

PSÜHHIAATRIA ARENGUKAVA

Käesolev psühhiaatria arengukava on esitatud aastaks 2015. Psühhiaatrilise abi süsteemi arendamisel on oluline tagada teenuse kvaliteedi tõus ja kättesaadavus abi vajajatele, arvestades tervishoiu üldist arengut, haigestumuse prognoosi ja uute ravivõtete kasutusele võtmist.

Lähiaastatel on esmatähtsaks:

1. Psühhiaatrilise abi integreerimine muu tervishoiusüsteemiga;
2. Psühhiaatrite ja psühhiaatriaõdede koolituse mahtude suurendamine;
3. Haiglavälise psühhiaatrilise abi eelisarendamine;
4. Eesti Haiglate Arengukava rakendamisel moodustatavates uutes tervishoiuasutustes psühhiaatriateenistuse loomine;
5. Ebastabiilse remissiooniga patsientide pikaravi küsimuse lahendamine (koostöös erihooldussüsteemi reformiga);
6. Laste- ja noorukite pikaravi küsimuse lahendamine;
7. Kohtu poolt määratud sundravil olevate patsientide ravimiseks mõeldud osakondade ümberpaigutamine nõuetekohastes tingimustesse.
8. Pidevat ravi vajavate psüühikahäirete all kannatavatele haigetele integratiivravi põhimõtete arendamine ning väärtustamine.
9. Sõltuvushäirete ravi ning rehabilitatsiooni süsteemne arendamine.
10. Vanglapsühhiaatria süsteemi korrastamine ning arendamine.

1. Eriala kirjeldus

1.1. Eriala ja võimalike alaerialade definitsioon

Psühhiaatria on arstieriala, mis tegeleb psüühikahäirete diagnostika.

ravi, rehabilitatsiooni ja ennetamisega. Psühhiaatrias on võimalik eristada lastepsühhiaatriat kui alaeriala.

Lastepsühhiaatria on psühhiaatria alaeriala, mis tegeleb kuni 18.a. lastel ja noorukitel esinevate psüühikahäirete diagnoosimise, ravi ja ennetamisega.

1.2. Erialast tervishoiuteenust vajava sihtgrupi kirjeldus

Vt. lisa 1. - Loetelu olulisematest psüühikahäiretest (RHK-10/V peatükk)

Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikute arv, 1999 (RHK-10/V ptk diagnostilised põhigrupid):

Psühhiaatri poolt ambulatoorselt konsulteeritud isikute arv, 1999 (RHK-10/V ptk diagnostilised põhigrupid): (Vt. ka lisa 2)

	RHK-10 kood	Kokku	neist				üldarvust esmakordseid haigusjuhte				Kokku esmak.
			lapsed		noorukid ja täiskasvanud		lapsed		noorukid ja täiskasvanud		
			M	N	M	N	M	N	M	N	
Psüühika- ja käitumishäired	F00-F98	67 066	6 091	3 081	25 803	32 091	3 169	1 603	7 823	9 527	22 122
Orgaanilised - k.a sümptomaatilised-psüühikahäired	F00-F09	8 260	173	78	3 535	4 474	86	39	850	1 141	2 116
Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired	F10-F19	10 304	48	9	8 827	1 420	38	6	3 503	607	4 154
Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired	F20-F29	10 753	32	15	4 183	6 523	7	4	207	323	541
Meeleoluhäired	F30-F39	11 068	126	88	2 590	8 264	77	58	959	2 771	3 865
Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired	F40-F49	13 044	645	476	3 159	8 764	406	297	1 515	4 114	6 332
Psüühika- ja käitumishäired	F50-F59	1 758	75	68	771	844	48	43	115	223	429

füsioloogilise düsfunksiooniga												
Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäired	F60- F69	1 092	3	3	638	448	1	0	195	99	295	
Vaimne alaareng	F70- F79	3 965	816	454	1 597	1 098	293	183	243	124	843	
Psühholoogilise arengu häired	F80- F89	3 887	2 403	1 151	244	89	1 232	545	90	38	1 905	
Tavaliselt lapseeas alanud käitumis- ja tundeeluhäired	F90- F98	2 935	1 770	739	259	167	981	428	146	87	1 642	

Haiglaravilt väljakirjutatud psühhiaatriliste patsientide arv (1994-1999)

Diagnoosigrupp	1994	1995	1996	1997	1998	1999
F0 – orgaanilised psüühikahäired	1437	1478	1499	1450	1619	1804
F1 – psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäired	3293	3422	3279	3291	3969	4176
F2 – skisofreenia jm psühhootilised häired	3680	3718	3901	3951	4012	4120
F3 - meeleoluhäired	1465	1719	1735	1734	1862	1868
F4 – neurootilised häired	1160	1037	1235	1288	1263	1313
F5 – söömis-, unehäired	105	46	38	37	62	51
F6 – isiksushäired	263	260	256	255	285	249
F7 – vaimne alaareng	430	509	490	423	449	377
F8 – spetsiifilised arenguhäired	159	179	153	161	148	131
F9 – lapse- ja noorukieas alanud psüühikahäired	161	244	211	239	249	204
Muud häired ja põhjused	175	188	204	282	263	222
Kokku	12328	12800	13001	13205	14382	14516

Psühhiaatriliste patsientide statsionaarsete voodipäevade koguarv (1994-1999)

Diagnoosigrupp	1994	1995	1996	1997	1998	1999
F0 – orgaanilised psüühikahäired	10517	99543	73302	76479	91514	48286
F1 – psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäired	54174	38615	34824	40872	40447	39963
F2 – skisofreenia jm psühhootilised häired	446072	642133	307099	576237	289879	194037
F3 - meeleoluhäired	58983	62572	56193	58694	54031	48952
F4 – neurootilised häired	34060	28513	33438	30781	29987	27396
F5 – söömis-, unehäired	4306	1423	939	981	1039	826
F6 – isiksushäired	9259	7405	7639	11879	7128	6161
F7 – vaimne alaareng	38425	102097	17245	64054	25780	13885
F8 – spetsiifilised arenguhäired	4902	5192	3402	3357	2974	2831
F9 – lapse- ja noorukiea psüühikahäired	5409	7416	5658	5611	5892	4218
Muud häired ja põhjused	2698	2163	3821	3505	3346	2039
Kokku	759805	997882	543560	872440	552174	388579

Keskmine täidetud voodikohtade arv diagnoosigruppide järgi (1994-1999)

Diagnoosigrupp	1994	1995	1996	1997	1998	1999
F0 – orgaanilised psüühikahäired	290	280	201	210	251	132
F1 – psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäired	148	108	95	112	111	109
F2 – skisofreenia jm psühhootilised häired	1222	1804	841	1579	794	532
F3 - meeleoluhäired	162	176	154	161	148	134
F4 – neurootilised häired	93	80	92	84	82	75
F5 – söömis-, unehäired	12	4	3	3	3	2
F6 – isiksushäired	25	21	21	33	20	17
F7 – vaimne alaareng	105	287	47	175	71	38
F8 – spetsiifilised arenguhäired	13	15	9	9	8	8
F9 – lapse- ja noorukieas alanud psüühikahäired	15	21	16	15	16	12
Muud häired ja põhjused	8	6	11	10	9	6
Kokku	2082	2803	1489	2390	1513	1065

Psühhiaatriliste patsientide keskmine ravil viibimise aeg Eestis (1994 – 1999)

Diagnoosigrupp	1994	1995	1996	1997	1998	1999
F0 – orgaanilised psüühikahäired	77,3	67,3	48,9	52,7	56,5	26,8
F1 – psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäired	16,5	11,3	10,6	12,4	10,2	9,6
F2 – skisofreenia jm psühhootilised häired	121,2	172,7	78,7	145,8	72,3	47,1
F3 - meeleoluhäired	40,3	36,4	32,4	33,8	29,0	26,2
F4 – neurootilised häired	29,4	27,5	27,1	23,9	23,7	20,9
F5 – söömis-, unehäired	41,0	30,9	24,7	26,5	16,8	16,2
F6 – isiksushäired	35,2	28,5	29,8	46,6	25,0	24,7
F7 – vaimne alaareng	89,4	200,6	35,2	151,4	57,4	36,8
F8 – spetsiifilised arenguhäired	30,8	29,0	22,2	20,9	20,1	21,6
F9 – lapse- ja noorukieas alanud psüühikahäired	33,6	30,4	26,8	23,5	23,7	20,7
Kokku	61,6	78,0	41,8	66,1	38,4	26,8

2. Erialaste tervishoiuteenuste planeerimine

2.1. Olukorra analüüs

Ambulatoorne psühhiaatriline abi. Maakondades töötavate psühhiaatrite arvu alusel on võimalik väita, et psühhiaatriline abi kättesaadavus paljudes piirkondades on selgelt ebapiisav (vt. 2.1.3. eriarstide arv maakonniti). On piirkondi, kus töötab ainult üks (Läänemaa, Raplamaa, Järvamaa, Võrumaa) kuni kaks psühhiaatrit.

Tervikuna **psühhiaatrilise abi kättesaadavus** viimasel kümnendi vältel on vähenenud kuna psühhiaatriliste voodikohtade vähenemisega ei kaasnud samaaegset ambulatoorse psühhiaatrilise abi mahu kasvu. Samas on selgeid märke suurenenud vajadusele psühhiaatrilise abi järele.

Ööpäevane vältimatu psühhiaatriline abi (e. ööpäevane psühhiaatriline arstivalve) on

tagatud Tallinnas, Ahtmes, Tartus, Jämejalas. Psühhiaatrilise abi seadus sätestab tahtevastase vältimatu psühhiaatrilise abi korra, samalajal psühhiaatria ei kuulu nende erialade hulka, millede puhul seda täiendavalt finantseeritakse. See tähendab täiendavaid lisakulusid neile raviasutustele, kes nimetatud ülesannet täidavad.

Olemasolevad statistilised andmed osutatud **lastepsühhiaatrilise abi** kohta ei ole üheselt tõlgendatavad kuna noorukitele antav abi kajastub statistikas koos täiskasvanutele antava abiga. Enamasti tegeleb noorukite psühhiaatriliste probleemidega lastepsühhiaater. 1999.a. on teostatud 9172 ambulatoorset konsultatsiooni psühhiaatri poolt lapsel esinevate psüühika- ja käitumishäirete ning 140 konsultatsiooni närvisüsteemi haiguste tõttu. Lisaks eelnimetatutele on toimunud 597 konsultatsiooni, kus laps on tunnustatud psüühiliselt terveks.

Ligi pooled pöördujatest on esmakordsed. Olemasolevad statistilised andmed ei peegelda mitte niivõrd psüühikahäirete esinemise sagedust lastel ja noorukitel kuivõrd laste hulka, kes praegustele ebahühtlaselt paigutatunud abiandmisvõimalustele vaatamata on siiski konsultatsioonile jõudnud.

Tartu linnas ja maakonnas 1997. a. dots. J.Liivamägi eestvedamisel läbiviidud uuringute andmeil on piirialaseid või ka kliinilise sündroomiga psüühikahäireid 31% 2-3 aastastest lastest, 7-aastastest 32%-l ja 11-18-aastastest 26% lastest. Tartu maa- ja linnakoolide V,IX ja XII klasside õpilase vaimse seisundi hindamisel Achenbachi küsimustiku abil (küsitletud 829 õpilast) ilmnes, et 16%-l V kl., 23%-l IX kl. ja 37%-l XII kl. õpilastest esineb kliiniliselt olulisi psüühika- häireid .

Täiendavalt on vajalik analüüsida ambulatoorse töö ja statsionaarse töö mahtusid Eesti Haigekassa poolt finantseeritavate teenuste lõikes.

2.1.1. Eriala tervishoiuteenuste osutamise kirjeldus maakonniti demograafiliste ja elanikkonna haigestumise näitajate alusel

Esmakordsed psüühikahäirete haigusjuhtumid Eestis 1999.a.

Tervishoiu-asutuse asukoht	Psüühika- ja käitumishäired		sealhulgas
	F00-F99		alkoholsõltuvus
	Kokku	sh lapsed	F10.2-10.3
	Kokku		Kokku
Harjumaa	18 188	5 039	1 098
sh Tallinn	16 631	4 508	1 087
Hiiumaa	267	48	9
Ida-Virumaa	3 728	621	423
Jõgevamaa	709	111	8
Järvamaa	1 626	334	102
Läänemaa	419	66	65
Lääne-Virumaa	2 510	595	82

Põlvamaa	1 506	246	52
Pärnumaa	3 532	795	218
Raplamaa	1 648	234	10
Saaremaa	726	169	10
Tartumaa	5 167	991	455
Valgamaa	1 142	210	2
Viljandimaa	2 169	640	135
Võrumaa	1 033	184	15
Eesti	44 370	10 283	2 684

Tahtlikud enesekahjustused 100 000 elaniku kohta 1999. aastal

Tervishoiuasutuse asukoht	tahtlik enesekahjustus
	X60-X84
Eesti	33,6
Harjumaa	55,1
sh Tallinn	58,1
Hiumaa	42,5
Ida- Virumaa	11,8
Jõgevamaa	17,0
Järvamaa	32,5
Läänemaa	34,6
Lääne- Virumaa	6,6
Põlvamaa	22,6
Pärnumaa	35,0
Raplamaa	29,9
Saaremaa	2,5
Tartumaa	12,5
sh Tartu	14,8
Valgamaa	103,8
Viljandimaa	3,2
Võrumaa	21,0

2.1.2. Tervishoiuteenuste jaotus etappide kaupa, ambulatoorse ja statsionaarse arstiabi vahel.

Perearst on enamasti psüühikahäirete esmadiagnoosija, levinumate kergemate psüühikahäirete ravija ning vajadusel patsiendi suunaja psühhiaatri konsultatsioonile või psühhiaatrilisele ravile. Perearst on ravi jätkaja nendel juhtudel, kus edaspidine ravi ei nõua

tingimata pidevat eriarstlikku jälgimist.

Ambulatoorne psühhiaatriline abi.

Psüühikahäirete diagnostika, ravi ja rehabilitatsioon toimuvad ambulatoorselt juhtudel, mil pole oluline patsiendi pidev jälgimine diagnostilisel või ka ravi eesmärgil või kui patsiendi psüühiline seisund võimaldab ravi haiglaväliselt. Valdav osa psühhiaatrilisest abist on haiglaväline.

Statsionaarne psühhiaatriline abi valdavalt lühiajaline kriisiabi, samuti keeruliste diferentsiaal-diagnostiliste ja ravi probleemide lahendamine. Statsionaarne diagnostika, ravi ning rehabilitatsioon on näidustatud juhtudel kui psüühikahäire kindlakstegemiseks on vaja patsienti pidevalt jälgida teatud aja jooksul või kui patsient on oma seisundist sõltuvalt enesele või teistele ohtlik või kui ta pole väljaspool haiglat võimeline iseseisvalt toime tulema oma psüühikahäire tõttu.

Statsionaarne abi on vajalik eelkõige alljärgnevatel juhtudel:

1) Ägedate psüühiliste häirete diagnostika ja ravi*** (tahtest olenematu vältimatu, vältimatu, erakorraline)

- esmakordse psüühilise episoodi diagnostika ja ravi
- - skisofreenia (sh ägedad, mööduvad psüühilised häired)
- - skisoafektiivne häire
- - alkoholpsüühilised (deliirium, hallutsinatsioonid, luululine häire)

- korduva psüühilise episoodi ravi
- kohtu poolt määratud ravi

2) Rasketel depressioonidel ravi (tahtest olenematu vältimatu, vältimatu, erakorraline)

3) Komplitseeritud ärevus- ja muud neurootilised häired (erakorraline, plaaniline)

4) Söömishäired (anorexia nervosa, bulimia nervosa)

5) Rasketel ("prepsüühilised") võõrutusseisundid (vältimatu, erakorraline)

6) Muud rasketel psüühilise ja käitumishäired;

Psüühikahäired on sageli püsiva kuluga ning nende raviks on vaja rakendada erinevaid raviviise sõltuvalt patsiendi seisundist.

Keskseks küsimuseks on ravi järjepidevus ja selle toimumine tervikliku süsteemina.

Järgnevaga on määratletud tähtsamad ravi- ja diagnostilised tegevused, loetletud tähtsamad haigusseisundid koos raviks vajalike tegevustega, mis kaetakse kindlustatule ravikindlustuse vahenditest.

Psühhiaatriline diagnostika, ravi ja rehabilitatsioon toimuvad meeskonnatöö põhimõttel.

Psühhiaatrilisse meeskonda kuuluvad lisaks psühhiaatrilise kliinilise psühholoogi, kliinilise logopeedi, sotsiaaltöötaja, psühhiaatriaõde; lastepsühhiaatrias vajadusel ka (eri)pedagoog. See eeldab ajalist ning materiaalset res -surssi nii iga erialaspetsialisti tööks eraldi kui ka meeskondlikuks aruteluks.

A. Ravidagnostilised tegevused psühhiaatrias

1. Psühhiaatriline läbivaatus (sh. psühhiaatri vastuvõtt)

On aluseks psühhiaatrilise abi andmisele ning läbivaatus peab lõppema diagnostilise otsuse ja arsti arvamusena vajaliku ravi suhtes.

2. Psühhiaatriline kriisiravi.

Enamasti ägeda psüühilise häire ravi või ka teiste vältimatut psühhiaatrilist abi nõudvate

seisundite ravi.

3. Psühhiaatriline toetusravi

Kestvate psüühikahäirete ambulatoorne toetusravi, mille eesmärgiks on vältida haigussümptomite taasilmnemist või progresseerumist.

4. Laste- ja noorukite psühhiaatriline ravi

Sisaldab nii ambulatoorset kui ka statsionaarset ravi, mida osutatakse lastele ja noorukitele. Oluline on koostöö perekonnaga, sotsiaalse tugivõrgustikuga ning psühhiaatriaga piirnevate teiste erialade spetsialistidega.

5. Spetsialiseeritud psühhoteraapia

Vajalik eeskätt kriisilukordade ning enamuse psüühikahäirete ravis, väljaarvatud teadvushäiretega ja raske kognitiivse funktsiooni kahjustusega seisundid (nt dementsus). Eeldab psühhoterapeudi lisapädevust psühhiaatril või kliinilisel psühholoogil, kes vastava teraapiat läbi viib.

6. Psühhofarmakoteraapia ja muud bioloogilised ravimeetodid

Psühhofarmakoteraapia on kesksel kohal enamuse raskete psüühikahäirete ravis. Muudest bioloogilistest ravimeetoditest on olulisim modifitseeritud elekterkrampravi. Muud võimalikud ravimeetodid on valgusteraapia (sesoonne) ja transkraniaalne magnetstimulatsioon (TMS). TMS on uus ravimeetod eelkõige depressiooni raviks.

7. Ebastabiilse remissiooniga psüühikahäirete statsionaarne ravi

Osutatakse raskekujuliste ja ravile halvasti alluvate psüühikahäirete korral eesmärgiga leevendada haigussümptomeid ja taastada toimetulekuvõimet ühiskonnas.

8. Psüühikahäirete ravi päevastatsionaaris.

Vaheetapiks ambulatoorse ja statsionaarse psühhiaatrilise abi vahel juhul kui patsienti pole võimalik ravida ambulatoorselt, kuid ta ei vaja jälgimist 24 tunni jooksul.

9. Psüühikahäirega patsiendi perekonna ja lähedaste nõustamine

Nõustamine, mis aitab säilitada ja toetada patsientide lähisuhteid ja sotsiaalset võrgustikku.

10. Konsultatiivne psühhiaatriline abi

Perearstide, haiglate ja sotsialhoolekandeesutuste konsulteerimine psühhiaatrilise abi küsimustes.

B. Olulisemad haigusseisundid prioriteedigruppina.

Kõigile arsti poole pöördunud isikutele, kellel on alust oletada psüühikahäire olemasolu, tuleb võimaldada psühhiaatriline läbivaatus ja otsus ravi vajalikkuse suhtes. Samuti teostatakse psühhiaatriline läbivaatus koos otsusega ning määratakse vajadusel ravi isikule, kes on ise pöördunud psühhiaatri vastuvõtule.

1. Prioriteedigrupp

Seisundid, millede korral abi andmata jätmise on eluohtlik või kätkeb tõsist ohtu ühiskonnale. Vajalik kiire ravilepääsemise.

1.1. Esmakordne äge psühhoos.

Eeldab head koostööd perearsti- ja kiirabisüsteemiga esmakordsete psühhoosihaigete väljaselgitamisel ja ravi korraldamisel. Soovitav on ravi vastava väljaõppe saanud ravimeeskonna poolt.

1.2. Suitsiidkatse sooritamise järgne seisund.

Iga suitsiidkatse teinud isik tuleb psühhiaatri poolt läbi vaadata ja otsustada psühhiaatrilise abi vajadus. Vajalik koostöö kiirabisüsteemi ja haiglate vastuvõtuosa -kondadega.

1.3. Raskekujuline depressioon

Kõrge suitsiidriski tõttu vajadusel ravi sissejuhatus statsionaari tingimustes.

1.4. Korduv psühhootiline kriis.

Vajadusel hospitaliseerimine, koostöö kiirabiteenistusega ravile toimetamisel.

1.5. Ebastabiilses seisundis pikaajsed psühhootilised häired

Ambulatoorse psühhiaatrilise abi ülesandeks on ravi järjepidevuse tagamine; koostöö kiirabiteenistusega ja sotsiaalhoolekandega. Kui haiglaväline abi ei ole isiku seisundist lähtuvalt võimalik, toimub ravi ja taastusabi ebastabiilse remissiooniga psüühikahäirete osakonnas.

1.6. **Seisundid, kus psüühikahäirest tingitult on isik endale või teistele ohtlik.** Vältimatu psühhiaatrilise abi korras hospitaliseerimine.

1.7. **Ägedad stressreaktsioonid koos tõsiste psüühikahäiretega ja posttraumaatiline stressihäire.**

Koostöö perearstisüsteemi ja haiglatega.

1.8. **Deliriumiga ja raskekujuliste võõrutusnähtudega seotud seisundid**

Koostöö kiirabi, perearstisüsteemi ja haiglatega.

2.Prioriteedigrupp

Ravita jätmise antud haigusseisundite korral toob suure tõenäosusega kaasa abivajaja pöördumatu psühhosotsiaalse hälbimise.

2.1. Raskekujulised noorukiea arengukriisid.

Suitsiidohu tõttu eeldab head koostööd lasteasutuste, perearstisüsteemi ja lastearstidega. Soovitatav on ravi vastava väljaõppe saanud meeskonna poolt.

2.2. Raskekujulised ärevusseisundid.

Oluline on vältida töövõime ja enesega toimetulekuks vajaliku autonoomia kadumist; samuti hospitalismi teket. Oht ka ravimsõltuvuseks või mõnuainete kuritarvitamiseks .

2.3. **Ebastabiilset tüüpi isiksushäired**, millede puhul isiku sotsiaalne funktsioneerimine on tõsiselt häiritud (psühhootilised episoodid)

Lühiaegne haiglaravi vajalik psühhootilise episoodi piires; pikemaajalise psühhoterapeutilise toetuse vajadus. Invaliidistumise ja suitsiidioht keskmisest kõrgem, samuti sõltuvuse risk alkoholist, mõnuainetest, ravimitest.

2.4. Stabiilsed pikaajsed psühhootilised seisundid.

Kesksel kohal on ambulatoorne toetusravi ja psühhiaatrilise abi seostamine sotsiaalhoolekande teenustega (majutusteenused, päevakeskused, kaitstud töökohad, hooldamine hooldusasutuses). Konsultatiivne abi hooldekodudele.

2.5. Laste ja noorukite psüühikahäired, mis takistavad igapäevast toimetulekut.

Vajalik tihe koostöö perekonnaga ja psühhiaatriaga piirnevate teiste erialade spetsialistidega.

3. Prioriteedigrupp

Puudub otsene oht isiku enda või teiste elule; psühhosotsiaalse hälbimise risk ei ole kõrge. Samas on haigusseisundite korral psühhiaatriline abi näidustatud.

3.1. Vähemkomplitseeritud arengulised ja elukriisid.

Teatud olukordades on psühhiaatriline abi vajalik kuivõrd ravita jätmise korral on oht töövõime languseks ja sümptomite krooniliseks muutumiseks.

3.2. Isiksushäirete dekompensatsioonid.

Valdavalt ambulatoorse ravi korras psühhoterapiaplane ja psühhofarmakoterapiaplane.

3.3. Ärevuse ja depressiooniga kulgevad seisundid .

Sageli on valikmeetodiks psühhoterapia.

3.4. Vanemaealistel esinevad psüühikahäired.

Vanemaealiste isikute psühhiaatriline abi hõlmab eeskätt diagnostikat ja ravisoovituste andmist ega tegele hooldusega.

Ka väljaspool tervishoiusüsteemi on teenuseid, mis on seotud vaimse tervisega ja kus konsultantidena võib kasutada psühhiaatrilise abi süsteemi töötajaid. Nende teenuste eest ravikindlustus ei tasu. Siia alla kuuluvad näiteks :

1. Kriisitelefoniid
2. Sõltuvushäirete all kannatavate patsientide rehabilitatsioonikeskused
3. Psühholoogiline kriisiabi katastroofiolukordade järgselt
4. Perenõustamine mittpsühhiaatriliste häirete korral
5. Kriisikeskused
6. Pagulaste toetuskeskused
7. Seksuaalprobleemide ravi keskused
8. AIDS-i tugikeskused
9. Erivajadustega inimeste konsulteerimine hooldekodudes.

2.1.3. Psühhiaatrite arv maakonniti 10 000 elaniku kohta.

Piirkond	Elanikke	Psühhiaatrite arv aastal 2001		
		Psühhiaatrite arv kokku	Psühhiaatrite arv 10000 el kohta täna	Neist lastepsühhiaatreid
Tallinn	430000	76	1,77	0,11
Harjumaa	125000			
Lääne-Virumaa	75000	2	0,27	-
Läänemaa	30000	1	0,33	-
Hiiumaa	10000	1	1,0	-
Saaremaa	40000	4	1,0	0,08
Ida-Virumaa	120000	16	1,33	0,05
Narva	80000	8	0,88	0,12
Viljandimaa	60000	18	3,00	0,5
Raplamaa	40000	1	0,25	-
Pärnumaa	100000	6	0,60	0,5
Järvamaa	40000	1	0,25	0,7
Tartumaa	150000	27	1,80	0,36
Jõgevamaa	40000	3	0,75	-
Valgamaa	35000	4	1,14	-
Põlvamaa	35000	2	0,57	-
Võrumaa	40000	2	0,50	-
EESTI	1450000	172	1,18	

Psühhiaatrite arv maakonniti kõigub olulisel määral, mis tingib psühhiaatrilise abi kättesaadavuse ebahütluse. Lähitulevikus on vajalik ette näha taolise ebahütluse vähendamine haiglavälises psühhiaatrilises abis piirkondliku vastutuse põhimõtete rakendamise vahendusel. Piirkondlik vastutus tähendab, et abi kättesaadavus on tagatud prioriteedi (vt. prioriteedigrupid) alusel kõigile abi vajavatele elanikele.

2.2. Tervishoiuteenuste prognoos

2.2.1. Eriala teenuste vajaduse muutuse prognoos aastateks 2005, 2010 ja 2015 lähtuvalt haigestumise struktuuri ja ravivõimaluste muutusest.

Psühhiaatrilise abi osatähtsus on viimaste aastakümnete vältel kõikides arenenud tervishoiukorraldusega riikides järjest kasvanud. Selle põhjuseks on ühelt poolt psüühikahäirete paremad diagnoosimis- ja ravivõimalused, teiselt poolt aga psüühilise haigusega seotud stigmasiooni vähenemine, mis on lisanud nõudlust antud valdkonna tervishoiuteenuste järele. Toimunud on otsustav ümberorienteerumine haiglakeskselt ravilt haiglavälisele abile; psühhiaatrite kõrval omandavad järjest olulisema rolli psühhiaatrilise

ettevalmistusega õendusala spetsialistid, sotsiaaltöötajad, tegelusjuhendajad ja psühholoogid.

Olemasolevate statistiliste andmete alusel on prognoositav sõltuvushäirete (eelkõige narkootiliste ainete), depressiooni, ärevus- ning ka muude mittepsühhootiliste psüühikahäirete all kannatavate isikute arvu tõus.

Psühhiaatrilise abi korraldus

Psühhiaatriline abi korraldatakse territoriaalse vastutuse põhimõttel. Psühhiaatrilise abi organisatsiooni aluseks on piirkondliku vastutusega ambulatoorsete psühhiaatriliste üksuste võrk.

Psühhiaatriaosakonnad võivad olla nii lokaalhaigla, keskhaigla kui regionaalhaigla koosseisus. Eraldi võib käsitleda psühhiaatriaosakondi erikontingentide raviks (ebastabiilse remissiooniga patsiendid, kohtu poolt määratud (sund)ravi, ohtlikke nakkushaigusi põdevad raskete psüühikahäiretega patsiendid).

Psühhiaatriaosakond tagab selliste psühhiaatrilist abi vajavate patsientide ravi, keda nende tervislikust seisundist lähtuvalt ei saa ravida haiglaväliselt.

Kesksel kohal abi planeerimises on haiglaväline psühhiaatriline abi. Psühhiaatrite arv piirkonnas peab olema vähemalt 1/10 000 elaniku kohta ja alates 40 000 elanikust on vajalik lastepsühhiaater. Vähemalt 80% ambulatoorsetest psühhiaatritest peab töötama piirkondliku vastutusega ambulatoorses psühhiaatriaüksuses. Piirkondliku vastutusega ambulatoorses psühhiaatrilise abi üksuses peab ühe täiskasvanute psühhiaatri ametkoha kohta olema vähemalt 1.5 muu kvalifikatsiooniga spetsialisti (psühhiaatriaõde, kliiniline psühholoog, psühhiaatrilise väljaõppe saanud sotsiaaltöötaja).

Haiglavälise psühhiaatrilise abi kättesaadavuse tagamiseks on optimaalsed vähemalt 3 psühhiaatriga ambulatoorsed piirkondliku vastutusega üksused.

Laste ja noorukite psüühikahäired on olulisel määral tingitud ümbritsevatest oludest, mistõttu on vähetõenäoline psüühikahäirete kasvu pidurdumine oluliste muutusteta ühiskonnas.

Eelpoolsiteeritud Eestis läbiviidud uuringus nimetab psüühikahäirete tekitajaks/soodustajaks suurt õppekoormust 52%, vanemate alkoholilembust 30%, vähest psühholoogilist turvalisust perekonnas 23%, perekonna materiaalseid raskusi 20% ja häirunud suhteid eakaaslastega või õpilastega 19% küsitletuist.

Lastepsühhiaatrilise abi vajaduse kasvu on võimalik mõningal määral vähendada. See eeldab:

- esmatasandi arstide ja medõdede senisest oluliselt paremaid oskusi ning teadmisi laste varase arengu hindamisel;
- esmatasandi või ka rehabilitatsioonisüsteemiga koos funktsioneerivat meeskonda, kus kliinilised erialaspetsialistid (lastepsühholoog, logopeed, eripedagoog) tegelevad standartiseeritud ja adapteeritud meetodite abil arenguhäirete varase diagnostikaga;
- väljaõppe saanud koolipsühholoogide poolt osutatava psühholoogilise abi kättesaadavust võimalikult elukohajärgselt; standartiseeritud ja adapteeritud

diagnostikavahendite olemasolul ja nende kasutuslitsentsi omamisel võiks kooliealiste laste intelligentsuse hindamine kuuluda samuti koolipsühholoogide kompetentsi;

- psühholoogilise nõustamisteenuse ja psühhoteraapia kättesaadavust võimalikult elukohajärgselt,

- lastele ja noorukitele narkoloogilist abi osutavate pikaaraviüksuste olemasolu.

Statsionaarsete psühhiaatriavoodite arv on kuni 6-7 voodit/ 10 000 elaniku kohta.

Voodifond kokku 975 voodikohta:

Voodifondi struktuur:

Psühhiaatriaosakonnad kesk- ja regionaalhaigla tasandil - 385 voodikohta.

Psühhiaatriaosakonnad lokaalhaiglates - 185 voodikohta.

Osakonnad pikaajalist ravi vajavatele raskete psüühikahäiretega patsientidele - 260 voodikohta:

- sealhulgas ebastabiilsete pikaajaliste psüühikahäiretega patsiendid - 180 voodikohta,
- sealhulgas tuberkuloos vm. nakkushaigus koos raske psüühikahäirega – 50 voodikohta,
- sealhulgas noorukite pikaaravi – 26 voodikohta

Laste- ja noorukitepsühhiaatria - 45 voodikohta.

Sundravi - 70 voodikohta.

Vanglapsühhiaatria - 30 voodikohta.

Statsionaarne psühhiaatriline ekspertiis vahialustele - 15 voodikohta.

2.3 Teenuste jaotumine

2.3.1 Patsientide ja teenuste optimaalne jaotus (põhidiagnooside ja protseduuride alusel) haiglas ja haiglavälise eriarstiabi vahel.

Olemasolevate andmete põhjal ei ole täpselt võimalik määrata optimaalset suhet ambulatoorse ja statsionaarse abi vahel kuna ambulatoorse töö maht on oluliselt väiksem tegelikust vajadusest. Lisaks sellele ambulatoorse ja statsionaarse töö maht kestvate psüühikahäiretega haigetel (nt skisofreenia) sõltub haiguse faasist (äge-, stabilisatsiooni-, remissioonifaas).

Regulatiivsete normidena saab kasutada avatud voodikohtade arvu ja ambulatoorselt töötavate psühhiaatrite arvu 10 000 elaniku kohta.

Statsionaarsete voodikohtades orienteeruv jaotumine diagnoosigruppide alusel

Diagnoosigrupp	% voodikohtade koguarvust
F0 – orgaanilised psüühikahäired	12%
F1 – psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäired	10%
F2 – skisofreenia jm psühhootilised häired	50%
F3 - meeleoluhäired	13%
F4 – neurootilised häired	7%
F5 – söömis-, unehäired	0%
F6 – isiksushäired	2%
F7 – vaimne alaareng	4%
F8 – spetsiifilised arenguhäired	1%
F9 – lapse- ja noorukiea psüühikahäired	1%
Muud häired ja põhjused	1%
Kokku	100%

2.3.2 Patsientide arvu ja teenuse osutamise jaotus akuutravi haiglate vahel vastavalt haiglavõrgu arengukava printsiipidele (regionaal-,kesk-,üld- ja erihaiglates).

Teenuste osutamise jaotus on esitatud planeeritava voodifondi tabelis (vt. 2.4.)

Keskhaigla tasand sisaldab:

Piirkondliku vastutusega ambulatoorset teenistust

Psühhiaatriaosakondi, mis tagavad ühtlasi ka ööpäevaringse vältimatu psühhiaatrilise abi (nn. valvetoa funktsioon)

Tegevuse koordineerimist lokaalhaigla tasanditega ja teiste piirkondlike haiglavälise psühhiaatrilise abi üksustega.

Ambulatoorne ja statsionaarne teenistused toimivad integreeritult, tagades eraldi programmid kitsamatele haigusgruppidele (näit. söömishäired ja esmased psühhoosid). Regionaalhaigla tasand sisaldab keskhaigla tasandiga samalaadset süsteemi, lisaks laste- ja noorukitepsühhiaatria voodid ja vastava valdkonna koordineerimine ning residentide ja psühhiaatriaõdede koolitus

Lokaalhaigla tasand tagab psühhiaatrilises abis ambulatoorse piirkondliku vastutusega teenistuse. Lokaalhaiglas võib olla ka statsionaarne psühhiaatriaosakond

2.3.3 Järeldravi vajavate patsientide arvu ja järeldravi kestuse prognoos.

Psühhiaatrilises praktikas termin "järelravi" ei kajasta pikka aega statsionaarset abi vajavate patsientide olukorda adekvaatselt. Seetõttu kasutame siin ja edaspidi terminit "**psühhiaatriline pikaaravi**". Psühhiaatriline pikaaravi on näidustatud raskete psüühikahäirete all kannatavatele haigetele, kes ei ole neil esineva psüühikahäire raskuse ja ulatuse poolest suunatavad erihooldusasutustesse ning vajavad seetõttu ravi selleks kohandatud tingimustes psühhiaatrilise pikaaravi osakondades. Taoliste osakondade põhikontingendi moodustavad täiskasvanutest ravimresistentsed ja kaksikdiagnoosiga skisofreeniahaiged (näiteks skisofreenia koos sõltuvushäirega), oluliste käitumishäiretega vaimse alaarenguga haiged, orgaaniliste peajuhaigustega ja selle foonil kroonilise psühhoosiga haiged. Enamikul juhtudest vajavad need haiged ravi aastaid kuni eluaegselt.

Laste ja noorukite psühhiaatriline pikaaravi on näidustatud juhtudel, kus psühhosotsiaalne keskkond ei võimalda psüühikahäiret ravida või kui laps/nooruk ei ole oma seisundist sõltuvalt ravitav ambulatoorselt (näiteks raske psüühikahäirega lastekodulaps).

Teine osa pikaajalist ravi saavatest psüühikahäiretega patsientidest on need, kes vajavad pidevat toetusravi (seda nii farmakoteraapia kui ka psühhosotsiaalsete sekkumiste poolest). See kontingent patsiente elab ühiskonnas ning vajab eeskätt haiglavälist abi.

Kolmas osa pikka aega ravi vajavatest patsientidest moodustavad kohtu poolt sundravile määratud haiged. Kõik nende haigete statsionaarse raviga seonduv koondub Jämejala Haigla baasil rajatavasse sundravi kompleksis.

Psühhiaatrilise pikaaravi vajaduse katavad Tallinna Psühhiaatriaigla, Jämejala Psühhiaatriaigla (Viljandi Haigla?) ning Ahtme Psühhiaatriaigla (Kohtla-Järve Keskhaigla?) koosseisus olevad osakonnad. Need haiglad (osakonnad) jäävad koordineerima ka rehabilitatsiooni ja haigete suunamist erihooldusele.

Nimetatud raviüksuste põhifunktsioonideks jäävad:

1. Ebastabiilse kuluga psüühikahäiretega patsientide ravi (psühhiaatriline pikaaravi)
2. Raskete psüühikahäire all kannatavate patsientide ravi, kellel esineb kaasuvana statsionaarset ravi eeldav ohtlik nakkushaigus (tuberkuloos, HIV)
3. Laste ja noorukite pikaaravi
4. Erihooldussüsteemi töö koordineerimine, rehabilitatsiooni planeerimine ning selle läbi viimise koordineerimine raskete psüühikahäirete korral.

Eriküsimused psühhiaatrilises abis:

-Narkomaania ravi: võimalikud on eraldi üksused, ressursid tulevad ravikindlustuse ning muudest allikatest.

-Vanglapsühhiaatria: vanglahaigla koosseisus koos muu vanglameditsiiniga

-Kohtupsühhiaatrilised statsionaarsed uuringud vahialustele: vanglahaigla koosseisus (eraldi osakonnana)

2.3.4. Päevastatsionaari vajalikkus teie erialal. Protseduuride loetelu, mille puhul on näidustatud päevastatsionaari kasutamine.

Päevastatsionaar on psühhiaatrilises haiglavälises abis oluline lüli. Päevastatsionaari eesmärk on raskete psüühikahäirete all kannatavate haigete rehabilitatsiooni ja ühiskonda taas integreerimise tõhustamine ja seda eeskätt pärast statsionaarset ravi kui sotsiaalne tugivõrgustik ning juhtumikorraldus ei ole veel piisavad, et haiget rehabiliteerida. Päevastatsionaar peaks tagama ravimeeskonna aktiivse tegelemise patsiendiga seal viibitava aja vältel, tema toimetulekuoskuste ning rehabilitatsiooni kaasamise alustamise. Päevastatsionaari põhikontingendi moodustavad oluliste toimetulekuraskustega peamiselt psühhootiliste psüühikahäirete all kannatavad haiged ning psühhogeriaatrilised haiged teatud rehabilitatsioonietapis.

Päevastatsionaari teenus on näidustatud ka lastel- ja noorukitel esinevate psüühikahäirete diagnostikas ning ravis seisundite puhul, kus last on vaja teatud aja vältel pidevalt jälgida.

2.3.5. Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa.

Kesk- ja regionaalhaigla tasandil tagatakse ööpäevaringne vältimatu psühhiaatriline abi (nn. valvetoa funktsioon).

2.3.6. Arstide ja teiste spetsialistide optimaalse töökoormuse planeerimine.

Lähema 5 aasta perspektiivis peab ambulatoorse psühhiaatrilise abi maht suurenema vähemalt 25-30%. See toob kaasa ka muudatused koormusnäitajate osas. Enamike spetsialistide töös kasvab meeskonnatöö osakaal ja mõnevõrra peaks suurenema vastuvõtu vältel otseselt patsiendiga tegelemiseks kuluv aeg, mis on psühhiaatrilises abis üks töö kvaliteedi näitajatest.

Hetkel toimiv tasustamise süsteem ei võimalda taolisi koormusi planeerida. Pideva haiglavälise abi kasvu tingimustes tuleb psühhiaatrilise abi finantseerimine üle vaadata, et tagada meeskonnatöö ja integratiivse abi põhimõtete rakendamine.

Seega on planeeritud koormusnäitajad järgmised :

1.1. Psühhiaater :	- 8 vastuvõttu päevas / 1600 vastuvõttu aastas; aluseks on vastuvõtu pikkus 40 min. - vastuvõtuga seotud kirjatöö 10 min. - personali juhendamine, meeskonnatöö, koosolekud	5.5 t. päevas 1.5 t. päevas 1.0 t. päevas
1.2. Laste- ja noorukitepsühhiaater :	- 5 vastuvõttu päevas / 1000 vastuvõttu aastas; aluseks on vastuvõtu pikkus 60 min. - vastuvõtuga seotud kirjatöö 10 min. - personali juhendamine, meeskonnatöö, koosolekud	5.0 t. päevas 1.0 t. päevas 2.0 t. päevas

1.3. Psühholoog :	- 6 vastuvõttu päevas / 1200 vastuvõttu aastas; aluseks on vastuvõtu pikkus 60 min. - vastuvõtuga seotud kirjatöö 10 min - personali juhendamine, meeskonnatöö, koosolekud	6.0 t. päevas 1.0 t. päevas 1.0 t. päevas
	või - 3 psühholoogilist uuringut; aluseks on uuringu pikkus 120 min. - uuringuga seotud kirjatöö ja arutelu 40 min	6 t. päevas 2 t. päevas
	või 3 grupiteraapia/pereteraapia seansi aluseks on seansi pikkus 120 min. - teraapiaga seotud kirjatöö 10 min - personali juhendamine, kokkuvõtted 30 min	6 t. päevas 30 min. päevas 90 min. päevas
1.4. Psühhiaatriaõe vastuvõtt või koduviisit	5 vastuvõttu päevas / 1000 vastuvõttu aastas; aluseks on vastuvõtu pikkus 40 min. - kirjatöö - arsti abistamine, meeskonnatöö	3.5 t. päevas 1.5 t. päevas 3 t. päevas
1.5. Individuaalne psühhoterapia	- 6 seansi päevas / 1200 seansi aastas; aluseks on seansi pikkus 50 min. - seansiga seotud kirjatöö 10 min. - personali juhendamine, meeskonnatöö, koosolekud	5 t. päevas 1 t. päevas 2.0 t. päevas
1.6. Logopeedi vastuvõtt	4 vastuvõttu päevas/ 800 vastuvõttu aastas 4 t. päevas; vastuvõtu pikkus 60 min - uuringuga seotud kirjatöö 15. min - meeskonnatöö, koosolekud	4 t. päevas 1 t. päevas 1 t. päevas

2.4. Voodikohtade arvu prognoos.

Arvestades viimase kümnendi vältel psühhiaatrias toimunud kiireid arenguid psüühikahäirete ravis (haiglavälise abi tõhususe kasv, uute ravimite ning raviviiside rakendumine), esitame käesolevas peatükis voodifondi jaotuse prognoosi aastaks 2010. Prognoos aastaks 2015 jääb eelpooltoodud arvestades liiga ebamääraseks ja ei ole seetõttu esitatud.

Planeeritav voodikohtade arv aastaks 2010 (kokku 975 voodikohta)

Asukoht	Region. haigla	Keskhaigla	Lokaalhaigla	Psühhiaatriline pikaaravi, kaasa arvatud noorukid ja lapsed	Laste- psühhiaatria	Sundravi	Ekspertiisvahialustele	Vangla- psühhiaatria
Tallinn	120	50		150	15			
		40						
Tartum	60-80		30-50		15			
Pärnu		45			5			30
Ida-Viru		70		20	10			
Narva			25					
Rakvere			20					
Paide			20*					
Haapsalu			10					
Kuressaare			10					
Viljandi			20	90		70		
Võru			30					
Kokku	180	205	185	260	45	70	15**	30**

* Võib asuda sõltuvalt arengukäigust kas Tartu või Viljandi haiglate koosseisus

** Sõltuvalt muu vanglameditsiini paiknemisest selle ühe struktuuriüksusena

Käesolevalt kasutuses olev voodifond ei vasta nõuetekohastele tingimustele. Nii regionaal-, keskhaigla (Tallinn, Pärnu ja Kohtla-Järve) osakonnad kui ka lokaalhaiglate planeeritavad osakonnad (Narva, Rakvere, Paide, Haapsalu, Võru ja Kuressaare) tuleb nõuetekohaselt välja ehitada. Uute ehituste planeerimisel ei tohi ühel territooriumil paiknevate voodikohtade arv ületada 200.

Laste ja noorukite pikaaravi peab toimuma ravikodutüüpi asutuses, kus on tagatud ravi,

psühhoterapia, võimalused haridusseadusest tulenevate kohustuste täitmiseks ja töö perekonnaga. Otstarbekas on praeguse Jämejala haigla baasil luua selline ravikodu kohtade arvuga lastele 6 ja noorukitele kuni 10 voodikohta (ruumiliselt eraldi üksustena, eraldi personaliga) ning venekeelsetele noorukitele kuni 10-kohaline ravikodu Ida-Virumaale või Harjumaale.

Psühhiaatrilise abi voodifondi jaotumine:

Kesk- ja regionaalhaigla tasand: kokku **385** voodikohta

Tallinna piirkond: 210 voodikohta

Tartu piirkond: 60-80 voodikohta (voodikohtade arv sõltub SA TÜ Kliinikumi arengukavast);

Pärnu piirkond: 45 voodikohta (Pärnu keskhaigla koosseisus)

Kohtla-Järve: 70 voodikohta (Ida-Virumaa keskhaigla koosseisus)

Üldpsühhiaatriaosakonnad lokaalhaiglate koosseisus: kokku kuni **185** voodikohta (Narva 25, Rakvere 20, Paide 20, Haapsalu 10, Kuressaare 10, Viljandi 20, Võru 30, Tartu 30-50 (voodikohtade arv ja paiknemine sõltub SA TÜ Kliinikumi arengukavast))

Laste- ja noorukiteosakonnad: 15 voodikohta Tallinna ja 15 voodikohta Tartu regionaalhaigla (SA TÜ Kliinikum) ning 10 voodikohta Ida-Virumaa keskhaigla psühhiaatriateenistuse koosseisus ja 5 voodikohta Pärnu Keskhaiglas.

Osakonnad pikaajalist ravi vajavatele raskete psüühikahäiretega patsientidele: 260 voodit

Tallinna Psühhiaatriaahaigla: 150 voodit

Jämejala Psühhiaatriaahaigla: 90 voodit

Kohtla-Järve Keskhaigla koosseisus: 20 voodit

Vanglahaigla muu vanglameditsiini struktuuriüksusena: **30** psühhiaatriavoodit ja **15** ekspertiisivoodit vahialustele.

2.5. Eriarstide vajadus.

2.5.1. Eriarstide vajadus 10 000 elaniku kohta aastatel 2005, 2010 ja 2015

Psühhiaatrite koguarv peaks 15 aasta perspektiivis jõudma suhteni 1: 5000 elaniku kohta s.o. kokku 300 arsti.

Psühhiaatrite optimaalne jaotus erinevate ravietaappide vahel aastaks 2015 oleks järgmine

Psühhiaatrite jaotus erinevate ravietaappide vahel	Psühhiaatrite arv
Statsionaarne abi (regionaal- kesk- ja lokaalhaigla tasandid):	100
Ambulatoorne psühhiaatriline abi:	150
Administratiivne psühhiaatria:	20-25

Lastepsühhiaatria (kokku administratiivne, ambulatoorne ja statsionaarne):	45
Kokku	315-320

Psühhiaatrite koolituses tuleks põhitähelepanu suunata residentuuri laiendamisele. Hetkel on psühhiaatrilise abi süsteemis u. 170 psühhiaatri ametikohta; senine iga-aastaselt residentuuri vastu võetavate arstide arv (3-5) katab hädavaevu nn. loomuliku väljalangevuse. Vajalik on residentuuri mahu järk-järguline suurendamine, lähema 5 aasta vältel peaks residentuurikohtade arv tõusma vähemalt 8 kohani aastas. Lisaks psühhiaatrite ettevalmistusle on hädavajalik käivitada psühhiaatriaõdede spetsialiseerumine ja täiendkoolitus psühhiaatrias. Haiglavälise psühhiaatrilise abi arengu seisukohalt on eriti oluline vastava koolitusega spetsialistide olemasolu (psühhiaatriaõde, kliiniline psühholoog, logopeed, sotsiaaltöötaja). Ka rakendusliku kõrgharidusega õdede roll psühhiaatrilises abis peab tõusma; seda nii administratiivtöö osas kui ka töös haigetega. Ainuüksi haiglavälise psühhiaatrilise abi vajab lähiaastatel 150-200 psühhiaatrilise koolitusega õendusala spetsialisti.

2.5.2 Psühhiaatrite optimaalne absoluutarv aastatel 2005, 2010 ja 2015

Aasta	Psühhiaatrite optimaalne arv	Tegelik arv arvestavalt koolitusvõimalusi ja nende kasvu
2001	170	170
2005	190	185
2010	250	210
2015	300	230

2.5.3. Ettepanek koolitustellimuseks

Lähemaks 5 aastaks jooksul on vajalik suurendada vastuvõtu psühhiaatriarresidentuuri kuni 8-10 arstini aastas ning hiljem 12 arstini aastas. See tagab psühhiaatrite koguarvu suurenemise 2015.a. 220 arstini, mis on ebapiisav, kuid järsemalt koolitusmhtude suurendamine on kõiki asjaolusid arvesse võttes raske, kui mitte võimatu.

	Psühhiaatria residentuuri vastuvõtuarvud
2001	6
2002	6
2003	8
2004	8
2005	10

2006	10
2007	12
2008	15
2009	15
2010	15
2011	15
2012	15
2013	15
2014	15
2015	15

3. Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks.

3.1. Seadusandlus

Psühhiaatrilise abi seadus vajab muutmist või uue seaduse vastuvõtmist. Olulisemad teemad on järgmised:

- seaduse vastavusse viimine uue tervishoiukorralduse seadusega ja patsiendiseadusega (teadva nõusoleku osa);

- tahtest olenematu ravi määramine (on ettepanekuid otsustamisõiguse üleviimisest halduskohtuniku ainupädevusse);

- seaduslikud garantiid tahtest olenematu ravi korral (*legal safeguards*): tuleb seaduses selgelt sõnastada (kontroll tahtest olenematu ravi üle, apellatsioonimehhanism tahtest olenematu ravi otsuse peale jne.);

- rakendusaktid seadusele (või ka seaduses eraldi sätestatuna): modifitseeritud elekterkrampravi läbiviimise nõuded; ohjeldusmeetmete rakendamise nõuded; ravileping pikaajalist ravi vajava patsiendiga.

Muud seadused:

1. Kriminaalseadusandluse osa, mis käsitleb kohtu poolt määratud psühhiaatrilist ravi (lisaks statsionaarsele kohtu poolt määratud psühhiaatrilisele ravile tuleb kaaluda ambulatoorse sundravi sätestamist);

2. Ekspertiisiseadus: psühhiaatrilist ekspertiisi puudutav osa;

3. Sotsiaalhoolekande seadus: erihooldust sätestav osa;

4. Uus Lastekaitse seadus;

5. Laste ja noorukite psüühilise seisundi kohta käiva dokumentatsiooni ning andmete

levitamist sätestavate määruste kooskõlla viimine kehtiva seadusandlusega.

3.2. Ravijuhised

Erialaseltsi eesmärk on katta ravijuhistega esmalt kõige olulisemad ja sagedasemad psüühikahäired nagu skisofreenia, deliirium, depressioon, ärevus-, somatoformsed, une- ja söömishäired.

Skisofreenia ravijuhis valmis detsembris 2000.a., ettevalmistamisel on bipolaarse häire ravijuhis (valmimistähtaeg 01.05.2001) ja psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psüühikahäirete ravijuhis (valmimistähtaeg 01.06.2001).

Lastepsühhiaatrias on töös depressiooni, käitumishäirete, autismi, aktiivsus- ja tähelepanuhäire ravijuhised.

3.3. Teised standardid

Kavas on ühtlustada eriala piires diagnostiliste ja seisundi hindamise skaalade kasutamist psüühikahäirete diagnostikas ja raviefekti hindamisel.

Samuti on kaalumisel DSM klassifikatsiooni ja diagnostika põhimõtete kasutamise laiendamine.

Lastepsühhiaatrilises diagnostikas, eriti arenguhäirete diagnostikas on määravaks standartiseeritud ja Eestis adapteeritud testide kasutamine. Selleks on hädavajalik leida võimalused testide adapteerimiseks ülikoolide baasil rakenduslike uurimistööde raames.

4. Ettepanekud eriarstide kvalifikatsiooni parendamiseks.

4.1. Koolitus

Psühhiaatrilise abi kontekstis tuleb spetsialistide koolitust vaadelda laiemas kontekstis, kui ainult psühhiaatrite koolitus. See hõlmab ka psühhiaatriaõdede, kliiniliste psühholoogide ja ka sotsiaaltöötajate koolitust põhimõttel, et patsientidega tegelevad eriettevalmistuse saanud spetsialistid.

Psühhiaatrid - spetsialiseerumine psühhiaatriks toimub läbi psühhiaatria residentuuri vastavalt kinnitatud õppekavale;

Lastepsühhiaatria – praegu toimub aastase stažeerimisena lastepsühhiaatria osakonnas, mis lõpeb eksami sooritamisega lastepsühhiaatrias (eelduseks on psühhiaatria residentuuri läbimine);

kuna ettevalmistusaeg lastepsühhiaatrias on minimaalselt 5 aastat, tuleb kaaluda eraldi residentuuri programmi vajalikkust.

Alternatiiv on tulevikus pikendada residentuur 5 aastani, kus 2 aastat on ühine programm kõigile ja järgenevad kolm aastat eraldi psühhiaatria ja lastepsühhiaatria residentidele.

4.2. Täiendkoolitus

Psühhiaatrite täiendkoolitus peab kindlustama teadmiste ja oskuste arengu kõigis valdkondades (psüühikahäirete etiopatogenees, diagnostika ja ravi; psühhoteraapia,

psühhofarmakoteraapia, neuropsühhiaatria, üldmeditsiinilised teadmised) kogu aktiivse tööperioodi vältel. Oluline osa enese täiendamises langeb iseseisvale tööle kaasaegse erialakirjandusega, mida toetavad TÜ Arstiteaduskonna Täienduskeskuse poolt korraldatavad kursused, Eesti Psühhiaatrite Seltsi seminarid, osavõtt erialakonverentsidest Eestis ja mujal.

Arstid, kellel on psühhiaatri pädevus ja eemalolek praktilisest tööst alla 5 aasta, vajavad erialast täiendust (st. praktilist tegevust koos teoreetilise koolitusega) 3-6 kuud ja arstid, kelle eemalolek praktilisest tööst üle 5 aasta, vajavad erialast täiendust 6 kuud kuni 1 aasta.

4.3. Resertifitseerimise vajalikkus ja optimaalne sagedus

Erialal praktiseerival psühhiaatril säilib pädevustase tööealisuse lõpuni, kui selle äravõtmiseks ei ole kaalukaid argumente. Peame optimaalseks resertifitseerimist iga 10 aasta järel.

4.4. Teised ettepanekud kvalifikatsiooni parendamiseks ja säilitamiseks