

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS KOOS TÄITMISJUHISTEGA

Juhime tähelepanu, et haigekassa avalikustab taotlused kodulehel. Konfidentsiaalne informatsioon, mis avalikustamisele ei kuulu, palume tähistada taotluse tekstis märkega „konfidentsiaalne“.

1. Taotluse algataja	
1.1 Organisatsiooni nimi (taotleja) <i>Tervishoiuteenuste loetelu muutmise ettepaneku (edaspidi taotlus) esitava organisatsiooni (edaspidi taotleja) nimi¹. Kui taotlus esitatakse mitme erialaühenduse poolt, märgitakse taotluse punktis 1.1 taotluse algatanud erialaühenduse nimi ning seejärel kaasatud erialaühenduse ehk kaastaotleja nimi punktis 1.6.</i>	<i>Eesti Loovteraapiate Ühing</i>
1.2 Taotleja postiaadress	
1.3 Taotleja telefoninumber	
1.4 Taotleja e-posti aadress	eestiloovertaapiad@gmail.com
1.5 Kaastaotleja	Eesti Muusikateraapia Ühing Eesti Psühhiaatrite Selts
1.6 Kaastaotleja e-posti aadress	info@muusikateraapia.eu anne.kleinberg@lastehaigla.ee
1.7 Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi	Eha Rüütel
1.8 Kontaktisiku telefoninumber	
1.9 Kontaktisiku e-posti aadress	

2. Taotletav tervishoiuteenus	
2.1. Tervishoiuteenuse kood tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse korral <i>Kui muudatus ei ole seotud loetelus kehtestatud konkreetse teenusega või on tegemist uue teenuse lisamise ettepanekuga, siis teenuse koodi ei esitata.</i>	
2.2 Tervishoiuteenuse nimetus	<i>Individuaalne loovteraapia</i>
2.3. Taotluse eesmärk <i>Märkida rist ühe, kõige kohasema taotluse eesmärgi juurde. Risti lisamiseks vajutada sobilikul ruudul parempoolsele hiireklahvile ning avanenud menüüst valida „Properties“ – „Default value“ – „Checked“</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse lisamine loetellu <input type="checkbox"/> Uue ravimiteenuse lisamine loetellu	

¹ Vastavalt Ravikindlustuse seaduse § 31 lõikele 5 võib taotluse esitada tervishoiuteenuste osutajate ühendus, erialaühendus või haigekassa.

<input type="checkbox"/>	Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse
<input type="checkbox"/>	Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse
<input type="checkbox"/>	Olemasolevas tervishoiuteenuses sihtgrupi muutmine (sh. laiendamine või piiramine)
<input type="checkbox"/>	Eriala kaasajastamine (terve ühe eriala teenuste ülevaatamine)
<input type="checkbox"/>	Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse (nt. teenuses olemasoleva kulukomponendi muutmine) ²
<input type="checkbox"/>	Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kohaldamise tingimuste muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või uue tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse ega teenuse sihtgrupi muutmisest (nt. teenuse osutajate ringi laiendamine, teenuse kirjelduse muutmine) ³
<input type="checkbox"/>	Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kindlustatud isiku omaosaluse määra, haigekassa poolt kindlustatud isikult ülevõetava tasu maksmise kohustuse piirmäära muutmine ⁴
<input type="checkbox"/>	Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse nimetuse muutmine ⁵
<input type="checkbox"/>	Tervishoiuteenuse väljaarvamine loetelust ⁶
<input type="checkbox"/>	Üldkulude ühikuhindade muutmine vastavalt määruse „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ § 36 lõikele 2 ⁷

2.4 Taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus

Esitada lühidalt taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus, mida taotletakse ja millistel põhjustel.

Loovteraapilise psühhiaatrilise abi kättesaadavus Eestis on ebapiisav ja ebahütlane. Nõudlus psühhiaatrilise abi järele on pidevalt tõusnud seoses haigestumuse tõusu, statsionaarsete voodikohtade vähenemise, inimeste teadlikkuse tõusu, negatiivse hoiaku vähenemisega psüühikahäirete suhtes nagu depressioon ja ärevushäired. Covid-19 pandeemiaga seotud suured muutused elukorralduses ja sotsiaalsed piirangud on lisanud vaimse tervise probleeme. Lisaks psühhiaatrite ja õdede nappusele on ka kliiniliste psühholoogide arv liiga väike, mistõttu psühhoterapiat viiakse läbi väga piiratud ulatuses.

Loovteraapiat defineeritakse kui loovus- ja loomingupõhiste meetodite ja tehnikate psühhoterapeutilist rakendamist tervist toetava muutuse ja heaolu soodustamiseks vastava erialase ettevalmistuse saanud spetsialisti (loovterapeudi) poolt (Rüütel 2017). Eestis on kutsestandardiga (Loovterapeut, tase 7) reguleeritud kolm loovteraapia spetsialiseerumist: muusikateraapia, kunstiteraapia ning tantsu- ja liikumisteraapia. Loovteraapia tunnuseks on loomingulise komponendi lisamine verbaalsele, mis teeb selle ravimeetodi eriti oluliseks sellistel juhtudel, kus verbaalne eneseväljendus on ebapiisav, takistatud või mitte soovitud.

Loovteraapiat on võimalik osutada nii psühhoterapeutilise kui ka vajadusel rekreatiivse, funktsionaalse või palliatiivse sekkumisena. Loovteraapia on maailmas psühhiaatrias laialt kasutusel (Jia et al 2020) ja sobib psüühikahäirete integratiivravi komponendiks (nt Kaimal et al

² Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 6

^{3a} 12 ning kui on kohaldatav, siis ka 7 ja 8 Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2 j

⁴ Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2, 5.1, 11.4 ja 12.

⁵ Vajalik on täita taotluse punktid 1-2

⁶ Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 5.1

⁷ Vajalik on täita taotluse punktid 1 ja 2 ning seejärel esitada kuluandmed meetodika määruse lisades 12 ja 13 toodud vormidel: „Tervishoiuteenuse osutaja kulud ressursside kaupa“ ja „Tervishoiuteenuse osutaja osutatud teenuste hulgad“

2021). Loovteraapia sobib nii lastele, noortele kui täiskasvanutele. Loovteraapiat saab rakendada individuaalselt või grupiga.

Individuaalne loovteraapia võimaldab fokusseeritud tähelepanu patsiendi seisundile, vaimsest tervisest lähtuvatele vajadustele ja spetsiifilistele ravieesmärkidele. Üks-ühele teraapia sobib patsiendile, kes vajab rahulikku ja turvalist keskkonda usaldussuhte tekkimiseks ja kellele sobib oma teemadega edasi liikuda omas tempos. Individuaalteraapia võib olla ka sissejuhatuseks või järgneda rühmateraapiale või toimuda paralleelselt rühmateraapiaga personaalsete teemade põhjalikumaks loominguks läbitöötamiseks (nt Kaimal et al 2021).

Sotsiaalministeeriumi poolt 2020. aastal koostatud Vaimse tervise rohelises raamatus on välja toodud, et kaasaegne meeskonnatööpõhine psühhiaatria vajab lisaks kliinilistele psühholoogidele ja vaimse tervise õdedele ka loovterapeute (https://www.sm.ee/sites/default/files/news-related-files/vaimse_tervise_roheline_raamat_0.pdf)

Depressiooni ravijuhises on soovitus pakkuda lastele ja noorukitele kunstiteraapiat. (<https://eestiarst.ee/depressiooni-ravijuhend-perearstidele/>)

3. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus

3.1 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus (ehk sõnaline sihtgrupi kirjeldus)

Esitada üksnes teenuse need näidustused, mille korral soovitakse teenust loetellu lisada, ravimikomponendi osas ravimiteenust täiendada, tehnoloogia osas tervishoiuteenust täiendada või teenuse sihtgruppi laiendada.

NB! Kui erinevate näidustuste aluseks on erinev kliiniline tõendusmaterjal, palume iga näidustuse osas eraldi taotlus esitada, välja arvatud juhul, kui teenust osutatakse küll erinevatel näidustustel, kuid ravitulemus ja võrdlusravi erinevate näidustuste lõikes on sama ning teenuse osutamises ei ole olulisi erisusi.

Näidustus teenuse osutamiseks

- 1) patsiendil on diagnoositud psüühika- või käitumishäire (F-koodiga diagnoos RHK-10 järgi);
- 2) muu RHK-10s klassifitseeritud haigus või terviseprobleem juhul kui psühholoogilistel teguritel on oluline osa patsiendi terviseprobleemide tekkes ja/või püsimises ja ravi tulemuslikkuses ning on põhjust eeldada, et teraapia võib soodustada haigusest paranemist/sellega toimetulekut;
- 3) on psühhiaatri või perearsti poolt hinnatud (ja dokumenteeritud), et verbaalne psühhoterapia ei annaks soovitud tulemust ja patsient vajab süsteemset loovterapeutilist ravi.

Individuaalne loovteraapia on näidustatud, kui on vajalik fokusseeritud tähelepanu patsiendi seisundile, vaimsest tervisest lähtuvatele vajadustele ja spetsiifilistele ravieesmärkidele. Üks-ühele teraapia sobib patsiendile, kes vajab rahulikku ja turvalist keskkonda usaldussuhte tekkimiseks ja kellele sobib oma teemadega edasi liikuda omas tempos. Individuaalteraapia võib olla ka sissejuhatuseks rühmateraapiale või toimuda paralleelselt rühmateraapiaga personaalsete teemade põhjalikumaks loominguks läbitöötamiseks.

<p>3.2 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus RHK-10 diagnoosikoodi alusel (kui on kohane)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Orgaanilised k.a. sümptomaatilised psüühikahäired F00-F09</i> 2. <i>Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired F10-F19</i> 3. <i>Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired F20-F29</i> 4. <i>Meeleoluhäired F30-F39</i> 5. <i>Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired F40-49</i> 6. <i>Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e. somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid F50-59</i> 7. <i>Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäired F60-F69</i> 8. <i>Vaimne alaareng F70-79</i> 9. <i>Psühholoogilise arengu häired e. psüühilise arengu spetsiifilised häired F80-89</i> 10. <i>Tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäired F90-F98</i> 11. <i>Täpsustamata psüühikahäire F99 (F90-98) (F80-84)</i>
--	---

3.3 Näidustuse aluseks oleva haiguse või terviseseisundi iseloomustus
Kirjeldada haiguse või terviseseisundi levimust, elulemust, sümptomaatikat jm asjasse puutuvat taustainfot.

WHO andmetel kannatab ligikaudu 25% maailma elanikkonnast psüühikahäirete all, kuid vaid 40% neist juhtudest diagnoositakse ja ravitakse. Kogu Euroopa täiskasvanud elanikkonnast vanuses 18-65 kannatab mõne vaimse tervise häire all hinnanguliselt 27%, kuid vaid 26% neist on otsinud professionaalset abi. Sagedamini esinevate psüühikahäirete levimus rahvastikus on vastavalt ärevushäiretel 14%, meeleoluhäiretel 7,8% sh depressioon 6,9%, somatoformsetel häiretel 4,9% ja alkoholisõltuvusel 3,4%.

Psühhiaatrite hinnangul on ka Eestis oluliseks haiguskoormuse põhjustajaks psüühika- ja käitumishäireid, mida suures osas on võimalik ennetustegevusega vältida. Psühhiaatriliste teenuste vajadus on alates 1990ndate lõpust pidevalt kasvanud, eriti meeleolu- ja ärevushäirete, alkoholist tingitud psühhootiliste häirete ja raskete depressioonide sagenemise tõttu. Kuigi suitsiidide arv on viimase kümnendiga langenud (suremuskordaja 100 000 elaniku kohta aastatel 2000 ja 2010 oli vastavalt 27,53 ja 16,49), kuulub Eesti endiselt Euroopa kõrgema suitsiidiriskiga riikide hulka, 2020 oli kordaja 15,9. (Allikas https://www.terviseinfo.ee/images/VTTK_17022012.pdf)

2006. aastal oli poiste ja tüdrukute suitsiidimõtete tase peaaegu sarnane, poiste näit oli vaid 2% madalam kui tüdrukutel (vastavalt 14% ja 12%). 2010. aastal uuringutulemused lahknesid, tüdrukute suitsiidimõtete tase ületas poiste oma 6% (vastavalt 15% ja 9%) . 2018. aastaks oli tüdrukute suitsiidimõtete osakaal juba kaks korda kõrgem kui poistel (26% vs. 13%). (Allikas https://intra.tai.ee/images/prints/documents/157970053289_eeesti_kooliopilaste_tervisekaitumine.pdf).

4. Tervishoiuteenuse tõendus põhisis

4.1 Teaduskirjanduse otsingu kirjeldus

Selgitada lühidalt taotluse aluseks olevate kliiniliste uuringute jm teaduspõhiste kirjandusallikate otsimis- ning valikukriteeriume: millistest andmebaasidest otsiti, milliste märksõnade ning täpsustavate kriteeriumidega. Nt. uuringuid otsiti PubMed-ist (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Otsingu märksõnad olid „diabetes in

pregnancy“; valikukriteeriumiks oli insuliinravi enne rasedust ning täiestekstina kättesaadavad inglisekeelsed artiklid, mis on avaldatud alates 1. jaanuarist 2000. Otsingu tulemusel leiti 10 uuringut, millest on kajastatud taotluses 3 uuringu tulemused, kuna teiste uuringute valimi maht oli väike (vähem kui 20 isikut).

Teadusuuringute otsing tehti andmebaasidest: Medline, Pubmed, PsycINFO, Cochrane Database Syst Rev., EBSCO Academic Search Complete, ScienceDirect, NICE Evidence Search. Otsingu märksõnadeks olid “art therapy“, “music therapy“, “dance movement therapy“, „creative arts therapy“, valikukriteeriumiks oli loovteraapia (või selle spetsialiseerumissuundade) kasutamine ravis, psühhiaatrias, vaimse tervise häirete puhul, lisa valikukriteeriumiks oli individuaalne loovteraapia.

Loovteraapia efekti süstemaatilistesse ülevaadetesse ja metaanalüüsi kaasatakse sageli kõik suunad ja nii individuaal- kui rühmateraapia, sest peamised terapeutilised tegurid on sarnased (vt nt Havsteen-Franklin et al 2019; Koch 2017; Parsons et al 2020).

Järgnevalt on esitatud vaid individuaalse loovteraapia tulemusi käsitlevad uuringud.

4.2 Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel

KUNSTITERAAPIA (KT)

Artikkel 1. Depressioon

Blomdahl, C., Guregård, S. Rusner, M. & Wijk, H. (2018). A manual-based phenomenological art therapy for individuals diagnosed with moderate to severe depression (PATd): A randomized controlled study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(3), 169–182. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000300>

4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes
Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.

79 täisealist ambulatoorset patsienti vanuses 18–65, mehi 23, naisi 56, kes olid tulnud ravile depressiooni tõttu. Kaasamise kriteeriumid olid mõõdukas või raske depressioon ilma psühhootiliste sümptomiteta. Väljaarvamise kriteeriumid olid hiljutine traumaatiline sündmus, mis vajab traumaravi, bipolaarne sündroom, sõltuvus, psühhooos, kognitiivne puue. Osalejatega viidi läbi kliiniline intervjuu enne depressiooni mõõtmist, et kontrollida vastavust kaasamise kriteeriumitele.

4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus

PATd was developed to allow evaluation of art therapy under controlled conditions. The most important step in controlling the conditions was to incorporate the application of art therapy practice in a manual, which consisted of detailed guidelines based on phenomenological art therapy (Guttmann & Regev, 2004). PATd consists of 10 1-hr weekly sessions. The therapy consisted of various art tasks, serving as a prompt for the participant to paint pictures. The art-making was based on the participant’s own preferences and personal goals. The first session begins with goal formulation. Subsequent sessions start with a recapitulation of the previous session, followed by a short relaxation exercise to prepare for art-making. A dialogue about the image takes place, in which the therapist asks questions and listens to the participant’s responses.

4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus

The participants’ regular therapists or physicians planned and performed TAU (akupunktuur, KKT, elektrokonvulsiv ravi, pereteraapia, interpersonaalne teraapia, tegevusteraapia, farmakoloogiline teraapia, füüsilise aktiivsuse juhised, füsioteraapia, psühhodünaamiline teraapia, toetav teraapia, muud. Participation in the study did not affect the content or number of treatments in TAU in either group. We decided to add TAU to the PATd to allow us to test the impact of PATd scientifically. Both groups had the same number of TAU, and the number of treatments ranged from zero to five.

4.2.4 Uuringu pikkus	KT toimus kord nädalas 1 tund, kokku 10 nädalat. Uuring toimus mai 2014 kuni detsembrini 2016. Data collection was conducted at baseline, after completing treatment for PATd, and, for the TAU-group, after 13 weeks, to compensate for delays in the PATd/TAU group.
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	Depressioon. MADRS-S on enesekohane skaala depressiooni taseme mõõtmiseks. Skaalat kasutatakse depressiooni raskusastme ja muutuste hindamiseks ning 9 hinnatavat valdkonda on meeleolu, ärevustunne, uni, söögiisu, keskendumisvõime, algatusvõime, kaasaelamine, pessimism ja elurõõm. MADRS-i kõrgem skoor viitab depressiooni tõsisemale raskusastmele: madal ≤ 19 , keskmine $> 19 \leq 34$, kõrge > 34 .
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Depressioon (MADRS-S) KT grupi näitaja enne ravi $M = 30.7$ ($SD = 5.9$), peale ravi 24.5 ($SD = 10.2$), $p < 0.001$. Kontrollgrupi näitaja enne ravi $M = 30.2$ ($SD = 5.7$), $p = 0.012$. Depressiooni näitaja vähenemine oli KT grupis statistiliselt oluline ka peale kõrge intensiivsusega tavapärase ravi arvesse võtmist arvutusmudelil ja KT oli tavapärasest ravist efektiivsem ka siis, kui lineaarse regressiooni mudelisse lisati sugu ja diagnoos.
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	Enesehinnang (RSES) – enesehinnanguline skaala 10 väitega. Haiguse tõttu töölt puudumist arutati vastavalt patsientide poolt antud informatsioonile enne ja pärast KT-d, kus 1 - 25% haiguse puudumine, 2 - 50%, 3 - 75%, 4 - 100%. Suitsidaalsete mõtete esinemist mõõdeti viie-osalise intervjuu-skaalaga Scale for Suicide Ideation (SSI). KT raviplaani järgimine terapeutide poolt. Peale iga teraapiasessiooni hindasid terapeudid sessiooni vastavust manuaalile 4-punktilisel Likerti skaalal 1 – ei järginud manuaali, 2 – järgis osaliselt, 3 – vahetevahel kaldusid kõrvale, 4 – järgis manuaali.
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	Enesehinnang (RSES): KT grupis enne ravi 21.1 ($SD = 2.4$) ja peale ravi 24.4 ($SD = 3.7$). Kontrollgrupis enne 21.0 ($SD = 2.6$) ja pärast 24.4 ($SD = 3.9$), mõlemas grupis $p < 0.001$. Haiguse tõttu töölt puudumine. KT grupis enne ravi $M = 3.66$ ($SD = 0.96$), pärast $M = 3.23$ ($SD = 1.27$), $p = 0.047$. Kontrollgrupis enne $M = 3.03$ ($SD = 1.71$), pärast näitaja tõusnud $M = 3.41$ ($SD = 1.40$) Suitsidaalsete mõtete näitaja vähenes mõlemas grupis, enne-pärast ja gruppide vaheline erinevus ei olnud statistiliselt oluline. Raviplaani järgimine terapeutide poolt oli kõrge, $M = 3.66$ ($SD = 0.542$), 92% sessioonide puhul ei tehtud sisulisi muudatusi. Mõõtmised toimusid 390 sessioonil 430-st (91%).

Artikkel 2. Ärevus

Abbing, A., Baars, E. W., de Sonnevile, L., Ponstein, A. S. & Swaab, H. (2019). The effectiveness of art therapy for anxiety in adult women: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 10, article 1203. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01203>

4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloostust, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i>	Included were adult women (18–65 years), with GAD, SAD and/or PD (with or without agoraphobia) (diagnosed by means of the MINI-plus diagnostic interview (Sheehan et al., 1998). Candidates were excluded if they had suffered from psychosis or hallucinations, alcohol or drug addiction, suicidal risk and/or brain pathology. In total, data of 47 participants were analyzed in the PP analysis: 24 in the art therapy first group (AT1) and 23 in the waiting list group (WL). Participants of the AT1 group were followed-up around 3 months after completion of the treatment. Participants of the WL group received AT (AT2 group) after completion of the 3 months wait time. Three participants of the AT1 group were lost to follow-up and three participants of the AT2 group did not receive the intervention for several reasons.
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	The experimental group received anthroposophic AT (AT1 group). The treatment was based on common practice and consensus within the Dutch professional association of anthroposophic art therapists (NVKT): first to third session involve intake and free artwork, after which treatment goals are set and a therapy plan is made by the therapist, based on intake and

	<p>observation of client and art work. This plan consists of a variety of artistic exercises that could be chosen from a list with treatment goals and AT activities, based on consensus within the professional association. The three art media were used: drawing, painting and clay work. The contents of the therapy processes (treatment goals and exercises) were documented by the therapists. Afterward, researchers checked if the deployed activities fulfilled the list of treatment goals and exercises.</p>
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	<p>Ootejärjekorras olevad patsiendid, kes jätkasid tavapärase ravi, kui see oli määratud.</p>
4.2.4 Uuringu pikkus	<p>The study took place at 25 private AT practices spread throughout the Netherlands, in the period between January 2017 and March 2018. After randomization AT-participants received 10–12 individual AT sessions of 45–60 min per session during 3 months. Both groups were measured at baseline (pre-test/T0) and after the intervention/waiting time at 3 months (post-test/T1). The control group then received the intervention (AT2 group) and was assessed immediately after intervention at 3 months. The experimental group was also assessed after 3 months (followup/T2).</p>
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	<p>Primary Outcome: Level and Dimensions of Anxiety The Dutch version of the Lehrer Woolfolk Anxiety Symptom Questionnaire (LWASQ) (Lehrer and Woolfolk, 1982) was used to measure the anxiety level. The LWASQ is a self-report, generic anxiety instrument with 36 questions which assesses the cognitive (worry and rumination), behavioral (avoidance) and somatic (physical symptoms) aspects of anxiety. The reliability of the LWASQ is sufficient ($\alpha = 0.83$ to 0.92) and the questionnaire is suitable for the measurement of treatment effects (Scholing and Emmelkamp, 1992).</p>
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	<p>On the primary outcome anxiety symptom severity, the interaction effect Test moment*Group was significant: $F(1,45) = 11.49$, $p = 0.001$, with a large effect size ($\eta^2 p = 0.20$), showing that anxiety was reduced in the AT1 group but not in the WL group. The first treatment group (AT1) was followed up 3 months after treatment ($n = 21$). Using a simple contrast with T0 as reference level (first contrast: T0 vs. T1, second contrast: T0 vs. T2), the RM-ANOVA on anxiety symptom severity revealed a significant first and second contrast [$FT0vs.T1(1,20) = 10.68$, $p = 0.004$, $\eta^2 p = 0.35$; $FT0vs.T2(1,20) = 16.51$, $p = 0.001$, $\eta^2 p = 0.45$]. The observed treatment effects on anxiety symptom severity remained at follow-up. The outcomes at T2 were still significantly improved compared to baseline (T0).</p>
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	<p>The Dutch version of the MANchester Short Assessment of QoL (MANSA) (Priebe et al., 1999; Van Nieuwenhuizen et al., 2000) was used to measure QoL. This instrument consists of 12 questions that measure the satisfaction with, e.g., life in general, work and friendships. The MANSA is a reliable instrument (Janssen-de Ruyter et al., 2015). To measure the difficulties that patients experience in ER, the Dutch version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz and Roemer, 2004) was used. The questionnaire consists of 36 items in six domains: (1) lack of clarity of emotions, (2) lack of awareness of emotions, (3) difficulty in controlling impulses, (4) non-acceptance of emotions, (5) limited access to ER strategies, and (6) difficulty with goal-oriented action (Gratz and Roemer, 2004). The DERS can be reliably deployed and interpreted in different demographic groups (Ritschel et al., 2015). The construct validity and internal consistency (Cronbach's $\alpha > 0.80$) is sufficient for all scales (Gratz and Roemer, 2004; Neumann et al., 2010). The test-retest reliability for the total score is good ($r = 0.88$; subscales $0.56 < r < 0.90$).</p>
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	<p>Effects observed for QoL [$FT0vs.T1(1,20) = 41.1$, $p < 0.0001$, $\eta^2 p = 0.67$, $FT0vs.T2(1,20) = 12.56$, $p = 0.002$, $\eta^2 p = 0.39$] and ER [$FT0vs.T1(1,20) = 9.04$, $p = 0.007$, $\eta^2 p = 0.31$, $FT0vs.T2(1,20) = 14.43$, $p = 0.001$, $\eta^2 p = 0.42$]. The observed treatment effects on QoL and ER remained at follow-up. The outcomes at T2 were still significantly improved compared to baseline (T0).</p>

MUUSIKATERAAPIA (MT)	
Artikkel 3. Autismispektrihäire	
Geretsegger, M., Elefant, C., Mössler, K. A., & Gold, C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 6, CD004381. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub3 .	
4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i>	Included were individuals of any age with autism spectrum disorder - diagnosis of ASD (childhood autism (F84.0 in ICD-10), atypical autism (F84.1), Asperger's syndrome (F84.5), and pervasive developmental disorder not otherwise specified (F84.9). Individuals with Rett's disorder (F84.2) or childhood disintegrative disorder (F84.3) were not included as they do not conventionally fall within the autism spectrum disorders, given their significantly different clinical course. In total, data of 165 participants from 10 studies was analyzed - age between 2 and 9 years, majority boys (range 80% to 100%). All participants had received a diagnosis of ASD. Both nonverbal and verbal children were included.
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	Interventions included music therapy delivered by a professional music therapist. The majority of studies included, examined music therapy in an individual (i.e. one-to-one) setting. One study applied a family-based setting where parents or other family members were also involved in therapy sessions. Some studies included utilised a highly structured approach to music therapy using mostly receptive techniques (listening to live or pre-recorded music presented by the therapist). Other studies emphasized on the interactive and relational aspects of music therapy, using techniques as improvisation, songs, and structured musical games. Those interventions followed a non-directive approach.
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	'Placebo' therapy, no treatment, or standard care The aim of the 'placebo' activity was to control for the non-specific effects of therapeutic attention - the placebo conditions were constructed to closely match the music therapy condition, only that music was not used. Standard care meant that in one study the participants received varying forms of services and support from early childhood intervention centres and in another study they received routine clinical services, including medical examinations and consultations.
4.2.4 Uuringu pikkus	In five studies music therapy was provided on a daily basis. The duration of the music therapy intervention was only one or two weeks in all those studies. In the other studies, music therapy was provided on a weekly basis for periods ranging from five weeks to seven months.
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	Social interaction (three studies) Communicative skills (non-verbal) (five studies) Communicative skills (verbal) (six studies) Initiating behaviour (three studies) Social-emotional reciprocity (one study)
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Music therapy was superior to 'placebo' therapy or standard care with respect to the primary outcomes social interaction within the therapy context (SMD 1.06, 95% CI 0.02 to 2.10, 1 RCT, n = 10); generalised social interaction outside of the therapy context (SMD 0.71, 95% CI 0.18 to 1.25, 3 RCTs, n = 57, moderate quality evidence), non-verbal communicative skills within the therapy context (SMD 0.57, 95% CI 0.29 to 0.85, 3 RCTs, n = 30), verbal communicative skills (SMD 0.33, 95% CI 0.16 to 0.49, 6 RCTs, n = 139), initiating behaviour (SMD 0.73, 95% CI 0.36 to 1.11, 3 RCTs, n = 22, moderate quality evidence), and social-emotional reciprocity (SMD 2.28, 95% CI 0.73 to 3.83, 1 RCT, n = 10, low quality evidence). There was no statistically significant difference in non-verbal communicative skills outside of the therapy context (SMD 0.48, 95% CI -0.02 to 0.98, 3 RCTs, n = 57, low quality evidence).

4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	Social adaptation (three studies) Joy (one study) Quality of parent-child relationship (two studies)
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	Music therapy was also superior to 'placebo' therapy or standard care in secondary outcome areas, including social adaptation (SMD 0.41, 95% CI 0.21 to 0.60, 4 RCTs, n= 26), joy (SMD 0.96, 95% CI 0.04 to 1.88, 1 RCT, n = 10), and quality of parent-child relationships (SMD 0.82, 95% CI 0.13 to 1.52, 2 RCTs, n= 33, moderate quality evidence).

Kui soovite kirjeldada mitut erinevat kliinilist uuringut, siis palume kopeerida väljad 4.2.1-4.2.8.

Maksimaalselt palume kajastada kuni 5 teaduslikku uuringut.

4.3 Tervishoiuteenuse tõendus põhise andmed ravi ohutuse kohta	
4.3.1. Kõrvaltoimete ja tüsistuste iseloomustus	
Kõrvaltoime/ tüsistuse esinemissagedus	Kõrvaltoime/ tüsistuse nimetus
Väga sage ($\geq 1/10$)	
Sage ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$)	
Rasked kõrvaltoimed	
Võimalikud tüsistused	<i>Uuringutes ei ilmne ohtusid ega kõrvaltoimeid loovteraapia kasutamisel.</i>
4.3.2 Kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi <i>Kirjeldada, milliseid teenuseid ja ravimeid on vajalik patsiendile osutada ning millises mahus, et ravida tekkinud kõrvaltoimeid ning tüsistusi.</i> <i>Nt: Perifeerset dopamiinergiliste toimete põhjustatud kõrvaltoimeid (iiveldus, oksendamine ja ortostaatiline hüpotensioon) saab kontrolli all hoida domperidooni manustamisega kuni tolerantsuse tekkimiseni 3-6 nädala jooksul pärast subkutaanse apomorfiinravi alustamist, mille järel võib domperidooni manustamise lõpetada.</i>	
<i>Teenuse osutamisel ei ole täheldatud kõrvaltoimeid või tüsistusi, mis suurendaksid ravikulusid.</i>	

4.4. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas <i>Kirjeldada publitseeritud ravi tulemusi maailmapraktikas, <u>kui puuduvad</u> tervishoiuteenuse tõendus põhise andmed ravi tulemuslikkuse ja ohutuse kohta avaldatud <u>kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel.</u></i> <i>Kliinilised uuringud ja metaanalüüsid olemas.</i>

5. Tõendus põhisis võrreldes alternatiivsete tõendus põhiste raviviisidega		
5.1 Ravikindlustuse poolt rahastatav alternatiivne tõendus põhine raviviis tervishoiuteenuste, soodusravimite või meditsiiniseadmete loetelu kaudu <i>Maksimaalselt palume kirjeldada 3 alternatiivi.</i>		
Alternatiivi liik <i>Märkida, millise loetelu (tervishoiuteenused, soodusravimid, meditsiiniseadmed) kaudu on</i>	Alternatiiv <i>Märkida alternatiivse raviviisi teenuse kood, ravimi toimeaine</i>	Lisaselgitus / märkused <i>Vajadusel lisada siia tulpa täpsustav info</i>

<i>kohane alternatiiv patsiendile kättesaadav</i>	<i>nimetus või meditsiiniseadme rühma nimetus.</i>		
1. tervishoiuteenused	7601	verbaalne psühhoteraapia individuaalne vt p. 10.3	
2.			
3.			
<p>5.2 Taotletava teenuse ja alternatiivse raviviisi sisaldumine Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes</p> <p><i>Kui teenus ei kajastu ravijuhistes või antud valdkonnas rahvusvahelised ravijuhised puuduvad, lisada vastav selgitus lahtrisse 5.2.3. Maksimaalselt palume kirjeldada 5 ravijuhist.</i></p>			
Ravijuhise nimi	Ravijuhise ilmumise aasta	Soovitused ravijuhises	Soovituse tugevus ja soovituse aluseks oleva tõendus põhise tase
		<i>Soovitused taotletava teenuse osas</i>	
		<i>Soovitused alternatiivse raviviisi osas</i>	
1. Ühendkuningriigi Riiklik Tervishoiu ja Kliinilise Kvaliteedi Instituudi (NICE) ravijuhend	2013.a	NICE soovib loovteraapiat kõigile lastele, noortele ja täiskasvanutele psühhoosi või skisofreenia ravis, eriti negatiivse sümptomaatika leevendamiseks. Loovteraapiat võib alustada psühhoosiravi igas etapis. Loovteraapiat soovitatakse kõrvuti kognitiiv-käitumusliku teraapia ja pereteraapiaga. Tuleb arvestada patsiendi eelistustega	
2. Soomes KELA http://www.kela.fi/documents/10180/12149/ote_kuntoutuspsykoterapia,_etuusohje_1.1.2011.pdf http://www.kela.fi/kuntoutuspsykoterapia http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositusset/suositus?id=hoi50023#s12 Taotlusele on lisatud KELA ravijuhis.	2019.a.	KELA poolt rahastatakse muusika- ja kunstiteraapia teenust. KELA rahastab taastuspsühhoteraapiat alates aastast 2010 ning sinna alla kuuluvad ka kunsti- ja muusikateraapia	
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	2010.a.	Kunstiteraapiat on nimetatud ühe võimalusena depressiooni ravis.	

--	--	--	--

5.3 Kokkuvõtte tõenduspõhisusest võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega
Esitada kokkuvõtvalt teenuse oodatavad lühi- ja pikaajalised tulemused tervisele. nt. surmajuhtumite vähenemine, haigestumisjuhtude vähenemine, elukvaliteedi paranemine, kõrvaltoimete sageduse vähenemine, tüsistuste sageduse vähenemine.
Lisaks selgitada, kas uus teenus on samaväärne alternatiivse raviviisiga. Väites uue teenuse paremust, tuleb välja tuua, milliste tulemuste osas omab taotletav teenus eeliseid.

WHO mahukas raportis (Fancourt & Finn 2019) kunstide tõenduspõhisusest tervise ja heaolu edendamisel rõhutatakse kunstide kasvavat tõendusbaasi ning vajadust arendada kunste rakendavaid sekkumisi. Toetudes süstemaatilisele ülevaatele (Gastaldon et al 2019) on kognitiivne käitumisteraapia, loovteraapia (art therapies), peresekumise, psühhoedukatsiooni ja ravi järgimise teraapia (adherence therapy) uuringute pragmatismi skoor kõrge, mis näitab, et kunstiteraapia uuringuid saab arvestada teraapiateenuse pakkumise otsustamisel skisofreenia ja psühhoosi puhul.

Loovteraapia ülevaateuuringutes enamasti ei eristata individuaalset ja grupiteraapiat, mis viitab nende sekkumisvormide sarnasele tulemusele. Sekkumisvormi valik lähtub spetsiifiliselt kliendi vajadustest ja valmidusest osaleda individuaalselt või rühmas. Järgnevas ülevaates on esitatud uuringud, milles ei ole eristatud sekkumise vormi ning tulemused on esitatud üldistatult loovteraapia erinevate spetsialiseerumissuundade kohta. Loovteraapia efekti on näidatud peamiselt kõrvutades tavapärase raviga, ootejärjekorraga või kunstidega tegelemisega, millel ei ole terapeutiliselt eesmärgistatud juhendamist.

Loovteraapia tervisemõjude ülevaates, mis hõlmas 134 uurimust (muusika-, kunsti-, draama- ning tantsu- ja liikumisteraapia ning kombineeritud sekkumised), tõdes Beard (2011), et kunstide kommunikatsiooni potentsiaali, mis praktikas on ilmne, on vähe suudetud korrektselt uurida ning ta osutas seetõttu vajadusele kasutada uurimustes protsessile orienteeritud lähenemisi. Viimasel aastakümnel on siiski kiiresti kasvanud ka juhuslikustatud kontrollitud uuringute ja metanalüüside hulk. Uurimistulemused osutavad selgelt loovteraapia rakendatavusele emotsionaalse seisundi mõjutamiseks. Toetudes aastatel 1995–2007 avaldatud loovteraapia uurimustele (muusikateraapia, kunstiteraapia, loovliikumine, loovkirjutamine), tõid Stuckey ja Nobel (2010) esile loovteraapia üldise positiivse efekti ärevuse, stressi ja meeleoluhäirete puhul. Ka hilisemad loovteraapia uuringute süstemaatilised analüüsid kinnitavad toimet ärevusele (Boehm et al 2014), depressiooni sümptomitele (Dumphy et al 2019; Zubala et al 2013), tulemuslikkust onkoloogias ärevuse, depressiooni, stressi, viha vähendamiseks, elukvaliteedi ja toimetuleku parendamiseks (Archer et al 2015; Hertramf & Wärja 2017). Leidub ka viimastel aastatel avaldatud muusikateraapia metaanalüüsi, mis toovad välja muusikateraapia positiivset mõju skisofreenia patsientide näitel (Jia et al 2020) ning ärevuse vähendamisel erinevate sihtgruppide puhul (Lu et al 2021).

Tantsu- ja liikumisteraapia ning tantsu tervisega seotud psühholoogilisi tulemusi uuriva metanalüüsi (Koch, Riege, Tisborn, Biondo, Martin ja Beelmann, 2019) tulemused viitavad, et TLT vähendab depressiooni ja ärevust, tõstab elukvaliteeti, interpersonaalseid ja kognitiivsed oskusi, samas kui tantsupõhised sekkumised suurendavad (psühho)motoorseid oskusi. Follow-up andmed näitasid, et 22 nädalat pärast sekkumist enamik efektidest püsis või oli veidi tõusnud. DMT positiivset mõju depressiooniga täiskasvanute ravis toetab ka Karkou, Aithal, Zubala ja Meekums (2019) poolt läbi viidud metanalüüsi süstemaatiline ülevaade. TLT mõju kohta skisofreeniahaigetel tehtud Cochrane Koostöövõrgustiku süstemaatilises analüüsis sai hinnata küll ühte mõõduka kvaliteediga uuringut (Ren & Xia, 2013) kuid 2015 (Lee et al) ja 2020 (Gökçen et al)

ilmunud RCT tulemused toetavad eelnevaid tulemusi eelkõige just skisofreenia negatiivsete sümptomite vähenemise osas. Edasised kõrgevaliteedilised suurema valimiga ja pikaajalised (follow-up) uuringud on vajalikud tulemuste kinnitamiseks.

Loovteraapia väljakutsetest psühhiaatrias on Dannecker (2018) koostanud kogumiku vastavasisulistest uuringutest. Loovteraapia rakendamise kogemused depressiooni puhul laste, täiskasvanute ja eakatega on koondanud kogumikuks Zubala ja Karkou (2018), söömishäirete puhul Heiderscheit (2016), on ilmunud veel mitmeid muid uuringuid ja metoodilisi juhiseid sisaldavad kogumikke. Tuntuim erialaajakiri on "The Arts in Psychotherapy" (klassifikaator 1.1). Jessica Kingsley Publisher on tunnustatud kirjastus, mis juba aastaid on iga-aastaselt avaldanud mitmeid erialaraamatuid loovteraapia erinevatel teemadel, viimasel ajal on lisanud mitmeid teisi kirjastusi, nt Routledge, kes on lisanud loovteraapia oma publikatsioonide nimistusse.

6. Tervishoiuteenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjeldus

6.1 Teenuse osutamise kirjeldus

Kirjeldada tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikud tegevused (sh. ettevalmistavad tegevused), nende esinemise järjekorras, kaasatud personal ja nende rollid, teenuse osutamise koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba) ning kasutatavad seadmed ja tarvikud. Võimalusel lisada ka tegevuste sooritamise keskmised ajad. Ravimiteenuste korral kirjeldada raviskeem: ravi pikkus, patsiendil kasutatavate annuste suurus.

Ettevalmistavad tegevused: patsiendist lähtuvalt ruumi ettevalmistamine ja loomingulise tegevuse vahendite valmis panemine. Seansi järgselt kirjutab terapeut kokkuvõtte seansist.

Vastavalt kutsestandardile (<https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10804292>) sisaldab loovteraapia järgnevalt loetletud tegevusi.

Kliendi/patsiendi loovteraapiline hindamine.

Loovterapeut:

1. selgitab välja teraapiaprotsessis osaleja pöördumise või suunamise põhjuse, küsitledes osalejat ja tutvudes vajadusel asjakohase eelinfoga;
2. hindab kliendi/patsiendi vajadusi ja ressursse, eelistusi, motivatsiooni, vaimse tervise seisundit ja psühhosotsiaalse funktsioneerimise taset, kasutades asjakohaseid teadus- ja suunapõhiseid hindamismeetodeid;
3. analüüsib hindamistulemusi; hindab vastava loovteraapia spetsialiseerumissuuna sobivust kliendile/patsiendile ja vajadusel suunab edasi või kaasab teisi spetsialiste;
4. määratleb koos kliendi/patsiendi või tema hooldajaga, vajadusel koos teiste spetsialistidega teraapia eesmärgi;
5. valib patsiendile/kliendile sobiva tööviisi (individuaal-, diaadi- või rühmatöö) ja määratleb loovteraapia sekkumistasandi(d).

Loovterapeutiline sekkumine.

Loovterapeut:

1. koostab teraapiaplaani, valib sekkumise meetodid ja tehnikad (ekspressiivsed ja/või retseptiivsed), lähtudes tõenduspõhistest teooriatest ja praktikatest;
2. vajadusel kaasab kliendi/patsiendi võrgustiku (nt kliendi/patsiendi lähedasi, hooldajaid või teisi spetsialiste või tugivõrgustiku liikmeid);
3. loob kliendiga/patsiendiga terapeutilis-loomingulise koostöösuhte, lähtudes kolmiksuhte (terapeut, klient/patsient ja kunstimeedium) printsiibist;

4. viib muutuste esilekutsumiseks läbi teraapia protsessi vastavalt eesmärgistatud teraapiaplaanile;
5. annab kliendile/patsiendile (vajadusel ka kliendi/patsiendi lähedastele, hooldajatele, teistele spetsialistidele või tugivõrgustiku liikmetele) tagasisidet, toetudes loovteraapias ilmnunud ressursidele ja tugevustele;
6. küsib kliendilt/patsiendilt (vajadusel ka kliendi/patsiendi lähedastelt, hooldajatelt, teistelt spetsialistidelt või tugivõrgustiku liikmetelt) tagasisidet loovteraapia protsessi kulgemise ja kliendi/patsiendi eesmärkidele ja vajadustele vastavuse kohta;
7. analüüsib loovteraapia protsessi dünaamikat, eesmärgile vastavust, kasutatavate meetodite ja tehnikate efektiivsust, lähtudes kliendi/patsiendi loovteraapias loodud loomingulisest materjalist, verbaalsest ja mitteverbaalsest eneseväljendusest, kasutades sobivaid analüüsimeetodeid;
8. hindab seisundi muutumist ja loovteraapia sobivust teraapiaprotsessi jooksul, kasutades selleks sobivaid tehnikaid;
9. vajadusel korrigeerib loovteraapia eesmärke ja sekkumisplani;
10. juhendab kliendi/patsiendi lähedasi loovteraapia eesmärki toetavate (loov)tegevuste läbiviimiseks väljaspool loovteraapia seansse.

Loovteraapia läbiviimise ruum. Teraapiaruum peab tagama privaatsuse. Vajalik on loomulik valgus ja hea ventilatsioon. Kunstiteraapia puhul on vajalik suurem laud ja molbert kunstitöö tegemiseks, kapid, riulid kunstivahendite ja valmis tööde hoidmiseks ning kraanikauss vee võtmiseks ja kunstivahendite pesemiseks. Tantsu- ja liikumisteraapia ruumis on vajalik mööblita ruumiosa liikumiseks, vestluseks sobiv ruumiosa ning kapid ja riulid vahendite hoidmiseks. Muusikateraapia ruumis on vaja eraldi ruumiosa muusikainstrumentide hoidmiseks ja musitseerimiseks ning vestluseks sisustatud ruumiosa.

Teenuse osutamiseks planeeritud aeg on 90 minutit, millest kuni 60 minutit on vahetu kontakt patsiendiga.

7. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks

<p>7.1 Tervishoiuteenuse osutaja <i>Nimetada kohased teenuse osutajad (nt. piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla, kohalik haigla, valikupartner, perearst)</i></p>	<p><i>Teenust osutavad psühhiaatrikliinikud, perearstikeskused või tervisekeskused, kellel on Haigekassaga sõlmitud leping.</i> <i>Lisaks võib teenust osutada tasulise teenusena.</i> <u>Piirangud</u> <i>Teenust võib osutada loovterapeut, tase 7 kutset omav loovterapeut, erandjuhul loovteraapia magistrikraadiga loovterapeut kutse taotlemise ajal. Teenuse saamise eelduseks on eriarsti saatekiri, kus on märgitud diagnoos, põhjendus loovteraapia kui ravimeetodi valikuks, ravi eesmärk.</i></p>
<p>7.2 Kas tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt, statsionaarselt, ja/või päevaravis/päevakirurgias? <i>Loetleda sobivad variandid.</i></p>	<p>ambulatoorselt, statsionaarselt, päevaravis</p>
<p>7.3 Raviarve eriala <i>Nimetada, milliste erialade raviarvete peal antud teenus sisaldub lähtudes ravi rahastamise lepingust.</i></p>	<p><i>Peremeditsiin, psühhiaatria</i></p>

7.4 Minimaalne tervishoiuteenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks

Esitada teenuse minimaalne osutamise kordade arv, mille puhul oleks tagatud teenuse osutamise kvaliteedi säilimine. Lisada selgitused/põhjendused, mille alusel on teenuse minimaalne maht hinnatud.

Vastavalt uuringutele ja praktikale PERH psühhiaatriakliinikus ja Tallinna Lastehaigla Vaimse Tervise Keskuses võiks minimaalne seansside arv olla 8.

Teraapiaseansside arv on varieeruv, nt Havsteen-Franklin et al (2019) süstemaatilises ülevaates klaster B isiksusehäirete loovteraapia (muusika-kunsti-, tantsu- ja liikumis- ning draamateraapia; individuaal- ja rühmateraapia) kohta võib leida kestuseks 10 seansist mitme aastani.

Süstemaatiline ülevaade (Moula et al 2020) loovteraapiast (muusika- kunsti-, tantsu- ja liikumis- ning draamateraapia; individuaal- ja rühmateraapia) lastega vanuses 5-12 a koolikeskkonnas. Kokku 358 last emotsionaalsete ja käitumuslike raskustega, õppimisraskustega, äärmiselt agressiivse käitumisega, samuti väärkohtlemise, raske kaotuse ja immigratsiooni kogemusega lapsed. Sekkumised koosnesid 8–20 seansist 1–3 korda nädalas ja kestsid 45–120 min. Lastel toimus paranemine järgmiste näitajate osas: enesehinnang, enesekindlus, eneseväljendus, meeleolu, kommunikatsioon, arusaamine, resilientsus, õppimine, agressiivne käitumine. Väikesed muutused olid depressiooni, ärevuse, tähelepanu ja enesetõmbumise osas.

Muusikateraapia uuringute kohaselt on teenuse maht ja efektiivsus olulises seoses. Chung ja Woods-Giscombe (2016) toovad välja minimaalselt 10 seanssi (kokku vähemalt 500 minutit teraapiat), Mössler ja kolleegid (2011) peavad soovituslikuks vähemalt 20 seanssi muusikateraapiat, et saavutada kliiniliselt olulisi tulemusi skisofreenia patsientide näitel. Gold ja kolleegid (2009) leidsid uuringus raskete psüühikahäiretega patsientidega, et keskmise efekti üldiste ja negatiivsete sümptomite ning tegevusvõime puhul annab 16 kuni 24 seanssi.

Tantsu- ja liikumisteraapia-alases kirjanduses pole toodud välja erinevusi individuaal- ja grupiteraapia soovitatud kestvuses, kordade arvus, (enamik uurimusi on praktilistel põhjustel läbi viidud grupiteraapia formaadis). Tantsu- ja liikumisteraapia ning tantsu tervisega seotud psühholoogilisi tulemusi (6 tulemuste klastrit - elukvaliteet; kliinilised tulemused, nt ärevus,

	<p>depressioon; interpersonaalsed oskused; kognitiivsed oskused, psühhomotoorsed oskused ja residuals - psühhoatilised sümptomid ja füsioloogilised muutused) uurivasse metaanalüüsi (Koch et al, 2019) lülitatud uurimuste põhjal oli sekkumiste miinimum 1 ja maksimum 32 nädalat, M=11.41; SD 7,89. Seansid toimusid tavaliselt 2 korda nädalas (M=1,85; SD=1,05, min 1 x nädalas, max 4 x nädalas) ning kestsid 1 või 1,5 tundi (M=71,32 minutit; SD=19,02, min= 40 minutit, max = 120 min). Sarnased on andmed ka tantsu- ja liikumisteraapia mõju depressiooniga täiskasvanute ravis uuriv süstemaatilises ülevaade metaanalüüsiga (Karkou et al, 2019) - kõik sekkumised peale kahe (12 Pylvänäinen at al, 2015 - 12 seansi ja Jeong et al, 2005 - 36 seansi) koosnesid 20 seansist. Seansse pakuti 1 kuni 4 korda nädalas, seansside pikkus varieerus 45 minutist kuni 120 minutini, Euroopas tehtud uuringute sekkumistes varieerus seansside pikkus 60-90 minutini.</p>
--	---

7.5 Personali (täiendava) väljaõppe vajadus

Kirjeldada, millise kvalifikatsiooniga spetsialist (arst vajadusel eriala täpsusega, õde, füsioterapeut vm) teenust osutab ning kas personal vajab teenuse osutamiseks väljaõpet (sh. täiendavat koolitust teatud intervalli tagant). Väljaõppe vajadusel selgitada, kes koolitab, kus väljaõppe läbiviimine toimuks ning kes tasuks koolituskulud (kas koolituse garanteerib seadme müüja või teenuse osutaja ja kulu on arvestatud teenuste hindadesse jm).

Teenust osutab loovteraapiaalase magistritaseme õppe läbinud spetsialist.

Eesti Loovteraapiate Ühingule teadaolevalt on tegutsevaid loovterapeute umbes 120, kes vastavad loovterapeudi kutse nõuetele, neist vähesed omavad ka kutset loovterapeut, tase 7.

Tallinna Ülikool koolitab loovterapeute kunstiteraapiate magistriõppes. Õppekava läbis üleminekuhindamise 2014. a. ning tunnistati EKKA tervishoiukomisjoni poolt jätkusuutlikuks kõigis hinnatud komponentides: õppe kvaliteet, vajalikud ressursid ja arenemisvõimekus. Õppekava läbis 2017. a. kvaliteedi hindamise rahvusvahelise komisjoni poolt. Õppekavale võetakse alates 2020. aastast 16 magistranti, mis tagab teenuse edasise kättesaadavuse.

Kutsekoja poolt kinnitatud loovterapeudi kutsestandard kehtib aastast 2014, uuendatud 2019 (<https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10804292>).

Loovterapeudi kutse taotlemise eelduseks on magistritasemele vastava erialase hariduse kõrval superviseeritud praktika ja eneseteraapia, mis toetavad terapeudi eneserefleksiooni ja adekvaatsust teraapia protsessis ja tulemuse hindamisel.

7.6 Teenuseosutaja valmisolek

Kirjeldada, milline peaks olema tervishoiuteenuse osutaja töökorraldus, vajalikud meditsiiniseadmed, täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu ning kas on põhjendatud ööpäevaringne valmisolek, et oleks

tagatud soovitud tulemus. Anda hinnang, kas teenuseosutaja on valmis koheselt teenust osutama või on vajalikud täiendavad investeeringud, koolitused, ruumide loomine vms.

Tagatud peab olema loovteraapia läbiviimiseks sobiv tööruum, töövahendid ja/või eelarve vahendite ostmiseks ning töötasu teenust osutavale spetsialistile.

8. Teenuse osutamise kogemus Eestis

8.1 Kas teenust on varasemalt Eestis osutatud?	Jah
8.2 Aasta, millest alates teenust Eestis osutatakse	2010
8.3 Eestis teenust saanud isikute arv ja teenuse osutamise kordade arv aastate lõikes	<p><i>Kuna teenusel puudub Haigekassa kood, siis on tervishoiuasutustel erinev arvestus teenuse osutamise kohta. Ametlik üldarvestus Eestis puudub. PERH kasutab majasiseselt erikoodi loovteraapia teenuse registreerimiseks.</i></p> <p><i>2019. aastal teostati PERH-i psühhiaatriakliinikus 1256 individuaalset ja 4882 grupiviisilist (2-8 isikut grupis) loovteraapiat. Ka aasta varem – 2018. a. olid numbrid samas suurusjärgus, vastavalt 982 ja 4322. 2020. a. olid vastavad numbrid 2732 individuaalset ning 2655 grupiviisilist, kus individuaalseansside arvu tõus ning grupiseansside vähenemine on otseselt seotud COVID-piirangutega haiglatöös.</i></p>
8.4 Eestis teenust osutanud raviasutused	<p><i>Eestis on suurim teenuseosutaja SA PERH Psühhiaatriakliinik, kus esimene loovterapeut alustas tööd aastal 2010. Aastal 2020 pakub kliinikus teenust 5 loovterapeuti.</i></p> <p><i>Lisaks on loovterapeutid tööl Tallinna Lastehaigla Vaimse Tervise Keskuses, LTKH Nakkuskliinikus, TÜK Laste ja Noorukite Vaimse Tervise Keskuses.</i></p> <p><i>Projektipõhiselt on alates 2019 a loovterapeutid tööl Kuressaare Haigla psühhiaatria osakonnas ning Tallinna Lastehaigla vastsündinute ja imikute osakonnas.</i></p> <p><i>Loovteraapia teenust pakuvad ka mitmed erakliinikud: AS Fertilitas, Tervisekliinik OÜ, Marienthali Kliinik, Confido Meditsiinikeskus, Ambromed kliinik jt.</i></p>

	<p><i>Erakliinikutes pakutakse loovteraapiat tasulise teenusena, mis muudab teenuse paljudele abivajajatele kättesaamatuks.</i></p> <p><i>Praktikabaasidena toimivad TÜ Kliinikumi psühhiaatrikliinik, Pärnu Haigla psühhiaatrikliinik, PERH-i onkoloogia- ja hematoloogiakliinik jt haiglad, kus veel loovterapeute ei tööta (ametikoha loomist takistab raviteenuse koodi puudumine).</i></p>
<p>8.5. Tervishoiuteenuste loetelu koodid, millega tervishoiuteenuse osutamist on raviarvel kodeeritud</p>	<p><i>Koodid puuduvad. Vt lisa pt, 8.3</i></p>
<p>8.6 Ravi tulemused Eestis</p>	<p><i>SA PERH psühhiaatrikliiniku juhataja dr. Adamsoo hinnangul on loovterapeudi tegevus väga tähtis ravi komponent. Loovterapeudi töö on suureks abiks nii kliinilisele psühholoogile kui psühhiaatrile patsiendi ravi edukaks läbiviimiseks. Loovterapeudi tegevus ei ole mitte ainult toetav, vaid seda võib vaadelda väga olulise psühhoterapeutilise tegevusena, mis väga paljude juhtumite puhul on sageli ainsaks viisiks patsiendi probleemideni jõudmiseks ja nende leevendamiseks (eriti raskete häiretega patsientide puhul, kui verbaalne kommunikatsioon on kas täiesti või osaliselt häirunud). Dr. Adamsoo on väga rahul loovterapeutide tööga PERH-i psühhiaatrikliinikus. Kõik loovterapeutid, kes psühhiaatrikliinikus töötavad, annavad tema hinnangul olulise panuse patsientide ravisse. Dr. Adamsoo peab oluliseks loovterapeutide teenuse jätkumist PERH-i psühhiaatrikliinikus mitmetel põhjustel:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1) loovterapeutide töö on oluline osa raviprotsessist, milleta on raske kujutada ette tänapäevast psühhiaatrilist ravi;</i> <i>2) paljudel juhtudel on see osutunud efektiivseks psühhoterapeutiliseks sekkumiseks raskete psüühikahäiretega patsientide ravis;</i> <i>3) loovterapeutide töö tulemused on täiendavaks võimaluseks patsientide probleemide sügavamaks mõistmiseks, sest meetod ise</i>

	võimaldab ulatuda isiksuse nende osadeni, millele puudub ligipääs verbaalsete teraapiameetoditega.
--	--

9. Eestis tervishoiuteenust vajavate isikute ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes

9.1 Keskmine teenuse osutamise kordade arv ravijuhu (ühele raviarvele kodeerimise) kohta	8
--	---

9.2 Tervishoiuteenust vajavate isikute arv ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes

9.2.1 Aasta	9.2.2 Isikute arv arvestades nii lisanduvaid isikuid kui ravi järgmisel aastal jätkavaid isikuid	9.2.3 Ravijuhtude arv 1 isiku kohta aastas arvestades asjaolu, et kõik patsiendid ei pruugi lisanduda teenusele aasta algusest	9.2.4 Teenuse osutamise kordade arv aastas kokku arvutustehe: 9.1*9.2.2 * 9.2.3
1. 2022	303	1	2424
2. 2023	334	1	2672
3. 2024	367	1	2936
4. 2025	404	1	3232

9.3 Prognoosi aluse selgitus
Esitatakse selgitused, mille põhjal on teenust vajavate patsientide arvu hinnatud ning selgitused patsientide arvu muutumise kohta aastate lõikes.

SA PERHis oli individuaalseansse 2018 - 982, 2019 - 1256 ja 2020 - 2732. Viimase aasta suur tõus on ilmselgelt põhjustatud COVID-19 epideemiast tulenevatest tagajärgedest, mil oli tugevalt häiritud loovteraapiate grupiseansside läbiviimine ja seetõttu tehti enam individuaalseansse. Ajavahemikul 2017-2021 osutati Tallinna Laste Vaimse Tervise Keskuses kokku 1405 seanssi. Loovteraapia teenuse järele on vajadus ilmselgelt olemas, kuna tervishoiuasutused on seni teenust pakkunud ning leidnud rahastamise võimaluse teiste teenuste arvelt. Hinnanguliselt võib siia lisada veel viiendiku seansse teistes haiglates ning keskustes läbi viidud loovteraapia seansse. 2021. aasta tulemused on veel teadmata ja seetõttu on raske prognoosida trende. Arvestame et COVID-19 tagajärgede mõju kestab veel paar aastat ja samas saab enam teha grupiseansse.

9.4 Tervishoiuteenuse mahtude jagunemine raviasutuste vahel
Tabel on vajalik täita juhul, kui tervishoiuteenuse ravijuhud tuleb planeerida konkreetsetesse raviasutustesse, st. tegu on spetsiifilise tervishoiuteenusega, mida hakkaksid osutama vähesed raviasutused.

9.4.1 Raviasutuse nimi	9.4.2 Raviarve eriala raviasutuste lõikes	9.4.3 Teenuse osutamise kordade arv raviarve erialade lõikes

10. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusele

10.1 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule	ei lisandu
---	------------

<p><i>Loetleda <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ja teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i></p>	
<p>10.2 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda alternatiivse tervishoiuteenuse <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ning teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i></p>	<p>ei lisandu</p>
<p>10.3 Kas uus teenus asendab mõnda olemasolevat tervishoiuteenust osaliselt või täielikult? <i>Kui jah, siis loetleda nende teenuste koodid ning selgitada, kui suures osakaalus asendab uus teenus hetkel loetelus olevaid teenuseid (tuua välja asendamine teenuse osutamise kordades).</i></p>	<p><i>Loovteraapia teenusega võib kõrvutada verbaalset psühhoterapiat (kood 7601), mis aga on oluliselt kitsama rakendusala, võimaldades vaid verbaalset tööd. Loovteraapias võimaldab loominguliste meediate rakendamine kasutusele võtta kujundilise kommunikatsiooni vahendeid ja võtteid ning integreerida psühhoterapiilise sekkumisega spetsiifilisemat psüühilisi ja füüsilisi funktsioone arendavat tööd.</i></p> <p><i>Loovteraapia teenuse rakendumisel tekib vajadus jaotada ümber raviasutuses olemasolevate tervishoiuteenuste ressursid. Milline teenus patsiendile kõige enam sobib, seda otsustab raviarst või ravimeeskond koostöös patsiendiga. Loovteraapia on üks ravivõimalustest.</i></p>
<p>10.4 Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhtudega? Kas teenuse kasutusse võtmine tähendab uute ravijuhtude lisandumist või mitte? Kui jah, siis mitu ravijuhtu lisandub?</p>	<p>–</p>
<p>10.5 Taotletava tervishoiuteenusega kaasnevad samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u>. <i>Kirjeldatakse täiendavad teenused, ravimid ja/või meditsiiniseadmed, mis on vajalikud kas teenuse määramisel, teostamisel, edasisel jälgimisel: kuidas kasutatakse (ravimite puhul annustamisskeem), ravi kestus/kuuride arv, ravi alustamise ja lõpetamise kriteeriumid.</i> <i>Diagnostilise protseduuri puhul esitatakse andmed juhul, kui protseduuri teostamise järel muutub isiku edasises ravis ja/või jälgimisel kasutatavate tervishoiuteenuste ja ravimite kasutus. Juhul kui muutust ei toimu, esitada sellekohane selgitus.</i></p>	<p><i>Eelneb perearsti või eriarsti visiit.</i></p>

<p>10.6 Alternatiivse raviviisiga <u>kaasnevad</u> (samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u>. <i>Vastamisel lähtuda punktis 10.5 toodud selgitustest.</i></p>	<p><i>Eelneb perearsti või eriarsti visiit.</i></p>
<p>10.7 Kas uus tervishoiuteenus omab teaduslikult tõendatult <u>erinevat mõju</u> töövõimetuslehel kestvusele võrreldes alternatiivse raviviisiga? <i>Kas töövõimetuslehel kestuse osas on publitseeritud andmeid teaduskirjandusest ning kas raviviiside vahel saab väita erinevust?</i></p>	<p>-</p>
<p>10.8 Kui jah, siis mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel taotletava teenuse korral ning mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel alternatiivse raviviisi korral?</p>	<p>-</p>

11. Kulud ja kulutõhusus

11.1 Taotletava tehnoloogia või ravimi maksumus

Esitada taotletava tehnoloogia maksumus. Ravimi maksumuse info palume edastada juhul, kui ravimil puudub Eestis müügiluba ja/või müügiloahoidja esindaja. Sellisel juhul palume esitada ravimi maksumuse koos täpsustusega, millise hinnaga on tegu (ravimi maaletoomishind, hulgimüügi väljamüügihind, lõplik hind haiglaapteegile koos käibemaksuga).

Väli on kohustuslik kui taotluse eesmärgiks on „Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse“

Võrreldav psühhoterapia teenusega + materjalid.

Ühekordne investeering loovteraapiaga alustamiseks on ca 3000-4000 eur:

MT – valik komplekteeritakse järgnevatest pillidest: klahvpillid (nt süntesaator), keelpillid (nt kitarr), Orffi pillid (nt ksülofonid), puhkpillid (nt gongid, käsitrummid). Lisandub veel mikrofonid ja salvestusaparaat.

TLT – mitmesugused riidest materjalid, rütmipillid, erinevas suuruses pallid, võimlemismatid jne.

KT – joonistusvahendid (pliiatsid, pastellid, kriidid jne); maalimisvahendid (guaššvärvid, tempera jne); paberid (joonistuspaper, värviline paber - erinevas suuruses); meisterdamisvahendid (käärid, liim, liimipüstol, väikevahendid meisterdamiseks jne); savi.

Lisandub jooksev kulu – paberid, pliiatsid, värvid jne kõigil spetsialiseerumissuundadel.

Hind sisaldab järgmisi tegevusi:

- 1) kontakti loomine, patsiendi seisundi ja probleemide hindamine, kontseptualiseerimine;
- 2) pereliikmete ja teiste patsiendile lähedaste isikute käitumise mõju hindamine patsiendi probleemi tekke ja säilimise seisukohast;
- 3) seansi sihtprobleemi, eesmärkide ja meetodite valik lähtuvalt teraapiakoolkonna teooriatest;
- 4) meetodite rakendamine;
- 5) seansi kokkuvõtte tegemine, kodutöö kokkuleppimine ja tagasiside küsimine/andmine;
- 6) seansi dokumenteerimine, kontseptualiseerimine ja järgmise teraapiaseansi ettevalmistamine.

Lisandub veel jooksev materjali kulu.

Seega peaks loovteraapia teenuse hind olema võrreldav psühhoterapia hinnaga, mis on hetkel 35,78 eur ühe individuaalteraapia seansi kohta (Vabariigi Valitsuse määrus Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu, Vastu võetud 18.06.2021 nr 63).

11.2. Tervishoiuökonomilise analüüsi kokkuvõte

Juhime tähelepanu, et vastavalt määruse⁸ §9lg4 peab ravimi müügiloo hoidja ühe kuu jooksul pärast ravimiteenusega seotud taotluse avaldamist haigekassa veebilehel esitama ravimi kasutamise farmakoökonomilise analüüsi, mis on koostatud vastavalt haigekassa veebilehel avaldatud Balti riikide juhisele ravimi farmakoökonomiliseks hindamiseks⁹, välja arvatud juhul, kui on mõjuv põhjus jätta see esitamata. Seega kui taotluse eesmärgiks on „Uue ravimiteenuse lisamine loetellu“ või „Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse“, tervishoiuökonomilist analüüsi taotlejal vaja esitada ei ole. Majandusliku analüüsi kokkuvõtte esitamine on soovituslik uue tehnoloogia lisamisel loetellu.

–

11.3 Rahvusvahelised kulutõhususe hinnangud taotletava teenuse (v.a ravimid) näidustuse lõikes *Maksimaalselt palume kajastada 6 hinnangut.*

11.3.1 Kulutõhususe hinnangu koostanud asutuse nimi	11.3.2 Hinnangu avaldamise aasta	11.3.3 Lühikokkuvõtte kulutõhususest <i>Kas raviviis on hinnatud kulutõhusaks? Palume välja tuua, milline on taotletavast teenusest saadav lisakas. Näiteks mitu täiendavat eluaastat (life year gained, LYG) või kvaliteedile kohandatud eluaastat (quality adjusted life year, QALY) võidetakse taotletava teenusega või kui palju tüsistusi või meditsiinilise probleemi taasteket võimaldab uus teenus ära hoida. Milline on täiendkulu tõhususe määr (ICER) võidetud tervisetulemi kohta?</i>

11.4 Hinnang isiku omaosaluse põhjendatusele ja isikute valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult

Esitatakse isiku omaosaluse vajalikkus ja maksmise võimalused. Omaosaluse vajadusel lisatakse omaosaluse %.

Omaosaluse valmisoleku esitamisel arvestada Ravikindlustuse seaduse § 31 lõikes 3 sätestatut ning selgitada:

- 1) kas teenuse osutamisega taotletav eesmärk on saavutatav teiste, odavamate meetoditega, mis ei ole seotud oluliselt suuremate riskidega ega halvenda muul viisil oluliselt kindlustatud isiku olukorda;*
- 2) kas teenus on suunatud pigem elukvaliteedi parandamisele kui haiguse ravimisele või kergendamisele;*
- 3) kas kindlustatud isikud on üldjuhul valmis ise teenuse eest tasuma ning millest nende otsus sõltub.*

⁸ Vabariigi Valitsuse määrus“ Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu kriteeriumide täpsem sisu ning kriteeriumidele vastavuse hindajad, tervishoiuteenuste loetelu hindamise tingimused ja kord, tervishoiuteenuste loetelu komisjoni moodustamine ja töökord ning arvamuse andmise kord“

⁹ Kättesaadav:

https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/balti_juhis_ravimite_farmakoökonomiliseks_hindamiseks.pdf

Patsiendi omaosaluse vajadus võib tekkida peale haiguse kergendamisele järgnenud sekkumise perioodi, mil soovitakse tervist toetaval eesmärgil loovteraapiat jätkata.

12. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus ning kohaldamise tingimused

12.1 Tervishoiuteenuse väärkasutamise tõenäosus <i>Esitatakse andmed teenuse võimaliku väärkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. risk, et tervishoiuteenust kasutatakse valel patsiendil, mitte piisavat erialast kompetentsi omava tervishoiutöötaja või tugispetsialisti poolt.</i>	<i>Teenuse osutamine toimub vastavalt näidustusele/diagnoosile, psühhiaatri või perearsti suunamisel.</i> <i>Teenust osutaval spetsialistil on vastav kvalifikatsioon teenuse osutamiseks - läbitud loovterapeudi magistritasemel koolitus vastavalt kutsestandardile. Loovterapeudi tööd reguleerib eetikakoodeks (https://loovteraapiateyhin.wixsite.com/elty/eetikakoodeks). Seetõttu on väärkasutamine vähetõenäoline.</i>
12.2 Tervishoiuteenuse liigkasutamise tõenäosus <i>Esitatakse andmed teenuse võimaliku liigkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. ravi ei lõpetata progressiooni ilmnemisel, ravi alustatakse varem, kui eelnevad ravimeetodid on ära proovitud.</i>	<i>Liigkasutamine pole võimalik.</i>
12.3 Patsiendi isikupära ja eluviisi võimalik mõju ravi tulemustele <i>Kas patsiendi sugu, vanus, eluviis vms omab mõju ravi tulemustele? Kui jah, tuua välja faktor ja tema mõju.</i>	<i>Loovteraapia on interaktiivne sekkumise viis ning patsienti kaasatakse aktiivselt. Teraapias osalemiseks on vajalik patsiendi nõusolek.</i>
12.4 Kas tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutamise tagamiseks on vajalik kohaldamise tingimuste sätestamine	<i>ei</i>
12.5 Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused <i>Kui 12.4 on vastatud jaatavalt, palume sõnastada teenusega seotud rakendustingimused, mis aitaksid tagada tervishoiuteenuse ohutut ja optimaalset kasutust.</i>	

13. Kasutatud kirjandus

Kasutatud kirjandusallikate viide esitatakse järgmiselt:

Esimene autor. Artikli nimetus. Väljaandja (artikli puhul ajakirja, -lehe nimi; raamatu puhul kirjastuse nimi), ilmumise aasta, kuu ning ajakirja puhul selle number, lehekülgede numbrid.

Nt: Pouwer F et al. Association between symptoms of depression and glycaemic control may be unstable across gender. Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association, 2001, Jul;18(7), 595-598.

Võimalusel esitatakse lisaks veebilink. Kui elektroonilisi viiteid ei ole võimalik esitada, esitatakse taotlusega koos viidatud materjalidest elektroonsed või paberkanalid koopiaid.

Abbing A et al. The effectiveness of art therapy for anxiety in adult women: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 2019, 10, 1203. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01203>

Archer S et al. The effect of creative psychological interventions on psychological outcomes for adult cancer patients: a systematic review of randomised controlled trials. *Psycho-Oncology* 2015, 24, 1–10. <https://doi.org/10.1002/pon.3607>

Beard RL. Art therapies and dementia care: A systematic review. *Dementia*, 2011, 11, 633-56. <https://doi.org/10.1177/1471301211421090>

Blomdahl C et al. A manual-based phenomenological art therapy for individuals diagnosed with moderate to severe depression (PATd): A randomized controlled study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2018, 41(3), 169–182. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000300>

Boehm K et al. Arts therapies for anxiety, depression, and quality of life in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014, 103297. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/103297>

Chung J & Woods-Giscombe C. Influence of dosage and type of music therapy in symptom management and rehabilitation for individuals with Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 2016, 37(9), 631–641. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1181125>

Dannecker K (Ed). *Arts therapies and new challenges in psychiatry*. Routledge, 2018.

Dunphy K et al. Creative arts interventions to address depression in older adults: A systematic review of outcomes, processes, and mechanisms. *Frontiers in Psychology*, 2019, 9, 2655. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02655>

Fancourt D et al. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 67), 2019.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329834/9789289054553-eng.pdf?fbclid=IwAR3PcesrPzfz-UIV_D8EJckM6SZDR8L3udWJ5M02clMs1Y-NmT5VW52MqPM

Gastaldon C et al. Are trials of psychological and psychosocial interventions for schizophrenia and psychosis included in the NICE guidelines pragmatic? A systematic review. *PLoS ONE*, 2019, 14(9), e0222891. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222891>

Geretsegger M et al. Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014, 6, CD004381. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004381.pub3>.

Gold C et al. Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2009, 29(3), 193-207. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.001>

Gökçen A. The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 2020, 71, 101702. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101702>

Havsteen-Franklin D et al. A thematic synthesis of therapeutic actions in arts therapies and their perceived effects in the treatment of people with a diagnosis of Cluster B personality disorder. *The Arts in Psychotherapy*, 2019, 63, 128–140. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.10.001>

Heiderscheit A (Ed). Creative arts therapies and clients with eating disorders. Jessica Kingsley Publisher, 2016.

Hertrampf R-S & Wärja M. The effect of creative arts therapy and arts medicine on psychological outcomes in women with breast or gynecological cancer: a systematic review of arts based interventions. *Arts in Psychotherapy*, 2017, 56, 93–110. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2017.08.001>

Jia R et al. The effectiveness of adjunct music therapy for patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 2020, Nov; 293, 113464
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113464>

Kaimal et al. Long-term art therapy clinical interventions with military service members with traumatic brain injury and post-traumatic stress: Findings from a mixed methods program evaluation study. *Military Psychology*, 2021, 33(1), 29-40. <https://doi.org/10.1080/08995605.2020.1842639>

Karkou V et al. Effectiveness of dance movement therapy in the treatment of adults with depression: A systematic review with meta-analyses. *Frontiers of Psychology*, 10, 936.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00936>

Koch SC. Arts and health: Active factors and a theory framework of embodied aesthetics. *The Arts in Psychotherapy*, 2017, 54, 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.02.002>

Koch SC et al. Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes. A meta-analysis update. *Frontiers in Psychology*, 2019, 10, 1806.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01806>

Lee H-J et al. Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms inpatients with schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*, 2015, 45, 64-68.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.07.003>

Lu G et al. Effects of music therapy on anxiety: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research*, 2021, Oct; 304, 114137. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114137>.

Moula Z et al. A systematic review of child-focused outcomes and assessments of arts therapies delivered in primary mainstream schools. *Children and Youth Services Review*, 2020, 112, 104928.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104928>

Mössler K et al. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, Dec; 7(12), CD004025.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub3>.

Parsons A et al. Arts for the blues – a new creative psychological therapy for depression. *British Journal of Guidance & Counselling*, 2020, 48(1), 5–20.
<https://doi.org/10.1080/03069885.2019.1633459>

Ren J & Xia J. Dance therapy for schizophrenia. *Cochrane Systematic Reviews*, 2013.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006868.pub3>

Rüütel E. Loovteraapia kontseptsioonist, rakendamisest ja tõendus põhiseusest. *Eesti Arst*, 2017, 96(11), 661–668. <https://eestiartst.ee/loovteraapia-kontseptsioonist-rakendamisest-ja-toendus-pohisusest/>

Stuckey HL & Nobel J. The connection between art, healing, and public health: A review of current literature. *American Journal of Public Health*, 2010;100, 254–63.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2013.09.003>

Zubala A et al. Description of arts therapies practice with adults suffering from depression in the UK: Quantitative results from the nationwide survey. *Arts in Psychotherapy*, 2013, 40, 458–64.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2013.09.003>

Zubala A & Karkou V (Eds). *Arts therapies in the treatment of depression*. Routledge, 2018.

Taotluse esitamise kuupäev	30.11.2021
Taotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	Eha Rüütel, Eesti Loovteraapiate Ühing <i>(allkirjastatud digitaalselt)</i>
Kaastaotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Kui taotlus esitatakse mitme erialaühenduse poolt, tuleb taotlus allkirjastada ka kaastaotleja poolt. Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	Kaia Laurik, Eesti Muusikateraapia Ühing <i>(allkirjastatud digitaalselt)</i>
Kaastaotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Kui taotlus esitatakse mitme erialaühenduse poolt, tuleb taotlus allkirjastada ka kaastaotleja poolt. Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	Anne Kleinberg, Eesti Psühhiaatrite Selts <i>(allkirjastatud digitaalselt)</i>