

Kliiniliste psühholoogide poolt läbiviidavad kaugteraapiad

Eelanalüüs

Töögrupp kuulusid järgnevad kliinilised psühholoogid: Kariina Laas
Triinu Tänavsuu
Siim Jakobsoo

Teostatud Haigekassa tellimusel

05.10.2020

1. Kasutatavad mõisted

Kaugteraapia (ingl.k. *telepractice*, “telepsychology”, “*telemental health*”, “*telehealth*”, “*digital psychotherapy*”) - psühhoterapia, mida viiakse läbi üle videosilla, telefoni teel või läbi interneti.

Videosilla vahendusel läbiviidav psühhoterapia (VSP)

Koostöösuhe - hinnanguvaba, toetav ja avatud suhtlemisstiil patsiendi ja terapeudi vahel, millest oleneb suuresti teraapia väljund

Silmast-silma e. näost-näkkü läbiviidav psühhoterapia (NNP) - ingl.k. *face-to-face psychotherapy*

Telefoni teel läbiviidav psühhoterapia (TTP)

Interneti teel läbiviidav psühhoterapia (IMT)

2. Teaduspõhisuse analüüs

2.1. Kliiniline efektiivsus

Kaks kolmandikku depressiivsetest patsientidest on toonud välja, et nende regulaarselt psühhoterapias käimist takistab mõni praktiline takistus, näiteks raskus leida endale transport (Mohr et al, 2006).

Edasiselt on toodud eraldi välja videosilla teel, telefoni teel ning interneti teel läbiviidava psühhoterapia teaduspõhisus.

Videosilla vahendusel läbiviidaval psühhoterapial (VSP) on silmast-silma e näost-näkkü psühhoterapia (NNP) ees mitu eelist, näiteks parandab see teraapia kättesaadavust seoses transpordivajaduse puudumisega (Harvey, Gumport, 2015), stigma vähenemisega (Clement et al, 2015) ning aitab toime tulla spetsialistide vähesusega (Lousada, Weisz, Hudson et Swain, 2015). Väljaspool suurlinnasid on patsientidel märkimisväärselt väiksem võimalus saada professionaalset psühhoterapiat vaimse tervise häirete korral, seda ebavõrdsust võimendab patsientide haiguse sümptomitest (turvalisus- või vältimiskäitumised, energiapuudus, hirmud) tulenev võimetus liikuda teraapia läbiviimise kohta (Riemer-Reiss, 2000).

Norwood, Moghaddam, Malins, Sabin-Farrell (2018) analüüsisid metaanalüüsis 12 artiklit, mis uurisid VSP ja NNP puhul koostöösuhet ja teraapia efektiivsust. Randomiseeritud kliinilistes

uuringutes (RCT-d) oli patsientidel peamiseks probleemideks ärevushäired, unetus, depressioon või söömishäired ning sekkumisena kasutati kognitiiv-käitumuslikku teraapiat. Kuues uuringus oli VSP grupi kõrval ka NNP kontrollgrupp. Kõikides uuringutes leiti VSP grupis tugev koostöösuhe patsiendi ja terapeudi vahel. Kuuest uuringust, kus oli lisaks VSP grupile ka NNP kontrollgrupp, leiti neljas uuringus, et VSP koostöötase ei olnud NNP omast halvem, ühes uuringus tajus VSP grupis võrreldes NNP grupiga madalamat koostöötaset vaid psühhoterapeut, kuid mitte patsient ning ühes uuringus oli NNP grupis võrreldes VSP grupiga kõrgem tajutud koostöösuhe vaid teisel teraapiasessioonil. Kõigis kuues uuringus, kus võrreldi NNP ja VSP tõhusust leiti, et video teel läbiviidavas teraapias vähenesid sümptomite raskusastmed samaväärselt NNP teraapiaga. Seitsmes uuringus, kus jälgiti ka VSP teraapia pikaajalist mõju, leiti teraapia kestev mõju sümptomite raskusastmele.

Marchand et al (2011) leidsid, et pärast kuuekuulist kognitiiv-käitumuslikku teraapiat posttraumaatilise stressihäire raviks esines NNP ja VSP gruppides võrreldav sümptomite leevenemise aste (Modifitseeritud PTSD Sümptomite Skaala : $p > 0,05$). Samuti oli mõlemas uuringugrupis võrreldav patsientide hulk, kellel esines kliiniliselt oluline muutus sümptomite esinemises (42%-l NNP grupis ja 38%-l VSP grupis).

Üha rohkem peetakse sobivaks psühhoteraapia läbiviimise viisiks ka telefoni teel läbiviidava psühhoteraapiat (TTP), kuna see annab kokkusaamiste planeerimisel rohkem ajalist ja ruumilist vabadust (Simon, Ludman, Tutty, Operskalski, Von Korff, 2004). Patsiendid saavad teraapias osaleda oma kodust, mis võib vähendada tajutud stigmatiseeritust ja ärevust, mis võib haiglas teraapias käies esineda (Mozer, Franklin, Rose, 2008). Telefoni teel läbiviidava teraapia eeliseks on ka laialdane telefonide kasutatavus, erilise tehnoloogia mittevajamine ning võimalikust sideühenduse probleemist väiksem häiritavus (Brenes, Ingram, Danhauer, 2011). TTP tõhusust uurisid Mohr et al (2012) oma randomiseeritud uuringus, kus võrreldi psühhoteraapia tõhusust raske depressiooniga patsientidel: NNP grupis oli 162 patsienti ning TTP grupis 163 patsienti. Mõlemas uuringugrupis said patsiendid 18 sessiooni, mis oli 45 minutit pikad. Uuringus leiti, et TTP grupis oli katkestamise osamäär palju väiksem kui NNP grupis (20,9% vs 32,7%, $p < 0,001$). Koheselt pärast teraapia lõppu polnud uuringugruppide vahel statistiliselt olulist erinevust ($p = 0,22$). Kuue kuu möödudes pärast teraapia lõppu oli mõlemas grupis olevatel patsientidel küll statistiliselt oluliselt vähem depressiooni sümptome kui baastasemel ($p < 0,001$), kuid NNP grupis oli depressiooni tase Hamiltoni depressiooniskaalal madalam (gruppidevaheline erinevus 2,91, 95% CI, 1-20-4,63; $p < 0,001$), mis võib viidata, et telefoni teel läbiviidaval teraapial võib olla mõneti lühiajalisem mõju.

Telefoni teel läbiviidava psühhoteraapia mõju uuriti ka 393-l peamiselt mõõduka depressiooni diagnoosiga patsiendil, kes võttis samaaegselt ka antidepressantravi (Ludman, Simon, Tutty, Von Korff, 2007). Patsiendid jagati randomiseeritult kahte gruppi, kus ühed said vaid medikamentooset ravi (TAU), teised said lisaks ka TTP-d. Uuringus leiti, et lisaks

antidepressantravile TTP-d saanud patsientidel vähenes depressiivsete sümptomite hulk vahemikus 6-18 pärast ravi algust märgatavalt rohkem ($F(1, 1336) = 11,28, p < 0,001$). Antud mõju erinevus püsis ka 12 kuud pärast ravi lõppemist ning 6 kuud pärast teraapia mõju pikendavaid (*booster*) sessioone.

Interneti teel läbiviidava teraapia tõhusust uurisid Wagner, Horn, Maercker (2013) 62 depressiivse patsiendiga, kes jagati kahte uuringugruppi: terapeudi poolt interneti vahendusel läbiviidavasse psühhoteraapiagruppi ja NNP gruppi. Mõlemad teraapiagrupid põhinesid samal 8-seansilisel kognitiiv-käitumuslikul programmil. Interneti teel läbiviidavad grupis sai pt igal nädalal kaks mooduli sisule põhinevat kodutööd, millele andis hiljem terapeut kirjalikku tagasisidet. Ravijärgselt puudus gruppide vahel erinevus hinnatuna depressioonisümptomite esinemise põhjal ($\chi^2(1) = 0,06, p = 0,80$), IMT grupis toimus 53%-l ja NNT grupis 50%-l patsientidest kliiniliselt oluline muutus sümptomite raskusastmes. Võrreldav oli ka patsientide rahulolu teraapiaga, IMT grupist kirjeldas teraapiaprotsessi personaalsena 96% osalejatest ning NNT grupis 91% osalejatest, kusjuures IMT grupis peeti väga oluliseks võimalust lugeda aeg-ajalt üle terapeudi juhendid ja ülesanded.

2.2. Kuluefektiivsus

Crow et al (2009) võrdlesid buliimia nervosa haigusega patsientide valimil NNP ja VSP kuluefektiivsust. NNP gruppi kuulus 66 patsienti VSP gruppi 62 patsienti, mõlemas grupis viidi 16 nädala jooksul osalejatega läbi 20 sessiooni kognitiiv-käitumusliku psühhoteraapiat. Terapeutilist efektiivsust hinnati 12 kuud pärast viimase sessiooni lõppu, NNP grupis ei olnud 28,8%-l patsientidel esinenud tagasilangust, VSP grupis oli vastav protsent 22,6%. Kuluefektiivsust hinnati vastavalt kogukulule, mis teraapia läbiviimiseks mõlemas grupis tagasilanguseta patsientidele kulus. NNP grupis kulus tagasilanguseta patsientide teraapia läbiviimiseks keskmiselt 8324,68 dollarit, VSP grupis aga 7300,40 dollarit. Uuringust ilmnas, et põhiline gruppidevaheline kulu erinevus oli seotud transpordikuludega, mis viitab, et kulutõhusus avaldab kõige selgemalt just maapiirkondades, kus nii terapeut, kui ka patsient peavad teenuse saamiseks/andmiseks liikuma pikemaid vahemaid.

Tie et al (2019) uurisid TTP ja NNP kuluefektiivsust noortel, kellel oli obsessiiv-kompulsiivne häire (OCD). 72 (11-18a) OCD diagnoosiga noort jagati võrdselt TTP ja NNP uuringu gruppidesse, mõlemas grupis olevate osalejatega viidi 17 nädala jooksul läbi 14 teraapiasessiooni, mis olid mõlemas grupis keskmiselt 60min pikad. Terapeutiline efektiivsus oli gruppides sarnane võrreldes haigusega seotud elukvaliteeti mõõtvat mõõdikuga EuroQol (analoogskaalal teraapia lõpus; gruppidevaheline erinevus 0,27; 95% CI, -0,39-0,94); $p = 0,412$. NNP grupis kulus ühe osaleja peale keskmiselt 2965 naela, TTP grupis 2475 naela, kusjuures põhiline rahaline vahe tuli seoses haiglates esinevate kuludega, ühiskondlike teenuste kuludega ja nooruki hooldajal tekkivate kuludega.

2.3. Ravisoostumus

Patsiendi ravisoostumust, enesejuhtimist ja ravi järjepidevust on võimalik toetada erinevate digi lahendustega. Nt ühtedeks levinumateks lahendusteks on erinevate telefoniprogrammide kasutamine sümptomite jälgimiseks (Mehdizadeh et al, 2019), mis võimaldab hoida patsiendi tähelepanu oma tervise jälgimisel ja mida patsient saab kasutada erinevates kodutöodes mõtete või tunnetega toimetulekul või oma käitumise muutmisel. Nutitelefonide programme on võimalik kasutada kognitiiv-käitumuslikus teraapias ka mõne spetsiifilise oskuse õpetamiseks, nt kognitiivseks restruktureerimiseks või teadveloleku tehnikate õpetamiseks (Mohr et al, 2017), mis võimaldab patsiendil ühelt poolt kinnistada kaugvastuvõtul õpitud oskusi ning teiselt poolt rakendada neid n-ö tavalises elus praktiliste tegevuste juures. Kasutusel on ka kõrgtehnoloogilised “jutu-robotid” (*chat-bots*), mis aitab läbi automatiseeritud vastuste pakkuda patsiendile kaugvastuvõttude vahel tuge, tõsta motivatsiooni ja õpetada isegi kognitiiv-käitumuslikke oskusi (Fitzpatrick, Darcy, Vierhile, 2017). Kasutusel on ka suhtlusplatvormid (foorumid, jututoad, grupid erinevatel platvormidel), kus patsiendid saavad anonüümselt suhelda teiste sarnaste probleemidega inimestega (Torous, Nicholas, Larsen, Firth, Christensen, 2018), mis võimaldab osalistel teineteist motiveerida ja mõjub stigmat vähendavalt. Kaugvastuvõttude vahel aitavad patsientidel hoida motivatsiooni ja ennast juhtida ka kodutööd (Mausbach et al, 2010), mis aitavad patsientidel rakendada kaugteraapias õpitud oskusi igapäevases elus. Kognitiiv-käitumuslikus teraapias on tavaks vajaduse korral luua ka n-ö kriisiplaan (Stanley et al, 2008), mida patsient saab kaugteraapia vastuvõttude vahel lugeda ning seal kirjasolevaid toimetulekuvise oma emotsioonidega toimetulekuks rakendada.

2.4. Eesti kogemus

Viisime 2020. a augustis läbi küsitluse ka Eesti kliiniliste psühholoogide seas, mille kokkuvõtvad tulemused ja soovitusel esitame siin - üldiselt lähevad need hästi kokku mujal tehtud uuringute ja teiste riikide kogemustega. Uuringu tulemus täies mahus on esitatud lisadokumendina.

Kliiniliste psühholoogide kogukonnast Eestis vastasid küsimustikule umbes pooled psühholoogid (N=79) ja esindatud olid nii riikliku kui erasüsteemi töötajad. Kuigi paljud psühholoogid ei olnud enne eriolukorda kaugvastuvõtte- ja –teraapiat teinud, tuldi olukorraga väga hästi toime ja tunti ennast uute meetodite abil vastuvõtte läbi viies kindlalt. Kõige rohkem kasutati videokõnesid, millega oldi ka rohkem rahul, edasi kasutati ka telefonivestlusi, veebivestlusi ja e-kirju, millega oldi üldiselt rahul, kuid hinnangud olid siiski madalamad võrreldes valdava videokõne variandiga. Vastajad pidasid meetodi valikul kõige olulisemaks patsiendist lähtuvaid faktoreid, madalaim olulisuse hinnang oli iseenda kasutajakogemusel, mis võib viidata heale valmisolekule paindlikult reageerida. Hinnangud eelnevale ja ka kaugvastuvõttude ja –teraapia toimimisele ei sõltunud vanusest, küll aga andsid pisut positiivsemaid hinnangud pigem erakliinikutes töötavad kliinilised psühholoogid, mis võib tuleneda sellest, et nad olid juba enne eriolukorda kaugmeetodeid rohkem

kasutanud ning tundsidki ennast kindlamalt ja efektiivsemalt. Kõik vastanud olid väga tugeval arvamusel, et kaugvastuvõttud ja -teraapiad võiksid olla kasutatavad ka väljaspool eriolukorda, sest annab paljudel patsientidel samaväärse tulemuse ja kogemus oli väga positiivne ka patsientide poolt vaadatuna. Töö mahtu hinnati virtuaalsete meetodite puhul pisut suuremaks, kuid arvati, et hinnad võiksid olla siiski samad, et segadust vältida.

Esitasime kliiniliste psühholoogide listi eraldi lisaküsimuse grupiteraapiate ja pereteraapia kogemuse ja sobivuse kohta kaugmeetodil. Saime mitmeid vastuseid, milles kirjeldati väga julgustavas võtmes, kuidas online-platvormil toimunud grupiteraapia väga hästi toimib. Kogemusi oli noorukite ja täiskasvanute gruppidega, üks spetsiifiline grupp koosnes peavalupatsientidest. Teavet, et online grupiteraapia töötab hästi, toetab läbiviijate personaalne kommunikatsioon ka oma rahvusvaheliste kolleegidega. Kõige kogenum koolitaja, kes töötab ka rahvusvaheliste gruppidega, tõi välja, et kursuste läbiviimisel on teda abistanud rahvusvahelise organisatsiooni poolt tehtud spetsiaalsed koolitused, kuidas online-keskkonnas töötada. Samuti tehniliste aspektide põhjalik tundmaõppimine ja seadmete muretsemine, et teha sujuvalt tööd. Samuti on grupi puhul vajalik kaasterapeut või assistent (kes jälgib osalejate emotsionaalseid seisundeid ja vajadusel osalejaga teise virtuaalsesse ruumi liigub), kui tegemist on uue grupiga. Juba tuttava töösoleva grupiga on võimalik ka üksi tööd teha.

Ka gruppide ja perede puhul toodi välja kokkuvõtlikult mitmeid positiivseid aspekte, millest osa ühtib individuaaltöoga:

- 1) Osaleda saavad ka patsiendid, kellel geograafiline või muu põhjus takistaks füüsiliselt kohal käimist - seega on soovituslik kaugtööd jätkata ka peale covid-19 epideemiat, et võimaldada teenust ka neile, kes muidu ei pääseks (ka nt vanemad, kes ei saa alati kodust füüsiliselt laste juurest lahkuda). Ka noorukid sõltuvad tulekul sageli vanemate transpordist ja kaugel elavad said tänu Zoomile osaleda. Peredega töötavad kliinilised psühholoogid tõid välja paremaid võimalusi kaasata suuremat hulka pereliikmeid (sh välismaal töötavaid pereliikmeid). Lapsevanematega töötavad kliinilised psühholoogid tõid välja, et kaugtöö puhul paranes võimalus kaasata isasid ja seeläbi paremini toetada lapsevanemate omavahelist koostööd. Tavapäraselt ei ole mõlemal vanemal korraga võimalik ja/või otstarbekas lapsega teraapiasse tuleku ajal töölt eemal olla.
- 2) Eriti grupi puhul võivad osalejad kogeda isegi suuremat turvatunnet, kuna nad saavad vajadusel kaamera ja mikrofoni välja lülitada ja privaatemalt nt teraapia harjutusi kaasa teha, kui peaks selliseid harjutusi olema.
- 3) Väikegrupi aruteludes nt zoom-keskkonnas (kui suurem grupp mõne harjutuse tarbeks väiksemateks jagatakse või ka töö diaadides, kus saab minna eraldi virtuaalsetesse ruumidesse) võivad osalejad kogeda veel suuremat privaatsust ja turvalisust endaga töötamises ja teraapiaprotsessis, kuna füüsilises ruumis on sageli teised väikegrupid/paarid samas suures ruumis, aga virtuaalkeskkonnas on täielik eraldatus.

4) Toodi välja, et kokkuleppel saab tööd salvestada ning jagada teiste grupi liikmetega, kes puudusid, et need saaksid hiljem järgi vaadata ja harjutused läbi teha. (Eelkõige käis see näide valupatsientidega tehtava töö kohta, kus puudumise põhjuseks võib olla nt tugev peavalu, migreen).

5) On oluline, et ka raske häirega patsientidega tegelemine oleks järjepidev ja seda nii grupi kui ka individuaaltöö puhul, ja *online* töö võimaldab järjepidevust.

Eesti kliiniliste psühholoogide arvates sobib kaugtöö motiveeritud noortele ja täiskasvanutele, kellel puudub kognitiivne defitsiit, ja nii individuaal- kui grupitööks, sh peredele; otseselt väikelastega töötamiseks kaugmeetodid ei sobi, kuid samas sobib kaugtöö nende vanemate toetamiseks ja näiteks (kodu) videopõhiseks supervisiooniks. Vanemate toetamine aitab toetada ka laste toimetulekut.

Kaugtöö eelduseks on tehniliste vahendite ning privaatselt turvalise keskkonna olemasolu, mille väljaselgitamiseks oleks hea patsiendiga vähemalt esimesed kohtumised traditsioonilises vormis teha. Samas soovitakse jätta võimalus teha kaugtööna ka esmakohumisi, kuna teatud patsientide puhul (nt sotsiaalärevusega patsiendid, paanikahäirega patsiendid) aitab selline vorm esimese sammuna kontakti luua. Suunamise psühhoteraapiasse annab psühhiaater, kes kooskõlastab patsiendiga talle kõige paremini sobiva koostöö vormi kliinilise psühholoogiga.

Nii kliinilised psühholoogid kui patsiendid võtsid kaugtöö väga hästi vastu, mistõttu soovitakse väga seda võimalust alternatiivina ka edaspidi kasutada, lisaks aitab see olla patsientidega järjepidevas kontaktis olukorras, kus silmast silma tööd on viiruse tõttu keeruline korraldada. Kuigi toodi välja erinevaid juhtumeid ja patsiendigruppe, kellele kaugtöö hästi ei sobi või vajab sobivamaks kohandamist, peaks kaugtöömeetodi sobivuse üle otsustama eelkõige kliiniline psühholoog lähtuvalt konkreetse patsiendi vajadustest ja võimalustest.

3. Kasutuselevõtu näited teistes riikides

Seoses viimastel aastatel kumuleerunud teadusliku tõendatusega kaugteraapia tõhususe valdkonnas on kaugteraapia lisatud kuni mõõduka raskusastmega meeleolu- ja ärevushäirete ravijuhenditesse Austraalias (*The Royal Australian College of General Practitioners*, 2020; Malhi et al, 2015), Uus-Meremaal (Andrews et al, 2018), Inglismaal (*National Institute for Health and Care Excellence*; 2020), USA-s (Stein et al, 2020) ja Kanadas (Perikh et al, 2016).

Erinevate internetipõhiste sekkumiste puhul puudub Euroopas ühtne arusaam antud valdkonna reguleerimiseks ja seda tehakse peamiselt riiklikel tasanditel (Eesti Psühhiaatrite Selts; 2020).

Soomes toimib juba üle 10a veebipõhise psühhoterapia moodul *Mental Hub*, kus kasutatakse kognitiiv-käitumusliku teraapia meetodeid ärevus-, meeleolu- ja sõltuvushäirete raviks, kusjuures seal peetakse seda patsientide ravis kuluefektiivseks (Eesti Psühhiatrite Selts; 2020).

Soome internetiteraapiate riiklikus ravijuhendis (Stenberg, 2019) on kirjas, et Soomes interneti teel läbiviidav teraapia tugineb peamiselt kognitiiv-käitumusliku teraapia alustele ning toimub peamiselt läbi videoülekanne, interneti vahendusel või telefoni teel. Patsiendid saadetakse teraapiasse psühhiatrite saatekirja alusel, teraapiat rahastatakse munitsupaalsest eelarvest ja patsiendi jaoks on see tasuta, teenuse kvaliteedi eest hoolitsevad HuS-i (Helsingi Ülikooli ja Uusimaa ravipiirkonna) psühholoogid riigi rahastuse toel (Stenberg, 2019). Kaugvastuvõtu pakett maksab 560 eurot, mille tasub patsiendi eest kohalik omavalitsus (*Nettiterapia*, n.d.). Soome internetiteraapias on märksõnaks individuaalsus - spetsialistid on patsientidega kontaktis nii läbi videosilla, e-maili taolise sõnumisüsteemi, kui ka telefoni (Stenberg, 2019). Paindlik süsteem annab psühholoogile võimaluse anda patsiendile tagasisidet progressi kohta ja saata patsiendile edasisi kodutöid, patsient saab terapeudiga ühendust võtta raskuste/küsimuste ilmnemisel (Stenberg, 2019).

Seoses Covid-19 levikuga kasutas APA uuringu (*American Psychological Association*, 2020) põhjal teatud hetkel epideemia ajal 76% APA liikmetest, kes uuringule vastas, vaid digitaalseid vahendeid teraapia tegemiseks (telefon, internetipõhised teenusepakkumise platvormid, videoprogrammid). APA soovitab, et jätkataks võimalikult palju kaugtöö tegemist vähendamaks riski Covid-19 levikuks, epideemia ajaks tehti USA-s ka vastavad erandid riiklikes ja erakindlustusel põhinevates rahastusskeemides (APA, 2020). USA-s saatis APA 50-le kubernerile palvekirja pikendamaks erandeid rahastusskeemides veel 12 kuuks, mis võimaldaks uurida, millistel tingimustel on võimalik jätkata kaugtöö tegemist ka epideemia järgselt (APA, 2020).

4. Järeldused, mida Eestis kasutuselevõtul tuleks silmas pidada

Kaugteraapia võimalikuks tegemine kliiniliste psühholoogide ravitöös omab ühte olulist eeldust - kaugteraapia kasutamine ei tohi kuidagi halvendada patsiendi ligipääsu kvaliteetsele abile. Kaugteraapia eesmärk on parandada professionaalse abi kättesaadavust läbi paindlikkuse ja patsiendi huvidega arvestamise. Kliiniliste psühholoogide kogemused eriolukorra ajal näitasid (vt lisas olevat uuringut), et kaugtöö meetodid võeti hästi omaks nii spetsialistide kui patsientide poolt ja et üldiselt olid teenuse sisud ja kasutegur sarnased analoogsete tavapäraste meetoditega, võimaldades edukalt patsiente toetada. Kuigi toodi välja ka patsiendigruppe, kellele kaugmeetod ei pruugi hästi sobida, võiks sobivuse üle otsustamine olla eelkõige spetsialisti vastutada lähtuvalt konkreetsest juhtumist. Kaugteraapial on palju potentsiaali vähendada ebavõrdsust maapiirkondades ja suuremates linnades elavate inimeste vahel - senini on linnas elavatel inimestel võrreldes maapiirkonnas elavate inimestega olnud tunduvalt parem ligipääs psühholoogilistele professionaalsetele teenustele.

Tehnoloogiline stabiilsus - kaugteraapia tegemisel on oluline kasutada tarkvara, mis seoses ühenduse probleemidega ei too kaasa teenuse kvaliteedi langust ega too kaasa ka turvalisuse probleeme. Käesolevalt on psühholoogidel ligipääs peamiselt *Zoom, Skype ja Google Meet* programmidele. Vajalik oleks luua analüüs, milliste video platvormide kasutamine on IT ekspertide hinnangul piisavalt turvaline tegemaks üle videosilla teraapiat. Vastava tunnustatud platvormi puudumisel oleks antud platvorm vaja luua, seda võiksid saada kasutada ka teised tervishoiuteenuseid pakkuvad spetsialistid. Väljavalitud töökeskkonna kasutamise põhimõtteid on vaja iga uue teraapiaprotsessi alguses koos patsiendiga läbi arutada ja teha kindlaks, et patsiendipoolsed raskused antud keskkonna kasutamisel ei hakkaks segama teraapiaprotsessi. Samuti on vaja kokku leppida tehnoloogiates, mida patsient kaugvastuvõttudel kasutab - näiteks VSP korral on soovitatav, et patsient osaleks teraapias läbi oma laua- või sülearvuti, kuna see eeldab patsiendi poolset ühes kohas olemist, portaalsemate vahendite kasutamisel on oluline sõlmida kokkulepe, et patsient ei liigu seansi ajal ringi (kui palju sõltuvalt seansi sisust teisiti kokku lepitud).

Oluline on teha kindlaks, et igal planeeritud kaugvastuvõtul osaleb inimene, kellega psühholoog on vastava kokkuleppe teinud. Selleks oleks mõistlik esimesel NNP kohtumisel/kaugvastuvõtul luua kokkulepe, kuidas psühholoog saab aru, et vastuvõtul osaleb just antud inivid.

Samuti on vajalik patsiendi ja psühholoogi vahel kokku leppida keskkonnas, milles patsient viibib teraapiaseansi ajal. Oluline on tagada, et patsient oleks omaette (kui pole just teisiti kokku lepitud seoses seansi sisuga) vaikes keskkonnas, kus pole teraapiaprotsessi segavaid tegureid, nt müra, valgus/pimedus, muud tegevused.

Patsiendiga informeeritud nõusoleku sõlmimine annab nii patsiendile, kui ka psühholoogile selguse, millised on mõlema osapoole õigused/kohustused ning samuti võimaldab selgitada võimalikke segadusttekitavaid detaile. Informeeritud nõusoleku vorm peaks sisaldama järgnevaid alaosi:

- kaugteraapia kasu ja võimalikud riskid (s.h. riskid seotud tehnoloogiaga, käitumine kriiside korral, teraapia tõhusus);
- kokkulepe seoses kasutatavate elektrooniliste vahenditega;
- reeglid seoses konfidentsiaalsusega;
- millises olukorras on mõistlik lõpetada kaugteraapia protsess ja suunata patsient edasi teise terapeudi juurde või alustada NNP vastuvõtte;
- rahastamise põhimõtted (Haigekassa, kindlustus, iserahastus vms);
- kas ja kuhu kaugteraapia protsess salvestub mingil moel.

Informeeritud nõusoleku vormi läbiarutamine patsiendiga aitab tagada ka juhiseid, mille on kaugvastuvõttude tegemiseks loonud Euroopa Psühholoogide Assotsiatsioonide Föderatsioon

(EFPA, 2001) ja Ameerika Psühholoogide Assotsiatsioon (*American Psychological Association*, APA, 2013). Siinkohal välja toodud juhised, mis võiksid olla olulisemad Eesti kontekstis välja tuua.

Olulisemad punktid EFPA (EFPA, 2001) kaugvastuvõtude läbiviimise juhistest:

- Psühholoog peab kaugvastuvõtte tehes järgima samu eetilisi põhimõtteid kui näost-näku vastuvõtte tehes.
- Kaugvastuvõtte tehes on oluline, et nii teenust pakkuv kliiniline psühholoog, kui ka teenust saav patsient identifitseeriksid ennast selgelt.
- Turvalise töökeskkonna loomisel on eriti oluline arvestada just laste vajadustega, sealhulgas on kindlasti vaja teha koostööd laste vanematega.
- Kaugteenuse pakkumise keskkond (internetilehekülg, programm, telefon) peab olema maksimaalselt turvaline.
- Kliiniline psühholoog peab selgelt patsiendile teatama, kas ja milliseid andmeid ta patsiendi kohta salvestab ja millistel tingimustel neid edaspidiselt säilitatakse. Samuti on mõistlik patsiendiga läbi rääkida, kas ja milliseid andmeid võib patsient endale salvestada teraapia käigus.
- Oluline on valida igale patsiendile sobiv kaugteraapia läbiviimise viis, see tähendab kõigile patsientidele ei tarvitse kõik läbiviimise viisid sobida.
- Kliiniline psühholoog peaks kasutama vaid neid kaugteraapia läbiviimise vahendeid, milles tunneb ennast kindlalt ja kompetentselt, et tagada kvaliteetne psühholoogiline abi.
- Riiklikult tunnustatud põhimõtted kaugteraapia tegemiseks peaksid olema avalikult kättesaadavad loomaks antud teenuste pakkumisel selgust.

Lisaks EFPA kaugvastuvõtude juhistele mõned olulisemad APA (APA, 2013) juhised:

- Psühholoog peaks patsiendile rääkima, millised kasud ja potentsiaalsed riskid võivad kaalutletavatel kaugvastuvõtu läbiviimise vahenditel olla.
- Oluline on arvesse võtta võimalikke kultuurilisi, lingvistilisi, sotsiaalmajanduslikke, somaatilisi või psüühilisi raskusi ja isiklike eelistusi.
- Oluline on teraapia alguses koostada kriisiplaan, mida kasutada olukorras, kus kaugvastuvõtu teel pakutavast abist ei piisa patsiendile abi pakkumiseks.
- Psühholoogiliste testide kasutamisel on vaja hinnata, kas selles meediumis (kui test on *online* täidetav, psühholoog saadab testi failina või loeb ette vms) on antud seisundis patsiendiga võimalik testi läbi viia, et teha asjakohaseid järeldusi, mida raviprotsessis arvesse võtta.

Ettepanekud teenuse sisukirjelduseks kohandatud Eesti oludele

Psühhoteraapia seanssi (kood 7601) ja kliinilise psühholoogi konsultatsiooni (kood 7607) teenuste kirjeldustes võiks teenuste üldine sisukirjeldus, sh. ajaline kirjeldus, jääda samaks kui praegugi. Esimene vastuvõtt võiks soovituslikult (mitte kohustuslikult) toimuda silmast-silma, kuna see aitab spetsialistil hinnata patsiendi sobivust kaugteraapiasse, samuti hinnata, kas esineb välistavaid faktoreid (nt ohtlikkus iseendale, konfidentsiaalse ja turvalise asukoha puudumine). Jätaksime siiski alles võimaluse viia ka esimene seanss läbi kaugvastuvõtuna, kuna teatud haiguste puhul (sotsiaalfobia, paanikahäire, PTSD) võib patsiendil seoses oma haiguse spetsiifikaga olla raske alustada silmast-silma teraapiaprotsessi ja võib sellest johtuvalt jääda ilma võimalusest antud probleemidega tegeleda.

Teenust koodiga 7601 võiks lisaks silmast-silma teraapiale viia läbi üle videosilla või telefoni teel, teenusel koodiga 7607 võiks lisaks olla lubatud veel ka e-maili teel läbiviidav. Kliiniline praktika ja küsitlus näitab, et osadele patsientidele võib teraapia alustamiseks olla turvalisem luua esmane kontakt oma terapeudiga läbi interneti. Samuti võib olla vajalik kasutada suhtlust läbi interneti silmast-silma teraapiaseansside vahepealse arengu tugevdamiseks või patsiendile lisastruktsioonide/kodutööde andmiseks. Seega jätaksime kaugtöömeetodi sobivuse üle otsustama eelkõige kliinilise psühholoogi lähtuvalt konkreetse patsiendi vajadustest ja võimalustest.

Me ei esitanud esialgses uuringus (lisas) otseseid küsimusi koodide psühhoteraapia seanss grupis (kood 7602) ja psühhoteraapia seanss perele (kood 7603) teenuste kohta, kuid küsitluse tekstilisest osast ilmnis arvamuste lahknevus: osa vastanutest toetab kaugtöö meetodi (eelkõige videosilla) kasutamist töös perede ja paaridega, teine osa aga mitte. Uuringu teises osas täpsustasime eriolukorra ajal teenuste koodi 7602 ja 7603 kasutanud spetsialistidega antud teenuste sobivust ka tavaolukorras ja saime eranditult positiivset tagasisidet - oldi rahul võimalustega, mida sai kaugtöö tegemiseks gruppide ja peredega kasutada ning tulemustega, kuhu jõuti.

Kasutatud kirjandus

- American Psychological Association. (2013). *Guidelines for the practice of telepsychology*. <http://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology> (kõlastatud 01.09.2020)
- American Psychological Association. (2020). *Psychologists embrace telehealth to prevent the spread of COVID-19*. <http://www.apaservices.org/practice/legal/technology/psychologists-embrace-telehealth> (kõlastatud 30.08.2020)
- Andrews, G., Bell, C., Boyce, P. et al. (2011) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52: 1109–1172.
- Brenes, G.A., Ingram, C.W., Danhauer, S.C. (2011) Benefits and Challenges of Conducting Psychotherapy by Telephone. *Professional Psychology Research and Practice*, 42(6):543-549.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45, 11–27.
- Crow, S.J., Mitchell, J.E., Crosby, R.D. et al. (2009). The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy*, 47(6):451-453.
- Eesti Psühhiaatrite Selts (2020). [Psühhiaatria eriala arengukava aastateks 2020-2030]. Avaldamata mustand. (vaadatud 31.08.2020)
- EFPA. (2001). *The provision of psychological services via the Internet and other non-direct means*. <http://www.efpa.eu/download/a5d2566e429bca6cd1cc2973b2be9b71> (kõlastatud 01.09.2020)
- Fitzpatrick, K.K., Darcy, A., Vierhile, M. (2017). Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 4 (e19).
- Harvey, A. G., Gumpert, N. B. (2015). Evidence-based psychological treatments for mental disorders: Modifiable barriers to access and possible solutions. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 1–12.
- Lousada, J., Weisz, J., Hudson, P., Swain, T. (2015). Psychotherapy provision in the UK: Time to think again. *The Lancet Psychiatry*, 2(4): 289–291.

Ludman, E., Simon, G., Tutty, S., Korff, M. (2007). A Randomized Trial of Telephone Psychotherapy and Pharmacotherapy for Depression: Continuation and Durability of Effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75: 257-66.

Malhi, G., Bassett, D., Boyce, P. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49: 1087–1206.

Marchand, A., Beaulieu-Prévost, D., Guay, S., Bouchard, S., Drouin, M. S., Germain, V. (2011). Relative Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy Administered by Videoconference for Posttraumatic Stress Disorder: A Six-Month Follow-Up. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 20(3), 304–321.

Mausbach, B. T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V., & Patterson, T. L. (2010). The Relationship Between Homework Compliance and Therapy Outcomes: An Updated Meta-Analysis. *Cognitive therapy and research*, 34(5), 429–438.

Mehdizadeh, H., Asadi F., Mehrvar, A., Nazemi, E., Emami, H. (2019). Smartphone apps to help children and adolescents with cancer and their families: A scoping review *Acta Oncologica*, 1–12.

Mohr, D.C., Hart, S.L., Howard, I. (2006). Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Annual Behavioural Medicine*, 32(3): 254-258.

Mohr, D.C., Ho, J., Duffecy, J. (2012). Effect of telephone-administered vs face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients: a randomized trial. *JAMA*, 307(21): 2278-2285.

Mohr, D.C., Tomasino, K.N., Lattie, E.G., Palac, H.L., Kwasny, M.J., Weingardt, K., Schue ller, S.M. (2017). IntelliCare: An eclectic, skills-based app suite for the treatment of depression and anxiety. *Journal of Medical Internet Research*, 19 (e10).

Mozer, E., Franklin, B., Rose, J. (2008). Psychotherapeutic intervention by telephone. *Clinical Interventions In Aging*, 3(2):391-396.

National Institute for Health and Care Excellence. (2009). Depression in adults: recognition and management (Clinical guideline [CG90]). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90> (vaadatud 30.08.2020).

Nettiterappiat. (n.d.). *Läheteohjeet*.

<https://www.mielenterveystalo.fi/nettiterapiat/laheteohjeet/Pages/1%C3%A4heteohjeet.aspx> (külastatud 01.09).

- Norwood, C., Moghaddam, N.G., Malins, S., Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 25(6):797-808.
- Parikh, S., Quilty, L., Ravitz, P. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 2. Psychological treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(2): 524–539.
- Riemer-Reiss, M.L. (2000). Utilizing distance technology for mental health counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 22: 189–203.
- Simon, G.E., Ludman, E.J., Tutty, S., Operskalski, B., Von Korff, M. (2004). Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial. *JAMA*, 292(8): 935-942.
- Stanley, B., Brown, G. K., Karlin, B., Kemp, J. E., & VonBergen, H. A. (2008). Safety plan treatment manual to reduce suicide risk: Veteran version. Washington, DC: United States Department of Veterans Affairs, 12.
- Stein, M., Goin, M., Pollack, M. (2009). *Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. 2nd ed.*
https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf (vaadatud 30.08.2020).
- Stenberg, J.-H. (2019). *Nettiterapiat ahdistuneisuushäiriöissä.*
<https://www.kaypahoito.fi/nix02632> (vaadatud 31.08.2020)
- Torous, J., Nicholas, J., Larsen, M.E., Firth, J., Christensen, H. (2018). Clinical review of user engagement with mental health smartphone apps: Evidence, theory and improvements. *Evidence-Based Mental Health*, 21: 116-119
- The Royal Australian College of General Practitioners. (2018). *e-Mental health: a guide for GPs. East Melbourne,*
<https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Mental%20health/e-mentalhealth-guide.pdf> (vaadatud 30.08.2020).
- Tie, H., Krebs, G., Lang, K., Shearer, J., Turner, C., Mataix-Cols, D., Lovell, K., Heyman, I., Byford, S. (2019). Cost-effectiveness analysis of telephone cognitive-behaviour therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 5(1). E7.
- Wagner, B., Horn, A.B., Maercker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective Disorders*, 152-154:113-121.

Weightman, M. (2020). Digital psychotherapy as an effective and timely treatment option for depression and anxiety disorders: Implications for rural and remote practice. *Journal of International Medical Research*, 48(6) 1–7.