

PSÜHHIAATRIA ERIALA ARENGUKAVA KAASAJASTAMINE JA TÄIENDAMINE 2004. AASTAL

1. Eriala areng

1.1. Eriala arengu prioriteedid

- Psühhiaatrite (sealhulgas lastepsühhiaatrite), psühhiaatriaõdede, kliiniliste psühholoogide koolitusmahtude tagamine
- Haiglavälise psühhiaatrilise abi arendamine ja psühhoterapeutilise abi kättesaadavuse parandamine
- Statsionaarse psühhiaatrilise abi tingimuste kaasajastamine
- Ebastabiilse remissiooniga psühhootiliste häiretega patsientide ravisüsteemi loomine
- Integratiivravi põhimõtete rakendamine ja rehabilitatsiooni süsteemi arendamine ning väärtustamine raskete ja püsivate psüühikahäiretega patsientidel
- Laste- ja noorukite psühhiaatrilise abi arendamine
- Kohtupsühhiaatria, kohtu poolt määratud psühhiaatrilise sundravi- ja vanglapsühhiaatria süsteemi arendamine
- Konsultatiivse psühhiaatria arendamine
- Vanemaealiste psühhiaatria arendamine
- Sõltuvushäirete ravi-rehabilitatsiooni süsteemne arendamine

1.2. Võrdlus eriala arenguga ja prioriteetidega Euroopa Liidu maades

Enamus EU riikidest omab selgelt defineeritud vaimse tervise riiklikku poliitikat. Eestis valmis vaimse tervise poliitika alusdokumendi projekt mõned aastad tagasi SM tellimusel, kuid edasised arengud riigi tasandil on seiskunud.

Eesti psühhiaatria võrdlus teiste EU riikidega on komplitseeritud tulenevalt erisustest EU sees, mis ilmnevad juba tervishoiu finantseerimise mahtude erinevustes. Selle näitaja osas on Eesti teadaolevalt viimasel kohal.

Psühhiaatrilise abi finantseerimise mahud suhtearvudena on Eestis tervikuna väiksemad kui paljudes EU riikides, samal ajal kui abivajajaid on suhteliselt rohkem. WHO andmetel oli psüühikahäirete prevalents Eestis 6,0%, Soomes 1,57%, Rootsis 2,5%, Norras 6,5% ja Prantsusmaal 5,99%; suitsiide 10 000 elaniku kohta Eestis 26,0, Soomes 19,9, Rootsis 12,17, Norras 11,95 ja Prantsusmaal 16,76. Eestis 1997/1998.a. läbiviidud terviseuuringu andmetel oli 11% uuritavatest kliiniliselt olulise raskusastmega depressiooni sümptomeid.

Psühhiaatrite ja teiste spetsialistide (psühhiaatriaõde, kliiniline psühholoog) suhtarv elaniku kohta on väiksem kui enamuses EU riikides. Eesti on üks väheseid EU riike, kus lastepsühhiaatria ei ole iseseisev eriala.

Ambulatoorselt töötavate psühhiaatrite suhtarv elanike kohta on Eestis oluliselt väiksem kui enamuses EU riikides. Seda on kompenseeritud töö suurema intensiivsusega ja samamoodi jätkates langeb psühhiaatrilise abi kvaliteet ning on ohus abiandjate tervis. Psühhiaatrite ja kliiniliste psühholoogide vähesusega on seotud ka psühhoterapia vähenenud kättesaadavus, kuigi psühhoterapiaalased oskused on enamuses spetsialistidel (psühhiaatrid, kliinilised psühholoogid) olemas. Kuni viimase ajani on ambulatoorse arstliku töö intensiivsus Eestis olnud üle 2 korra suurem kui Soomes. Teiste spetsialistide (kliinilised psühholoogid, psühhiaatriaõded) suhtarvudes on veelgi suuremad erinevused Eesti ja EU maade vahel.

Statsionaarsete voodikohtade arv elanike kohta Eestis on väiksem kui enamuses EU riikides ja enamik psühhiaatrilistest statsionaarsetest ravikohtadest Eestis vajab kaasajastamist. WHO

andmetel oli 2001.-2002. aastal Saksamaal 12,7, Prantsusmaal 10,4, Soomes 10,1, Norras 6,7, Rootsis 6,3, Hispaanias 5,4 ja Eestis 6,3 voodikohta 10 000 elaniku kohta. Kui teisendada Eesti Haigekassa poolt tasutud voodipäevade koguarv keskmiselt täidetud voodikohtade arvuks ja see omakorda 10 000 elaniku kohta, siis saame tulemuseks 5,17 voodikohta 10 000 elaniku kohta 2001. aastal. 2004. aastaks on voodikohtade arv Eestis veelgi vähenenud ja langenud alla 5,0 voodikoha 10 000 elaniku kohta.

Kaasaegsete psühhiaatriliste ravimite kättesaadavus kõrge sotsiaalse riskiga gruppides on Eestis jätkuvalt probleemne. Sisuliselt puuduvad võimalused ravikindlustuseta isikutele raskete ja püsivate psühhikahäirete (näiteks depressioon) raviks.

Jätkusuutliku psühhiaatrilise abi kindlustamisel tuleb oluliseks pidada tegevusi erinevuste vähendamisel töötingimuste (nt koormusnormid, palgatingimused) osas Eesti ja teiste vanemate EU riikide vahel, et kindlustada psühhiaatrilise abi kättesaadavus ja kvaliteet ning vähendada ohte abiantjate tervisele ja spetsialistide ühesuunalist liikumist välisriikidesse.

2. Tervishoiuteenuste prognoos

2.1. Eriala teenuse vajaduse muutuse põhjendatud prognoos aastateks 2010 ja 2015 lähtuvalt haigestumise struktuuri ja ravivõimaluste muutusest.

Tervishoiuteenuste prognoosimisel tuleb arvestada negatiivset iivet ja elanikkonna vähenemist Eestis tervikuna ning maakondade lõikes. Elanike arvu ja teenuste prognoosi maakondades võib mõjutada ka Eesti-sisene migratsioon ning erinevused loomuliku iibe tasemes.

Tabel 1. Loomuliku iibe üldkordaja 1000 elaniku kohta (SM andmeesitlussüsteem)

Regioonid	1990	1995	2000	2001	2002
1 Harjumaa	1,96	-5,07	-2,31	-2,48	-2,08
2 Hiiumaa	5,78	0,18	-2,11	-5,38	-4,92
3 Ida-Virumaa	0,53	-7,36	-6,96	-8,14	-7,60
4 Jõgevamaa	3,15	-3,67	-4,44	-4,90	-5,53
5 Järvamaa	0,39	-4,04	-5,26	-5,03	-4,21
6 Läänemaa	1,66	-5,79	-5,28	-5,09	-6,39
7 Lääne-Virumaa	1,14	-3,93	-4,32	-3,81	-4,81
8 Põlvamaa	-0,94	-5,58	-6,68	-7,13	-6,71
9 Pärnumaa	2,16	-5,49	-3,93	-5,22	-4,11
10 Raplamaa	2,11	-3,93	-4,23	-5,51	-2,25
11 Saaremaa	3,99	-2,82	-4,01	-4,02	-5,27
12 Tartumaa	3,82	-4,19	-1,60	-2,04	-1,07
13 Valgamaa	-0,58	-6,76	-4,92	-6,04	-6,79
14 Viljandimaa	1,11	-4,13	-5,02	-5,93	-6,46
15 Võrumaa	1,30	-5,38	-7,08	-6,34	-6,92
16 Tallinn	1,24	-5,69	-2,57	-2,60	-2,35
18 Eesti	1,80	-5,21	-3,92	-4,32	-3,95

Tabel 2. Negatiivse iibe tõttu on kõige enam vähenenud rahvaarv vanuses 0-14 aastat perioodil 1990 kuni 2002 (SM andmeesitlussüsteem)

Regioonid	1990	1995	2000	2001	2002
1 Harjumaa	129765	108790	87365	84636	81824
2 Hiiumaa	2874	2862	2357	2249	2174
3 Ida-Virumaa	48913	38585	30004	28766	27407
4 Jõgevamaa	10012	9344	8075	7874	7595
5 Järvamaa	10716	9777	8051	7711	7411
6 Läänemaa	8130	6823	5844	5606	5374
7 Lääne-Virumaa	19049	15919	13966	13543	13076
8 Põlvamaa	8403	7681	6689	6444	6143
9 Pärnumaa	22868	20701	17881	17283	16607
10 Raplamaa	9628	9023	8041	7757	7454
11 Saaremaa	9525	8867	7443	7169	6894
12 Tartumaa	35340	32490	27599	27041	26472
13 Valgamaa	9323	8239	7302	7154	6934
14 Viljandimaa	15361	13976	11826	11387	10962
15 Võrumaa	10227	9413	8060	7788	7502
16 Tallinn	98217	81085	62270	60340	58361
17 Tartu			17635	17443	17249
18 Eesti	350134	302490	250503	242408	233829

Tabel 3. Eesti rahvaarv 1. jaanuari seisuga perioodil 1990 kuni 2002 (SM andmeesitlussüsteem)

Regioonid	1990	1995	2000	2001	2002
1 Harjumaa	607 158	553 193	526 155	524 972	523 588
2 Hiiumaa	11 332	11 170	10 458	10 438	10 385
3 Ida-Virumaa	221 807	197 899	180 143	178 896	177 471
4 Jõgevamaa	42 607	40 598	38 372	38 223	38 060
5 Järvamaa	43 715	41 152	38 871	38 682	38 514
6 Läänemaa	33 694	30 606	28 695	28 548	28 394
7 Lääne-Virumaa	79 767	70 604	67 910	67 610	67 364
8 Põlvamaa	36 186	34 760	32 743	32 527	32 308
9 Pärnumaa	99 863	94 424	91 363	90 998	90 507
10 Raplamaa	39 717	38 560	37 671	37 505	37 319
11 Saaremaa	39 890	38 233	36 010	35 877	35 746
12 Tartumaa	162 924	153 307	149 744	149 488	149 160
13 Valgamaa	41 515	38 407	35 861	35 683	35 479
14 Viljandimaa	65 135	62 043	58 087	57 798	57 482
15 Võrumaa	45 289	43 119	39 988	39 714	39 465
16 Tallinn	479 666	429 563	400 781	399 685	398 434
17 Tartu			101 241	101 207	101 140
18 Eesti	1 570 599	1 448 075	1 372 071	1 366 959	1 361 242

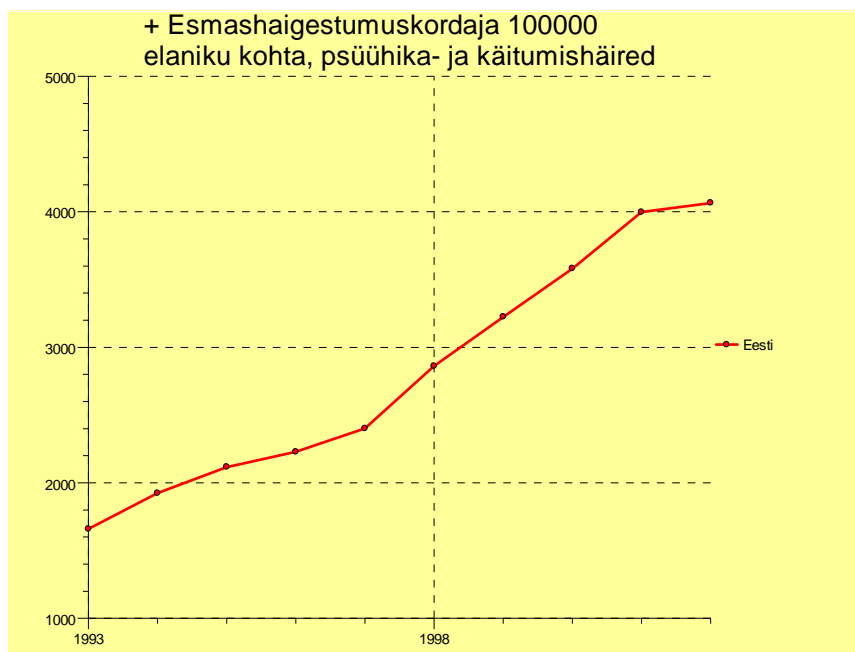
Haigestumine psüühikahäiretesse on jätkuvalt suurenenud ja vaatamata elanikkonna märgatavale vähenemisele on psühhiaatriliste teenuste vajadus viimase kümne aasta vältel pidevalt kasvanud, eriti meeolelu- ja ärevushäirete esinemissagedus. Tõusnud on alkoholist tingitud vältimatut statsionaarset abi vajavate raskete psüühikahäirete, nagu

alkoholpsühhoosid ja võõrutusdeliirium, sagedus ning narkomaania levik. Eeldades, et sotsiaalmajanduslik olukord Eestis paraneb, võib prognoosida haigestumuse määra stabiliseerumist lähema 10 aasta vältel, millele viitab ka uute haigusjuhtude kordaja tõusu aeglustumine ja suitsiididekordaja vähenemine viimastel aastatel.

Tabel 4. Uued psüühikahäirete haigusjuhud 100 000 elaniku kohta perioodil 1993-2002
(SM andmeesitlussüsteem)

Regioonid	1993	1994	1995	2000	2001	2002
1 Harjumaa	1521	1822	2162	3880	4073	4366
2 Hiiumaa	1097	1637	2633	3694	4044	4736
3 Ida-Virumaa	1711	1742	1790	2034	2566	3000
4 Jõgevamaa	1820	1466	1609	1240	2813	3489
5 Järvamaa	1190	797	1566	4660	4148	4771
6 Läänemaa	1074	1512	1485	1502	1963	2677
7 Lääne-Virumaa	1050	1266	2509	4416	6994	4989
8 Põlvamaa	3444	2234	2455	4198	3924	3713
9 Pärnumaa	1053	756	829	3823	3702	3381
10 Raplamaa	1128	1853	3173	4528	5672	5057
11 Saaremaa	1367	2145	2116	2621	3761	3676
12 Tartumaa	2334	2377	2934	4264	4044	4204
13 Valgamaa	1344	1971	1788	2435	3350	3142
14 Viljandimaa	1840	1251	1882	4456	5099	3955
15 Võrumaa	2630	3041	3027	3980	4971	5723
16 Tallinn	1810	2169	2481	4761	4960	5184
17 Tartu				5147	5018	5215
18 Eesti	1661	1925	2117	3582	3998	4066

Joonis 1. Psüühikahäirete esmahaigestumuskordaja 100 000 elaniku kohta 1993 – 2002.a (SM andmeesitlussüsteem)



Tabel 5. Suremuskordaja 100000 elaniku kohta, enesetapmine perioodil 1992 kuni 2002 (SM andmeesitlussüsteem)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Eesti	32,42	38,75	41,98	41,42	38,92	37,51	34,77	34,09	27,67	29,4	27,31
mehed	52,59	65,79	72,94	70,34	67,23	67,16	62,69	59,26	46,07	50,08	47,74
naised	14,79	15,26	15,18	16,47	14,58	12,08	10,85	12,55	11,93	11,7	9,83

Tabel 6. SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliinikus ambulatoorsel või statsionaarsel ravil viibinud isikud 1996 kuni 2001.

Diagnoosigrupp	RHK kood	Isikute arv						Erinevus 2001/1996
		1996	1997	1998	1999	2000	2001	
Kõik psüühikahäired	F	5193	5214	5644	5930	6593	7055	1,4
- neist esmakordseid		1706	1649	1849	1867	2133	2023	1,2
Sealhulgas:								
P-h psühhoaktiivsetest ainetest	F1	622	688	812	768	718	699	1,1
- neist esmakordseid		220	244	300	267	243	254	1,2
Psühhoatilised häired	F2	939	926	931	963	1014	1049	1,1
- neist esmakordseid		96	80	81	91	93	82	0,9
Meeleoluhäired	F3	1271	1217	1455	1554	1862	2073	1,6
- neist esmakordseid		510	435	565	590	723	733	1,4
Ärevus- ja somatiformsed häired	F4	828	873	976	1102	1234	1371	1,7
- neist esmakordseid		397	381	426	455	520	563	1,4
Psüühilise arengu häired	F8	265	263	261	271	286	291	1,1
- neist esmakordseid		149	155	141	127	129	137	0,9
Lapse- ja noorukiea psüühikahäired	F9	218	248	232	225	319	319	1,5
- neist esmakordseid		131	151	146	130	182	170	1,3

Statsionaarne abi.

Statsionaarsete haigusjuhtude arv on pidevalt kasvanud, ilmselt osaliselt ka korduvate hospitaliseerimiste arvel. Sagenenud on alkoholist tingitud psühhootiliste häirete sagedus, aga ka raskete depressioonide sagedus. Samal ajal on statsionaarsete voodikohtade arv oluliselt vähenenud ja keskmine haiglaravi kestus lühenenud. Säilinud voodikohtade arv peaks kindlustama vajadused lühiajalise vältimatu ja erakorralise statsionaarse abi osas ning lastepsühhiaatrias ka teatud plaanilise statsionaarse abi võimalused.

Statsionaarse psühhiaatrilise abi vähenemise foonil tekkisid suured erinevused statsionaarse abi mahtudes Eesti Haigekassa piirkondade vahel ja maakondade lõikes (joonis 2, tabel 9).

Tabel 7. Psüühikahäiretega seotud statsionaarsete haigusjuhtude arv perioodil 1993-2002 (SM andmeesitlussüsteem)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Väljakirjutatud patsientide arv (täpsemalt statsionaarsed haigusjuhud)	14 555	14 537	14 551	15 078	15 100	16 484	16 732	17 026	16 522	16 196

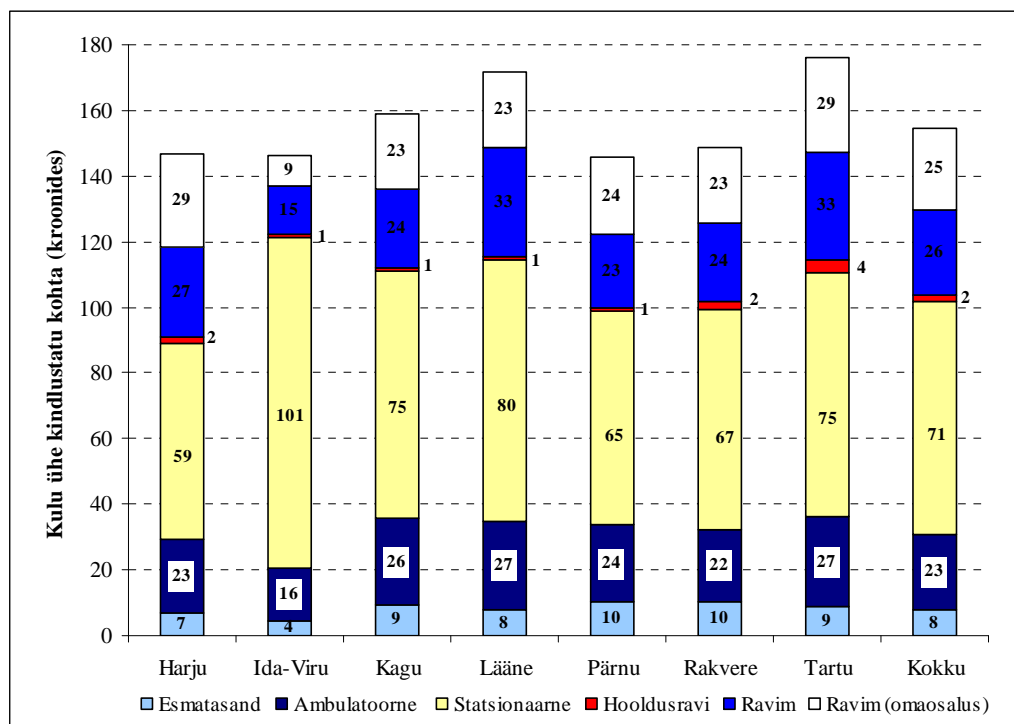
Tabel 8. Psühhiaatriliste voodikohtade arv Eestis perioodil 1994-2001.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Ravivoodite arv kokku	1 585	1 527	1 413	1 361	1 235	1 128	1 083	973
Keskmine täidetud voodite arv	1 468	1 382	1 221	1 130	1 042	997	927	831
Hospitaliseeritute arv	11 495	12 101	12 281	12 532	13 584	13 729	14 310	14 156
Keskmine ravikestus*	52,4	42,5	36,8	34,1	29,2	26,9	21,8	21,8

Tabel 8. Eesti Haigekassa poolt finantseeritud statsionaarse psühhiaatrilise abi maht 2001. aastal (ei sisalda kindlustamata isikutele osutatud vältimatut abi ja sundravi).

Raviasutuse nimetus	Patsientide arv	Arvete arv	Ravi-päevi	Summa tuh. EEK	Keskmine täidetud voodikohtade arv
SA PER PSÜHHIAATRIAKLIINIK	2 968	3 737	96 597	34 201	264,6
TALLINNA WISMARI HAIGLA	792	983	5 616	2 061	15,4
SA TÜK PSÜHHIAATRIAKLIINIK	1 779	2 134	38 357	14 534	105,1
SA VILJANDI HAIGLA	1 144	2 280	39 446	12 155	108,0
LÕUNA-EESTI HAIGLA AS	357	474	6 482	2 231	17,8
AHTME HAIGLA	839	1 196	29 734	10 160	81,5
SA NARVA HAIGLA	583	929	14 825	4 857	40,6
SA PÄRNU HAIGLA	251	355	6 572	2 437	18
SA LÄÄNEMAA HAIGLA	207	338	5 458	1 833	15
OÜ TAAGEPERA HAIGLA	198	254	5 783	1 892	15,8
SA RAPLA MAAKONNA HAIGLA	156	208	3 385	1 138	9,3
KURESSAARE HAIGLA	147	222	4 090	1 362	11,2
AS PÕLVA HAIGLA	120	142	1 810	625	5
Kokku	9 548	13 259	258 190	89 501	707,4

Joonis 2. Psüühikahäirete ravikulud ühe kindlustatu kohta kroonides EHK piirkondades 2002. aastal.



Tabel 9. Statsionaarse eriarstiabi kulu ühe kindlustatu kohta 2002. aastal

Maakond	Statsionaarse eriarstiabi kulu ühe kindlustatu kohta (kr)
Harjumaa	55
Pärnumaa	56
Lääne-Virumaa	58
Tallinn	60
Tartumaa	57
Saaremaa	60
Hiiumaa	61
Jõgevamaa	63
Võrumaa	71
Valgamaa	79
Järvamaa	84
Raplamaa	90
Põlvamaa	76
Ida-Virumaa	101
Läänemaa	113
Viljandimaa	133
Keskmiselt Eestis	71

Maailma Tervishoiuorganisatsiooni andmetel oli psühhiaatriliste voodikohtade arv Euroopas keskmiselt 8,7 voodikohta 10 000 elaniku kohta, mis käesoleval ajal ületab oluliselt vastavat näitajat Eestis, mis on langenud alla 5,0. Psühhiaatriliste ravivoodite koguarv Eestis on ligikaudu 600, väljaarvatud sundravi ja vanglapsühhiaatria. Arvestades psühhiaatriliste voodikohtade suhtelist vähesust ja samuti raskemate psüühikahäiretega patsientide arvu tõusu võib hinnata vajadust statsionaarsetele psühhiaatrilistele voodikohtadele ligilähedaselt 600 ravikohale.

Tabel 10. Psühhiaatriliste voodikohtade prognoos aastaks 2010 – 2015

	Voodikohtade arv aastal 2010-2015
1. Akuutpsühhiaatria voodikohad	118
2. Psühhiaatria voodikohad	339
3. Ebastabiilse psühhoosiga patsientide voodikohad	95
4. Lastepsühhiaatria	
4.1. lapsed kuni 14 aastat	23
4.2. noorukid	30
Kokku	605

1. Akuutpsühhiaatria – 118 voodikohta.

Akuutpsühhiaatria palatiplokis (osakonnas) viibivad patsiendid, kes psüühikahäirete iseloomu ja raskuse tõttu vajavad pidevat jälgimist (jälgimispalat) või tugevdatud järelevalvet ööpäevaringselt ning on statsionaarsel ravil tahtest olenematu vältimatu psühhiaatrilise abi korras. Akuutpalatiplokiga on seotud ööpäevaringne erialane arstivalve. Võimalusel tuleb luua eraldi palatiplokid vägivaldse käitumisega psühhootiliste häiretega patsientidele.

2. Psühhiaatria - 339 voodikohta;

Psühhiaatria palatiplokis viibivad raskete psüühikahäiretega patsiendid, kes viibivad ravil vaba tahte alusel ja kellele ambulatoorne ravi ei ole piisav (näiteks raske depressioon suitsiiditendentsidega; kergemate psühhootiliste häiretega või sümptomitega patsiendid, kes ei ole otseselt ohtlikud teistele ega iseendale). Akuutpalatiploki (osakonna) puudumisel peab psühhiaatriapalatiplokis olema võimalus vajadusel pidevaks jälgimiseks (1-2 jälgimispalatit) ja ohjeldusmeetmete lühiajaliseks rakendamiseks. Nõuded ruumide ja turvatingimuste osas ei tohiks olulisel määral erineda sellest, mis on ette nähtud akuutosakonnas (nt purunematud aknad).

3. Ebastabiilsed psühhoosid – 95 voodikohta

Ebastabiilsete psühhooside palatiplokk (osakond) on vajalik ravile raskesti alluvate psühhootiliste häiretega patsientide pikaajaliseks raviks, kellel ei ole võimalik lühiajalise statsionaarse raviga saavutada püsivat remissiooni ning keda tuleb ambulatoorse ravi katkemise tõttu korduvalt hospitaliseerida tahtest olenematu psühhiaatrilise abi korras. Ebastabiilsete psühhooside ravikohtade vajaduse hindamisel on lähtutud ekspertarvamustest.

4. **Lastepsühhiaatria** – kokku 53 voodikohta

- a. Lastele kuni 14 aastat – 23 voodikohta
- b. Noorukitele (eraldi lastest) – kokku 30 voodikohta

sellest 6 kohta noorukite pikaajaliseks statsionaarseks raviks ja 8 kohta sõltuvushäiretega noorukitele;

Oluline on luua eraldi palatiplokkid (osakonnad) lastele kuni 14 aastat ja noorukitele ja psühhootiliste häiretega patsientidele. Laste ja noorukite vanuselisest eripärast lähtudes on nõuded turvalisusele sarnased akuutpsühhiaatria osakonnale. Ealiste ning häiretega seotud iseärasustega seoses on vajadus suurema hulga personali järele, kes pidevalt osaleb patsientide käitumise jälgimises ja suunamises.

Päevastatsionaarne psühhiaatriline abi on perspektiivne teatud kindlate häiretega patsientide raviks nagu psühhootiliste häiretega või söömishäiretega patsientidele, vähendamaks statsionaarsete ravikohtade vajadust.

Arengukavas on lahtine narkomaanide statsionaarne võõrutusravi, sealhulgas ka noorukitele, kuna praeguse voodikohtade arvu juures tekib ebavõrdne olukord, võrreldes muude raskemate psüühikahäiretega patsientidega. Võõrutusravi saab läbi viia spetsialiseeritud osakondades või palatiplokkides eraldatuna teistest statsionaarsetest patsientidest. Seejuures tuleb lapsi, sealhulgas noorukeid, ravida eraldi täiskasvanutest. Nõuded ruumidele ja jälgimisele muudavad ravi tavalisest kallimaks. Kui kasutada olemasolevaid ressursse, siis tuleb narkomaanide võõrutusravi teha muude psüühikahäiretega patsientide arvelt. Mitmetel põhjustel ei ole narkomaanide võõrutusravi finantseerimine Eesti Haigekassa vahenditest õigustatud v.a alaealised patsiendid.

Ambulatoorne abi.

Nõudlus psühhiaatrilise ambulatoorse abi järele on pidevalt suurenenud seoses:

- haigestumuse tõusuga;
- statsionaarsete voodikohtade vähenemisega;
- inimeste teadlikkuse tõusuga;
- negatiivse hoiaku vähenemisega teatud psüühikahäirete suhtes nagu depressioon ja ärevushäired.

Loetletud teguritest tuleb kõige olulisemaks pidada haigestumuse tõusu ja statsionaarsete voodikohtade vähenemist, millest tulenevalt enamus ärevus- ja meeleoluhäiretega patsiente ravitakse ambulatoorselt.

Kuni viimase ajani on ambulatoorse abi maht suurenenud peamiselt statsionaarse mahu vähenemise ja sealt vabanenud personali arvelt. Samas on ambulatoorse abi kättesaadavus maakondades väga erinev ja kõige enam on see sõltuvuses piirkonnas töötavate psühhiaatrite ning teiste spetsialistide (psühhiaatriaõed, kliinilised psühholoogid) arvust.

Tabel 11. Psüühikahäirete ambulatoorse eriarstiabi kulud ühe kindlustatu kohta maakondade lõikes 2002.a. (kõik erialad)

Maakond	Amb. eriarstiabi kulu ühe kindlustatu kohta (kr)
Ida-Virumaa	16
Raplamaa	16
Harjumaa	17
Järvamaa	19
Läänemaa	21
Valgamaa	21
Viljandimaa	22
Lääne-Virumaa	25
Tallinn	25
Võrumaa	25
Pärnumaa	26
Jõgevamaa	29
Tartumaa	29
Hiiumaa	30
Saaremaa	30
Põlvamaa	33
Kulud Eestis keskmiselt	24

Tagamaks kvaliteetse ambulatoorse abi, sealhulgas psühhoteraapia kättesaadavust, on vajalik suurendada ambulatoorses abis töötavate spetsialistide arvu ja seda eriti teatud piirkondades. On piirkondi, kus psühhiaatrite arv on oluliselt väiksem sellest, mis kindlustaks ambulatoorse abi kättesaadavuse. Näiteks Ida-Virumaal töötas SM andmetel 17 psühhiaatrit, kellest osa on seotud statsionaarse tööga Ahtme ja Narva haiglates. Samal ajal oleks optimaalne vajadus 22 psühhiaatrit.

Tabel 12. Optimaalne psühhiaatrite arv ambulatoorses psühhiaatrilises abis

	Eesti elanike arv	Optimaalne psühhiaatrite arv kokku ambulatoorses psühhiaatrilises abis	Neist täiskasvanute psühhiaatrid	Neist lastepsühhiaatrid	Psühhiaatrite arv kokku 2002 (SM andmed)
Harjumaa	522 252	65	52	13	79
sh Tallinn	397 150	50	40	10	79
Hiiumaa	10 348	1	1	0	1
Ida-Virumaa	176 181	22	18	4	17
Järvamaa	38 408	5	4	1	1
Läänemaa	28 232	4	3	1	1
Lääne-Virumaa	67 052	8	6	1-2	2
Pärnumaa	90 127	11	9	2	6
Raplamaa	37 270	5	4	1	1
Saaremaa	35 584	4	4	1	4
Tartumaa	148 992	19	15	4	33
sh Tartu	101 190	13	10	3	33
Jõgevamaa	37 886	5	4	1	2
Viljandimaa	57 148	7	6	1-2	20
Valgamaa	35 242	4	4	1	1
Põlvamaa	32 121	4	3	1	2
Võrumaa	39 202	5	4	1	4
Eesti	1 356 045	170	136	34	174

2.2. Voodikohtade arvu prognoos

Voodikohtade arvu prognoos haiglaliikide ja haiglate kaupa aastateks 2010-2015 on esitatud kokkuvõtlikult järgnevas tabelis.

Tabel 13. Voodikohtade arvu prognoos aastateks 2010-2015 (haiglaliigid, raviasutused)

Region	Raviasutus	PS valve- ring	Avatud voodikohtade arv					Kokku	
			Akuut- psühhi- aatria	Psühhi- aatria	Laste- psühhiaatria Lapsed	N.-kid	Eba- stabiil- sed ps.		
<u>Põhja-Eesti piirkond</u>									
SA PER									
	Psühhiaatrikliinik	RH	1	45	137		10	45	237
Lääne Tallinna									
	Keskhaigla	KH							
Ida Tallinna Keskhaigla									
	Keskhaigla	KH							
Tallinna Lastehaigla SA									
	Wismari Haigla AS	EH	1	8	22		15	8	30
kokku			2	53	159	15	18	45	290
<u>Lõuna-Eesti piirkond</u>									
SA TÜK									
	Psühhiaatrikliinik	RH	1	24	48	8	6		86
LÕUNA-EESTI HAIGLA AS									
	Psühhiaatrikliinik	ÜH		3-5	25-27				30
SA VILJANDI HAIGLA									
	Psühhiaatrikliinik	ÜH	1	8	27		6	35	76
Kokku II			2	35	102	8	12	35	192
<u>Lääne-Eesti piirkond</u>									
	SA PÄRNU HAIGLA	KH	1	10	22				32
	KURESSAARE HAIGLA	ÜH		2	10				10
Kokku III			1	12	32	0	0	0	44
<u>Ida piirkond</u>									
	SA Ahtme Haigla (Ida-Viru Keskhaigla)	EH/ KH	1	12	36			15	68
	SA NARVA HAIGLA			2	10				10
Kokku IV			1	18	46	0	0	15	79
Kokku			6	118	339	23	30	95	605

RH – regionaalhaigla; KH – keskhaigla; ÜH – üld- ja kohalikud haiglad; EH - erihaiglad
Enamus psühhiaatrilisest statsionaarsest abist on planeeritud regionaal- või keskhaigla tasandile ning Eesti on jaotatud tinglikult 4 regiooni.

Tallinnas on peetud otstarbekaks jätta sõltuvushäirete statsionaarne ravi (võõrutusdeliiriumid, psühhoaktiivsetest ainetest tingitud psühhootilised häired) Wismari Haigla AS (erihaigla) ning laste-noorukite sõltuvushäirete ravi Tallinna Lastehaigla SA juurde.

Ida-Virumaal ei ole peetud otstarbekaks SA Ahtme Haigla kiiret liitmist Ida-Viru Keskhaiglaga. Juhul, kui planeeritakse avada psühhiaatria statsionaar Ida-Viru Keskhaiglas, on selle eelduseks kaasajastatud psühhiaatriakliiniku väljaehitamine.

Ebastabiilse psühhoosi ravikohad on planeeritud kolme raviasutuse juurde: PERH psühhiaatriakliinik, SA Viljandi Haigla psühhiaatriakliinik ja SA Ahtme Haigla.

Väikeste 5-15 kohaliste psühhiaatriaosakondade avamine üld- ja lokaalhaiglates ei ole otstarbekas, kuna pole kindlustatud abi pidev kättesaadavus. Võimalik on organiseerida osakondi, mis võiksid teenust pakkuda mitmele maakonnale (Lõuna-Eesti Haigla AS psühhiaatriakliinik) või kus osakonna loomine on tingitud teatud piirkondlikest eripäradest (Saaremaa ja Narva).

Statsionaarne lastepsühhiaatria koondub Tallinna (PERH psühhiaatriakliinik ja Tallinna Lastehaigla) ja Tartusse (SA TÜ Kliinikumi psühhiaatriakliinik). Vastavate tingimuste olemasolul on Tallinnas planeeritud laste statsionaarne psühhiaatriline abi üle viia PERH-i psühhiaatriakliinikust Tallinna Lastehaiglasse. Noorukitele osutatav statsionaarne psühhiaatriline abi, väljaarvatud sõltuvushäirete ravi, jääb PERH psühhiaatriakliiniku juurde. On vajalik luua eraldi osakonnad (või palatiplokid) lastele ja noorukitele. Noorukite pikaajalise statsionaarse ravi tarbeks on planeeritud 6 ravikohta SA Viljandi Haigla Psühhiaatriakliinikusse.

3. Teenuste jaotumine

3.1. Patsientide ja teenuste optimaalne jaotus haigla ja haiglavälise eriarstiabi vahel.

Selleks, et tagada ambulatoorse psühhiaatrilise abi kättesaadavus maakondades, on vajalik suurendada ambulatoorsete teenuste mahtu kuni 20%. Vajalik on suurendada ambulatoorset abi andvate psühhiaatrite, kliiniliste psühholoogide ja psühhiaatriaõdede arvu.

Prognooside kohaselt jääb statsionaarse psühhiaatrilise abi maht praegusele tasemele.

3.2. Patsientide arvu ja teenuse osutamise jaotus aktiivravihaiglate vahel vastavalt

haiglavõrgu arengukava printsiipidele (piirkondlikes, kesk-, üld-, kohalikes ja erihaiglates) ja täpsemalt haiglate vahel.

Statsionaarsete teenuste võimalik jaotumine aktiivravihaiglate vahel on esitatud eelnevalt – planeeritavate statsionaarsete voodikohtade arvuna (tabel 13).

3.3. Päevaravi vajalikkus psühhiaatria erialal.

Päevaravi teenuse arendamine on otstarbekas kindlates raviprogrammides viibivatele patsientidele nagu söömishäiretega või teiste raskemate psüühikahäiretega patsiendid.

4. Valveteenistuse vajalikkus ja korraldus haigla liikide kaupa (piirkondlikes, kesk-, üld- ja kohalikes haiglates).

Ööpäevaringne psühhiaatriline valvetegevus on vajalik suuremates statsionaarset psühhiaatrilist abi osutavates raviasutustes, mis osutavad tahtest olenematut psühhiaatrilist abi. Ööpäevaringne psühhiaatriline valvetegevus peab olema tagatud järgnevates raviasutustes:

- 1) SA PERH psühhiaatrikliinik
- 2) Wismari Haigla AS (psühhootilised häired alkoholist ja narkootilistest ainetest)
- 3) SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliinik
- 4) SA Ahtme Haigla (või Ida-Viru Keskhaigla)
- 5) SA Pärnu Haigla psühhiaatrikliinik
- 6) SA Viljandi Haigla psühhiaatrikliinik

5. Psühhiaatrite optimaalse töökoormuse planeerimine ja koormusstandardid.

Lähema 5 aasta perspektiivis peab ambulatoorse psühhiaatrilise abi finantseerimine suurenema 20-30%, mis võimaldab optimeerida koormusnorme, mis on käesoleval ajal veel ülemäära intensiivsed ja ei võimalda kindlustada kvaliteetset abi tingimustes, kus statsionaarse ravi osakaalu on vähendatud. Enamiku spetsialistide töös peab suurenema meeskonnatöö osakaal, samuti vastuvõtu vältel otseselt patsiendiga tegelemiseks kuluv aeg, mis on psühhiaatrilises abis üks töö kvaliteedi näitajatest.

Hetkel toimiv teenuste finantseerimissüsteem ei võimalda järgnevalt esitatud koormusi planeerida. Pideva haiglavälise abi kasvu tingimustes tuleb psühhiaatrilise abi finantseerimine üle vaadata, et tagada meeskonnatöö ja integratiivse abi põhimõtete rakendamine.

Psühhiaatrite soovituslikud koormusnäitajad on järgmised :

1) Psühhiaatri vastuvõttud : - 8 vastuvõttu päevas / 1600 vastuvõttu aastas (Soomes kuni 1000 vastuvõttu; Eestis kuni viimase ajani 2000-2400 vastuvõttu aastas);

- vastuvõtu pikkus 40 min. (5,5 h päevas)
- vastuvõtuga seotud kirjatöö 10 min. (1,5 h päevas)
- personali juhendamine, meeskonnatöö, muud töökoosolekud (1,0 h päevas)

2) Laste- ja noorukitepsühhiaatri vastuvõtt :

- 5 vastuvõttu päevas / 1000 vastuvõttu aastas;
- vastuvõtu pikkus 60 min. (6 h päevas)
- vastuvõtuga seotud kirjatöö 10 min. (1,0 h päevas)
- personali juhendamine, meeskonnatöö, muud töökoosolekud (1,0 h päevas)

3) Individuaalne psühhoteraapia

- 6 vastuvõttu päevas / 1200 vastuvõttu aastas;
- vastuvõtu pikkus 60 min. (6 h päevas)
- vastuvõtuga seotud kirjatöö 10 min. (1,0 h päevas)
- personali juhendamine, meeskonnatöö, muud töökoosolekud (1,0 h päevas)

4) grupiteraapia/pereteraapia

3 grupiteraapia/pereteraapia seansi päevas / 600 seansi aastas

- seansi pikkus 120 min.
- teraapiaga seotud kirjatöö 30 min
- personali juhendamine, kokkuvõtted 90 min

6. Psühhiaatrite optimaalne absoluutne arv aastatel 2010 ja 2015

Lähtudes optimaalsetest koormusnormidest peaks Eestis käesoleval ajal olema ligikaudu 275-300 psühhiaatrit. Prognooside kohaselt väheneb Eesti elanikkond järgneva aastakümne vältel ja sellest tulenevalt võib optimaalseks psühhiaatrite arvaks aastaks 2015 pidada 250 psühhiaatrit.

- 1) ambulatoorsete psühhiaatrite vajadus – 1 psühhiaater 10 000 elaniku kohta;
- 2) lastepsühhiaatrid – 1 lastepsühhiaater 40 000 elaniku kohta
- 3) statsionaarne töö: psühhiaatrite arv sõltub voodikohtade ja valveringide arvust (90-100 psühhiaatrit)
- 4) Muud valdkonnad: õppe-teadustöö, kohtupsühhiaatria, vanglapsühhiaatria (5-10 psühhiaatrit).

Järgneva 5 aasta vältel võib lugeda põhjendatuks 8-10 koha psühhiaatria residentuuri avamist aastas (sealhulgas lastepsühhiaatrite väljaõpe). Psühhiaatria residentuuri kestust on vajalik pikendada ühe aasta võrra - neljalt viiele aastale.

Vajalik on täpsustada psühhiaatriaõdede, kliiniliste psühholoogide, logopeedide ja teiste spetsialistide vajadus.

7. Olemasolev eriala regulatsioon ning ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks

7.1. Seadusandluses

1) Täpsemat reguleerimist vajab tahtest olenematu psühhiaatrilise abi ja ravi määramise kord juhul, kui see ei leia täpsemat reguleerimist planeeritavates muudatustes psühhiaatrilise abi seaduses või muudes seadustes (patsiendiseadus).

2) Vajalik on lisaks statsionaarsele kohtu poolt määratud sundravile viia seadustesse võimalus ambulatoorse sundravi läbiviimiseks. See võimaldaks vähendada statsionaarse sundravi kestusi ning muudaks haiglaajärgse ravi korraldamise paindlikumaks ja eesmärgipärasemaks. Teatud juhtudel oleks piisav ambulatoorne sundravi, mis praegu tuleb asendada statsionaarse kui ainuvõimaliku valikuga.

7.2. Ravijuhised (olemasolevad ja hetkel tegemisel olevad ravijuhised, hinnang vajadusele)

Kuigi ravijuhised on kaasaegsete ravipõhimõtete rakendamisel olulised, on Eesti siiski väike selleks, et suudetaks koostada samal määral ja kvaliteediga ravijuhiseid ning neid ka uuendada piisava kiirusega, kui seda on suutelised suuremad riigid. Ka suured riigid nagu Ameerika Ühendriigid ei pea otstarbekaks koostada ravijuhiseid kõikide võimalike psüühikahäirete raviks. Lisaks sellele ei ole ravijuhistega võimalik kirjeldada ravi-diagnostilisi tegevusi viisil, et see oleks rakendatav 100% kõigil sama tervisehäirega patsientidel. Samuti võivad ravi-diagnostilised võimalused muutuda kiiremini kui suudetakse uuendada ravijuhiseid. Ravijuhised omavad soovituslikku ja harivat tähendust.

Tänapäeva võimaluste ja keeleoskuste juures on interneti vahendusel võimalik kätte saada mujal välja töötatud ravijuhised (nt Ameerika Psühhiaatrite Assotsiatsiooni poolt väljatöötatud), mida saaks rakendada suures osas ka Eestis.

Eesti tuleks leida võimalusi teatud psüühikahäirete ravijuhiste koostamiseks ja uuendamiseks. Need on häired, mis on väga levinud (näiteks depressioon) või omavad suurt osakaalu tervishoiuteenuste tarbimisel (näiteks skisofreenia, bipolaarne häire).

Eestis koostatud ravijuhised on kättesaadavad SA TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliiniku kodulehel.

8. Eesti Psühhiaatrite Seltsi sertifitseerimismõuded ja pädevuse hindamise kord (projekt)

1. Üldpõhimõtted

- a. Sertifitseerimise eesmärgiks on pädevuse hindamine psühhiaatria erialaga seotud jätkukoolituse tunnustamise kaudu, s.h. kitsamate alapädevuste osas
- b. Sertifitseerimine põhineb Sotsiaalministri 20.dets.2001.aasta määrusel „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“
- c. Sertifitseerimine on vabatahtlik
- d. Sertifitseerimiskomisjoni tööd tasustatakse läbi EPS-i; komisjoni töö tagamiseks kehtestab EPS juhatus sertifitseerimistasu, mille kinnitab EPS üldkoosolek
- e. Sertifitseerimine ei laiene muudele arstlikele või mitteametlikele erialadele
- f. Sertifitseerimissüsteem jõustub 01.01.2005.

2. Sertifitseerimiskomisjon
 - a. Vastavalt EPS üldkogu otsusele 14.05.2004 koosneb sertifitseerimiskomisjon 7 delegeeritud liikmest
 - b. Sertifitseerimiskomisjoni delegeerivad liikmeid
 - i. EPS juhatus – 3 liiget
 - ii. TÜ psühhiaatria õppetool – 2 liiget
 - iii. EPS lastepsühhiaatria sektsioon – 1 liiget
 - iv. EPS kohtupsühhiaatria sektsioon – 1 liiget
 - c. komisjoni liikmed delegeeritakse tähtajatult, liikme tagasikutsumine ja uue liikme nimetamine on delegeerija pädevuses
3. Komisjoni töö põhimõtted
 - a. Komisjon töötab välja erialase pädevuse nõuded ja pädevuse hindamise korra
 - b. Pädevuse nõuded ja hindamise korra kinnitab EPS juhatus
 - c. Komisjoni liikmed on oma otsustes sõltumatud ega esinda delegeerija huve
 - d. Komisjon valib oma liikmete seast esimehe ja sekretäri
 - e. Esimees korraldab komisjoni tööd ja allkirjastab sertifitseerimistunnistused. Sekretär tagab komisjoni töö tehnilise külje, s.h. kirjavahetuse, tunnistuste jõudmise adressaadini jms.
 - f. Komisjoni liikmeid tasustatakse vastavalt nende poolt tehtud tööle. Komisjoni liikmete tasustamise korra kinnitab EPS juhatus