahel (nii tervishoiu kui sotsiaalvaldkonnas). Eelkõige on juhtumi koordinaator oluline keerukamate juhtumite puhul, kus on vaja koordineerida erinevate spetsialistide koostööd (kaasates ka abivajaja ja tema lähedased) ning tagada erinevate tasandite teenuste kättesaadavus (30).

Alates 2018. aastast on Eestis alustatud mitme pilootprojekti läbiviimist, mille raames püütakse muuhulgas rakendada juhtumikorraldaja (koordinaatori) tööd. Näiteks on Euroopa Sotsiaalfondi (ESF) poolt rahastatud ja SKA poolt koordineeritud pilootprojekt „Isikukeskse erihoolekande teenusmudeli rakendamine kohalikus omavalitsuses“ (01.10.2019–31.12.2021), mille eesmärk on katsetada psüühilise erivajadusega inimeste abistamisel teenuskomponentidel põhinevat lähenemist ja testida korraldusskeemi, kus psüühilise erivajadusega inimeste teenuste korraldaja rollis on KOV (31). 01.08.2018–31.07.2019 viidi läbi hoolduse koordinatsiooni pilootprojekt, mille eesmärgiks oli hooldusvajadusega inimeste ja nende lähedaste koormuse vähendamine asjaajamisel; abivajadusega inimestele asjakohase abi pakkumine võimalikult vara (sh pikendades seeläbi toimetuleku aega kodus); senisest parema info kogumine süsteemsete kitsaskohtade kohta. Pilootprojekti raames testiti üldist kontseptsiooni ja detailsema mudeli väljaarendamist. Sihtgrupiks olid suure ja keerulise hooldusvajadusega täisealised inimesed, kes vajasid pikemaajaliselt abi nii tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemist (32,33). Pilootprojekti tulemusena leiti, et hoolduskoordinaatori mudeli eduka rakendumise eelduseks on piirkonnas tegutsevate osaliste (KOV-i, perearstikeskuse, piirkonna haigla, sotsiaal- ja tervishoiuteenuste pakkujate jt) vahel olevad selged kokkulepped ülesannete jaotumise osas, selleks vajalik kompetents ning kas ja mis ülesannete jaoks on vaja lisatööjõudu (34).

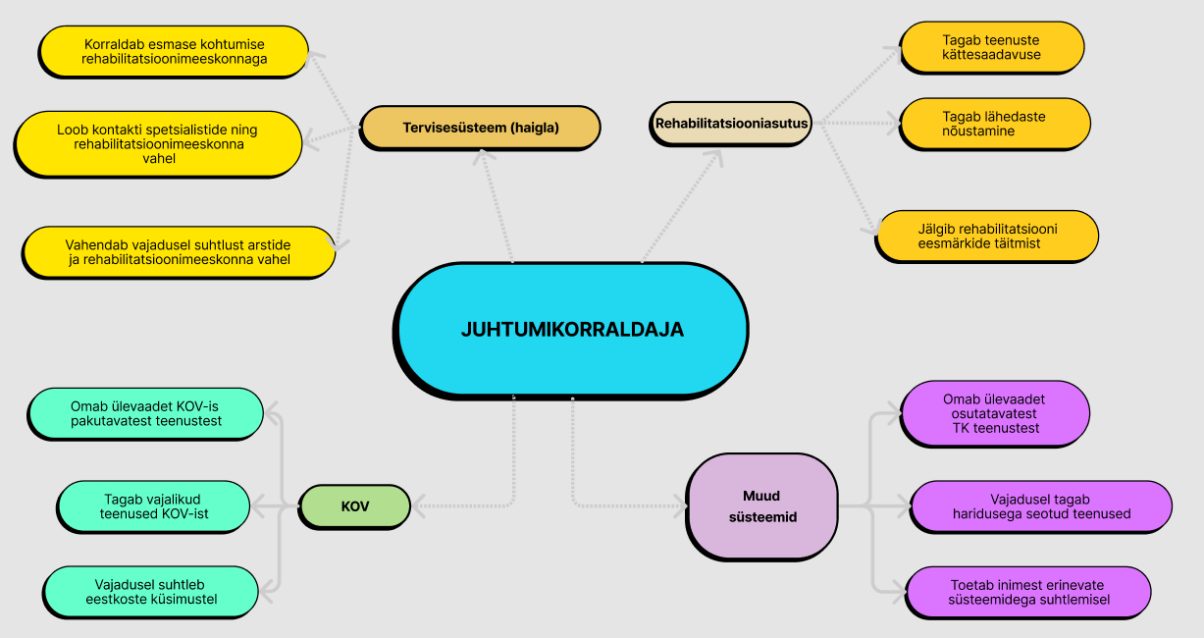
Tuginedes rahvusvahelistele soovitustele ja Eesti olukorrale on järgneval joonisel (Joonis 5) näidatud abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamise raamistik, mis peaks põhinema läbivalt inimkesksel lähenemisel. Selleks, et tagada parem abivajaduse hindamine ja teenuste korraldus, on vaja luua teatud eeldused. Üheks oluliseks eelduseks on andmekaitse seaduse muutmine nii, et abivajaja kohta oleksid parima teenuse tagamiseks kõik vajalikud andmed olemas. Teiseks oluliseks eelduseks on riiklikul tasandil kvaliteedi süsteemi tagamine, mis võimaldaks abivajaduse hindamist ja teenuste (sealhulgas rehabilitatsiooniteenuste) korraldust läbi viia ühtsetel alustel ja tagada seeläbi ka piirkondlik võrdsus. Praegu käib küll mitu pilootprojekti seoses juhtumikorraldajate tööle rakendamisega, kuid üldise raamistiku korral peaks juhtumikorraldaja tööülesanded olema keskselt sisustatud ning nende koolitus/väljaõpe riigi poolt tagatud. Enne, kui kellelegi pakkuda (olgu see siis rehabilitatsiooniasutuse tasand, KOV tasand või mõni muu) võimalike ülesannete üleandmist seoses abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamisega, peab olema tagatud teenuste osutamise võimekus. Praegu on seadusandluses täpselt reglementeerinud teenused, mida osutatakse KOV-i ja mida riigi tasandil (sh rehabilitatsiooniteenused) (35).




*Joonis 5. Inimkeskse abivajaduse hindamise ja teenuste korraldamise raamistik (autorite koostatud)*

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

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




*Joonis 6. Juhtumikorraldaja roll ravi-ja teenuste teekonnal (autorite koostatud)*

## 1.4. Skisofreeniadiagnoosiga inimeste rehabilitatsioonivõimalused Eestis

Skisofreeniat seostatakse märkimisväärse häbimärgistamise, hirmu ja üldsuse piiratud arusaamisega. Esimesed aastad pärast algust võivad olla eriti häirivad ja kaootilised ning sel perioodil on enesetappude oht suurem (36). Kui äge episood on möödas, tekivad sageli muud probleemid, nagu sotsiaalne tõrjutus, vähenenud võimalused tööle või õppima naasmiseks ja probleemid uute suhete loomisel (3). Seetõttu on oluline, et rehabilitatsiooni oleksid kaasatud nii pere, lähedased sõbrad.

F20–F29 skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega tööealise sihtgrupp on aastatel 2019–2020 olnud üks levinumaid SRT-le suunamisi saanud häirete grupp. Alates 2021. aastast on esmasesse psühhoosi haigestunutele kiiremaks teenusele jõudmiseks sisse viidud sotsiaalhoolekande seaduse muudatus, millega saavad raviasutused koostöös SKA ja rehabilitatsiooniasutustega tagada inimese toetamise sotsiaalsüsteemis pärast esmase haiglaravi lõppu.

F2–-F29 skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega inimestel on praegu võimalus rehabilitatsiooniteenuseid saada samadel alustel, mis ülejäänud puudega või puuduva töövõimega inimestel. Peamiseks piiranguks on aga see, et selle diagnoosiga inimestele pakuvad rehabilitatsiooniteenuseid pigem üksikud rehabilitatsiooniteenuse osutajad.

# 2. Rehabilitatsioonijuhiste rahvusvaheline kontekst

## 2.1. Rehabilitatsioonijuhiste olulisus rehabilitatsiooniteenuste osutamisel

### 2.1.1. Rehabilitatsiooni olemus

WHO poolt on rehabilitatsioon määratletud kui "sekkumiste kogum, mis on suunatud kõikvõimalike toimetulekut raskendavate ja puuet põhjustavate haigusseisundite mõju leevendamisele ja puuetega inimeste optimaalse sotsiaalse integratsiooni saavutamisele. (Esialgne tekst: mis on kavandatud toimetuleku optimeerimiseks ja puude leevendamiseks tervisehäiretega inimestel koostoimes neid ümbritseva keskkonnaga"). Lihtsamalt öeldes aitab rehabilitatsioon lapsel, täiskasvanul või eakal/vanemaealisel inimesel olla igapäevatoimingutes võimalikult iseseisev ning võimaldab osaleda hariduse, töö, vaba aja ja puhkusega seotud tegevustes ja mõtestatud elurollides nagu pere eest hoolitsemine. Rehabilitatsiooni üheks väljundiks on inimese igapäevaeluga toimetuleku parendamine pakkudes tuge raskustega toimetulekul seoses mõtlemise, nägemise, kuulmise, suhtlemise, söömise või liikumisega. Igaüks võib mingil eluperioodil vajada rehabilitatsiooniteenuseid, näiteks pärast vigastust, operatsiooni, haigestumist või seetõttu, et tema funktsioneerimine on vanusega halvenenud (37).

Rehabilitatsioonimeetmed on suunatud järgmiste üldiste eesmärkide saavutamisele:

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

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

#### Rehabilitatsiooni eelised

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

Rehabilitatsioon aitab minimeerida või aeglustada krooniliste terviseseisundite, nagu südame-veresoonkonna haigused või vähk ja diabeet, invaliidistavat mõju, varustades inimesi neile vajalike toimetulekustrateegiate ja abivahenditega või tegeledes valu ja muude tüsistustega.

Rehabilitatsioon on investeering, mis toob kasu nii üksikisikutele kui ka ühiskonnale. See võib aidata vältida kulukat haiglaravi, lühendada haiglas viibimise kestust ja vältida korduvravi vajadust. Rehabilitatsioon võimaldab inimestel õppida ja teha tasustatud tööd, tulla kodus iseseisvalt toime ja minimeerida vajadust rahalise või hooldajatoetuse järele.

### Väärarusaamad rehabilitatsioonist

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

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

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

### Rahuldamata ülemaailmne rehabilitatsiooni vajadus

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

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

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

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

## 2.1.2. Rehabilitatsioonijuhiste vajalikkus WHO määratluses

Puuetega inimesed kogevad kõrgemat vaesuse määra kui puudeta inimesed. Puudega inimesed ja leibkonnad, kus on puudega liige, kogevad keskmisest suuremaid toimetulekuraskuseid – sealhulgas toit,

kehvad elutingimused, juurdepääsu puudumine puhtale veele ja kanalisatsioonile ning ebapiisav juurdepääs tervishoiuteenustele – ning nad on materiaalselt vähem kindlustatud kui puudeta inimesed. Puuetega inimestel võivad tekkida lisakulud seoses tugiteenuste, arstiabi või abivahendite eest tasumisega. Suuremate kulude tõttu on puuetega inimesed ja nende leibkonnad tõenäoliselt vaesemad kui sarnase sissetulekuga puudeta inimesed.

Rehabilitatsioon võib aidata kaasa vaesuse vähendamisele toimetuleku, aktiivsuse ja osaluse parandamise kaudu. Uuringute tulemused näitavad, et vananemisest ja paljudest terviseseisunditest tulenevaid talitlusraskusi saab rehabilitatsiooni abil leevendada ja elukvaliteeti parandada. Rehabilitatsiooniteenustele juurdepääsu puudumine võib suurendada haiguse või vigastuse mõju ja tagajärgi, piirata tegutsemist ja osalemist ühiskonnaelus, põhjustada tervise halvenemist, alandada elukvaliteeti ning suurendada tervishoiu- ja rehabilitatsiooniteenuste kasutamist (38).

Hinnangute kohaselt suureneb nende inimeste arv, kes vajavad rehabilitatsiooniteenuseid. Seda näitas ka 2011. aastal avaldatud WHO ja Maailmapanga raport, mille kohaselt elab puudega ligikaudu 1 miljard inimest ehk 15% maailma elanikkonnast, millest 110–190 miljonil täiskasvanul on raske või sügav puue. Eeldatakse, et puudega elavate inimeste arv kasvab maailma rahvastiku vananemise ja krooniliste haiguste esinemissageduse suurenemise tõttu koosmõjus muude keskkonnateguritega nagu liiklusõnnetustes saadud vigastused, kliimamuutused, looduskatastroofid ja konfliktid (38).

Rehabilitatsiooni pakkumise, kättesaadavuse ja kvaliteedi osas esineb puuduseid. Puuduvad globaalsed andmed rehabilitatsioonivajaduse, pakutavate meetmete tüübi ja kvaliteedi ning rahuldamata vajaduse hindamiseks. Riikliku tasandi andmed näitavad suuri puudujääke rehabilitatsiooniteenuste osutamisel ja kättesaadavuses paljudes madala ja keskmise sissetulekuga riikides. Paljudes riikides on rehabilitatsiooniteenused ebapiisavad. Puuetega inimesed kogevad tervishoiuteenustele juurdepääsul rohkem takistusi. Maailma terviseuuringu analüüs näitas, et puudega inimesed leidsid rohkem kui kaks korda tõenäolisemalt, et tervishoiuteenuse osutaja oskused või seadmed ei vasta nende vajadustele, ja peaaegu kolm korda tõenäolisemalt, et neile ei anta abi (38).

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

## 2.2. Rehabilitatsiooni kompetentsi raamistik

Rehabilitatsiooni kompetentsi raamistik (edaspidi RKR) annab rehabilitatsiooniteenuste osutamisele ühtse struktuuri ja korralduse, mida saab kasutada rehabilitatsiooniteenuste arendamisel, et aidata süstemaatiliselt hinnata rehabilitatsiooni olukordi konkreetses kontekstis (vt joonis 7). Riikide lõikes on rehabilitatsiooni konfiguratsioonis olulisi erinevusi, kuid nt allolev raamistik toob esile levinumad rehabilitatsioonitüübid ja soovitab optimaalset rehabilitatsiooni kombinatsiooni riigis. Samuti tuuakse esile erinevad rehabilitatsioonitüübid ja tingimused, kus rehabilitatsioon kõige sagedamini toimub. Visualiseeritakse kohandatud püramiidstruktuuri kaudu, mida tavaliselt kasutatakse kolmanda taseme, sekundaarse ja esmatasandi tervishoiu korralduse illustreerimiseks, millele on lisatud selle mudeli aluseks olevad võtmeelemendid nagu kogukonna pakutav rehabilitatsioon ja mitteametlik hooldus (mis on paljudes riikides süsteemisisene osa).

*Joonis 7. Rehabilitatsiooni raamistik üldises süsteemis*

Järgmisena on toodud näide rehabilitatsiooni tüüpidest ja nende iseloomustustest. Mitmed riigid Euroopas (nt Ühendkuningriigid (UK), Lõuna-Euroopa riigid) jagavad rehabilitatsiooniteenuseid nende iseloomu järgi.

Tabel 2. Erinevad rehabilitatsiooni tüübid

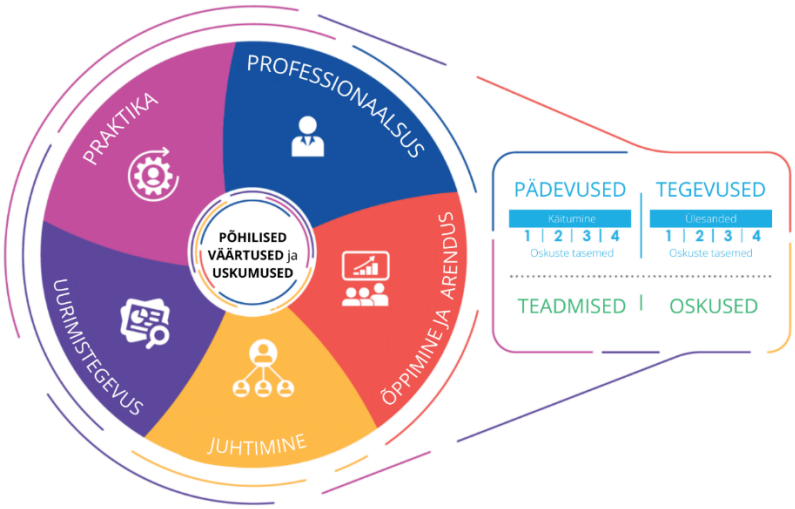
| Rehabilitatsiooni tüüp | Iseloomustus | Sihtgrupp |
|---|---|---|
| Spetsialiseeritud kõrgetasemeline rehabilitatsioon | • Spetsiaalne rehabilitatsioon, mida on võimalik teostada intensiivse tööna pikaajalises asutuses või programmis.<br>• Tavaliselt inimestele, kellel on keerulised vajadused, mis mõjutavad mitut toimimisvaldkonda.<br>• Sarnaneb kolmanda taseme raviga – võib alata ägedas faasis ja jätkuda alaägedas faasis.<br>• Võib olla väga spetsialiseerunud ühele terviseseisundile, näiteks seljaajuvigastuse korral, või pakkuda rehabilitatsiooni erinevate tervisehäiretega inimestele spetsiaalses rehabilitatsiooni asutuses. | Seljaaju vigastus<br>Traumaatiline ajukahjustus<br>Põletused<br>Insult<br>Suur trauma<br>Ortopeedilised luumurrud ja asendused<br>Valu<br>Elundite siirdamine<br>Amputatsioon<br>Kardiovaskulaarsed seisundid |

| | | |
|---|---|---|
| | • Sekkumisi viib läbi rehabilitatsioonipersonal, kuid neid võivad läbi viia ka teised spetsialiseerunud (tervishoiu)spetsialistid. | Neuroloogilised seisundid<br>Psühhiaatrilised seisundid |
| Rehabilitatsioon integreeritud kolmanda taseme ja teise taseme tervishoiu meditsiinierialadesse | • Vähem spetsialiseerunud ja tavaliselt antakse lühiajaliselt ravi ägedas või alaägedas faasis.<br>• Integreeritud tervishoiuteenustesse ja programmidesse, mis on mõeldud inimestele, kellel on palju haigusseisundeid ja keda ravitakse kolmanda taseme ja teise taseme tervishoius.<br>• Rehabilitatsiooni sekkumisi viib enamasti läbi rehabilitatsioonipersonal, kuid neid võivad läbi viia ka teised tervishoiutöötajad. | Lihas-skeleti<br>Neuroloogilised<br>Kardiovaskulaarne<br>Hingamisteede<br>Geriaatriline<br>Psühhiaatriline<br>Siseorgan<br>Kuulmine<br>Nägemine<br>Günekoloogiline<br>Pediaatriline |
| Esmatasandi tervishoiuga integreeritud rehabilitatsioon | • Pakutakse esmatasandi tervishoiu kontekstis, mis hõlmab teenuseid ja spetsialiste, mis või kes toimivad inimesele esimese kontaktpunktina tervishoiusüsteemiga.<br>• Seda võib manustada ravi ägedas, alaägedas ja pikaajalises faasis.<br>• Rehabilitatsiooni sekkumisi viib läbi enamasti rehabilitatsioonipersonal, kuid neid võivad läbi viia ka teised esmatasandi tervishoiutöötajad. | Lihas-skeleti<br>Neuroloogilised<br>Kardiovaskulaarne<br>Hingamisteede<br>Pediaatriline<br>Psühhiaatriline |
| Kogukondlik rehabilitatsioon | • Eristatakse selle kaudu, et see on kajastatud kogukonna tasandi strateegias.<br>• Tertsiaarset, sekundaarset ja esmast arstiabi saab pakkuda kogukonnas, enamasti on seda tüüpi rehabilitatsioon teisejärgulise ravi vorm ja see toimub ravi alaägedas ja pikaajalises faasis.<br>• Esitatakse mõõduka kuni madala intensiivsusega lühikese, vahelduva (episoodilise) või pikaajalise perioodi jooksul.<br>• Erinevate mehhanismide kaudu, näiteks rehabilitatsioonipersonali jõudmine koju, kooli või töökohta; ja regulaarsed mobiilsed kliinikud, kus | Hiljuti kõrge intensiivsusega spetsiaalselt teenuselt pääsenud<br>Vahelduv rehabilitatsiooni vajadus ja piiratud juurdepääs transpordile<br>Arenguraskuste ja puuetega lapsed<br>Eakad inimesed, kellel on juurdepääs spetsiaalsetele terviseprogrammidele<br>Degeneratiivne haigus<br>Psühhiaatrilised seisundid<br>Rehabilitatsiooni vajadused pikaajalise hoolduse asutustes |

| | | |
|---|---|---|
| | rehabilitatsioonipersonal osutab sekkumisi, näiteks abivahendeid.<br>• Võib olla integreeritud ka muudesse tervishoiu- ja sotsiaalprogrammidesse, nagu näiteks koduõendus, varajase vägivalla sekkumise programmid ja puuetele suunatud kogukonnateenused.<br>• Sekkumisi viib enamasti läbi rehabilitatsioonipersonal, kuid neid võivad läbi viia ka teised tervishoiutöötajad. | |
| Mitteametlik hooldus | • See ei ole rehabilitatsiooniteenus, vaid osa mitteametlikust ja enesejuhitavast hooldusest, mis toimub seal, kus ei pruugi olla rehabilitatsiooni- või tervishoiutöötajaid.<br>• Toimub rehabilitatsiooniepisoodi ajal või osana individuaalsest rehabilitatsiooniplaanist, see võib ilmneda ka siis, kui inimesed alustavad ise taastusravi, et säilitada või veelgi parandada oma toimimist, tavaliselt pikema aja jooksul. | See hõlmab kõiki, kes alustavad tegevusi oma toimimise säilitamiseks või edasiseks parandamiseks. |

Kuni viimase ajani ei eksisteerinud pädevusraamistikku, mis oleks asjakohane nii madala kui ka suure ressursiga tingimustes, mis täiendaks rehabilitatsioonipädevusi kõigis tervishoiu- ja sotsiaalhooldusvaldkondades. Seetõttu töötas WHO välja rehabilitatsiooni kompetentsi raamistiku (edaspidi RKR), mis aitaks tugevdada rehabilitatsioonitöötajate identiteeti. RKR kajastab seda, mida rehabilitatsiooni osutavad või toetavad inimesed teevad – tegevusi, ning käitumist, teadmisi ja oskusi ehk pädevusi, mis võimaldavad kvaliteetset hooldust ja teenuste osutamist. See hõlmab tegevusi ja pädevusi rehabilitatsioonipraktika, professionaalsuse, õppimise ja arengu, juhtimise ning uurimistöö valdkondades (39). See on mudel, mis edastab rehabilitatsioonitöötajate eeldatavat või taotletavat tulemuslikkust erinevates riikides ja paikades, et võimaldada kvaliteetset teenuste osutamist ning koosneb viiest põhiväärtustest ja tõekspidamistest, mis on raamistiku keskmes ja aitavad kujundada rehabilitatsioonitöötaja käitumist ja ülesannete täitmist kõigis rehabilitatsiooni valdkondades. RKR sisaldab mitmeid üksteist täiendavaid ja omavahel seotud komponente:

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




*Joonis 8. Rehabilitatsiooni kompetentsi raamistik*

RKR tegevused ja ülesanded hõlmavad rehabilitatsioonitöö ulatust ja mitte kõik ei ole iga rehabilitatsioonitöötaja jaoks asjakohased. RKR protsessis eeldatakse, et pädevusraamistiku arendajad võtavad välja ainult nende konkreetse tööjõuga seotud tegevused ja ülesanded (40). Samuti võivad erinevad inimesed ja kultuurid väärtushinnanguid ja uskumusi veidi erinevalt tõlgendada ning seega mõnevõrra kohandada neid kontekstispetsiifiliseks pädevusraamistikuks.

### Standardite kasutamine rehabilitatsioonis

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

Paljud kutseorganisatsioonid on välja töötanud praktikastandardid tagamaks, et praktikud kasutaksid oma valdkonnas kõige paremini uuritud ja valideeritud tegevusplaane. Praktikastandardid tagavad, et spetsialistid vastutavad otsuste ja tegude eest ning pädevuse säilitamise eest. Need on patsiendikesksed, edendavad parimat võimalikku tulemust ja minimeerivad kokkupuudet kahjuriskiga. Need standardid julgustavad teenuseid pidevalt täiendama teadmiste, kogemuste, täiendõppe ja kaasaegseimate juhiste kaudu. Samuti kasutatakse praktikastandardeid, et tuvastada praktikas ja töövaldkondades täiustamist vajavad valdkonnad ning samuti parandada patsientide ja töökoha ohutust (41).

### Inimkeskne rehabilitatsiooniteenuste vajaduste hindamine

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

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

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

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

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

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

Tabel 3. Inimkesksust arvestav teenuste kavandamise ja osutamise põhielemendid (15)

| |
|---|
| *Klientide mõistmine ja nende individuaalsete vajaduste rahuldamine*<br>• Inimese tundmaõppimine (pakkudes võimalust rääkida ja olla kuuldud)<br>• Vajaduste terviklik hindamine<br>• Vajaduspõhiste teenuste isikupärastamine, paindlikkus ja kättesaadavus<br>• Vajadusel abistamine teenuste koordineerimisel |
| *Klientidega suhtlemine ja partnerlus*<br>• Erialane koolitus ja pädevused (nt kuidas luua usalduslikke suhteid, luua sidet, täiustada suhtlemisoskused)<br>• Eetiliste põhimõtete ja väärtuste järgimine, erinevuste austamine ja selle demonstreerimine klientidele<br>• Piisavad ruumid (privaatne ja mugav teeninduskeskkond)<br>• Teenindusprotsessi toetavad poliitikad (piisavalt aega klientidega tegelemiseks ja ressursse klientide vajaduste rahuldamiseks<br>• hallatav juhtumikoormuse suurus |
| *Asjakohase ja piisava teabe esitamine (arusaadaval viisil, suuliselt ja kirjalikult) järgmise kohta*<br>• Diagnoos, ravi, ravimid ja prognoos<br>• Saadaolevad teenused (sotsiaal-, töö-, puuetega inimeste ametiühingud jne)<br>• Klientide õigused ja kohustused<br>• Eneseabi- ja tugirühmad |
| *Võimu ja mõjuvõimu küsimustega tegelemine*<br>• Võrdõiguslikkuse edendamine klientidega<br>• Kliendi tunnustamine eksperdina |

- Klientide mõjuvõimu suurendamine, nende enesetõhususe suurendamine ja oma elu üle suurema kontrolli aitamine
- Klientide kaasamine planeerimis- ja otsustusprotsessidesse, nendega vastutuse jagamine

### Rehabilitatsioonis kasutatavad hindamismetoodikad

Alates 1994.aastast kasutatakse Eestis psüühikahäirete diagnoosimisel WHO poolt koostatud rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (ICD-10) viiendat peatükki „Psüühika- ja käitumishäired“, mis sisaldab kliinilisi kirjeldusi ja diagnostilisi juhiseid. Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (eesti keeles RHK-10) kasutab haiguste ja häirete klassifitseerimiseks kolmesümbolilisi kategooriaid. Psüühika- ja käitumishäireid tähistatakse sümbolitega F00-F99, käesoleva teema lõikes on siis fookuses F20-F29 ehk skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired.

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

Inglismaal, Austraalias ja Hollandis on kasutusele võetud metoodikaks **ASCOT** *(Adult Social Care Outcome Toolkit),* mis keskendub individuaalsele vaatele ja abivajajapoolsele sõnastusele oma abivajadusest. ASCOT on loodud selleks, et mõõta üksikisiku elukvaliteedi aspekte, mida erinevad teenused võivad mõjutada. Tööriistakomplekti saab kasutada paljudes teenusekasutajate rühmades, sh rehabilitatsioonis. Sisuliselt näitab ASCOT seda, kui hästi inimestel läheb kaheksas elukvaliteedi valdkonnas: kontroll igapäevaelu üle; isiklik puhtus ja mugavus; toit ja jook; isiklik ohutus; sotsiaalne osalus ja kaasamine; tööelu; eluaseme puhtus ja mugavus; ja väärikust. Eelkõige peegeldab see seda, mida inimesed ise ütlevad selle kohta, mis nende elukvaliteeti kõige rohkem mõjutab. See teave on kasulik selleks, et mõista, millistel teenustel on suurim potentsiaal inimeste elu paremaks muuta. Hinnanguid erinevates etappides annavad ka lähedased ja teenuseosutaja, mis koos kasutatuna on informatiivne abivajaja muutuste hindamisel (42).

Samuti on Austraalias rehabilitatsiooni vajaduse ja mõju hindamise meetodina kasutusel ka OutComeStar, mis kasutab erinevaid abivajaduse valdkondade tähti (stars), et abivajadus kaardistada ja toetada erinevaid spetsialiste (sotsiaaltöötajad, arstid, politsei jne) abivajajale abi pakkumisel ja teenusekasutaja edusammude jälgimisel. Tihti on OutCome Star’i kasutatud paralleelselt ASCOT metoodikaga (43).

**CAREe metoodika** (Comprehensive Approach of Rehabilitation) on kõikehõlmava rehabilitatsiooni käsitlus, mis sobib kasutamiseks kõigi teenuste puhul, mille eesmärk on aidata kaasa inimese eluolu parandamisele ja iseseisvale toimetulekule (44). CARe metodoloogiat kasutatakse, et kujundada suhet kliendi ja tema sotsiaalse võrgustikuga (sh ka rehabilitatsioonimeeskonnaga); kujundada individuaalseid ja süsteemile orienteeritud toiminguid; kujundada kohandatud elukeskkonda ning toetada ja tugevdada sotsiaalset võrgustikku (45). CARe koosneb teooriatest, põhivisoonist, praktilisest meetodist ja abivahenditest. Kuigi CARe põhirolliks on inimeste toetamine nende poolt soovitud elukvaliteedi saavutamisel, on siiski seda metoodikat aastate vältel edasi arendatud. Lisaks sellele on välja töötatud spetsiifilised rakendused näiteks tööellu tagasipöördumiseks. CARe leiab kasutamist toetatud eluasemeteenuse osutamisel, vaimse tervise teenuseid pakkuvate asutustes, turvakodudes ja varjupaikades, ambulatoorse tugiteenuse osutamisel, eakate hoolekandes, noorte hoolekandes, kriminaalhoolduses, sõltuvusravis jms (46).

**Kanada tegevusvõime mõõdik (COPM)** kujutab endast poolstruktureeritud intervjuud, mille läbi viimiseks kulub terapeudil keskmiselt 15-30 minutit. Mõõdikut kasutatakse, et tuvastada tegevusvaldkonnad, kus esineb tegevusvõime probleeme, määratleda kliendi tähendusrikkad tegevuslikud prioriteedid, hinnata kliendi rahulolu probleemsete tegevustega toimetulekul, toetada eesmärkide püstitamisel ning aidata tajuda muutusi tegevusvõimes teraapia sekkumise protsessi vältel (47). Mõõdiku kasutamisel toetatakse kliendi eneseteadlikkust tema eelistustest, vajadustest ja väärtustest ja osalemist eesmärkide määratlemisel ja seadistamisel, osalemist teraapiaprotsessis (48). Mõõdiku kasutamine aitab terapeutidel keskenduda probleemidele ja eesmärkidele, mis toetab klienti täitma olulisi elurolle. COPM intervjuu suunab klientide tähelepanu ja arusaamist nende probleemidest ja suurendab motivatsiooni koostööks ja vastutuseks teraapiaprotsessis, hõlbustades seeläbi eneseteadvuse protsessi. Intervjuu abil selgitatakse kliendi vajadused, eelistused, väärtused, mis aitab tegevusterapeudil luua partnerlust. COPM on hindamisvahend, mis baseerub tegevuslikul perspektiivil, mis omakorda rõhutab kaasamist mõtestatud tegevustesse, mis mõjutab tervist, heaolu ja elukvaliteeti. Kanada tegevusvõime mõõdik on rahvusvaheliselt kehtiv, usaldusväärne, kliiniliselt kasutatav ja tulemuslik vahend, mis on vastuvõetav nii praktiseerivate tegevusterapeutide kui teadlaste poolt. COPMi saab adekvaatselt kasutada vaimse tervise valdkonna praktikas, mis toetab kliendi enesetajumist tegevusvõime probleemide tuvastamisel, annab asjakohase teabe ravi planeerimisel ja toetab klientide motivatsiooni taastumisprotsessis osalemiseks. Mõõdik aitab psüühikahäiretega klientide puhul välja selgitada varasemalt tuvastamata jäänud tegevusvõime probleemidega seotud informatsiooni. Kuigi COPM on välja töötatud tegevusterapeutide jaoks, saavad seda mõningate kohandustega kasutada ka teised rehabilitatsiooni meeskonna liikmed.

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

**INSPIRE** on mõõdik, mis hindab raske vaimse haiguse kogemusega teenusetarbija rahulolu oma tugiisikult saadava toetusega taastumisprotsessis. INSPIRE hindab nii kasutaja individuaalseid eelistusi taastumisprotsessis kui ka kogemusi personali toel. INSPIRE töötati algselt välja kahes versioonis: 27-punktiline versioon (Full INSPIRE) ja 5-punktiline lühike versioon (Brief INSPIRE – vt allolev tabel). Täisversioonil on kaks alaskaalat – toetus (20 väidet) ja suhted (7 väidet). Toetuse alaskaala on omakorda jagatud viide kategooriasse – sidusus (S1-S4), lootus (S5-S8), identiteet (S9-S12), eesmärk ja tähendus (S13-S16) ning jõustamine (S17-S20). Toetuse skaalal on kaks võimalust – esmalt vastab klient jah/ei sellele, kas ta antud punkti hindab oma taastumise juures oluliseks. Kui vastuseks on „jah“, siis siirdub ta edasi ploki juurde „Ma tunnen, et minu tugiisik toetab mind selles...“. Seal tuleb valik teha 5-pallisel Likerti skaalal (0 = üldse mitte, 1 = mitte eriti, 2 = mõnevõrra, 3 = üsna palju, 4 = väga palju). Kui vastuseks on „ei“, siis minnakse edasi järgmise punkti juurde (45,49).

Tabel 4. INSPIRE lühiversiooni küsimused

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Minu töötaja aitab mul tunda teiste inimeste toetust | Üldse mitte | Mitte eriti | Mõnevõrra | Üsna palju | Väga palju |
| 2. Minu töötaja aitab mul luua tulevikulootusi ja unistusi | Üldse mitte | Mitte eriti | Mõnevõrra | Üsna palju | Väga palju |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. Minu töötaja aitab mul end hästi tunda | Üldse mitte | Mitte eriti | Mõnevõrra | Üsna palju | Väga palju |
| 4. Minu töötaja aitab mul teha asju, mis mulle midagi tähendavad | Üldse mitte | Mitte eriti | Mõnevõrra | Üsna palju | Väga palju |
| 5. Minu töötaja aitab mul tunda, et ma kontrollin oma elu | Üldse mitte | Mitte eriti | Mõnevõrra | Üsna palju | Väga palju |

Lisaks eelpool toodud meetoditele on välja töötatud veel rida meetodeid. Arvestasime väljatoodud meetodite puhul seda, mis on kasutatavad võimalikult universaalselt, sh ei ole sihtgrupi spetsiifilised (va skisofreeniadiagnoosiga patsient) või teenusepakkuja spetsiifilised. Viimase korral on palju hindamismetoodikaid välja töötatud ka kliinilist fookust arvestades, mistõttu jätsime nende kirjelduse välja.

### Rehabilitatsiooni mõju hindamise metoodikad

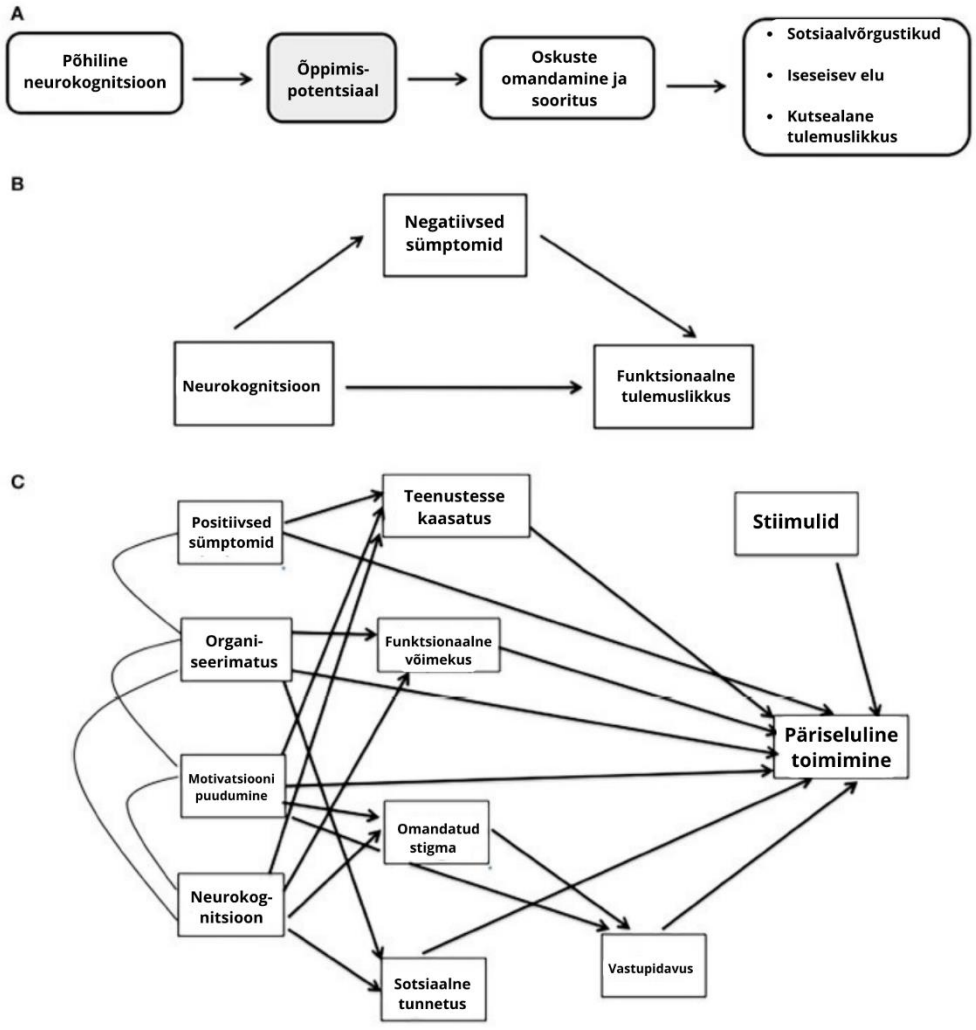
Skisofreeniast taastumist saab määratleda kahel erineval viisil. Ühest küljest määratlevad psühhiaatrilised patsiendid taastumist pigem tähendusliku ja väärtustatud elu saavutamisena, mitte sümptomite puudumisena (50), samas kui teisest küljest on psühhiaatrid välja töötanud "meditsiinilise" taastumise mudeli, mis paneb rõhku sümptomite kõrvaldamisele ja normaalsele funktsioneerimisele (51). Viimane seisukoht on lähemal remissiooni mõistele ja põhineb rohkem objektiivsetel kriteeriumidel. Vaatamata sellele, et skisofreeniahaigetest on taastunus 13,5-50%, siis kirjanduses puudub veel ikka üksmeel skisofreenia taastumise definitsiooni kohta (52). Kuna taastumine on mitmemõõtmeline mõiste, soovitavad mõned autorid, et asjakohaste näitajate puhul tuleks arvesse võtta vähemalt kahte valdkonda: kliiniline remissioon ja sotsiaalne toimimine. Ühe hiljutise metaanalüüsi tulemused, milles kasutati neid kriteeriume (53), olid vähem optimistlikud kui varasemate tööde tulemused: tervenemise kriteeriumidele vastavate ja aja jooksul stabiilsena näivate skisofreeniahaigete osakaal oli vaid 13,5%. See viitab sellele, et skisofreenia korral on funktsionaalsed tulemused kahtlemata halvenenud ja see peaks olema terapeutiliste sekkumiste prioriteetne sihtmärk (52).

Paljud teadlased on uurinud tegureid, mis võivad funktsionaalseid tulemusi mõjutada. Neurokognitsioon on üks esimesi kirjeldatud tegureid. Varasemad uuringud näitasid, et neurokognitiivsed muutujad olid märkimisväärselt seotud funktsionaalsete tulemustega, moodustades ligikaudu 25–50% tegelike funktsionaalsete tulemuste variatsioonist (54,55). Teisi muutujaid, nagu sisemine motivatsioon ja metakognitsioon, on samuti uuringutes mainitud ning need võivad olla vahendajad neurokognitsiooni ja funktsionaalsete tulemuste vahel (56). Põhjuslike radade paremaks selgitamiseks on teadlased loonud keerukaid mudeleid selliste parameetritega nagu funktsionaalne võimekus, sotsiaalne tunnetus ja sümptomid, et võtta arvesse toimimise keerukust. Funktsionaalne suutlikkus on defineeritud kui võime täita igapäevaelus olulisi ülesandeid struktureeritud keskkonnas, mida juhib ravi juht (olgu siis selleks arst, juhtumikorraldaja vms). See hõlmab võimet tegutseda üldise toimimise, töö ja sotsiaalsete oskuste valdkonnas (57). Mitmed tööd on näidanud, et funktsionaalne võimekus on vähemalt sama tugevas korrelatsioonis tegelike funktsionaalsete tulemustega kui kognitiivne jõudlus (53,58). Mõned uuringud on näidanud, et kognitiivsete häirete mõju võib olla vahendatud funktsionaalse võimekuse kaudu (59).

Sümptomeid on algusest peale seostatud funktsionaalsete tulemustega, kusjuures negatiivsed sümptomid näivad häirivat rohkem kui positiivsed. On teatatud nii otsesest kui ka kaudsest seosest negatiivsete sümptomite ja tegeliku elutegevuse vahel (60). Samuti võeti ühes metanalüüsis kokku tegelikku toimimist mõjutavad muutujad ja koondati need kolme kategooriasse: haigusega seotud muutujad (kognitsioon,

sümptomid ja funktsionaalsed võimed), isiklike ressurssidega seotud muutujad (vastupidavus ja seotus teenustega) ja muutujad, mis on seotud inimese elukontekstiga (internaliseeritud häbimärgistamine ja sotsiaalne toetus). Uuring näitas, et vastupidavus, häbimärgistamine ja vaimse tervise teenustega seotus vahendavad seoseid sümptomatoloogia, tunnetuse ja reaalse maailma toimimise vahel (60). Veel näitas üks töö, et negatiivsed sümptomid ennustavad sotsiaalset puudujääki, kuid mitte igapäevaste tegevuste ja kutsetulemuste halvenemist, mis on vastuolus tunnetuse ja funktsionaalse suutlikkusega (61).

Mudelid, mis selgitavad reaalset toimimist, on aja jooksul muutunud üha keerukamaks ja tegurite arv kasvab eksponentsiaalselt. Seega ei ole skisofreenia puhul veel lahendatud küsimus, kas skisofreenia korral on tulemuste prognoosimiseks üks või mitu teed (62). Joonis 9 võtab selle arengu kokku (joonisel näidatud kolme erinevat mudelit: A, B ja C). Enamik mudeleid ei suuda seletada rohkem kui 50% funktsionaalse tulemuse dispersioonist, mis tähendab, et raskete vaimuhaiguste prognoosimisel tuleks arvesse võtta rohkem muutujaid.




*Joonis 9. Skisofreenia reaalset toimimist selgitavate mudelite areng (53)*

## 2.3. Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häiretega inimeste käsitlus rehabilitatsiooniasutustes

### 2.3.1. Skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste häirete olemus

Skisofreenia diagnoos pannakse tavaliselt sümptomite ja muude märkide tuvastamise teel, mis hõlmavad näiteks luululisi uskumusi, hallutsinatsioone, mõtlemise ja kõnelemise häireid, kognitiivsed häireid, tavapäratut motoorset käitumist jne. Neuropildistamine ja kognitiivne testimine võivad aidata välistada muid alternatiivseid häireid, nagu muud skisofreenialaadsed ajufunktsioone mõjutavad häired. Psühhootiliste sümptomite eel toimub üldiselt pikem periood, mille käigus on häiritud tunnetus, afekt ja käitumine, mistõttu ei saa eirata inimese arengulugu ja premorbiidse isiksuse analüüsimist (63,64). Psühhoos ja skisofreenia täpsem diagnoos hõlmavad endas suurt osa psühholoogilisi häireid, mille puhul on inimese taju, mõtted, meeleolu ja käitumine oluliselt muutunud.

Psühhoosi ja skisofreenia sümptomid jagatakse kahte kategooriasse:

- Positiivsed sümptomid – nt. hallutsinatsioonid, luulud, jne.
- Negatiivsed sümptomid – nt. emotsionaalne apaatia, motivatsioonipuudus, vaegkõne, sotsiaalne enesesse tõmbumine, jne.

Igal inimesel on ainulaadne sümptomite ja kogemuste kombinatsioon. Iseloomulikud esimese järgu sümptomid (hallutsinatsioonid, passiivsus jne) võivad esineda, kuid need ei ole skisofreenia puhul haigustunnuslikud. Eriti keeruliseks võib osutuda skisofreenia eristamine narkootilistest ainetest põhjustatud psühhootilistest häiretest. Skisofreeniat ei tohiks diagnoosida selge ajuhaiguse korral, mürgistuse või võõrutusravi ajal. RHK-10 järgi on skisofreeniat iseloomustavateks sümptomiteks näiteks meelepetted, kommenteerivad hääled, rahutus, negativism, silmatorkav apaatia, kõne vaesumine ja palju muid sarnaseid sümptomeid. Diagnoosi saamiseks peaksid need sümptomid olema esinenud vähemalt kuu aega.

**Skisofreenia ja seotud häirete kliinilised etapid** (65)

***Prepsühhootiline või prodromaalne staadium (etapid 1a ja 1b)***

Enne positiivsete psühhootiliste sümptomite ilmnemist, mis on rasked ja püsivad, ilmneb inimestel tavaliselt pikaajaline sümptomite ägenemise periood, mille käigus suureneb ka puude raskusaste. Seda staadiumit kutsutakse „ülikõrge riskiga vaimne seisund“ või „riskiga vaimne seisund“. Prepsühhootilise või prodromaalse staadiumiga kaasnevad muutused aju struktuuris, mis peegeldavad aktiivseid neurobioloogilisi protsesse (66). Toimub ka muutus subjektiivses kogemuses ja käitumises, mis on püsiv ja progresseeruv. Võib esineda ka funktsionaalset langust või krooniliselt halvenevat funktsioneerimisvõimet – sel juhul on tegu ülikõrge riskiga vaimse seisundiga.

***Esimene psühhoosiepisood (first episode psychosis, FEP) (etapp 2)***

Esimene psühhoosiepisood on defineeritud kui üks või rohkem nädalat püsivaid positiivseid sümptomeid, mis ületavad psühhoosi läve ja selles staadiumis on hõlmatud hulganisti skisofreenia spektri häiretest. FEP staadiumis on varajase sekkumise eesmärk tagada turvalisus, vähendada võimalikult palju ravimata psühhooside kestust ja säilitada ning taastada funktsioone seeläbi ka puuet vähendades (67). FEP-i juhtimine nõuab terviklikku ja süstemaatilist lähenemist.

***Püsiv/väljakujunenud häire (etapid 3a, 3b ja 3c)***

Suurel osal inimestest, kellel on üks psühhoosiepisood, on tõenäoliselt mitu järgnevat episoodi ning puue jätkub. Tervise halvenemine koosneb ühistest tunnustest, mis esinevad enamasti kolmeaastase

jälgimisperioodi jooksul (65,68,69). Antipsühhootiliste ravimite mittejärgimine on peamine riskitegur, mis tervise halvenemiseni viib (65,70).

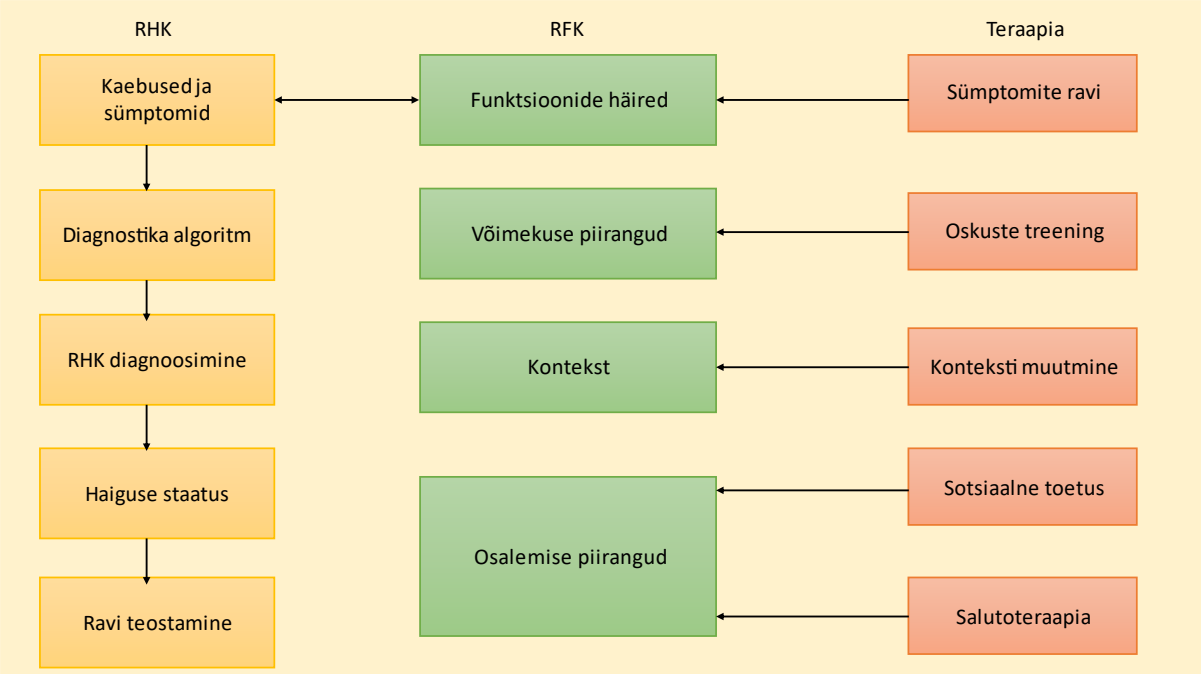
***Raske, püsiv või lakkamatu häire (etapp 4)***

Uuringud näitavad, et skisofreenia kliiniline remissioon on üldiselt tavapärane (65,71). Mõnel patsiendil võivad tekkida püsivad ängistavad ja puuet süvendavad sümptomid. Raviresistentsus on peamine põhjus, miks on raviplaan vaja ümber hinnata (65).

Näiteks Saksamaal on määratletud, et kõiki negatiivseid terviseseisundeid, mis kestavad kauem kui kuus kuud ja mis on seotud praeguste või eelseisvate sotsiaal- või tööelus osalemise piirangutega, nimetatakse puudeks ning puude olemasolu korral on õigus rehabilitatsioonile. Lisaks tööalasele rehabilitatsioonile ja teistele sotsiaaltoetuste vormidele on olemas ka „meditsiiniline rehabilitatsioon“, mille eesmärk on krooniliste haiguste esmane ennetamine, ravi, kompenseerimine ja sekundaarne ennetamine. Meditsiiniline rehabilitatsioon hõlmab kõiki olemasolevaid meditsiinilisi meetmeid, nagu üldarstiabi, psühhoteraapia, ravimid jne. Seda laadi ravi hüvitab ravikindlustus või riiklik sotsiaalkindlustus (72).

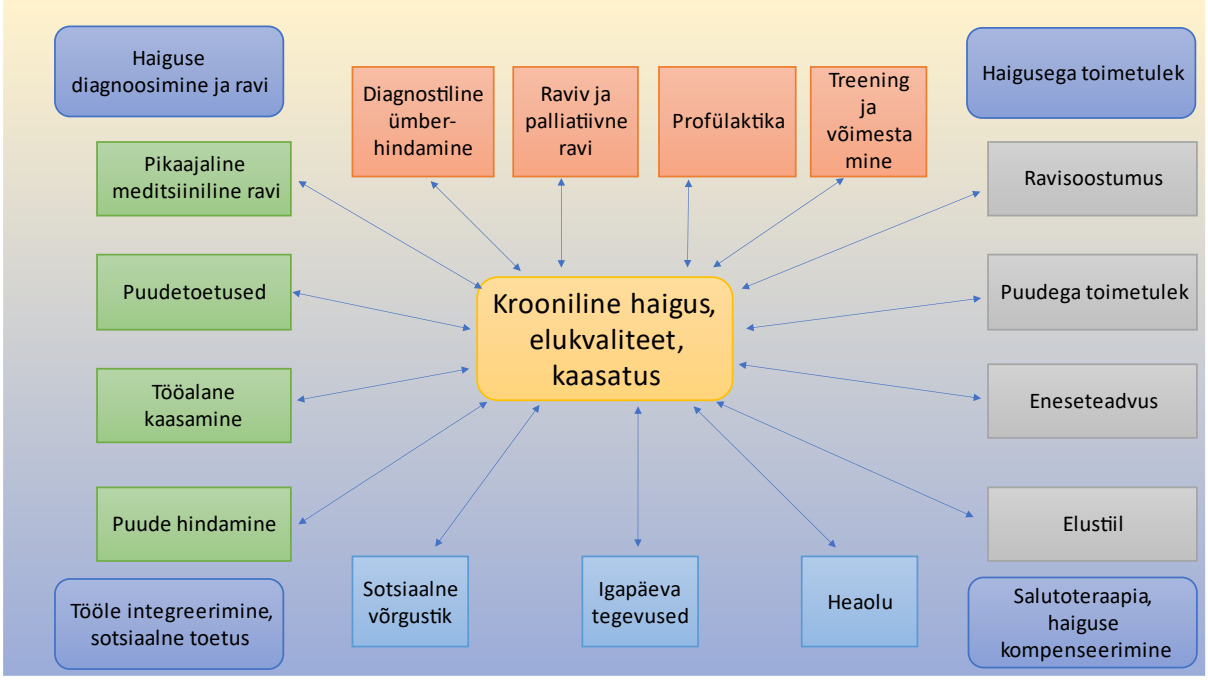
Lisaks saavad Saksamaal patsiendid ise taotleda statsionaarset rehabilitatsiooni või teevad seda nende raviarstid. Lisaks suunab haigekassa peale mõnda nädalat haiguslehel viibimist suurema osa patsientidest statsionaarset rehabilitatsiooni saama ning sama teeb sotsiaalkindlustuse eest vastutav amet, kui inimene taotleb ennetähtaegset pensionit. Enne patsiendi vastuvõttu koostavad raviarstid haigusjuhu aruande, mille vaatavad läbi kindlustuspakkuja arstid, kes kinnitavad vastuvõtu ja valivad haigla (72). Statsionaarse ravi saamise pikkus on üldjuhul viis nädalat ning algusaja määravad ravi- ja pensionikindlustuse asutused enne patsiendi vastuvõtmist – ravi pikkust saab pikendada või lühendada enamasti vaid erijuhtudel. Patsiente võib saata haiglatesse üle kogu riigi.

Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni juhised põhinevad rahvusvahelisel haiguste kvalifikatsiooni (RHK) biopsühhosotsiaalsel mudelil, mis hõlmab RHK-10 kohaseid diagnoose. Sellegi poolest ei ütle diagnoos ette, kuidas patsienti ravida. Ravi põhineb RFK terminoloogia kohaselt „funktsioonihäiretel“ ehk sümptomitel, „võimekuse piirangutel“ ja „osalemise piirangutel“. Osalemise piirangud tekivad siis, kui isiklik või keskkondlik kontekst ja isiklikud võimalused ei ole kooskõlas (72). Kaebused tõlgitakse diagnostikaalgoritmide abil diagnoosideks, mis on ravi saamise eelduseks. Joonis 10 annab ülevaate RHK ja RFK vahelistest seostest.




*Joonis 10. RHK, RFK ja psühhosomaatilised ravieesmärgid* (72)

Mistahes ravi esimene eesmärk on vähendada sümptomeid ja taastada erinevaid funktsioone, nagu näiteks keskendumine, emotsionaalne seisund, mõtlemine või aktiivsus. Kui seda pole võimalik saavutada, on teisene eesmärk võimekuste arendamine – nt enesekehtestamine või sotsiaalne pädevus. Kui ka siis on igapäevaeluga toimetuleku võime ebapiisav (nt töövõimetus), siis kolmas eesmärk on ümbruskonna konteksti muutmine, näiteks töökeskkonna muutus, et inimene saaks ikkagi igapäevaeluga toime tulla (72). Kui muud ei ole võimalik teha, on eesmärgiks siiski elukvaliteedi ja heaolu parandamine või säilitamine ning sotsiaalkindlustuse pakkumine, näiteks pensioni või kaitstud elamise teenuse määramisega. Kokkuvõttes võtavad ravieesmärgid arvesse haiguse hetkeseisundit ja raskusastet, kuid astuvad sammu kaugemale ning võtavad arvesse ka psühholoogilisi ja sotsiaalseid aspekte, võttes tervikliku vaate patsiendile ja tema eluolukorrale. Taoline laiendatud vaade on vähem aktuaalne ägedate haigusepisoodide puhul, kuid hädavajalik krooniliste haiguste puhul, kus haiguste mõju heaolule, igapäevasele toimetulekule ja elutingimustele tekitab patsiendile sageli negatiivsemaid tagajärgi kui haiguse sümptomid iseseisvalt. Rehabilitatsiooni ravimid on seega paratamatult psühhosomaatilised selle sõna üldises tähenduses (72).




*Joonis 11. Terapeutilised sekkumised rehabilitatsioonis* (72)

Vastavalt Ühendkuningriigis asuva *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) juhistele tuleks rehabilitatsiooni pakkuda inimestele, kellel on keeruline psühhoos, kohe kui tuvastatakse, et nende psühhoosisümptomid on ravile resistentsed ning need mõjutavad inimese igapäevaelus toimetulekut (73). Seda on võimalik pakkuda statsionaarsena, aga ka kogukonnas pakutavana ning viimane variant peaks eelkõige hõlmama inimesi, kes on kogenud korduvat vastuvõttu või pikaajalisi viibimisi akuutravi osakondades või psühhiaatriaüksustes ja/või, kes elavad majutuskohas, kus on ööpäevaringne personal, kuid kelle koht majutusasutuses on kadumas.

### 2.3.2. Rehabilitatsioonijuhiste rahvusvahelised praktikad

Järgnevalt on toodud ülevaade rehabilitatsioonijuhistest, mida kasutatakse erinevates riikides. Nende puhul peab arvestama konteksti – rahvusvahelised rehabilitatsioonijuhised on sageli tihedalt seotud ka kliiniliste juhistega. Siiski on esitatud neid juhiseid, kus on rehabilitatsiooniteenuseid eraldi käsitletud. Järgnevalt esitatud juhiste ühine joon on see, et nende eesmärk on edendada tõhusate protseduuride kasutamist, vähendada väheefektiivsete või ebatõhusate protseduuride kasutamist ja kõrvalmõjusid ning seega parandada ravi kvaliteeti. Samuti peaksid suunised võimaldama teenuseosutajal ja patsientidel teha teadlikke otsuseid rehabilitatsiooni kohta, võttes arvesse patsiendi individuaalseid omadusi ja iga juhtumi puhul olemasolevaid ressursse.

#### 2.3.2.1. Saksamaa juhis

Saksa psühhiaatria, psühhoteraapia, psühhosomaatika ja neuroloogia selts (DPPGN) koostas 1998. aastal juhised (67) koostöös teiste huvigruppidega – spetsialistide, patsientide ja tervishoiuasutuste ühendustega. Koostamise käigus läbisid juhised mitu sisemist ja välist valideerimisetappi, sealhulgas avaliku arutelu etapi (67,74). Kokku loodi 162 soovitust ja kaheksa väidet.

Juhis on AWMF (*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften*) veebilehel avalikkusele kättesaadav saksa keeles (pikk ja lühiversioon) ja inglise keeles (lühiversioon (75). Juhised on struktureeritud tuginedes seitsmele moodulile, mis katavad kõik diagnoosivaldkonnad ning skisofreenia ravimise põhimõtted ja olemasolevaid ravimeetmed. Juhise üks moodulitest keskendub psühhoteraapilistele ja psühhosotsiaalsetele sekkumistele ning perekonna kaasamisele. Samuti on selles

moodulis käsitletud sotsiaalse ja tööalase rehabilitatsiooni küsimusi ning antakse soovitusi skisofreeniapatsiendi raviteekonna koordineerimisele ja erinevate teenuseosutajate integreeritud koostööks.

Juhised annavad soovitusi, millel on erinev raskusaste (A: soovitame, B: toetame, 0: võib kaaluda, KKP: hea kliiniline tava/eksperdi arvamus), mis põhinevad GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) terminoloogial. Ülevaadete ja esmaste uuringute valimiseks rakendati PICO (*Patient – Intervention – Control intervention – Outcome*) reeglit. Vaadeldud uuringud pidid hõlmama uuringus osalejaid, kellel oli kriteeriumitele vastav raske psüühiline häire ning kes kuulusid vanusegruppi 18 –65.

Saksamaa juhis käsitleb nii meditsiinilist, sotsiaalset kui tööalast rehabilitatsiooni. **Meditsiiniline rehabilitatsioon** sisaldab meditsiinilisi, psühhoteraapilisi ja psühhosotsiaalseid sekkumisi, mille eesmärk on leevendada pikaajalisi (kroonilisi) sümptomeid/häireid/funktsiooni kaotust, nt sihipärased meditsiinilised sekkumised, mis võivad aidata parandada nn negatiivseid sümptomeid. Samuti on juhendis välja toodud, et pakkuma peaks kognitiiv-käitumuslikku teraapiat (edaspidi KKT), mis keskendub psühhoosi sümptomitele, kognitiivsete võimete parandamisele ja sotsiaalsete oskuste täiendamisele.

**Sotsiaalne rehabilitatsioon** on psühhosotsiaalne sekkumine, mille eesmärk on leevendada piiranguid tegevuste ja osalemise valdkonnas, nt eluasemeteenused, toetatud haridus, toetatud elamine, päevakeskused psüühikahäiretega inimestele ja muud sarnased teenused. Selleks osutatakse teenuseid kogukonna elus osalemiseks, mille eesmärk on tagada, et psüühikahäirega inimene oleks kaasatud ja saaks osaleda kõigis ühiskonnaelu valdkondades vastavalt oma kalduvustele ja võimetele.

**Kutserehabilitatsioon (tööalane rehabilitatsioon)** sisaldab psühhosotsiaalseid sekkumisi, mis aitavad kaasa kutsealasele integratsioonile, nt kutsealased toetusmeetmed psüühikahäiretega inimeste rehabilitatsiooniasutustes, kutseõppekeskused, toetatud tööhõive ja muud meetmed.

Juhises keskendutakse ka kolmele erinevale haiguse faasile, millel on erinevad fookused teraapia rakendamisel. Võimalikult lai teraapiate valik sisaldab: psühhoharidust, kognitiiv-käitumuslikku teraapiat, lähedaste sekkumist (psühhoharidus, käitumisteraapia ja süsteemsed teraapiad), sotsiaalsete oskuste koolitamist, psühhodünaamilist psühhoteraapiat, inimkeskset psühhoteraapiat, tööteraapiat, füsioteraapiat ja kehateraapiat. Psühhoterapeutilistes ja psühhosotsiaalsetes teraapiates leidub erinevaid rõhuasetusi seoses sümptomite vähendamise tähtsuse, haiguse kontseptsiooniga tegelemise tähtsuse, sotsiaalse keskkonna tähtsuse ja muude aspektidega. Psühhopatoloogiliste sümptomite parandamiseks tuleks skisofreeniahaigetele pakkuda muusikateraapiat, kunstiteraapiat või draamateraapiat üldise raviplaani osana ja mõõdetuna lähtuvalt inimese individuaalsetest vajadustest ja eelistustest.

#### 2.3.2.2. Austraalia ja Uus-Meremaa juhis

Juhis hõlmab kõrge riskiga sündroomide, esmaste episoodidega psühhooside, pikaajaliste psühhooside ning narkootiliste ainete kasutamisega seotud psühhooside ravi täiskasvanutele (18+) (65). Juhised keskenduvad terviklikule lähenemisele, mis käsitleb skisofreenia ja sellega soetud häirete patsientide ravi kõiki aspekte – ei keskenduta vaid õigele diagnoosile ja sümptomite leevendamisele, vaid ka sotsiaalsete funktsioonide taastamisele. Juhised sisaldavad kokku 190 soovitust, mis on esitatud kas tõenduspõhiste soovitustena (EBR – teema kohta on piisavalt tõendeid) või konsensusel põhinevate soovitustena (CBR – tõendid on nõrgad või puuduvad). CBR soovitused põhinevad valdkonna ekspertide rühma konsensusel. Juhistes kasutati hindamise, ravi ja pideva hooldamise soovituste raamistikuna kliiniliste etappide mudelit (*clinical staging model*).

Juhis koosneb kuuest osast:

1) skisofreenia staadiumid;
2) kaasnev narkootiliste ainete kuritarvitamine;
3) ravi – sekkumiste kontekst, struktuur ja sisu;
4) füüsiline tervis (ülekaal, suitsetamine);
5) konkreetne populatsioon ja asjaolud;
6) muud kaalutlused (eluase, traumad, kaasuvad haigused, vägivald, uuringud jne).

Lisaks on välja töötatud standardsed tööriistad mõõtmaks individuaalset taastumist (65,76) ja taastumisele orienteeritust (Galletly et al., 2016; Williams et al., 2012), mis võimaldavad tõhusamalt hinnata rehabilitatsiooniteenuste ja toetava keskkonna rakendamist.

Juhistes on esitatud teraapiavõimalused skisofreenia iga staadiumi jaoks, alustades prodromaalsest faasist. Iga etapi juhtimine nõuab terviklikku ja süstemaatilist lähenemist, mis hõlmab psühhosotsiaalseid sekkumisi ja tervikliku ravi kättesaadavaks tegemist 2 –5 aasta jooksul. Soovitatav on tagada perekondlikud sekkumised ja kutsealase taastumise teenuste toetamine. Taastumisele orienteeritud teenused rõhutavad suhteid eakaaslastega, sotsiaalseid võrgustikke, isikukeskset (tugevustel põhinev) hindamist ja taastumise planeerimist. Samuti rõhutab juhis, et riski saab vähendada retsidiivide ennetamise kavade ja täiustatud tervisekorralduse abil koos enesejuhtimise oskuste arendamisega, et vältida tarbetuid kriise ja minimeerida isikliku vastutuse kaotamist kriisiperioodidel. Taastumine on kontseptsioon, mis on asjakohane kõigis haiguse etappides, alustades kohe, kui tekib vajadus rehabilitatsiooni järele (prodromaalsel või ülikõrge riskiga perioodil) ja jätkates esimese episoodi jooksul. Rehabilitatsiooniteenuseid tuleks korrapäraselt üle vaadata, et teha kindlaks muudetavad haiguse või elustiiliga seonduvad riskitegurid, näiteks mittevastavus või uimastite tarvitamine. Skisofreeniahaigeid tuleks julgustada käima regulaarselt oma perearsti juures.

Austraalia juhised kirjeldavad ka intensiivset juhtumikorraldust (*intensive case management*, ICM), mis on raske vaimuhaigusega, enamasti skisofreeniadiagnoosiga inimestele mõeldud teenuste osutamise mudel. Intensiivne juhtumikorraldus tugineb pigem meeskonnapõhisele kui individuaalsele juhtimisele. Cochrane'i uuringus (78) võrreldi intensiivset juhtumikorraldust (kus juhtumikorraldajate koormus oli alla 20 patsiendi) mitteintensiivse juhtumikorraldusega (kus patsientidel oli sama teenuste pakett, kuid juhtumikorraldajate koormus oli üle 20 patsiendi) ja tavaolukorraga. Võrreldes tavaolukorraga oli intensiivset juhtumikorraldust saavate inimeste puhul oluliselt suurem tõenäosus jääda teenusega kontakti ning neil oli lühem haiglaravi ja parem üldine toimetulek.

Juhis rõhutab ka seda, et teenuse osutamise üheks põhikomponendiks peaks olema haridusprogramm, mis soodustab isiku enda taastumise aktiivset juhtimist. Skisofreeniahaigetele inimestele tuleks pakkuda psühhoharidust ühe olulise sekkumisena. See vähendab tagasilanguse teket (tõenäoliselt parema ravijuhiste järgimise kaudu), suurendab rahulolu raviga ja tõstab skisofreeniahaige teadlikkust nii oma haigusest kui sellega toimetulekust. Samuti on juhises sees soovitused pakkuda KKT-d, sotsiaalse tunnetuse teraapiat, aktsepteerimis- ja pühendumisteraapiat ja teaduslikkusel põhinevat teraapiat psühhoosi puhul, meta-kognitiivset koolitust, loovteraapiat, muusikateraapiat ja narratiivset teraapiat, mille eesmärk on edendada positiivsete isiklike narratiivide arendamist koos pädevuse ja kontrollitundega oma elu üle.

#### 2.3.2.3. Soome juhis

Soome juhis annab raamistiku skisofreeniapatsientide ravi- ja teenuseorganisatsioonidele. Põhinedes riiklikule ja rahvusvahelisele teadmisele, välistades lapseea skisofreeniat, töötati juhised välja 2001. aastal ja neid on uuendatud 2008., 2013. ja 2015. aastal (79). Juhised sisaldavad 22 peateemat ning 37 alateemat, sealhulgas on käsitletud sihtrühm, epidemioloogia, haigusmudel, prognoos, ennetus, riskitegurid jmt. Ravi põhimõtted erinevates faasides jagunevad neljaks osaks: äge periood, taastusperiood, stabiilne periood ja retsidiivide ennetamine. Juhise lõpus koondatakse kaheksa peamist soovitust, mis käsitlevad

ambulatoorset ravi, teraapiasuhet, hooldusplaani, ravimeid, psühhosotsiaalset individuaalset hooldust, lähedaste psühhoharidust, psühhosotsiaalset rehabilitatsiooni ja tööalast rehabilitatsiooni. Juhiseid on mõelnud täiskasvanutele (18+).

Rehabilitatsiooni sekkumised sisaldavad:

***1) Kutserehabilitatsioon ja toetatud tööhõive***

Iga skisofreeniapatsiendi puhul tuleb uurida ja aktiivselt toetada kutsealase rehabilitatsiooni ja toetatud tööhõive võimalusi. Individuaalne paigutamine ja tugi, mille puhul rehabilitatsiooni saanud isik paigutatakse ja toetatakse otse töökohale spetsialisti toel, soodustab skisofreeniahaigete inimeste tööhõivet ja toimetulekut avatud tööturul rohkem kui järkjärgulise tööpraktika mudel enne tööle paigutamist. Rehabilitatsioonipatsientidele, kelle puhul ei ole realistlik püüelda avatud tööturul töötamise poole, soovitatakse muu psühhosotsiaalse rehabilitatsiooniprogrammi raames järk-järgult liikuda lihtsamatelt töödelt nõudlikumatele ülesannetele. See on realistlik eesmärk enamiku skisofreeniapatsientide jaoks.

***2) Kognitiivsete funktsioonide taastamine***

Teenust tuleb pakkuda muude rehabilitatsioonimeetmete osana. Sel viisil säilib selle positiivne mõju pikema aja jooksul. Kognitiivse rehabilitatsiooni kombineerimine tööalase rehabilitatsiooni või toetatud tööhõivega näib parandavat skisofreeniahaigete inimeste tööhõivevõimalusi ja töötulemusi. Metakognitiivne teraapia on efektiivne meelepetete ravi, mis ühendab endas psühhoharidust, kognitiivset ravi ja KKT-d.

***3) Sotsiaalsete ja igapäevaeluoskuste harjutamine***

Sotsiaalsete oskuste parandamine on rehabilitatsiooni peamine eesmärk. Tundub, et patsientide sotsiaalset suhtlemisvõimet ja -oskusi saab parandada sotsiaalse tunnetuse treeningprogrammide, suhtlemisoskuste rühmade ja rühmateraapiate abil. Kliinilised kogemused näitavad, et skisofreeniahaigetele, kes seda vajavad, võib soovitada igapäevaelu oskustele suunatud treeningprogramme, kuigi nende tõhususe kohta ei ole hetkel piisavalt uurimisandmeid.

2019. aastal viidi läbi ka uuring, mis hindas skisofreenia juhise kvaliteeti ja toimivust (79). Kuigi juhendi sisu hindamine näitas juhendi ulatuse ja eesmärgi paranemist, täheldati juhendi väljatöötamise protsessis endiselt puudusi. Näiteks võivad pakutavad sekkumised olla ühes riigis edukad, kuid teises mitte. Soovitused võivad kohati olla esitatud ebaselgelt või mitmetähenduslikult. Kui riiklikud suunised ei ole rahvusvaheliste andmebaaside kaudu kättesaadavad inglise keeles ega kasuta ühtset struktuuri, võib esineda takistusi. Juhiste rakendamise takistused, eriti skisofreenia ja sarnaste häirete puhul, võivad tekkida juhul, kui patsiendid ja/või nende perekonnad ei küsi arstidelt ravi aluseid ning otsuste põhjendusi – see tähendab, et arste ei julgustata mõtlema oma arutluskäikude ja juhiste vajaduse üle (79).

#### 2.3.2.4. Ühendkuningriigi juhised

**NICE juhised**

Ühendkuningriikide NICE juhised hõlmavad psühhoosi ja skisofreenia ning nendega seotud häirete, mis algavad enne 60. eluaastat, ravi ja juhtimist 18+ aastastel inimestel (73). Sarnaselt teistele juhistele põhinevad need skisofreenia kliinilistel etappidel. Rakendamise prioriteedid on järgmised: psühhoosi teke, psühhoosi esimesed episoodid, järgnevad ägeda psühhoosi või skisofreenia episoodid, kriisiolukorra ennetamine ja taastumine ning võimaliku eesoleva ravi soodustamine (73). Juhised põhinevad parimatel saadaolevatel tõenditel süstemaatilise kirjanduse otsingu ja PICO standardi järgi, mis võimaldavad tõendite läbivaatamise planeerimist – ühtlasi toimivad need arengusoovituste koostamisel juhistena. Juhiste

koostamise protsess hõlmas tõendite kokkuvõtte koostamist, kuludele avaldatava mõju hindamist ja tõendite läbivaatamist komisjoni (praktikud, spetsialistid, hooldustöötajad, jne) poolt (73). Seejärel esitati huvigruppidele juhendi mustand ning nende kommentaarid kaasati lõplikku versiooni.

Muuhulgas on rehabilitatsiooniteenuste põhiprintsiibiks pakkuda taastumisele orienteeritud lähenemist ja vähendada häbimärgistamist ning tagada jagatud otsuste tegemist jne. ICE juhiste soovitused hõlmavad muuhulgas järgmiseid jaotisi: rehabilitatsioon kõigis faasides, psühhoosi ära tundmine, ravile suunamine ja muud mittekliinilised tegevused. Lisaks hõlmavad juhised raviteekondasid, mis aitavad mõista skisofreeniahaigete patsientide rehabilitatsiooni raamistikku.

NICE juhendis toodud rehabilitatsiooni sekkumised:

- **Igapäevaelu oskuste toetamine** – peab toetama inimese igapäevaelulist toimetulekut ja sealjuures ka ravisoostumust.
- **Sotsiaalsete oskuste toetamine** – struktureeritud grupitegevused (sotsiaalsed, vaba aja veetmise või tööalased), mille eesmärk on parandada inimestevahelisi suhtlemisoskuseid. Need võivad olla eakaaslaste juhitud või eakaaslaste poolt toetatud ja neid tuleks pakkuda vähemalt kord nädalas inimese kogukonnas. Samuti on tähtis pakkuda regulaarseid üks-ühele kohtumisi selleks määratud isikuga, et aidata teenuse saajal oma tegevusprogrammi planeerida ja läbi vaadata. Määratud isikuks võib olla näiteks isiku hoolduskoordinaator või võtmetöötaja kogukondlikes rehabilitatsiooniteenustes.
- **Ühiskondliku tegevuse toetamine,** sealhulgas vaba aja tegevustes, hariduses ja töös. Programmid inimeste kaasamiseks kogukonna tegevusse peaksid olema paindlikud ja olema mõistlikult kohandatud võtmaks arvesse inimese haigust ja muutuvaid vajadusi, olema individuaalsed, arendama inimese päeva struktuuri ja eesmärki, püüdma suurendada nende identiteeditunnet, kuuluvust ja sotsiaalset kaasatust kogukonnas, kaasata eakaaslaste toetus ja tunnustada inimeste oskusi ja tugevusi. Tähtis on ka kaaluda kognitiivse parandusmeetme pakkumist koos kutsealase rehabilitatsiooni teenustega.

### SIGN juhised (Šotimaa)

*Healthcare Improvement Scotland* osana loodi arstide, teiste tervishoiutöötajate ja patsientide organisatsioonide võrgustik (SIGN). Multidistsiplinaarne võrgustik töötas välja juhised, rakendades standardset süstemaatilise kirjanduse ülevaate metoodikat, mis annab tõenduspõhiseid soovitusi skisofreeniaga täiskasvanute hooldamiseks ja raviks ((80). Juhised jätavad välja riskiga ja ülikõrge riskiga vaimse tervise seisundiga patsiendid, spetsiifiliste kaasuvate haigustega patsiendid, prodromaalsündroomidega inimesed, lapseeast noorukiikka ülemineku teenused, üleminekuteenused pensioniealiste puhul ja konkreetsed hooldusasutused (kohtuekspertiis, statsionaarne ravi ja ambulatoorne ravi ning esmane ja teisene ravi). Juhiste väljatöötamise aluseks on struktureeritud küsimused, mis on kohandatud NICE juhendist (80).

Juhiste peamised soovitused:

***1) Ligipääsetavus ja kaasamine***

Sektsioon hõlmab varajase sekkumise teenuseid, kogukonna tuge ja etnilisi vaimse tervise eriteenuseid. Varajase sekkumise teenused hõlmavad multidistsiplinaarset ravi psühhoosi varases faasis. Selle eesmärk on tagada kiire juurdepääs ravile ja vähendada psühhoosi kestust. Terapeutilised lähenemisviisid hõlmavad väikese annusega ravimeid, perekondlikke sekkumisi, tööalast rehabilitatsiooni jms (80). Varajase sekkumise teenused keskenduvad kaasamisele, emotsionaalsele taastumisele ja diagnostilise ebakindlusega harjumisele (80).

***2) Psühholoogilised teraapiad***

Selle sektsiooni soovitus sisaldab meetodeid, mida saab edukalt rakendada või mida üldiselt ei eeldata skisofreeniaga patsientide puhul. See hõlmab näiteks kunstiteraapiat, kognitiivset ravi, järgimisteraapiat, juhtumikorraldust, nõustamist, perele pakutavaid sekkumisi, psühhoharidust jne. Psühholoogilised teraapiad hõlmavad mitmesuguseid psühholoogilistel kontseptsioonidel ja teooriatel põhinevaid sekkumisi, mis on loodud, et aidata muuta mõtlemist, emotsioone, käitumist ja inimeste vahelisi suhteid (80). On teada, et psühholoogilise teraapia eelduseks on positiivse terapeutilise suhte arendamine ja ühtne nägemus probleemide olemusest. Lisaks on oluline turvaline ja häbivaba suhtumine. Tõenduspõhiseid psühholoogilisi teraapiaid osutavad praktikud peaksid olema koolitatud heakskiidetud pädevustasemel, arendama end professionaalselt ning olema registreeritud vastutavas asutuses (80). Oluline on ka kliiniline järelevalve.

KKT-ga võib alustada ükskõik millises skisofreenia faasis. Soovitatakse, et minimaalne KKT sessioonide arv peaks olema 16 seanssi (80). KKT peaks olema pakutav kõikidele patsientidele, kelle sümptomid ei allu antipsühhootilisele ravimile piisavalt edukalt ja kellel sümptomid püsivad või kellel on depressioon (80). Isikud, kellel on püsivad kognitiivsed raskused, võivad kaaluda kognitiivset tervendavat ravi ja lisaks peaks pakkuma peresekkumiste võimalust kõigile, kes puutuvad pereliikmetega tihedalt kokku või elavad nendega koos (80). Eelistama peaks patsiente, kellel on püsivad sümptomid või suur retsidiivi oht. Perekondlik sekkumine koosneb suhtlemisoskustest, probleemide lahendamisest ja psühhoharidusest. Lisaks kirjeldavad SIGN juhised perinataalseid probleeme nagu raseduse ja sünnitusega seotud retsidiivi riski, sekkumisi haiguse või sümptomite kordumise vähendamiseks, antipsühhootiliste ravimite mõju lootele ja imikutele ning rinnaga toitmine.

Riiklike kliiniliste juhiste rakendamine on Šotimaa *National Health System* (NHS) ülesanne. Hindamismehhanismid peavad olema paigas selleks, et oleks võimalik hinnata pakutud hooldust võrreldes soovitustega. Mistahes erinevustega on vaja tegeleda. SIGN toetab ja julgustab nende juhiste rakendamist. Rakendusstrateegia sisaldab erinevaid tegevusi ja tööriistu (80):

- peamiste soovituste määratlemine prioriteetsete valdkondadena;
- tööriistad audititeks;
- juhised ja abimaterjalid, mis on SIGN veebisaidil olemas;
- kiirjuhendite levitamine kaasatud tervishoiutöötajatele;
- täieliku juhendi elektrooniline levitamine kõikidele NHS nõukogudele;
- juhendi patsiendiversiooni levitamine.

### 2.3.2.5. Kanada juhis

Kanada juhendid sisaldavad soovitusi skisofreeniaga inimeste süstemaatiliseks raviks. Juhendid sisaldavad nii konkreetseid tõenditel põhinevaid teenuseid kui ka juhiseid rehabilitatsiooniteenuste koordineerimiseks. Juhised töötati välja ADAPTE protsessi abil, mis kasutab juba olemasolevaid juhiseid. ADAPTE esimene faas hõlmas protsessi ettevalmistamist riikliku multidistsiplinaarse ekspertrühma kokkupanemisega, kuhu kuulusid skisofreenia, vaimse tervise ja tervishoiupoliitika eksperdid, patsiendirühmade ja teiste huvigruppide esindajad (81). Teine faas keskendus konkreetsete probleemide tuvastamisele, juhiste otsimisele ja hankimisele, juhendi kvaliteedi, sisu, kooskõla ja rakendatavuse hindamisele ja muule. Kirjanduse otsingus kasutati MEDLINE andmebaasi, käsitleti vaid allikaid, mis on avaldatud peale 2010. aastat ja inglise keeles, kasutati termineid nagu skisofreenia, juhis jne. Kokku leiti, et kohaldamiseks sobib kaheksa juhist, mis vaadati üle ja hinnati, kasutades AGREE II tööriista (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation)* (81).

Analüüsis kasutatud juhised pärinesid järgnevatelt organisatsioonidelt: NICE, The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, The American Psychiatric Association, The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ja The European Psychiatric Association. Igast juhendist võeti soovitused ning need jagati sisu alusel töörühmade vahel, kes valisid juhiste ja soovituste hulgast välja sobivad, millest loodi kohendatud juhend. Hinnati vastuvõetavust ja kohaldatavust Kanada konteksti. Töörühmad esitasid lõpliku soovituste nimekirja koos selgitustega ekspertpaneelile. Selleks et soovitus heakskiidu saaks, oli vaja 80% ekspertpaneeli nõusolekut (81). Kokku kiideti heaks 19 soovitust järgmistel teemadel: terviklik ravi kõikides faasides, erinevad sekkumised, kogukondlikud vaimse tervise eksperdid, kasutajakogemus, juhtumikorraldus, ravimudel jms.

Suunistes kirjeldati ka teenuseid, mida tuleks pakkuda skisofreenia eri staadiumides. Skisofreenia esimeses episoodis olevad isikud peavad saama ravi tõenduspõhise koordineeritud eriteenuse raames. See peab olema multidistsiplinaarne ja hõlmama järgmist: *assertive outreach* printsiipidele tuginevad lähenemisviisid, perekonna kaasamine ja tugi perekonnale, juurdepääs psühholoogilistele sekkumistele, kutse- ja haridusalased sekkumised. Juhised kirjeldavad ka intensiivset juhtumikorraldust kui olulist lähenemisviisi skisofreeniahaigetele.

### 2.3.3. Erinevate riikide rehabilitatsioonijuhiste koostamise kokkuvõte

Järgevalt on toodud kokkuvõtlik tabel erinevate rehabilitatsioonijuhiste kohta. Esitatud on riik, kus rehabilitatsioonijuhis on koostatud, sihtrühm (vanus), meetod, mida soovituste andmisel on kasutatud, ning mis meetodiga juhiste soovitusi on hinnatud.

| RIIK | SIHTRÜHM | MEETOD | JUHISTE HINDAMINE |
|---|---|---|---|
| **Saksamaa** | 18 –65 | Erinev raskusaste (A: soovitame, B: toetame, 0: võib kaaluda, KKP: hea kliiniline tava/eksperdi arvamus) | GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) |
| **Austraalia ja Uus-Meremaa** | Täiskasvanud | Juhistes kasutatakse hindamise, ravi ja pideva hooldamise soovituste raamistikuna kliiniliste etappide mudelit (*clinical staging model*).<br><br>Eristatakse tõenduspõhiseid soovitusi (EBR – teema kohta on piisavalt tõendeid) ja konsensusel põhinevad soovitused (CBR – tõendid on nõrgad või puuduvad). | GRADE |
| **Soome** | Täiskasvanud | Ravi põhimõtted erinevates faasides jagunevad neljaks osaks – kasutatakse kliiniliste etappide mudelit (*clinical staging model).* | AGREE II (*The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II*) |
| **Ühend-kuningriik** | 18 –60 | Juhiste koostamise protsess hõlmas tõendite kokkuvõtte koostamist, kuludele avaldatava mõju hindamist ja tõendite läbivaatamist komisjoni poolt. Seejärel esitati huvigruppidele juhendi mustand ning nende kommentaarid kaasati lõplikku versiooni.<br>Süstemaatilise kirjanduse otsing ja PICO standardid. | GRADE |
| **Kanada** | Täiskasvanud | Juhised töötati välja ADAPTE protsessi abil, mis kasutab olemasolevaid juhiseid (NICE, SIGN). | AGREE II |
| **Šotimaa** | Täiskasvanud | Multidistsiplinaarne võrgustik töötas välja juhised, rakendades standardset süstemaatilise kirjanduse ülevaate metoodikat, mis annab tõenduspõhiseid soovitusi skisofreeniaga täiskasvanute hooldamiseks ja raviks.<br>Tõendite hindamisskaala (1 –4) | GRADE |

# 3. Kokkuvõte, järeldused ja soovitused

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

Antud töö fookuses on skisofreeniadiagnoosiga patsiendid. Arvestades, et nad moodustavad märkimisväärse osa rehabilitatsiooniteenust saavatest klientidest (2021. aasta seisuga sai teenust 402 psüühilise diagnoosiga inimest), siis tulenevalt haiguse eripäradest on eriti oluline tagada nendele patsientidele kvaliteetne rehabilitatsiooniteenus. See aitaks kokku hoida kulusid riigi tasandil, kuna paljud erinevad uuringud on näidanud, et õigeaegselt osutatud kvaliteetsed rehabilitatsiooniteenused aitavad skisofreenia diagnoosiga patsiendil paremini hakkama saada oma igapäevaeluga, integreeruda tööellu, hoida ära korduvat haiglaravi ja tagada paremat ravisoostumust. Seetõttu on oluline, et skisofreeniahaige saaks õigel ajal asjakohaseid teenuseid ning arvestada tuleb ka sellega, et antud diagnoosi puhul on tegemist pika protsessiga ning teenustelt väljakukkumise ohte on palju.

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

## 3.1. Järeldused

- Abivajaja (eriti psüühilise erivajadusega inimese) ja tema lähedaste jaoks on vajalike teenuste saamine süsteemide keerukuse tõttu tihti raske, kus orienteerumine nii abivajajal kui tema lähedastel on keeruline. Tihti ei saa abivajaja aru, kuhu ta millise probleemiga peab pöörduma ja kust saada vajalikku abi.
- Rahvusvahelise praktika kohaselt peetakse kõige efektiivsemaks juhtumipõhist teenuste osutamist, mille käigus saadakse ülevaade kogu abivajaja vajadustest. Samas puude raskusastme tuvastamine ja töövõime hindamine on endiselt korraldatud riiklikul tasandil, kuid info selle tulemuste kohta näiteks ei jõua raviarstini või teenust osutavate spetsialistideni (nt ei võimalda tänane seadusandlus SRT osutajatel teada saada, kas teenusesaaja saab samal ajal ka tööalast rehabilitatsiooni või on sellele suunatud ja vastupidi).
- Juhtumi koordineerimine tagaks skisofreeniadiagnoosiga patsiendile inimkeskse lähenemise ja teenuse terviklikkuse, et abivajaja kohta oleks info ühes kohas ja tal oleks olemas koht ja kontakt pöördumiseks.
- Täiendavate ülesannete üleandmine eeldab täiendavat kompetentset inimressursi – juhtumikorraldaja ametikohtade loomist ja mehitamist. Tegemist on sisuliselt uue funktsiooniga, mille kompetentsimudel, täpsemad ülesanded ja rollid vajavad väljatöötamist.
- Juhtumikorraldajate rakendamine eeldab täiendavaid ressursse, mille leevendamiseks ei piisa rahalise ressursi eraldamisest, vaid vajadusel peab toetama ka kompetentside ja koostöö arendamisega.

- Juhtumikorraldaja töö eeldab abivajaja kohta rohkemate andmete nägemist ja seetõttu on vajalik panustada infosüsteemide arendamisse. Sellesse protsessi tuleb kaasata rohkem sotsiaaltöötajaid ning juhtumikorraldajaid, kes igapäevaselt peavad selle süsteemiga töötama.
- Kõik abivajajad sõltumata elukohast peavad saama asjakohast ja kvaliteetset teenust. Riigi (SKA) rolliks on jälgida, et teenuste osutamist toetav mudel tagaks abivajajate võrdse kohtlemise. Võimalikud riigieelarvelised vahendid nende tegevuste rahastamiseks oleks otstarbekas lahendada sihtotstarbeliste toetuste ja eraldistega.
- Sotsiaalvaldkond töökohana ei ole atraktiivne ja sellest tulenevalt on tekkinud järjest suurenev tööjõu puudus vajalike ametikohtade täitmisel. Tulemusena on teenusele saamine kohati raske ja väga pikkade järjekordadega. Skisofreeniadiagnoosiga patsiendi puhul tähendab see aga potentsiaalselt kehva ravisoostumust ning ühiskonnast kõrvale jäämist.
- SKA teenuse hind alarahastatud, mistõttu on meeskondadel raske spetsialiste leida. Näiteks TRT eest makstakse pea poole võrra rohkem, kui SRT eest kuigi teenuseid osutatakse sarnastel alustel.

## 3.2. Soovitused

Riigi tasandil

- Ühiselt kokku leppida lähenemine, et esmane abivajaduse hindamine algab haiglast, kuid kohe kaasatakse ka rehabilitatsioonimeeskond.
- Kättesaadavaks teha informatsioon, mis näitab selgelt rehabilitatsiooniasutuste teenuste ampluaa koos sihtrühma kirjeldusega, kellele nad ka päriselt teenust osutavad, ning vajalikud kontaktid.
    - Sealjuures peab olema määratletud, millised rehabilitatsiooniasutused kvalifitseeruvad skisofreeniapatsientidega tegelema ja millised mitte.
- Juurutada juhtumikorraldaja roll, kellel oleks ülevaade abivajaja abivajadusest ning osutatavatest teenustest, ning kes tagab abivajajale teenuste kättesaadavuse ning oskab jagada abivajajale asjakohast infot. Skisofreeniadiagnoosi eripäradest tulenevalt peaks see olema üks inimene alates haiglaravist kuni teenuste lõppemiseni.
    - Juhtumikorraldaja võiks kõigi eelduste kohaselt asuda rehabilitatsioonimeeskonna juures, kuna selles faasis kasutab skisofreeniadiagnoosiga patsient kõige kauem teenuseid ning ühtlasi on see ka kõige mugavam positsioon olla tervishoiusüsteemi ning sotsiaalsüsteemi teenuste vahel.
- Praegune seadusandlus ei võimalda abivajajat andmete puudumise tõttu täiel määral aidata. Seadusandlust tuleks muuta selliseks, et rehabilitatsioonimeeskonnal oleks parem ülevaade abivajaja abivajadusest, vajalikest teenustest ja muust asjakohasest infost.
- Leida võimalusi riiklikult täidetavate ülesannetega seotud protsesside ja menetluste lihtsustamiseks (nt info liikumine erinevate etappide vahel).
- Esmase psühhoosi ja/või skisofreeniatunnustega patsiendile tuleb kohe tagada rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus, olenemata sellest, kas tal on määratud puue või töövõime kaotus või mitte. Samuti ei tohiks eelduseks olla diagnoos, kuna selle selgitamine võib võtta aega.

- Rehabilitatsiooniteenuste osutaja töö väärtustamine. Välja tuleb töötada parem rahastusüsteem, mis võimaldaks spetsialistidel süsteemis töötada täiskohaga ja tooks rehabilitatsiooniasutusse tööle ka teisi spetsialiste (nt vaimse tervise õde, kliiniline psühholoog).
- Tugevdada koostööd tervishoiu-ja sotsiaalsüsteemi vahel. Sealjuures kaasata patsiendi ravi ja teenuste teekonda aktiivsemalt ka KOV sotsiaaltöötajaid.

Rehabilitatsiooniasutuste tasandil

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

# Kasutatud kirjandus


1. WHO. Schizophrenia: Key facts [Internet]. 2019. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia

2. TAI. Tervise Arengi Instituut - Terviseandmete andmebaas [Internet]. 2021. Available from: www.tai.ee

3. NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management. London: NICE; 2014.

4. Hany M, Rehman B, Azhar Y, Chapman J. Schizophrenia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [cited 2021 Sep 14]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/

5. Stephen A, Lui F. Brief Psychotic Disorder. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [cited 2021 Sep 14]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539912/

6. McCleery A, Nuechterlein KH. Cognitive impairment in psychotic illness: prevalence, profile of impairment, developmental course, and treatment considerations. Dialogues Clin Neurosci. 2019 Sep;21(3):239–48.

7. Karlsgodt KH, Sun D, Cannon TD. Structural and Functional Brain Abnormalities in Schizophrenia. Curr Dir Psychol Sci. 2010 Aug;19(4):226–31.

8. Upthegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue? Schizophr Bull. 2017 Mar 1;43(2):240–4.

9. Renwick L, Lyne J, Donoghue BO, Owens L, Doyle R, Hill M, et al. Prodromal symptoms and remission following first episode psychosis. Schizophr Res. 2015 Oct;168(1–2):30–6.

10. SKA. Rehabilitatsioonivajaduse hindamisküsimustik [Internet]. 2022. Available from: https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Rehabilitatsioon/srt_vajaduse_hindamisvahend.pdf

11. Ojala K. Presentation on the seminar of social services providers (Not published). Estonian Social Insurance Board; 2017.

12. Riigikontroll. Riigieelarvest erivajadustega inimeste rehabiliteerimiseks teenuste ostmine. 2006.

13. Riigikontroll. Riigieelarvest erivajadustega inimeste rehabiliteerimiseks teenuste osutamine (järelaudit) [Internet]. 2008. Available from: https://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/1923/Area/21/language/et-EE/Default.aspx

14. Hanga K. Developing an initial social rehabilitation needs assessment procedure and the scope of rehabilitation services for persons with disabilities in Estonia [Doktoritöö]. [Tallinn]: Tallinna Ülikool; 2018.

15. Hanga K, DiNitto DM, Wilken JP, Leppik L. A person-centered approach in initial rehabilitation needs assessment: Experiences of persons with disabilities. Alter. 2017 Nov;11(4):251–66.

16. UNHCR. NEEDS ASSESSMENT HANDBOOK. 2017.

17. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (U.S.), editor. Integrating social care into the delivery of health care: moving upstream to improve the nation's health. Washington, DC: the National Academies Press; 2019. 177 p. (A consensus study report of the National Academies of Sciences, Engineering, Medicine).

18. Kabir SM. METHODS OF DATA COLLECTION. In 2016. p. 201–75.

19. STAR. Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregister [Internet]. 2020. Available from: https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/et/kvaliteet-jarelevalve/sotsiaalteenuste-ja-toetuste-andmeregister

20. KOV tasand. Abivajaduse hindamise valdkonna intervjuud omavalitsuste valdkonna spetsialistidega. 2020.

21. Aavik-Märtmaa G. Teekond inimesekeskse teenusepakkumise suunas. Sotsiaaltöö. 2020;3:23–8.

22. WHO. Global Conference on Primary Health Care From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. 2018.

23. WHO. Framework on integrated, people-centred health services [Internet]. 2016. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1

24. SUSTAIN. Sustainable tailored integrated care for older people in Europe (SUSTAIN-project): Lessons learned from improving integrated care in Europe [Internet]. 2019. Available from: https://www.sustain-eu.org/wp-content/uploads/sites/4/2019/01/SUSTAIN-overarching-policy-report_final-version.pdf

25. Ametnike tasand. Abivajaduse hindamise valdkonna intervjuud ametnikega. 2020.

26. OECD. Ten Guidelines for Effective Decentralisation Conducive to Regional Development [Internet]. 2019. Available from: https://www.oecd.org/eurasia/countries/ukraine/Ten-Guidelines-for-Effective-Decentralisation-Conducive-to-Regional-Development.pdf

27. Duarte-Climents G, Sánchez-Gómez MB, Rodríguez-Gómez JÁ, Rodríguez-Álvarez C, Sierra-López A, Aguirre-Jaime A, et al. Impact of the Case Management Model through Community Liaison Nurses. IJERPH. 2019 May 29;16(11):1894.

28. Lukersmith S, Millington M, Salvador-Carulla L. What is Case Management? A Scoping and Mapping Review. Int J Integr Care. 2016 Oct 19;16(4):2.

29. SUSTAIN. SUSTAIN Sustainable tailored integrated care for older people in Europe: ROADMAP [Internet]. 2019. Available from: https://www.sustain-eu.org/wp-content/uploads/sites/4/2019/03/SUSTAIN-Roadmap.pdf

30. González-Ortiz LG, Calciolari S, Goodwin N, Stein V. The Core Dimensions of Integrated Care: A Literature Review to Support the Development of a Comprehensive Framework for Implementing Integrated Care. International Journal of Integrated Care. 2018 Aug 8;18(3):10.

31. SKA. Isikukeskse erihoolekande teenusmudeli rakendamine kohalikus omavalitsuses. Pilootprojekti kirjeldus. III konkursivoor (seisuga 28.08.2020) [Internet]. Sotsiaalkindlustusamet; 2020. Available from: https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/content-editors/Erihoolekanne/lisa_2._pilootprojekti_kirjeldus.pdf

32. Kupper K. Uued algatused hoolekandes. Sotsiaaltöö korraldus. 2018;3:34–7.

33. Luide U. Hoolduse koordinatsioon – pilootprojekt ja riiklik mudel. 2019; Sotsiaalministeerium.

34. Aavik-Märtmaa G. Teekond katsetustest rakendatava mudelini. Sotsiaaltöö korraldus. 2020;1.

35. Paat-Ahi G, Purge R, Tillemann K, Randväli A. Täiskasvanud erivajadusega inimeste abivajaduse hindamine ning toetavate teenuste pakkumine [Internet]. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis; 2021. Available from: http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2020/05/Erivajadustega-inimeste-abivajaduse-hindamine-ja-teenuste-osutamine_lo%CC%83ppraport_10.02.pdf

36. Ventriglio A, Gentile A, Bonfitto I, Stella E, Mari M, Steardo L, et al. Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. Front Psychiatry. 2016;7:116.

37. WHO. Rehabilitation: Key facts [Internet]. 2021. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation

38. WHO. World Report on Disability 2011.: Rehabilitation [Internet]. World Health Organization; 2011 [cited 2016 Dec 15]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304081/

39. Mills J-A, Cieza A, Short SD, Middleton JW. Development and Validation of the WHO Rehabilitation Competency Framework: A Mixed Methods Study. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2021 Jun;102(6):1113–23.

40. WHO. Adapting the WHO Rehabilitation Competency Framework to a specific context: a stepwise guide for competency framework developers. Geneva; 2020.

41. Lester S. Professional standards, competence and capability. Higher Education, Skills and Work-based Learning. 2014.

42. Rand S, Caiels J, Collins G, Forder J. Developing a proxy version of the Adult social care outcome toolkit (ASCOT). Health Qual Life Outcomes. 2017 Jan;15(1):108.

43. Lloyd C, Williams PL, Machingura T, Tse S. A focus on recovery: using the Mental Health Recovery Star as an outcome measure. Advances in Mental Health. 2016 Jan 2;14(1):57–64.

44. TheCareNetwork. Comprehensive Approach to Rehabilitation [Internet]. 2022. Available from: https://www.thecare-network.com/care-methodology

45. Allik M. Raske vaimse haiguse kogemusega inimeste taastumisprotsessi toetamine Tallinna Vaimse Tervise Keskuse kogukonnatöö meeskonna näitel [Magistritöö]. Tallinna Ülikool; 2015.

46. den Hollander D, Wilken P. Kuidas klientidest saavad kodanikud : taastumise ja kaasatuse toetamine CARe metoodika abil. DUO Kirjastus. Tallinn; 2017.

47. COPM. Canadian Occupational Perfomance Measure [Internet]. 2019. Available from: http://www.thecopm.ca/

48. Enemark Larsen A, Rasmussen B, Christensen JR. Enhancing a Client-Centred Practice with the Canadian Occupational Performance Measure. Occupational Therapy International. 2018 Jun 27;2018:1–11.

49. Williams J, Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Norton S, Pesola F, et al. Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015 May;50(5):777–86.

50. Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1988;11(4):11–9.

51. Zipursky RB. Why Are the Outcomes in Patients With Schizophrenia So Poor? J Clin Psychiatry. 2014 May;75(suppl 2):20–4.

52. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2013 Nov 1;39(6):1296–306.

53. Morin L, Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. Front Psychiatry. 2017 Jun 12;8:100.

54. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive Deficits and Functional Outcome in Schizophrenia: Are We Measuring the “Right Stuff”? Schizophrenia Bulletin. 2000 Jan 1;26(1):119–36.

55. Bowie CR, Reichenberg A, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. Determinants of Real-World Functional Performance in Schizophrenia Subjects: Correlations With Cognition, Functional Capacity, and Symptoms. AJP. 2006 Mar;163(3):418–25.

56. Nakagami E, Xie B, Hoe M, Brekke JS. Intrinsic motivation, neurocognition and psychosocial functioning in schizophrenia: Testing mediator and moderator effects. Schizophrenia Research. 2008 Oct;105(1–3):95–104.

57. Harvey PD, Strassnig M. Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. World Psychiatry. 2012 Jun;11(2):73–9.

58. Bowie CR, Leung WW, Reichenberg A, McClure MM, Patterson TL, Heaton RK, et al. Predicting Schizophrenia Patients’ Real-World Behavior with Specific Neuropsychological and Functional Capacity Measures. Biological Psychiatry. 2008 Mar;63(5):505–11.

59. Couture SM, Granholm EL, Fish SC. A path model investigation of neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and real-world functioning in schizophrenia. Schizophrenia Research. 2011 Feb;125(2–3):152–60.

60. Galderisi S, Rossi A, Rocca P, Bertolino A, Mucci A, Bucci P, et al. The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. -. 2014 Oct;13(3):275–87.

61. Strassnig MT, Raykov T, O’Gorman C, Bowie CR, Sabbag S, Durand D, et al. Determinants of different aspects of everyday outcome in schizophrenia: The roles of negative symptoms, cognition, and functional capacity. Schizophrenia Research. 2015 Jun;165(1):76–82.

62. Green MF, Llerena K, Kern RS. The “Right Stuff” Revisited: What Have We Learned About the Determinants of Daily Functioning in Schizophrenia?: Fig. 1. SCHBUL. 2015 Jul;41(4):781–5.

63. Freudenreich O, Charles Schulz S, Goff DC. Initial medical work-up of first-episode psychosis: a conceptual review. Early Intervention in Psychiatry. 2009 Feb;3(1):10–8.

64. Upthegrove R. The Diagnosis of Psychosis by Rudolf N. Cardinal & Edward T. Bullmore. Cambridge University Press. 2011. £35.00. 400 pp. ISBN: 9780521164849. Br J Psychiatry. 2012 Mar;200(3):258–9.

65. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2016 May;50(5):410–72.

66. Tognin S, Pettersson-Yeo W, Valli I, Hutton C, Woolley J, Allen P, et al. Using Structural Neuroimaging to Make Quantitative Predictions of Symptom Progression in Individuals at Ultra-High Risk for Psychosis. Front Psychiatry [Internet]. 2014 [cited 2021 Dec 20];4. Available from: http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyt.2013.00187/abstract

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

68. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Schizophrenia Research. 2012 Aug;139(1–3):116–28.

69. Robinson D, Woerner MG, Alvir JMaJ, Bilder R, Goldman R, Geisler S, et al. Predictors of Relapse Following Response From a First Episode of Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. Arch Gen Psychiatry. 1999 Mar 1;56(3):241.

70. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. The nature of relapse in schizophrenia. BMC Psychiatry. 2013 Dec;13(1):50.

71. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. AJP. 2005 Mar;162(3):441–9.

72. Linden M. Psychosomatic Inpatient Rehabilitation: The German Model. Psychother Psychosom. 2014;83(4):205–12.

73. Kuipers E, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Kendall T. Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. BMJ. 2014 Feb 12;348(feb12 1):g1173–g1173.

74. 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.

75. AWMF. AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) [Internet]. 2022. Available from: https://www.awmf.org/awmf-online-das-portal-der-wissenschaftlichen-medizin/awmf-aktuell.html

76. Shanks V, Williams J, Leamy M, Bird VJ, Le Boutillier C, Slade M. Measures of Personal Recovery: A Systematic Review. PS. 2013 Oct;64(10):974–80.

77. Williams J, Leamy M, Bird V, Harding C, Larsen J, Boutillier C, et al. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012 Nov;47(11):1827–35.

78. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Schizophrenia Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2017 Jan 6 [cited 2022 Feb 4];2017(1). Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007906.pub3

79. 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.

80. Baird AG, Lawrence JR. Guidelines: is bigger better? A review of SIGN guidelines. BMJ Open. 2014 Feb;4(2):e004278.

81. 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.

PRAXIS.EE

praxis | think tank