

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>	Eesti Loovteraapiate Ühing
1.2 Taotleja postiaadress	[REDACTED]
1.3 Taotleja telefoninumber	
1.4 Taotleja e-posti aadress	eestiloovteraapiad@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	[REDACTED]
1.9 Kontaktisiku e-posti aadress	[REDACTED]

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	Grupiloovteraapia
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.

- Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse
- Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse
- Olemasolevas tervishoiuteenuses sihtgrupi muutmine (sh. laiendamine või piiramine)
- Eriala kaasajastamine (terve ühe eriala teenuste ülevaatamine)
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse (nt. teenuses olemasoleva kulukomponendi muutmine)²
- 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
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kindlustatud isiku omaosaluse määra, haigekassa poolt kindlustatud isikult ülevõetava tasu maksmise kohustuse piirmäära muutmine⁴
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse nimetuse muutmine⁵
- Tervishoiuteenuse väljaarvamine loetelust⁶
- Üldkulude ühikuhindade muutmine vastavalt määruse „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ § 36 lõikele 2⁷

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 ebahühtlane. Nõudlus psühhiaatrilise abi järele on pidevalt tõusnud seoses haigestumuse tõusu, statsionaarsete voodikohtade vähenemise, inimeste teadlikkuse tõusu, negatiivse hoiaku vähenemisega teatud 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 psühhoteraapiat viiakse läbi väga piiratud ulatuses.

Loovteraapiat defineeritakse kui loovus- ja loomingupõhiste meetodite ja tehnikate psühhoteraapilist 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 takistatud või mitte soovitud.

Loovteraapiat on võimalik osutada nii psühhoteraapilise kui ka vajadusel rekreatiivse, funktsionaalse või palliatiivse sekkumisena. Loovteraapia on maailmas psühhiaatrias laialt kasutusel nii laste täiskasvanute kui eakatega.

² Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 6

³ Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2 ja 12 ning kui on kohaldatav, siis ka 7 ja 8

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 hulga“

Grupiloovteraapia sobib psüühikahäirete integratiivravi komponendiks (nt Kaimal et al 2021) ja on leidnud rakendamist ka psühhiaatrilises esmaabis (Hanvey & Tepper-Lewis 2019).

Grupiloovteraapia on eelistatud kui ravieesmärk sisaldab sotsialiseerumist ja kommunikatsiooni arendamist (Jones et al 2017). Grupiloovteraapia võib olla kombineeritud individuaalse loovteraapiaga personaalsete teemade põhjalikumaks läbitöötamiseks (nt Kaimal et al 2021).

Sotsiaalministeeriumi poolt 2020. aastal koostatud Vaimse tervise rohelises raamatus on välja toodud, et kaasaegne meeskonnapõhine 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. (Allikas <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 psühhoteraapia ei annaks soovitud tulemust ja patsient vajab süsteemset loovterapeutilist ravi.

Grupi loovteraapiat kasutatakse patsientidel juhul, kui teraapia eesmärgiks on tegelemine patsiendi suhtlusprobleemidega, olemasoleva psühhosotsiaalse toimetulekutaseme alalhoidmine ja soodustamine, patsiendi isoleerituse vähendamine nii haiglas kui eraelus, kohanemisraskuste leevendamine, patsiendile vajalike käitumisviiside ja emotsiooni reguleerimisoskuste õpetamine.

3.2 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus RHK-10 diagnoosikoodi alusel (kui on kohane)

1. Orgaanilised k.a. sümptomaatilised psüühikahäired F00-F09
2. Psühhoaktiivsete ainete tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäired F10-F19
3. Skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired F20-F29

	<p>4. Meeleoluhäired F30-F39</p> <p>5. Neurootilised, stressiga seotud ja somatoformsed häired F40-49</p> <p>6. Füsioloogiliste funktsioonide häirete ja füüsiliste e. somaatiliste teguritega seotud käitumissündroomid F50-59</p> <p>7. Täiskasvanu isiksus- ja käitumishäired F60-F69</p> <p>8. Vaimne alaareng F70-79</p> <p>9. Psühholoogilise arengu häired e. psüühilise arengu spetsiifilised häired F80-89</p> <p>10. Tavaliselt lapseas alanud käitumis- ja tundeeluhäired F90-F98</p> <p>11. Täpsustamata psüühikahäire F99 (F90-98) (F80-84)</p>
--	--

3.3 Näidustuse aluseks oleva haiguse või tervises seisundi iseloomustus

Kirjeldada haiguse või tervises seisundi 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. (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 põhjus

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 täistekstina kättesaadavad ingliskeelsed 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 grupiloovteraapia.

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 grupiloovteraapia tulemusi käsitlevad uuringud.

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

KUNSTITERAAPIA (KT)

Haeyen, S., van Hooren, S., van der Veldf, W. M., & Hutschemaekers, G. (2018). Promoting mental health versus reducing mental illness in art therapy with patients with personality disorders: A quantitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 58, 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.12.009>

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.

74 participants were randomly assigned to the art therapy group or the waiting list group after signing informed consent forms. Participants (N = 74) were on average 37.48 years old (SD = 10.45) and the majority (70.3%) were female. The most prevalent personality disorders were: borderline personality disorder (32.3%), avoidant personality disorder (20.4%) and unspecified personality disorder (23.1%).

Inclusion criteria were: age (18+ years), IQ >80, adequate mastery of the Dutch language and a primary diagnosis of at least one Axis II Personality Disorder cluster B and/or C, or a personality disorder not otherwise specified (APA, 2013) as determined with SCID-II. Exclusion criteria were: acute crisis, psychosis, actual and serious suicidal behavior and/or thought, and severe brain pathology.

Eleven patients dropped out between the pre-test and post-test: six from the experimental group and five from the control group. Reasons for drop out were psychological problems, mourning, fear of travel, crisis (psychological/alcohol), work-related problems and unknown (no contact). Post-test measures of the drop-outs were not available. However, in a drop-out analysis of pre-test measures, we did not find any significant differences between the groups' demographic and diagnostic characteristics.

4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus

The 10-week art therapy program consisted of a structured art therapy intervention protocol for patients with personality disorders. The protocol consisted of assignments aimed at improving mindfulness, self validation, emotion regulation skills, interpersonal functioning and insight and comprehension. The assignments were extracted from the workbook Don't Act Out, but Live Through (Haeyen, 2007). The protocol was designed for an open group with a

	maximum of nine participants, meaning that participants could start at different times but always participated in a 10-session cycle and the number of participants for each session varied
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	Ootejärjekorras olevad kliendid.
4.2.4 Uuringu pikkus	10 nädalat.
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i>	<p>To measure mental health, we used the following indicators: the Acceptance and Action Questionnaire-II (Jacobs, Kleen, De Groot, & A-Tjak, 2008), the Dutch Mental Health Continuum-Short Form (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Ten Klooster, & Keyes, 2011), the Mindful Attention Awareness Scale (Schroevers, Nyklicek, & Topman, 2008) and the adaptive scales of the Schema Mode Inventory (Young et al., 2007).</p> <p>To measure mental illness, we used the following indicators: the symptom distress subscale and interpersonal relations subscales of the OQ45 (De Jong et al., 2007; Lambert et al., 1996), and the maladaptive scales of the Schema Mode Inventory (Young et al., 2007).</p> <p>The Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) measures the experiential avoidance, the opposite of acceptance and psychological flexibility. The AAQ-II consists of 10 items (e.g. “I’m afraid of my feelings” or “I am in control of my life”) that are scored on a 7-point scale ranging from 1 (never true) to 7 (always true). The reliability of the Dutch version of the AAQ-II is good (Bond et al., 2011; Fledderus, Oude Voshaar, Ten Klooster & Bohlmeijer, 2012; Jacobs et al., 2008). The Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) measures emotional, social, and psychological well-being. The scale consists of 14 items (e.g., “During the past month, how often did you feel happy?” or “During the past month, how often did you feel that you had experiences that challenged you to grow and become a better person?”) that are scored on a 6-point scale ranging from never (0) to every day (5). Emotional well-being is about satisfaction and positive feelings like happiness, interest and pleasure in life. Social well-being focuses on optimal functioning in society, such as social contribution and integration. Psychological well-being focusses on optimal personal performance and includes aspects such as autonomy and self-acceptance. The reliability of the MHC-SF is good (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Ten Klooster, & Keyes, 2011). The Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS) measures receptive awareness of, and attention to, what is taking place in the present. The scale consists of 15 items, e.g. “I notice that I do things without paying attention”, and “I find it difficult to stay focused on what’s happening in the present”. The items are scored on a 6-point scale ranging from almost always (1) to almost never (6). The test’s reliability and validity are good (Brown and Ryan, 2003; Carlson & Brown, 2005). The Outcome Questionnaire 45 (OQ45) measures global subjective mental functioning. This questionnaire contains three sub domain scores:</p>

	<p>‘Symptom distress,’ ‘Interpersonal relations’ and ‘Social role.’ It consists of 45 items (“I get along well with others” or “I blame myself for things”) that are scored on a 5-point scale ranging from 0 (never) to 4 (almost always). The reliability and validity for the Dutch version are good (De Jong & Nugter, 2004; De Jong et al., 2007). We excluded the ‘social role’ subscale because of less convincing internal consistency; disappointing values for Cronbach’s alpha were found in the university, community and clinical samples (De Jong et al., 2007). In addition, social role functioning probably does not represent problematic behavior (mental illness) in all items. The Schema Mode Inventory (SMI version 1), measures 14 states of mind (modes) divided in two categories: adaptive and maladaptive schema modes, that a patient may experience for a shorter or longer period, e.g. the vulnerable child, the raging child, the compliant surrender, the punitive parent and the healthy adult. The inventory contains of 124 items (e.g. “I often feel alone in the world” or “I feel listened to, understood and validated”) that are scored on a 6-point scale ranging from 0 (never or almost never) to 5 (always). The reliability of the Dutch version is good (Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten & Arntz, 2010).</p>
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	<p>We found that all indicators changed significantly over time, indicating that art therapy had an effect in both of the domains of mental health and mental illness. The effect of art therapy on the indicators of mental health ranged between $d = 0.52$ for the MHC-SF SW and $d = 1.46$ for the AAQ-II. For mental illness, the effect sizes ranged between $d = -0.82$ for the OQ45 IR and $d = -1.32$ for the SMI maladaptive modes. The average effect of art therapy on indicators of mental health was $d = 1.06$ and on indicators of mental illness it was $d = -1.09$. Both were considered as large effect sizes and indicated that art therapy promoted mental health (mean $d = 1.06$) as well as reduced mental illness (mean $d = -1.09$)</p>
4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i>	<p>The relationship between mental health and mental illness.</p>
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	<p>The correlation between mental health and mental illness was significant and quite strong ($r = -0.75$, $p < 0.00$). This result indicated that the empirical distinction between mental health and mental illness in this sample of personality disorder patients was poor at best.</p>

<p>Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C., Vink, A. C., ... & Gold, C. (2017). Music therapy for depression. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, 11. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub3</p>	
<p>4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiseloostust, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i></p>	<p>Ühtekokku oli osalejaid üheksast uurimusest, kokku 421 osalejat. Osalejate vanused varieerusid 14 eluaastast 86 eluaastani. Seitsmes uurimuses üheksast oli osalejate seas nii mehi kui naisi (meeste osakaal varieerus 10,53% - 49,21%). Ühes uurimuses osalesid vaid meessoost osalejad ning ühes polnud osalejate sugu välja toodud. Peamiseks kaasamise kriteeriumiks oli depressiooni diagnoosi olemasolu, sealhulgas kaasati ka kaasuvate diagnoosidega (ärevushäire, alkoholism, autism, skisofreenia, psühhhoos, dementsus, isiksushäire jne) osalejaid.</p>
<p>4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus</p>	<p>Igat tüüpi muusikateraapia (improvisatsiooniline, rekreatiivne, kompositsiooniline, retseptiivne), mida viidi läbi ainsa sekkumisena või tavapärasele ravile lisaks.</p>
<p>4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus</p>	<p>Treatment as usual (TAU) and psychological, pharmacological, and/or other therapies.</p> <p>Comparator interventions</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TAU (as defined by trialists) 2. Psychological therapies 3. Pharmacological therapies 4. Another form of music therapy
<p>4.2.4 Uuringu pikkus</p>	<p>Lengths of intervention varied from six weeks in Radulovic 1996 to 12 weeks in Atiwannapat 2016 and Hendricks 2001, with the total number of sessions ranging from eight in Hanser 1994 to 48 in Chen 1992. The duration of each session varied from 20 minutes in Radulovic 1996 to 120 minutes in Alborno 2011.</p>
<p>4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus väljund</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depressive symptoms: We assessed depressive symptoms according to continuous validated depression measures. We analysed clinician-rated scales, such as the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D; Hamilton 1960), separately from patient-reported scales, such as the Beck Depression Inventory (BDI; Beck 1961). 2. Adverse effects: We assessed the number of adverse events.
<p>4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus</p>	<p>Concerning primary outcomes, we found moderate-quality evidence of large effects favouring music therapy and TAU over TAU alone for both clinician-rated depressive symptoms (SMD -0.98, 95% CI -1.69 to -0.27, 3 RCTs, 1 CCT, n = 219) and patient-reported depressive symptoms (SMD -0.85, 95% CI -1.37 to -0.34, 3 RCTs, 1 CCT, n = 142). Music therapy was not associated with more or fewer adverse events than TAU.</p>
<p>4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Social and occupational functioning, as measured by a validated tool, such as the Social Functioning Questionnaire (SFQ; Tyrer 2005) 2. Self-esteem, as measured by a validated tool, such as the Rosenberg Self-Esteem Inventory (RSE; Rosenberg 1979) 3. Quality of life, as assessed on a validated measure scale, such as EuroQol (Brooks 1995) 4. Costs or cost-effectiveness (or a combination) of treatment, as assessed by any type of qualitative or quantitative analysis, such as TiC-P (commonly applied questionnaire on healthcare utilisation and productivity losses in patients with a psychiatric disorder) (Bouwman 2013) 5. Leaving the study early owing to non-acceptability or tolerability of treatment for any reason, based on any type of qualitative or quantitative analysis 6. Anxiety, as measured by a validated assessor-rating scale, such as the Hamilton Anxiety Scale (HAM-A; Hamilton 1959), or a self-rating scale, such as the Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck 1988) 7. Satisfaction with treatment, as measured by validated tools, such as the howRwe questionnaire (Benson 2014)

4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	Regarding secondary outcomes, music therapy plus TAU was superior to TAU alone for anxiety and functioning. Music therapy and TAU was not more effective than TAU alone for improved quality of life (SMD 0.32, 95% CI -0.17 to 0.80, P = 0.20, n = 67, low-quality evidence). We found no significant discrepancies in the numbers of participants who left the study early (OR 0.49, 95% CI 0.14 to 1.70, P = 0.26, 5 RCTs, 1 CCT, n = 293, moderate-quality evidence).
---	---

MUUSIKATERAAPIA (MT)	
Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, Ł., Chen, X. J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 5, CD004025. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4	
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>	Inclusion criteria for participants: People with schizophrenia or schizophrenia-like disorders, diagnosed by any criteria, irrespective of gender, age or nationality. In total 18 studies were included in the review (1215 participants). All studies included adults with schizophrenia or related psychoses. The included studies differed somewhat with respect to diagnostic heterogeneity. Three studies included people with schizophrenia as well as people with related psychoses. The other 15 trials were more restrictive, allowing only people with schizophrenia or only a certain subtype of schizophrenia.
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	All studies compared music therapy added to standard care with standard care alone. The setting of music therapy was group therapy in most of the studies; two studies used an individual setting, while two others used a combination of group and individual settings. Music therapy varied according to the use of active and receptive methods, level of structure, focus of discussions and verbal reflection. In five studies, the content of music therapy included receptive working modalities (listening to music). Four trials included exclusively active music making (improvisation, singing), and the remaining nine made use of both active and receptive ingredients.
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	Standard care alone
4.2.4 Uuringu pikkus	The number of sessions per week varied greatly from one to six. Where not explicitly stated, we calculated the maximum possible number of sessions received by patients from session frequency and treatment duration. The overall number of sessions offered was below 20 in seven studies which according to the a priori criteria for this review can be classified as low dosage of music therapy; in 10 studies, 20 or more sessions were offered, corresponding to a high dosage; for three of these, numbers of sessions offered were much higher than in other studies (a total of 78, up to 160, and up to 240). There was also considerable variation in the total duration of therapy (from one to six months). Ten of the studies can be classified as short-term music therapy (up to 12 weeks), seven studies as medium-term music therapy (13 to 26 weeks), and one as long-term music therapy (six months). The duration of studies varied from one to six months. Ten studies examined the short-term effects of music therapy over about one to one-and-a-half months. Seven trials investigated medium-term effects over three to four months. Two studies examined the long-term effects of music therapy over six to nine months.
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus väljund</i>	1. Global state (1.1 Clinically important change in global state - as defined by individual studies) 2. Mental state (2.1 Clinically important change in general mental state - as defined by individual studies; 2.2 Clinically important change in specific symptoms: negative symptoms - as defined by individual studies)

	<p>3. Functioning (3.1 Clinically important change in general functioning - as defined by individual studies; 3.2 Clinically important change in social functioning - as defined by individual studies)</p>
<p>4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus</p>	<p>A positive effect on global state was found for music therapy compared to standard care (medium term, 2 RCTs, n = 133, RR 0.38 95% confidence interval (CI) 0.24 to 0.59, low-quality evidence, number needed to treat for an additional beneficial outcome NNTB 2, 95% CI 2 to 4). No binary data were available for other outcomes. Medium-term continuous data identified good effects for music therapy on negative symptoms using the Scale for the Assessment of Negative Symptoms (3 RCTs, n = 177, SMD -0.55 95% CI -0.87 to -0.24, low-quality evidence). General mental state endpoint scores on the Positive and Negative Symptoms Scale were better for music therapy (2 RCTs, n = 159, SMD -0.97 95% CI -1.31 to -0.63, low-quality evidence), as were average endpoint scores on the Brief Psychiatric Rating Scale (1 RCT, n = 70, SMD -1.25 95% CI -1.77 to -0.73, moderate-quality evidence). Medium-term average endpoint scores using the Global Assessment of Functioning showed no effect for music therapy on general functioning (2 RCTs, n = 118, SMD -0.19 CI -0.56 to 0.18, moderate-quality evidence). However, positive effects for music therapy were found for social functioning (Social Disability Screening Schedule scores; 2 RCTs, n = 160, SMD -0.72 95% CI -1.04 to -0.40).</p>
<p>4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i></p>	<p>1. Global state (1.1 Relapse; 1.2 Time to relapse; 1.3 Any change in global state; 1.4 Average endpoint global state score; 1.5 Average change in global state scores; 1.6 Change in medication dose)</p> <p>2. Mental state (2.1 Any change in general mental state; 2.2 Average endpoint general mental state score; 2.3 Average change in general mental state scores 2.4 Clinically important change in other specific symptoms (e.g. positive, cognitive); 2.5 Any change in specific symptoms; 2.6 Average endpoint specific symptom score; 2.7 Average change in specific symptom scores)</p> <p>3. Functioning 3.1 General (3.1.1 Any change in general functioning; 3.1.2 Average endpoint general functioning score; 3.1.3 Average change in general functioning scores 3.2 Specific (3.2.1 Clinically important change in other specific aspects of functioning (such as cognitive functioning or life skills); 3.2.2 Any change in specific aspects of functioning (such as cognitive functioning, social functioning or life skills); 3.2.3 Average endpoint specific aspects of functioning (such as cognitive functioning, social functioning or life skills); 3.3.4 Average change in specific aspects of functioning (such as cognitive functioning, social functioning or life skills)</p> <p>4. Leaving the study early (4.1 For specific reasons; 4.2 For general reasons)</p> <p>5. Service outcomes (5.1 Hospitalisation; 5.2 Time to hospitalisation)</p> <p>6. Behaviour (6.1 Clinically important change in general behaviour; 6.2 Any change in general behaviour; 6.3 Average endpoint general behaviour score; 6.4 Average change in general behaviour scores; 6.5 No clinically important change in specific aspects of behaviour; 6.6 Not any change in specific aspects of behaviour; 6.7 Average endpoint specific aspects of behaviour 6.8 Average change in specific aspects of behaviour)</p> <p>7. Adverse effects/event (7.1 Clinically important general adverse effects; 7.2 Any general adverse effects; 7.3 Average endpoint general adverse effect score; 7.4 Average change in general adverse effect scores; 7.5 Clinically important change in specific adverse effects; 7.6 Any change in specific adverse effects; 7.7 Average endpoint specific adverse effects; 7.8 Average change in specific adverse effects; 7.9 Adverse event: death (suicide or natural causes))</p> <p>8. Engagement with services (8.1 Clinically important engagement; 8.2 Any engagement; 8.3 Average endpoint engagement score; 8.4 Average change in engagement scores)</p> <p>9. Satisfaction with treatment</p>

	<p>(9.1 Recipient of care satisfied with treatment; 9.2 Recipient of care average satisfaction score; 9.3 Recipient of care average change in satisfaction scores; 9.4 Carer satisfied with treatment; 9.5 Carer average satisfaction score; 9.6 Carer average change in satisfaction scores)</p> <p>10. Quality of life (10.1 Clinically important change in quality of life; 10.2 Any change in quality of life; 10.3 Average endpoint quality of life score; 10.4 Average change in quality of life scores; 10.5 Clinically important change in specific aspects of quality of life; 10.6 Any change in specific aspects of quality of life; 10.7 Average endpoint specific aspects of quality of life; 10.8 Average change in specific aspects of quality of life)</p> <p>11. Economic outcomes (11.1 Direct costs; 11.2 Indirect costs)</p>
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	<p>Positive effects for music therapy were found for quality of life (General Well-Being Schedule scores: 1 RCT, n = 72, SMD 1.82 95% CI 1.27 to 2.38, moderate-quality evidence). There was no data available for adverse effects, service use, engagement with services, or cost.</p>

TANTSU- JA LIIKUMISTERAAPIA (TLT)

Karkou, V., Aithal, S., Zubala, A., & Meekums, B. (2019). Effectiveness of dance movement therapy in the treatment of adults with depression: A systematic review with meta-analyses. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00936>

4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringurühmade lõikes

Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringurühmi lõikes ning nende lühiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.

A total of 351 participants (8 studies) were involved. From those participants, 192 attended DMT groups and 159 were part of control groups.

There were 68 male and 283 female participants, the latter being 81 percent of the total population.

With the exception of the study by Jeong et al. (2005) which involved adolescents, all of the included studies addressed adults with depression. The age range for the studies with adults was 18–65 with an average of 40.6 years of age. The average age for the Korean study was 16 (Jeong et al., 2005).

Included studies offered interventions to people with symptoms of depression as defined by the trialist and assessed through diagnostic means such as ICD-10 or DSM or through using a standardized measure such as

	<p>Becks Depression Inventory, the Symptom Check List-90-Revision or the Hamilton Rating Scale.</p> <p>There was no restriction in terms of severity of depression, age, gender or ethnicity. Studies with participants whose primary diagnosis was something other than depression and/or individual symptoms of depression (e.g., low mood) in the absence of sufficient evidence to form a firm diagnosis of depression were excluded.</p>
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/teenuse kirjeldus	<p>The intervention was facilitated by a practitioner who had received formal training, was a dance movement therapist in training or was otherwise accredited in the country in which the study was conducted. In countries where professional accreditation was not available, the available description of the intervention was examined to establish that it demonstrated key relevant characteristics of DMT practice. DMT practice was defined as an active engagement of participants in dance movement in the presence of a therapist. All DMT approaches were considered, but in all cases the intervention had a clear psychotherapeutic intent and fostered a psychotherapeutic relationship. Dance classes with therapeutic benefits were therefore excluded.</p>

<p>4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus</p>	<p>In the studies where there was a control group, DMT groups were added to existing TAU and were compared with TAU alone.</p> <p>The only exception to this was the Korean study, for which the control group was on a waiting list. TAU often included medication and some brief contact with a mental health professional. Participants in all the studies included did not receive another form of regular and weekly psychotherapy.</p>
<p>4.2.4 Uuringu pikkus</p>	<p>The number of sessions varied from 12 in the Pylvänäinen et al. (2015) study to 36 in the Jeong et al. (2005) study with all the remaining studies offering 20 sessions. DMT groups were offered once, twice, three times and, in the case of the Chinese study, five times per week. The duration of each session also varied from 45min in the Korean study that took place in a school to 120min in the Chinese study that took place in an inpatient psychiatric hospital. The studies conducted in Europe included sessions that lasted from 60 to 90 min each.</p>
<p>4.2.5 Esmane tulemusnäitaja</p> <p><i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i></p>	<p>In all studies the primary outcomes were the severity of depression measured through SCL, BDI, and HAM-D. Two different versions of BDI were used (the first one published in 1961 and the other a revised version BDI II published in 1996). BDI and SCL are self-reported inventories, while HAM-D is observational. Despite their differences, these tools are regarded as sensitive to capture mood, body image, health anxiety, sleep loss, appetite and many other factors related to the diagnostic criteria of depression.</p>

4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus

All the included studies showed a decrease in the severity of depression. Two studies (Xiong et al., 2009 and Röhricht et al., 2013) involved participants with very severe depression and the majority of the other studies (all five Finnish studies) involved participants with moderate depression at the beginning. Only the Jeong et al. (2005) participants had mild depression at baseline assessment. Toward the end of the DMT intervention, all the studies with moderate severity of depression at baseline showed a reduction to either mild (Punkanen et al., 2014; Hyvönen et al., 2018) or minimal depression (Pylvänäinen et al., 2015). Results from the randomized and well-controlled Röhricht et al. (2013) study indicate a gradual shift from severe depression to moderate depression. Xiong et al. (2009) report a drastic improvement and a sharp shift from severe depression to mild depression. Pylvänäinen et al. (2015) is the only study which resulted in participants having minimal depression after the DMT intervention, i.e., appearing to present full recovery.

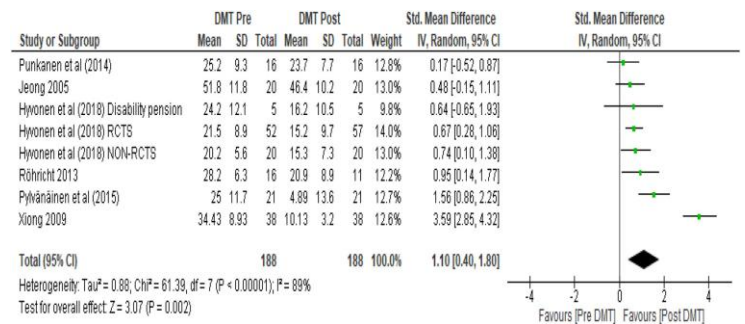


FIGURE 6 | Within DMT groups (pre DMT vs. post DMT).

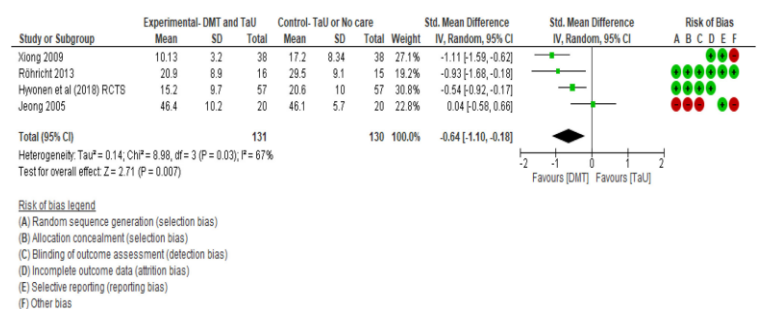
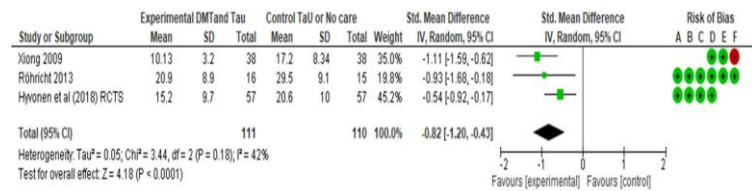


FIGURE 8 | *Between Groups—RCTs (post DMT vs. control).*



Risk of bias legend

- (A) Random sequence generation (selection bias)
- (B) Allocation concealment (selection bias)
- (C) Blinding of outcome assessment (detection bias)
- (D) Incomplete outcome data (attrition bias)
- (E) Selective reporting (reporting bias)
- (F) Other bias

FIGURE 9 | *Sensitivity analysis for between groups—RCTs only with moderate to low risk (post DMT vs. control).*

Only three RCTs with moderate to low risks were included in this last calculation that included scores from 111 participants, all of whom were adults. Our meta-analysis showed a SMD of -0.82 suggesting a large effect size according to Cohens rule of thumb (Lipsey and Wilson, 2001), favoring the DMT intervention. The confidence interval was -1.20-0.43. Since it did not contain zero, there is limited uncertainty around the average treatment effect estimate. We can therefore say with confidence that DMT has an impact in reducing scores of depression. The confidence interval depicts the uncertainty around the average treatment effect estimate. In this analysis, as the confidence interval does not contain zero, there is strong evidence that, on average, the DMT effect is beneficial to the participants.

	<p><i>When the SMDs were compared as end scores between the groups that received DMT and the control groups, an effect size of -0.64 favoring DMT treatment was found.</i></p> <p><i>Qualitative findings suggest there was a decrease in depression scores in favor of DMT groups in all studies. Subgroup analysis performed on depression scores before and 3 months after the completion of DMT groups suggested changes in favor of the DMT groups. When sensitivity analysis was performed, RCTs at high risk of bias were excluded, leaving only studies with adult clients up to the age of 65. In these studies, the highest effect size was found favoring DMT plus TAU for adults with depression, when compared to TAU only.</i></p>
<p>4.2.7 Teised tulemusnäitajad</p> <p><i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i></p>	<p>Secondary outcomes included social and occupational functioning, quality of life, self-esteem, body image, cost effectiveness and adverse events. In this paper however, only results from primary outcomes are reported.</p>
<p>4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused</p>	

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: Perifeersete dopamiinergiliste toimete põhjustatud kõrvaltoimeid (iiveldus,</i>	

oksendamise 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.

Teenuse osutamisel ei ole täheldatud kõrvaltoimeid või tüsistusi, mis suurendaksid ravikulusid.

4.4. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas

Kirjeldada publitseeritud ravi tulemusi maailmapraktikas, kui puuduvad tervishoiuteenuse tõendus põhise andmed ravi tulemuslikkuse ja ohutuse kohta avaldatud kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel.

Kliinilised uuringud ja metaanalüüsid olemas.

5. Tõendus põhisis võrreldes alternatiivsete tõendus põhiste raviviisidega

5.1 Ravikindlustuse poolt rahastatav alternatiivne tõendus põhine raviviis tervishoiuteenuste, soodusravimite või meditsiiniseadmete loetelu kaudu

Maksimaalselt palume kirjeldada 3 alternatiivi.

Alternatiivi liik <i>Märkida, millise loetelu (tervishoiuteenused, soodusravimid, meditsiiniseadmed) kaudu on kohane alternatiiv patsiendile kättesaadav</i>	Alternatiiv <i>Märkida alternatiivse raviviisi teenuse kood, ravimi toimeaine nimetus või meditsiiniseadme rühma nimetus.</i>	Lisaselgitus / märkused <i>Vajadusel lisada siia tulpa täpsustav info</i>
1. tervishoiuteenused	7602	verbaalne psühhoteraapia ühele patsiendile grupis (kuni 8 inimest). Vt p. 10.3
2.		
3.		

5.2 Taotletava teenuse ja alternatiivse raviviisi sisaldumine Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes

Kui teenus ei kajastu ravijuhistes või antud valdkonnas rahvusvahelised ravijuhised puuduvad, lisada vastav selgitus lahtrisse 5.2.3. Maksimaalselt palume kirjeldada 5 ravijuhist.

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 soovitab 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,_etusohje_1.1.2011.pdf http://www.kela.fi/kuntoutuspsykoterapia http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023#s12 Taotlusele on lisatud KELA ravijuhis.	2019.a.	KELA poolt rahastatakse muusika- ja kunstiteraapia teenust. KELA rahastab taastuspsühhoterapiat alates aastast 2010 ning sinna alla kuuluvad ka kunsti- ja muusikateraapia	
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	2010.a.	Kunstiteraapiat on nimetatud ühe võimalusena depressiooni raviks.	
<p>5.3 Kokkuvõtte tõendus põhisusest võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega <i>Esitada kokkuvõtvalt teenuse oodatavad lühi- ja pikaajalised tulemused tervisele. nt. surmajuhtumite vähenemine, haigestumisuhtude vähenemine, elukvaliteedi paranemine, kõrvaltoimete sageduse vähenemine, tüsistuste sageduse vähenemine.</i> <i>Lisaks selgitada, kas uus teenus on samaväärne alternatiivse raviviisiga. Väites uue teenuse paremust, tuleb välja tuua, milliste tulemuste osas omab taotletav teenus eeliseid.</i></p> <p>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, psüühhoedukatsiooni ja ravi järgimise teraapia (adherence therapy) uuringute pragmatismi skoor kõrge, mis näitab, et kunstiteraapia uuringuid saab arvestada teraapiateenuse pakkumise otsustamisel skisofreenia ja psüühhoosi puhul.</p> <p>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 kõrvutatades tavapärase raviga, ootejärjekorraga või kunstidega tegelemisega, millel ei ole terapeutiliselt eesmärgistatud juhendamist.</p> <p>Loovteraapia tervisemõjude ülevaates, mis hõlmas 134 uurimust (muusika-, kunsti-, draama- ning tantsu- ja liikumisteraapia ning kombineeritud sekkumised), tõdes Beard (2011), et kunstide</p>			

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), töid Stuckey ja Nobel (2010) esile loovteraapia üldise positiivse efekti ärevuse, stressi ja meeleoluhäirete puhul. Ka hilisemad loovteraapia uuringute süsteemsed 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).

Kunstiteraapias on uuritud kulu-tõhusust. Uttley et al (2015) süstemaatiline ülevaade ja kulu-tõhususe analüüs näitas, et 7 uuringu puhul 11-st oli grupikunstiteraapia seotud vaimse tervise sümptomite oluliste positiivsete muutustega võrreldes kontrollgrupiga (ootejärjekord ja verbaalne psühholoogiline teraapia). (A de novo model was constructed and populated with data identified from the clinical review. Scenario analyses were conducted allowing comparisons of group art therapy with wait-list control and group art therapy with group verbal therapy.)

Kunstiteraapia osutus kulu-tõhusaks võrreldes ootejärjekorruga, ja uuring näitas võimalust, et rühmakunstiteraapia võib olla kulu-tõhusam kui verbaalne rühmateraapia selle sihtgrupi puhul, kuid selle kinnitamiseks on vaja täiendavaid uuringuid.

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 metanalüüsiga 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 kõrgekvaliteedilised 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 meetodilisi juhiseid sisaldavad kogumikke. Tuntuim erialajakiri 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 lisandunud 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 loovterapeudi töö järgnevalt loetletud tegevusi.

Kliendi/patsiendi loovteraapiline hindamine.

Tegevusnäitajad:

1. selgitab välja teraapiaprotsessis osaleja(te) pöördumise või suunamise põhjuse, küsitledes osalejat (osalejaid) ja tutvudes vajadusel asjakohase eelinfoaga;
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.

Tegevusnäitajad:

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 eesmärgi ja sekkumisplaani;
10. juhendab kliendi/patsiendi lähedasi loovteraapia eesmärgi toetavate (loov)tegevuste läbiviimiseks väljaspool loovteraapia seansse.

Loovteraapia läbiviimise ruum on sarnane psühhoterapiaruumile, samas, tantsu- ja liikumisteraapia vajab liikumisruumi, muusikateraapia vajab muusikainstrumentide paigutamiseks ja musitseerimiseks teatud ruumiosa, kunstiteraapia puhul on vaja kunstitööks sobivat lauda ning kappe/riiuleid kunstivahendite ja teraapias tehtud tööde säilitamiseks, samuti kraanikaussi vee võtmiseks ja kunstivahendite pesemiseks.

Teenuse osutamiseks planeeritud aeg on 90 minutit, millest kuni 60 minutit on vahetu kontakt patsiendiga. Rühm ja individuaalne?

7. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks

<p>7.1 Tervishoiuteenuse osutaja Nimetada kohased teenuse osutajad (nt. piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla, kohalik haigla, valikupartner, perearst)</p>	<p>Teenust osutavad psühhiaatrikliinikud, perearstikeskused või tervisekeskused, kellel on Haigekassaga sõlmitud leping. Lisaks võib teenust osutada tasulise teenusena. <u>Piirangud</u> Teenust võib osutada loovteraapia magistrikraadi omav loovterapeut. Teenuse saamise eelduseks on eriarsti saatekiri, kus on märgitud diagnoos, põhjendus loovteraapia kui ravimeetodi valikuks, ravi eesmärk.</p>
<p>7.2 Kas tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt, statsionaarselt, ja/või päevaravis/päevakirurgias? Loetleda sobivad variandid.</p>	<p>ambulatoorselt, statsionaarselt, päevaravis</p>
<p>7.3 Raviarve eriala Nimetada, milliste erialade raviarvete peal antud teenus sisaldub lähtudes ravi rahastamise lepingust.</p>	
<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.</p>	<p>8 seanssi. Teraapiaseansside arv on varieeruv, nt Havsteen-Franklin et al (2019) süstemaatilises ülevaates klaster B isiksusehäirete loovteraapia (muusikakunsti-, tantsu- ja liikumis- ning draamateraapia; individuaal- ja rühmateraapia) kohta võib leida kestuseks 10 seansist mitme aastani. Kunstiteraapia uuring sõjaväelaste PTSH integratiivravi puhul (Jones et al 2018, Kaimal et al 2021) näitas osalejate tagasisides eelistust pikemaajalise (keskmiselt 2 a) grupiteraapia osas (millesse oli integreeritud ka individuaalseansse) võrreldes lühiteraapiaga (3 nädalat). Teraapia toimus kord nädalas. Kaimal et al (2019) järgi oli pikemaajalise ravi puhul oli suurem tõenäosus paranemiseks järgmiste sümptomite osas: õudusunenäod, ootamatult tekkivad mälopildid juhtunust (flashbacks), isolatsioon, õudustunne, inimeste/kohtade/objektide/olukordade vältimine, enesekohased negatiivsed uskumused,</p>

võime kogeda positiivseid emotsioone, teistest võõrandumise või eraldumise tunne, ärrituvus või agressiivne käitumine, ülivalvsus, kergesti ehmumine, unehäired ja eneseteadlikkus (sense of self). Kunstiteraapia ravi kestus oli positiivses korrelatsioonis ravi tulemusega (Spearmani korrelatsioonikordaja 0.33; $p = 0.0144$).

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, õppimiskustega, 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, resilentsus, õppimine, agressiivne käitumine. Väikesed muutused olid depressiooni, ärevuse, tähelepanu ja enesestõmbumise 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 ning tantsu tervisega seotud psühholoogilisi tulemusi (6 tulemuste klastrit - elukvaliteet; kliinilised tulemused, nt ärevus, depressioon; interpersonaalsed oskused; kognitiivsed oskused, psühhomotoorsed oskused ja residuals - psühhootilised 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

	<p>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 seanssi ja Jeong et al, 2005 - 36 seanssi) 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 umbers 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 töökoht, 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> <p><i>2021. aastal alustati Tartu Ülikooli Kliinikumi Laste ja Noorukite Vaimse Tervise Keskuses grupi loovteraapiaga üks kord nädalas.</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. Erakliinikutest pakub Erakliinikutes pakutakse loovteraapiat tasulise teenusena, mis muudab teenuse paljudele abivajajatele kättesaamatuks.</i></p> <p><i>Praktikabaasidena toimivad TÜ Kliinikumi psühhiaatriakliinik, Pärnu Haigla psühhiaatriakliinik, PERH-i psühhiaatriakliinik ja onkoloogia- ja hematoloogiakliinik jt haiglad, kus veel loovterapeute ei tööta (ametikoha loomist takistab raviteenuse koodi puudumine).</i></p>

8.5. Tervishoiuteenuste loetelu koodid, millega tervishoiuteenuse osutamist on raviarvel kodeeritud	<i>Koodid puuduvad. Vt lisa pt, 8.3</i>
8.6 Ravi tulemused Eestis	<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 raviotsesest, milleta on raske kujutada ette tänapäevast psühhiaatrilist ravi;</i> <i>2) paljudel juhtudel on see osutunud efektiivseks psühhoterapeutiliseks sekkumiseks raskete psühhikahäiretega patsientide raviks;</i> <i>3) loovterapeutide töö tulemused on täiendavaks võimaluseks patsientide probleemide sügavamaks mõistmiseks, sest meetod ise võimaldab ulatuda isiksuse nende osadeni, millele puudub ligipääs verbaalsete teraapiameetoditega.</i>

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

9.1 Keskmise teenuse osutamise kordade arv ravijuhu (ühele raviarvele kodeerimise) kohta

6

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: $9.1 * 9.2.2 * 9.2.3$
2022	137	6	4932
2023	155	6	5580
2024	175	6	6300
2025	200	6	7200
9.3 Prognoosi aluse selgitus <i>Esitatakse selgitused, mille põhjal on teenust vajavate patsientide arvu hinnatud ning selgitused patsientide arvu muutumise kohta aastate lõikes.</i>			
SA PERHis oli grupiseansse 2018 - 4322, 2019 - 4882 ja 2020 - 2655. Viimase aasta suur langus on ilmselgelt põhjustatud COVID-19 epideemiast tulenevatest tagajärgedest, mil oli tugevalt häiritud loovteraapiate grupiseansside läbiviimine ja seetõttu tehti enam individuaalseansse. 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. Arvestades et grupi suurus on 3-8 inimest, siis keskmine on 6 inimest ja keskmine kordade arv on ka 6, siis sai grupiteenust 2018 PERHis 120 ja 2019 136 inimest. Lisades siia veel teistes haiglates ning keskustes tehtud töö ja arvestades aasta kasvuks 13%.			
9.4 Tervishoiuteenuse mahtude jagunemine raviasutuste vahel <i>Tabel on vajalik täita juhul, kui tervishoiuteenuse ravijuhud tuleb planeerida konkreetsetesse raviasutustesse, st. tegu on spetsiifilise tervishoiuteenusega, mida hakkaksid osutama vähesed raviasutused.</i>			
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 töövõimetusel

10.1 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda <u>samal</u> raviarvel kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ja teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i>	ei lisandu
10.2 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda alternatiivse tervishoiuteenuse <u>samal</u> raviarvel kajastuvate tervishoiuteenuste koodid</i>	ei lisandu

<p>ning teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</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 psühhoteeraapiat (kood 7602), mis aga on oluliselt kitsama rakendusala, võimaldades vaid verbaalset tööd. Loovteraapias võimaldab loominguliste meediate rakendamine kasutusele võtta kujundilise kommunikatsiooni vahendeid ja võtteid ning integreerida psühhoteeraapilise 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 eriarsti visiit.</i></p>
<p>10.6 Alternatiivse raviviisiga kaasnevad 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 eriarsti visiit.</i></p>

<p>10.7 Kas uus tervishoiuteenus omab teaduslikult tõendatult erinevat mõju töövõimetuse kestvusele võrreldes alternatiivse raviviisiga? <i>Kas töövõimetuse kestuse osas on publitseeritud andmeid teaduskirjandusest ning kas raviviiside vahel saab väita erinevust?</i></p>	-
<p>10.8 Kui jah, siis mitu päeva viibib isik töövõimetusetaslehel taotletava teenuse korral ning mitu päeva viibib isik töövõimetusetaslehel alternatiivse raviviisi korral?</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 müügiõiguse 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 3000-4000eur:

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 (joonistuspaber, 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 grupiteraapia puhul hetkel 12.58 eur ühele haigele grupis (grupis kaks kuni kaheksa haiget) (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 müügiloa 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 lisakasu. 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.*

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

⁸ Vabariigi Valitsuse määrus⁴ 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 kord⁴

⁹ Kätesaadav:

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

<p>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></p>	<p><i>Teenuse osutamine toimub vastavalt näidustusele/diagnoosile, psühhiaatri või perearsti suunamisel.</i></p> <p><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></p>
<p>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></p>	<p><i>Liigkasutamine pole võimalik. Peale haigussümptomite leevenemist on võimalik loovteraapiat jätkata rekreatiivselt.</i></p>
<p>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></p>	<p><i>Loovteraapia on interaktiivne sekkumise viis ning patsienti kaasatakse aktiivselt. Teraapias osalemiseks on vajalik patsiendi nõusolek.</i></p>
<p>12.4 Kas tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutamise tagamiseks on vajalik kohaldamise tingimuste sätestamine</p>	<p>ei</p>
<p>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></p>	

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.

Aalbers S et al. Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub3>

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>

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 schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, 5, CD004025. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4>.

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>

Haeyen S et al. Promoting mental health versus reducing mental illness in art therapy with patients with personality disorders: A quantitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 2018, 58, 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.12.009>

Hanvey C & Tepper-Lewis C. Co-leading for community building: A program description of a dual modality creative arts therapy group in psychiatric emergency care. *The Arts in Psychotherapy*, 2019, 66 (November). Article 101581. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.101581>

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>

Heiderscheid 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>

Jones JP et al. Art therapy interventions for active duty military service members with post-traumatic stress disorder and traumatic brain injury. *International Journal of Art Therapy*, 2018, 23(2), 70-85, <https://doi.org/10.1080/17454832.2017.1388263>

Kaimal G et al. Evaluation of long- and short-term art therapy interventions in an integrative care setting for military service members with post-traumatic stress and traumatic brain injury. *The Arts in Psychotherapy*, 2019, 62, 28-36. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.10.003>

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 in Psychology*, 2019.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00936>

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>

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>

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>

Uttley L et al. The clinical and cost effectiveness of group art therapy for people with non-psychotic mental health disorders: A systematic review and cost-effectiveness analysis. *BMC Psychiatry*, 2015, 15, 151. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0528-4>

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>