

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS

1. Taotluse algataja	
Organisatsiooni või ühenduse nimi	<i>SA Väärtustades Elu Eesti Raseduskriisi Nõustajate Selts</i>
Postiaadress	<i>Rohula 21 a, Tallinn, 10912 Viljandimaa, Viljandi, Mäe tn 9, 71004</i>
Telefoni- ja faksinumber	
E-posti aadress	<i>koolitus@rasedus.ee</i>
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	<i>Kaia Kapsta-Forrester koolitus@rasedus.ee</i>

2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)	
2.1. Teenuse nimetus	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal</i> ● <i>psühhosotsiaalne kriisinõustamine perele raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal</i> ● <i>Psühhosotsiaalne kriisiabi väljasõiduga tervishoiuasutusse (kriisiväljasõit)</i>
2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus (edaspidi loetelu) olemasoleva teenuse korral	
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Saatekiri</i> ● <i>Visiiditasu ilma saatekirjata ja ravikindlustuse puudumise korral ambulatoorselt</i>
2.4. Ettepaneku eesmärk	<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse (edaspidi teenuse) lisamine loetellu ¹ <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmine ² <input type="checkbox"/> Teenuse kohaldamise tingimuste muutmine ³ <input type="checkbox"/> Teenuse nimetuse muutmine ⁴ <input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust ⁵ <input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmine ⁶ <input type="checkbox"/> Muu (selgitada)
2.5. Peatükk loetelus, kus	<input type="checkbox"/> Üldarstiabi

1 Täidetakse kõik taotluse väljad või tuuakse selgitus iga mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

2 Kui teenuse piirhinna muutmise tingib uue meditsiiniseadme, ravimi vm lisamine teenuse kirjeldusse, täidetakse taotluses uue ressursi kohta kõik väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja juurde, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita. Kui piirhinna muutmise tingib ressursi maksumuse muutus, täidetakse vähemalt väljad 1- 2 ning 8.1.

3 Täidetakse allpool esitatud väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

4 Täidetakse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse nimetuse muutmise vajalikkuse kohta.

5 Täidetakse taotluse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse kustutamise kohta.

6 Täidetakse punktid 1-2, 4.6, 9 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus omaosaluse muutmise kohta.

teenus peaks sisalduma	x Ambulatoorne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Meditsiiniseadmed ja ravimid x Statsionaarne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Uuringud ja protseduurid <input type="checkbox"/> Operatsioonid <input type="checkbox"/> Laboriuuringud, lahangud ja kudede transplantaadid <input type="checkbox"/> Veretooted ja protseduurid veretoodetega <input type="checkbox"/> Hambaravi <input type="checkbox"/> Kompleksteenused x Ei oska määrata/ Muu (selgitada) <i>Psühhosotsiaalse kriisinõustamise teenust osutavad väljaõppe saanud raseduskriisinõustajad.</i>
------------------------	--

3. Tõenduspõhisus ja näidustused

3.1. teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks;

Teenuse osutamise näidustused:

1. subjektiivne distressiseisund
2. ärevussümptomitega kulgev seisund

Näidustuste määratlemisel on lähtutud nii varasemast raseduskriisi nõustamisele pöördumise põhjuste statistikast (*Lisa 1. Raseduskriisi nõustamisele pöördumise põhjuste statistika*) kui ka psühhiaatrite koostatud eksperthinnangust raseduskriisi nõustamisteenusele (*Lisa 2. Eesti Psühhiaatrite Seltsi eksperthinnang 2012*).

Rasedate psüühilise seisundi jälgimine on kirjeldatud rasedate jälgimise juhendis (www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiusteem/raseduse_jalgimise_juhend_2011.pdf).

Oluline on hinnata riskitegurite esinemist ning naise/pere toimetulekut raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil.

Riskitegurid:

Lähtuvalt ENS eksperthinnangust raseduskriisi nõustamisteenusele (*Lisa 3. Eesti Naistearstide Seltsi eksperthinnang 2012*) on toodud naistearstide poolt välja, et “täiendav nõustamine võib olla vajalik kui äge stressreaktsioon või kõrgenenud risk vaimse tervise häireks on seotud reproduktiivtervisega või tõstavad need reproduktiivtervisega seotud riske.”

Riskitegurid lähtuvalt ENS-i koostatud eksperthinnangust:

- Lastetus ja viljatusravi
- Väljendunud sünnitushirm
- Lähisuhte vägivald
- Tüsistunud rasedus või sünnitus
- Raseduse katkemine/katkestamine

Lisaks on järgnevalt toodud välja erinevates meta-analüüsid ja uuringutes välja toodud statistiliselt olulised ante- ja/või postnataalse depressiooni ja ärevushäirete (sh PTSD) riskitegurid (viidatud on taotluses edaspidi kasutatud artiklitele):

- sotsiaalse toetuse puudumine, (nt Dennis et al., 2014, Evagoru et al., 2015; Howard et al, 2014)

- suhte probleemid partneriga, (nt Dennis et al., 2014, Evagoru et al., 2015)
- lähisuhte vägivald (nt Howard 2013; Howard, 2014)
- negatiivsed/traumaatilised elusündmused (nt Dennis et al., 2014; Evagoru et al., 2015; Howard et al., 2014)
- traumaatiline sünnituskogemus (nt Fenec & Thomson, 2014; Simpson & Catling, 2015)
- lapse surm (nt Huges et al., 2002)
- madal sotsiaal-majaduslik staatus (nt Evagoru et al., 2015; Howard et al., 2014)
- psühhopaatoloogia esinemine anamneesis (nt Evagoru et al., 2015; Howard et al., 2014)
- rasedusaegne ärevus (nt Howard et al., 2014)
- erivajadusega või enneaegse lapse sünd (nt Evagoru et al., 2015; Howard et al., 2014)
- ema ja/või lapse tervisprobleemid raseduse ajal ja/või sünnitusjärgselt (nt Evagoru et al., 2015)
- kohanemine lapsevanema rolliga (nt Evagoru et al., 2015)
- planeerimata või soovimatu rasedus (nt Evagoru et al., 2015)
- madal enesehinnang (nt Evagoru et al., 2015)

Lisaks mõned tulemused värskeimast Eesti naise terviseuuringu 2014.a kokkuvõttest, kus käsitletakse muuhulgas järgmiseid teemasid:

(vt. https://sisu.ut.ee/sites/default/files/naisteterviseuuring/files/estre2014_loppraport.pdf)

Perre soovitud laste arv - võrreldes 2004.a on 2014.a oluliselt kasvanud nende naiste arv, kelle meelest ideaalne laste arv peres oleks 3 või rohkem lapsi. Samas on endiselt ideaalne laste arv suurem kui keskmine tegelik laste arv.

Viimase raseduse katkestamise põhjus: Sagedaseimad nimetatud põhjused olid - majanduslikud põhjused, ebakindel/probleemne paarisuhe, puudus valmisolek lapse eest vastutada ja pooleliolevad õpingud. Ligi 84% vastanud naistest rääkis oma partneriga abordist enne viimast raseduse katkestamist, 14,2% seda ei teinud.

Vaimse, kehalise ja seksuaalse väärkohtlemise kogemine - Viimase aasta jooksul 2014.a uuringus vastajatest 9% kogenud vaimset väärkohtlemist (64,1% jättis vastamata); 5,9% on kogenud kehalist väärkohtlemist (54,3% jättis vastamata); 2,2% on kogenud seksuaalset väärkohtlemist (80,2% jättis vastamata). Oluline võiks olla pöörata tähelepanu kõrgele vastamata jätmise protsendile.

Viljatuse - Vastajatest 15,7% hinnangul oli neil elu jooksul esinenud viljatust, mis ei ole oluliselt muutunud 2004. a-ga võrreldes, kui vastav näitaja oli 16,6%. Viljatusravi saanud vastajate seas on märkimiväärselt tõusnud nende osakaal, kes on saanud raviks kehavälist viljastamist. Kui 2004. a oli seda saanute osakaal 8,4%, siis 2014. a oli näitaja 42,7%.

Sihtrühm:

Käesoleva teenuse raames hindame prioriteetseks sihtrühmaks naisi ja peresid raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgset perioodil (kuni 1.a pärast sünnitust).

Raseduskriis on olukord, kus väheneb naise, mehe ja tema lähedaste toimetulek füsioloogiliste, sotsiaalsete ja psühholoogilistemuutustega või traumaatiliste kogemustega, mis on seotud rasestumisega, raseduse katkemise või katkestamise, lapseootuse, sünni ning emadusega, isadusega ja lapsevanemaks kasvamisega. Raseduskriisi nõustaja tegevuse eesmärk on kaitsta, toetada ja aidata säilitada nõustatavate (perekonna, lähedaste ja fertiilses eas olevate naiste ning meeste) emotsionaalset ja sotsiaalset heaolu, võimaldades neile optimaalset psühholoogilist ja psühhofüsioloogilist arengut, parandades naiste ja perede toimetulekuvõimet seoses raseduse planeerimise, lapseootuse ja sünnitusjärgse perioodiga.

<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10544102/pdf/raseduskriisi-noustaja-tase-6.1.et.pdf>

Teenusele saamine:

Teenusele saamise eelduseks on tervishoiutöötaja **saatekiri**. Eelistatud saatekirja andjad on ämmaemand, naistearst, perearst, pereõde, psühhiaater, lastearst. Sünnitusjärgsel perioodil saab teenusele tulla kuni 1a jooksul (lisaks soovitame kaaluda võimalust tulla nõustamisele kuni 3a sünnitusjärgselt).

Teenusele suunamise eelduseks on eelkõige tervishoiutöötaja oskus märgata ja pöörata tähelepanu naise meeleolule ja käitumisele. Näiteks ämmaemandatele koostatud "Vaimse tervise probleemide märkamise juhised" (*Lisa 4. Vaimse-tervise-probleemide-märkamise-juhised*) on kahtluse korral soovitatud naiselt küsida: 1) Kas naine on viimasel kuul tundnud lootusetust, väsimust, jõuetust või kurvameelsust? 2) Kas naine on viimasel kuul tundnud teotahte vähenemist? Sarnasel kujul küsimusi kasutatakse depressiooni sõelküsimumustena perearstide, ämmaemandate ja naistearstide poolt Eestis ja skriiningküsimustena võimalike vaimse tervise probleemide märkamiseks ja ennetamiseks raseduse ja sünnitusjärgsel ajal ka mujal maailmas (nt taotluse punktis 3.3 välja toodud Inglismaa mudelis).

(<http://video.aripaev.ee/pdf/depressiooni%20ravijuhis%20perearstidele.pdf>)

([www.sm.ee/sites/default/files/content-](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiusteem/raseduse_jalgimise_juhend_2011.pdf)

[editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiusteem/raseduse_jalgimise_juhend_2011.pdf](http://www.nice.org.uk/guidance/cg192))

(<http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>)

Teenus on oma olemuselt ennetav - eesmärgiga toetada ja taastada patsiendi psühhosotsiaalne toimetulek subjektiivse distressiseisundi ja/või ärevuse sümptomitega kulgevate seisundite korral ennetamiseks võimalike hilisemate vaimse tervise häirete tekkimist. Teenuse vajadus iga konkreetse juhtumi puhul sõltub nii suunava tervishoiutöötaja kui ka inimese enda hinnangust oma toimetulekule kriisiolukorras.

Projektipõhiselt on teenus olnud kättesaadav alates 2007 aastast.

2014. aastal korraldas Eesti Ämmaemandate Ühing koostöös Sihtasutusega Väärtustades Elu ja Haigekassaga koolituse „Vaimse tervise probleemide märkamine ja ennetamine“. Koolituse raames andsid raseduskriisi nõustamisele tagasisidet ka tervishoiutöötajad (ämmaemandid, perearstid, pereõded, naistearstid jne.). Kokkuvõtte tagasisideküsitlusest on lisatud (*Lisa 5. 2014.a tagasiside küsitluse kokkuvõtte*)

2015. aastal viidi läbi ka internetipõhine tagasisideküsitlus tervishoiutöötajatele (valdavalt ämmaemandid ja naistearstid), kes hindasid raseduskriisi nõustamisalast teadlikkust, vajadust ja senist rahulolu. Kokkuvõtte tagasisideküsitlusest on lisatud (*Lisa 6. Raseduskriisi nõustamine - teadlikkus, vajadus ja rahulolu_2015.a_tagasiside*).

Nõustamisele pöördunud isikute arv ja sihtrühmaga kokkupuutuvate spetsialistide tagasiside näitab olulist vajadust ühiskonnas spetsiaalse psühhosotsiaalse kriisinõustamisteenuse järele raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal.

3.2. teenuse tõenduspõhisus avaldatud kliiniliste uuringute alusel taotletud näidustuste lõikes;

Uuringute otsingukriteeriumiks olid täistekstina kättesaadavad inglise keelsed artiklid, mis on avaldatud alates 1. jaanuarist 2000.

Otsiti andmebaasidest: MEDLINE, ScienceDirect, Pubmed, Springer Link, PsycARTICLES.

Otsinguks kasutati märksõnu ja erinevate märksõnade kombinatsioone, nt "*psychosocial*", "*perinatal*", "*antenatal*", "*counseling*", "*psychosocial counseling*" "*anxiety*", "*perinatal depression*" "*psychological support*", "*pregnancy*", "*crisis counseling*".

Lisaks otsiti artikleid käsitsi.

Teenuse osutamise näidustused:

1. subjektiivne distressiseisund
2. ärevussümptomitega kulgev seisund

<i>Jrk nr.</i>	<i>Uuringu autori(te) nimed</i>	<i>Uuringu kvaliteet⁷</i>	<i>Uuringusse hõlmatud isikute arv ja lühisel oomustus</i>	<i>Uuritava teenuse kirjeldus</i>	<i>Esmane tulemus, mida hinnati</i>	<i>Muu(d) tulemus(ed), mida mõõdeti/ hinnati</i>	<i>Alternatiiv(id) millega võrreldi</i>	<i>Jälgimise period</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
1.	Howard, Molyneux et al., 2014	A Süsteemaahtiline ülevaadete varasemat uuringu test	puudub täpne kirjeldus	Muuhulgas on võrreldud psühhosotsiaalsed, kognitiivikäitumuslikke ja interpersonaalse teraapia sekkumisi	Mittepsühhootiliste häirete esinemine rasedusaegsel järgsel perioodil	ante- ja postnataalse depressiooni riskifaktorid; psühhosotsiaalsed ja psühholoogilised ravimeetodite tulemus; medikamentoose ravi mõju	häirega ja häireta inimeste võrdlus, võrdlus kontrollgrupiga	uuritud ja süstemaatilised ülevaadet kuni juuni 2013
2.	Dennis, Brown, et al., 2014	A Süsteemaahtiline ülevaadete varasemat uuringu test	Lõplik analüüs oli 13 uuringu osalejate kirjeldus, samuti sekkumise lühikirjeldus ja tulemuste kokkuvõtte ning piirangud	Võrreldus on 4 psühhosotsiaalsed sekkumist: sotsiaalse toe võimestamine, partneri toe võimestamine, mitte-otsene nõustamine, väimse tervise õde kodukülastused ja kollaboratiivsed mudelid	Sünnitusjärgse depressiooni esinemist pärast sekkumist erinevatel mõõtmiskordadel.	Uuringute kohaselt on sotsiaalse toe puudumine üks olulisemaid sünnitusjärgse depressiooni riskifaktoreid	erinevates uuringutes es valdavalt võrdlused kontrollgrupiga	erinevates uuringutes sekkumise järgselt varieeruvad 1 kuu kuni 5a pärast sekkumist
3.	Staneva, Bogossian, et al., 2015	A Süsteemaahtiline ülevaadete	Lõpliku analüüsi võeti 8 uuringu tulemused, lisatud on	Kvalitatiivsete uuringute analüüsi eesmärk oli uurida emade antenataalse	Identifitseeriti 5 põhiteemat distressi kogemise trajektoiril.			valdavalt ühekorde kvalitatiivne hindamine

7

Märgitakse järgmiselt:

A – tugevalt tõendus põhine (põhineb süstemaatilisel ülevaatel kõigist asjakohastest randomiseeritud kliinilistest uuringutest ja/või metaanalüüsil);

B – tõendus põhine (põhineb vähemalt ühel korralikult disainitud randomiseeritud kliinilisel uuringul),

C – kaheldav või nõrgalt tõendus põhine (juhul, kui pole A ega B, aga tõendus põhinevus on kirjeldatud kirjanduse põhjal);

D – muu, selgitada.

		<i>kvalitat iivsetes t uuring utest</i>	<i>uuringute ja valimite kirjelduse d</i>	<i>psühholoogilise distressi (sh depressioon, ärevus, stress rasedus ajal) kogemist,</i>				<i>intervjuu d, väikesed valmimid.</i>
4.	<i>Bayrampour, McDonald et al., 2015</i>	<i>B Longitud- uuringu- uurimusi</i>	<i>Uuringute kaasati 3021 Kanada naist.</i>	<i>Uuringu eesmärk oli hinnata kroonilise antenataalse depressiooni ja ärevuse sümptomite esinemist</i>	<i>Hinnati depressiooni (EPDS skaalaga) ja ärevuse (Spielberger State Trait Anxiety Inventory) sümptomaatika esinemist</i>	<i>Hinnati antenataalse depressiooni ja ärevuse esinemise potentsiaalseid riskitegureid</i>	<i>3 alagrupid nii ärevuse kui depressiooni puhul: ilma sümptomaatika ta, sümptomaatika meetikaga 2-l trimestril, sümptomaatika ga mõlemal trimestril.</i>	<i>Ärevuse ja depressiooni sümptomaatika esinemist hinnati 3- l mõõtmiskorral: 2-l ja 3-l trimestril ning sünnitajärgselt (4 kuud).</i>
5.	<i>Glover 2014</i>	<i>D teoreetilise ülevaate uurinud, kuid puudub uuringute kvaliteedi kirjeldus,</i>		<i>Artikli eesmärk on anda ülevaate ema rasedusaegse stressi mõjust loote arengule rasedusajal ja võimalikust mõjust lapse arengule.</i>				
6.	<i>Hughes, Turton et al., 2002</i>	<i>B kliiniline uuringu- kontrollrühm</i>	<i>Valimisse kuulus 60 rasedat naist, ei ole elus last ja kellel on varasemat lapse surnud pärast 18- ndat. rasedusnä dalat. Kontrollg</i>	<i>Psühhosotsiaalne lähenedamine emadele surnud lapse sünni korral.</i>	<i>Hinnatakse depressiooni, ärevuse ja PTSD sümptomaatika esinemist rasedusajal ja sünnitusjärgse eluperioodil ning disorganiseeritud kiindumuska itumise esinemist</i>	<i>Hinnati mil määral lapse nägemine, lapse hoidmine või lapse mitte nägemine, matuste tegemine või mälestuste kogemine on seotud eelpool kirjeldatud sümptomaatika esinemisega.</i>	<i>Võrdlus kontrollrühmiga</i>	<i>Kaahel mõõtmiskorral (3-l trimestril ja 1-a pärast sünnitust) hinnati depressiooni, ärevuse ja PTSD sümptomaatika esinemist ning 1a</i>

			<i>ruppi kuulus sarnases vanuserühmas 60 rasedat naist, kellel ei olnud lapsi.</i>		<i>lapsel 1.a pärast sünnitust</i>			<i>pärast sünnitust hinnati lapse kiindumuskäitumit.</i>
7.	<i>Simpson & Catling (in press)</i>	<i>D meta-analüüs, ülevaatesse kaastati 21 artiklit, kuid puudub uuringute ja nende kvaliteedi täpsem kirjeldus</i>	<i>puudub täpne kirjeldus</i>	<i>Psühholoogilise sünnitraumakogemuse mõistmine ja eri väljaõppe saanud ämmaeandade kasutatud sekkumiste võrdlus</i>	<i>Sünnitusega seotud traumatoetavad faktorid ja sekkumised</i>	<i>Traumaatilise sünnituskogemuse mõju emalapse suhtele.</i>		
8.	<i>Fenech & Thomson, 2014</i>	<i>A Süsteemide ülevaadete (13 kvaliteetivuse uuringu metaanalüüs)</i>	<i>299 naist, 5 erinevast riigist, kes hindasid oma sünnituskogemust traumaatiliseks</i>		<i>traumaatilise sünnituskogemusi psühhosotsiaalne mõju naisele ja tema lähedastele</i>	<i>negatiivsed mõttemustrid ja düsfunktsionaalsed toimetuleku strateegiad, kaotuse tajumine, raskused suhtes lapse ja partneriga</i>		<i>Struktureeritud intervjuud</i>
9.	<i>Borghini, Habersata et al., 2014</i>	<i>B rando mi seeritud kontrollgrupid ega uuring</i>	<i>26 enneaegselt (enne 33. rasedusnädal) sündinud beebid ja nende vanemad kliinikumi neonataal osakonnas</i>	<i>varane sekkumine läbi ema ja lapse suhte toetamise</i>	<i>Posttraumaatilise stressi sümptomaatika esinemine;</i>	<i>ema ja lapse suhte kvaliteet</i>	<i>2 kontrollgrupp: enneaegsed ilma sekkumiseteta (N=29) ja ajaliselt sündinud (N=23)</i>	<i>aastatel 2005-2009 sündinud lapsed, struktureeritud intervjuud, küsimustikud emalapse suhte jälgimine</i>

(1) Howard et al. (2014) on koostanud meta-analüüsi selgitamaks välja mittepsühhoosiliste häirete esinemissageduse ante- ja postnataalsel perioodil, nende riskifaktorid ja võimaliku sekkumiste efektiivsuse varasemate uuringute põhjal. Randomiseeritud kontrollgrupiga uuringud näitavad, et emade vaimne tervis paraneb/tõuseb kui nad saavad integreeritult nii sünnitusjärgset skriiningut (märkamaks vaimse tervise probleeme) ning kui neile õpetatakse ka toimetulekustrateegiaid spetsialiseerunud tervisespetsialisti poolt.

Depressioon - Autorid on toonud välja erinevate uuringute põhjal, et vähemalt mõõdukalt depressiooni esineb 3,1-4,9%-l rasedatest ning 4,7%-l sünnitusjärgse 3 kuu jooksul; kergelt depressiooni esineb 11% rasedatest ning 13% esimese kolme kuu jooksul pärast sünnitust. Autorite hinnangul võivad need näitajad olla tegelikkuses isegi suuremad. Pikiuuringud, mis võrdlevad sünnitusjärgse depressiooni esinemist raseduseelselt, raseduse ajal ning kuni 1a peale sünnitust kirjeldavad **depressiooni juhtumite kasvu sünnitusjärgselt esimese 5.- 9. kuu jooksul**. Tuuakse ka välja, et hinnanguliselt võivad depressiooni sümptomid olla raseduse ajal isegi tugevamad kui sünnitusjärgselt, kuid sageli jääb võimalik depressioon arsti poolt märkamata. Sümptomid sünnitusjärgselt võivad ka paari kuu jooksul väheneda, kuid vähemalt 30% püsib või süveneb depressioon ka 1a pärast sünnitust ja umbes 40% on suur risk tagasilanguse esinemiseks. Ärevushäired - Hinnanguliselt 13% rasedatest ja sünnitanud naistest on olnud viimase 1-aasta jooksul mõni ärevushäire. PTSD - posttraumaatiline stress-häire võib tekkida naisel pärast traumaatilist sünnituskogemust või rasedusaegselt või enne rasedust kogetud traumaatilise kogemuse tõttu. PTSD väljakujunemine sünnitusjärgselt on hinnanguliselt 1-2% sünnitanutest, kuid sümptomaatika esinemist sünnitusjärgselt väljendatakse oluliselt rohkem. Vähesed uurimused, mis hindavad lisaks sünnitusele ka erinevaid traumakogemusi raseduse- ja raseduseelsel ajal saavad häire esinemissageduseks 6-8%.

Autorid on erinevate uuringute põhjal toonud välja ka **ante ja postnataalse depressiooni esinemise riskifaktorid (vt ülevaade Howard et al., 2014; lk 1778)**.

Ennetus: Uuringud näitavad, et naistel, kes saavad spetsiaalset psühhosotsiaalset sekkumist kujuneb väiksema tõenäosusega välja sünnitusjärgne depressioon võrreldes nende naistega, kes sekkumist ei saa (RR 0.78, 95% CI 0.66-0.93). Efektivsemaks osutusid sekkumised nii depressiooni kui ärevuse sümptomaatika vähendamiseks antenataalsel perioodil võrreldes sekkumistega postnataalsel perioodil.

PTSD ennetamise mõttes on leitud, et naised saavad kasu võimalusest hinnanguvabalt rääkida oma sünnituskogemusest, kuid formaalsete ja struktureeritud debriifingu sekkumiste kasutamine võib olla isegi vastupidise efektiga suurendades PTSD esinemise riski.

Ravi: Psühhosotsiaalsed ja psühholoogilised sekkumised on efektiivsed vähendamaks depressiooni sümptomaatikat aasta jooksul sünnitusjärgselt (RR 0,70, 95% CI 0.60–0.81), sh psühhosotsiaalsed sekkumised (nt sotsiaalse toe põhine võimestamine ja mitte-otsene nõustamine) vähendavad depressiooni esinemisel sümptomaatikat RR 0.61, 0.39-0.94 võrreldes kognitiiv-käitumusliku ja interpersonaalse psühhoteraapiaga RR 0.75, 0.63-0.88.

(2) Dennis, et al., 2014 on koostanud meta-analüüsi hindamaks sünnitusjärgse depressiooni ravivõimalusi psühhosotsiaalsest perseptiivst. Autorid hindasid 13-nele sisuliselt ja metodoloogiliselt sobivale uuringule tuginedes järgmiseid sekkumisi: vastastikkune toetus ja selle võimestamine (*peer support*), partneri toetus ja selle võimestamine, mitte-direktiivne nõustamine (*non-directive counselling*), vaimse tervise õe kodukülastus(ed) ja kollaboratiivsed mudelid. Autorite kohaselt uurimused näitavad, et vähene sotsiaalne toetus on üheks olulisemaks sünnitusjärgset depressiooni ennustavaks teguriks ning sekkumised, mis on suunatud sotsiaalse toetuse võimestamisele on näidanud võimalikku kasu ravimaks mõõdukalt või kergelt depressiooni. Samas tehtud uuringud on nii teoreetiliselt piiratud kui ka metodoloogiliselt nõrgad. Samuti toovad autorid välja, et naise partner võib olla väga oluline nii instrumentaalne kui emotsionaalne resurss nii depressiooni ravimise kui ka hilisemas taastumises, kuid kahjuks on see võimalik resurss ravi aspektist

väga vähe tähelepanu saanud. Ka mitte-direktiivne nõustamine mõõduka ja kerge depressiooni korral on andnud positiivseid tulemusi. Probleemidena tuuakse välja väikesed valimid ja vajadus randomiseeritud kontrollgruppidega uuringute järele.

(3) Staneva, et al., 2015 on koostanud meta-analüüsi uurimaks psühholoogilise distressi (sh depressioon, ärevus, stress rasedus ajal) kogemist antenataalsel perioodil. Lõplikku analüüsi kaasati 8 kvalitatiivset (meetodina - intervjuud) uuringut, mille põhjal kirjeldati ema distressi kogemust antenataalsel perioodil protsessina, mida iseloomustas 5 põhiteemat: a) tunnistamine, et kõik ei ole korras (*recognising that things are not right*), b) stigmaga toimetulek (*dealing with stigma*), c) muutuse läbitöötamine (*negotiating the transformation*), d) spiraalne langus (*spiralling down*), and kontrolli tunde taastamine (*regaining control*). Autorid kirjeldasid protsessi sarnasena leina või kaotuse protsessile, mille tulemusena naised tunnevad võimetust asetada oma kogemus “täiuslik ema” olemise ettekujutusse.

Autorid järeldasid, et naised, kes kogevad psühholoogilist distressi raseduse ajal läbivad spetsiifilise transformiooni protsessi emaduse suunas, mis algab raseduse ajal ning mida süvendab emade interpretatsioon oma kogemusest kui hälbivast või ebaadekvaatselt.

Samuti tõid autorid välja, et naiste jaoks oli väga oluline saada adekvaatset ja toetavat abi stressiga toimetulekul lähedastelt, sarnase kogemusega emadelt, tervishoiutöötajatelt jne. Samas sotsiaalse toetuse puudumise ja mõistmatuse korral on suur risk naise distressi ja vältimise süvenemiseks, mis uuringute kohaselt oluliselt vähendab naise võimekust ise abi otsida.

(4) Bayrampour et al., 2015 uurimuse eesmärk oli määrata riskitegurid, mis soodustavad depressiooni ja ärevuse sümptomaatika kroonilist esinemist. Uurijad hindasid üle 3000 Kanada naise ärevuse ja depressiooni sümptomaatika esinemist ning riskitegurite (vt lk 583) esinemist 3-1 mõõtmiskorral: enne 25. rasedusnädalat, 34-36 rasedusnädalal, 4-kuud peale sünnitust, lisaks jälgiti valimis osalenud naiste meditsiiniraporteid 12, 24 ja 36 kuul sünnitusjärgselt. Autorid eristasid 3 gruppi: ilma sümptomaatikata, muutuva sümptomaatika esinemisega ja püsiva sümptomaatikaga grupid.

Autorid leidsid, et kõrge tugevamad nii kroonilise (vt lk 585) kui ka muutuva sümptomaatika esinemist soodustavad riskitegurid olid - kõrge tajutud stress, madal sotsiaalne toetus, vaimse tervise probleemide esinemine varasemalt. Pinged partneriga ennustasid oluliselt ärevuse sümptomaatikat; terviseprobleemid, ootamatu rasedus ja viljakusravi ennustasid unikaalselt kroonilise depressiooni sümptomaatika esinemist. Uurijad leidsid ka, et vähem optimistlikumatel rasedatel oli 4 korda suurem risk kroonilise depressiooni või ärevuse sümptomaatika väljakujunemiseks kui kõrgema optimismi skooriga naistel.

Uuringu kohaselt ligi 90% uuringus osalenud naistest koges kerge depressiooni sümptomaatikat, suurem osa intensiivsemat sümptomaatikast oli muutuva esinemissagedusega. Vähem kui 3% naisi kirjeldas püsiva depressiooni sümptomaatika esinemist; 9% naistest kirjeldas püsiva ärevuse sümptomaatika esinemist. Lisaks leidsid uurijad, et ärevuse sümptomaatikat esines kõikides gruppides rohkem võrreldes depressiooni sümptomaatikaga.

Autorite kohaselt suurem teadlikkus riskifaktoritest, mis soodustavad krooniliste vaimse tervise probleemide väljakujunemist võimaldab kujundada efektiivseid strateegiaid, mis võimaldaksid meditsiini-süsteems paremini märgata ja suunata ressursi sihtgrupile, kellel võib olla suurem vajadus toetavate sekkumiste järele.

(5) Glover (2014) toob oma artiklis välja, et ema rasedusaegne depressioon, ärevus ja stress võivad mõjutada last ja tema hilisemat arengut, näiteks suurendada emotsionaalsete probleemide ja ATH sümptomaatika esinemise riski ning mõjutada kognitiivset arengut. Kuigi põhjuselikke seoseid ei ole kindlalt võimalik väita, siis arvatakse, et prenataalsele ärevusele ja depressioonile võib omistada ligi 10-15% ulatuses emotsionaalsete ja käitumuslike probleemide sümptomaatika esinemist.

(6) Hughes et al., 2002 uurisid depressiooni, ärevuse ja PTSD sümptomaatika esinemist raseduse ajal (3-1 trimestril) ja sünnitusjärgsel perioodil naistel, kes on varasemalt kaotanud lapse pärast 18-ndat rasedusnädalat. Lisaks uuriti disorganiseeritud kiindumus käitumise esinemist lapsel 1.a pärast sünnitust. Uurijad leidsid, et lapse kaotanud naistel oli statistiliselt oluliselt kõrgem depressiooni, ärevuse ja PTSD sümptomaatika uue raseduse 3-1 trimestril võrreldes kontrollgrupiga. Samuti esines lapse kaotanud emade lastel suurema tõenäosusega disorganiseeritud kiindumiskäitumist 1a vanusena.

Samuti leidsid uurijad, et naised, kes hoidsid oma surnud last kogesid suurema tõenäosusega depressiooni sümptomaatika võrreldes naistega, kes last ainult nägid, kuid ei hoidnud. Emad, kes üldse last ei näinud olid keskmiselt kõige väiksema depressiooni sümptomaatikaga. Matuste korraldamine ja mälestuste omamine ei mõjutanud hilisemat depressiooni, ärevuse ega PTSD sümptomaatika esinemist. Emadel, kes nägid oma surnud last oli ka uue raseduse ajal oluliselt kõrgem ärevuse tase ning PTSD sümptomaatika esinemine võrreldes emadega, kes oma last ei näinud. Samuti esines nende emade lastel 1-aastasena oluliselt suurema tõenäosusega disorganiseeritud kiindumiskäitumist.

Põhjalikuma meta-analüüsi uuringutest, mis on analüüsinud vanemate ja lapse kontakti (nt surnud lapse süles hoidmine) mõju vanemate vaimsele heaolule surnult sünni järgselt, on koostanud Hennegan et al., (2015, vt link <http://bmjopen.bmj.com/content/5/11/e008616.full>)

(7) Simpson & Catling (2015) on koostanud meta-analüütilise kokkuvõtte tuginedes 21 uuringule eesmärgiga paremini kirjeldada faktoreid, mis on seotud riskiga kogeda sünnitust traumaatiliseks, PTSD sümptomaatika esinemist ja ennetavaid sekkumisi, mida ämmaemandaid on õpetatud kasutama (nt PRIME - Promoting Resilience In Mothers Emotions; spetsiaalne perinataalne psühholoogiline treening kindlustamiseks toetava ja emotsionaalselt intelligentse hoolitsuse jne.).

Autorid on toonud erinevate uuringute põhjal välja, et keskmiselt ligi 20-48% naistest kogu maailmas hindavad oma sünnituskogemust traumaatiliseks. See hinnang on subjektiivne, lähtuvalt naise hinnangust oma kogemusele. Autorid leidsid, et suurem risk kogeda sünnituskogemust traumaatiliseks on naistel, kellel on varasemalt esinenud vaimse tervise häireid, erakorralist sünnitusabi, komplikatsioone neonataalsel perioodil. Kõige suuremaks riskifaktoriks peeti sünnitusabitöötaja tegevuse kvaliteeti.

Autorite kohaselt ei ole kindlaid tõendeid selle kohta, milline on parim PTSD ravi, kuid ämmaemanda ante ja postnataalsed sekkumised (nt varajane riskifaktorite identifitseerimine ja postnataalne nõustamine) näitavad kasu.

(8) Fenech'i ja Thomson'i (2014) koostatud analüüsis leiti 10-le andmebaasile tuginedes 5088 uurimust, millest lõplikuks meta-analüüsiks valiti välja 13 kvalitatiivset uuringut (kokku 299 naist, 5-st riigist, sh Norra ja Rootsi), mis vastasid kõikidele ettemääratud sisulistele ja kvaliteedi kriteeriumitele. Autorid leidsid, et traumaatiline sünnituskogemus avaldab olulist psühhotsiaalset mõju naisele ja tema lähedastele nii lühi- kui pikaajaliselt. Traumaatilise sünnituskogemuse järgselt naised kogesid paanikahooge, ärevust, viha, leina, kurvameelsust ja mõtteid surmast, mis võisid kesta aastaid. Traumakogemus järel võib naine jääda kinni negatiivsetesse mõttemustritesse ja düsfunktsionaalsetesse toimetulekustrateegiatesse, mis võivad pikemas perspektiivis viia välja PTSD väljakujunemisele. Autorid on toonud välja, et erinevatele uuringute kohaselt võib sünnitusjärgne PTSD välja kujuneda 1,5 - 5,6% juhtudest, kuid vähemalt osalist sümptomaatika võib esineda sünnitusjärgselt kuni 32,1%-l. Lisaks väljendasid naised negatiivset muutust suhtes partneriga, negatiivset muutust seksuaalsuses ning raskusi positiivse kiindumussuhte loomisel imikuga. Samuti väljendasid naised intensiivset hirmu sünnituse ees, keisrilõike soovi järgmisel sünnitusel kuni otsuseni mitte enam sünnitada lähtudes eelnevast traumeerivast sünnituskogemusest. Uuringuskirjeldatakse vajadust ennetada psühholoogilise trauma

esinemist sünnitusel ning pakkuda asjakohast psühholoogial baseeruvat teenust ning sekkumist. Aastal 1994 lisati sünnitus ka DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) PTSD (post-traumaatilise stresshäire) väljakujunemise ühe võimaliku põhjuse hulka.

(9) Borghini et al., (2014) uurisid, mil määral varane sekkumine, mille eesmärk on ema-lapse suhte toetamine, aitab vähendada post-traumaatilise stresshäire sümptomaatika enneaegselt sündinud (33. rasedusnädalal ja varem) laste emadel. Tulemused näitasid, et oluliselt kõrgem posttraumaatilise stresshäire sümptomaatika esines enneaegsete laste emadel, võrreldes õigeaegselt sündinud laste emadega mõõdetuna 42. nädalal pärast rasedust (F(2,77) = 7.38; p = 0.001). See erinevus püsis kõikidel mõõtmiskordadel nii lapse 4-kuuseks kui ka 12-kuuseks saades (kohandatud vanus enneaegsete laste puhul). Samas varase sekkumisega enneaegsete laste gruppis vähenes oluliselt posttraumaatilise stresshäire sümptomaatika nii teisel kui kolmandal mõõtmiskorral võrreldes enneaegsete laste kontrollgrupiga (sekkumist mitte saanud enneaegsete laste grupp). Uurijad leidsid ka, et varane sekkumine enneaegselt sündinud laste ja nende emade puhul avaldab positiivset mõju ema-lapse suhte kvaliteedile, mis omakorda toetab lapse arengut ja ema vaimset tervist.

3.3. teenuse sisaldumine punktis 3.1 esitatud näidustustel Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes;

Käesolevalt ei ole leidnud Euroopa kontekstis ühtegi teenust, mis oleks oma nimetuselt ja sisult täpselt samasugune taodeldava teenusega psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel aja.

Rasedusaegse nõustamise temaatikat hõlmavates meditsiinilistes teadusartiklites ja ravijuhistes domineerib ema vaimse tervise (*maternal mental health*) mõiste, mis on Maailma Terviseorganisatsiooni (10) poolt tõlgendatud kui heaolu seisund, milles ema on teadlik oma võimetest, suudab toime tulla elu stresssituatsioonidega, töötada produktiivselt ja viljakalt ning on võimeline panustama ühiskonda. See kätkeb endas eelkõige adekvaatset kohanemis- ja toimetulekuvõimet, mitte lihtsalt vaimse haiguse puudumist. Järelikult võib antud definitsioonist lähtuvalt raseduskriisi mõiste alla paigutada kõik seisundid, mis ei ole kooskõlas ema vaimse heaoluga.

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf

WHO (11)

Pakub välja kahetasandilise mudeli efektiivseks ravisekkumiseks ja tõsisemate vaimse tervise häirete ennetamiseks:

I tasand - esmatasandi **psühhosotsiaalne**/mittefarmakoloogilise ravi mudel ja nõuanded:

1. Psühhoaridus (indiviidile ja tema perekonnale, vastavalt olukorrale)
2. Tuvastatud psühhosotsiaalsete stressoritega tegelemine
3. Sotsiaalsete võrgustike taastamine
4. Struktureeritud kehalise aktiivsuse programm (lisavõimalus keskmise kuni raske depressiooni ravis)
5. Regulaarne kontakt pärast ravi. Jätkukohtumised

II tasandi vaimse tervise teenused: Keerulisemad psühholoogilised ja meditsiinilised sekkumised – kliiniline psühholoog, teraapiad ja medikamentoossed sekkumised

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Kuigi rasedusaegsete ja –järgsete vaimse tervise probleemide etioloogia ja käik on üldiselt sarnased muul ajal esinevatele vaimse tervise probleemidele, avaldab loote ja vastsündinu olemasolust tingitud

kontekstierinevus märkimisväärset mõju nii probleemide identifitseerimisele kui ka ravile. Rasedusaegsed ja –järgsed vaimse tervise probleemid võivad avaldada väga tugevat mõju ka teistele pereliikmetele, sh naise partnerile, kuid kõige kaugeleulatavamad tagajärjed võivad esineda naise ja vastsündinu vahelise suhte loomisel ja arendamisel ning lapse pikaajalisel arengul. Igasugune vaimse tervise probleem vajab antud perioodil sageli tavapärasest kiiremat sekkumist, kuna see võib avaldada mõju lootele/vastsündinule, naise füüsilisele tervisele ja tema võimele igapäevaelus toime tulla ja oma pere eest hoolt kanda. **Sellest tulenevalt soovitatakse käsitleda rasedust ja sünnitujärgset perioodi kui väga spetsiifilist ajaperioodi, mis eeldab ka vastavat spetsialistitasandil ettevalmistust, esmatasandi vaimse tervise teenuse kättesaadavust, õigeaegset märkamist ning kohest sekkumist.**

(http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf)

(<http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>)

NICE:

Nice poolt soovitatakse luua piirkondlikke multidistsiplinaarseid rasedusaegseid vaimse tervise teenuseid pakkuvaid üksusi, mis pakuvad otseselt vaimse tervise teenuseid reproduktiivteenuseid pakkuvatele meeskondadele.

(<http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>)

Esmatasandi vaimse tervise teenus:

Nõustajad pakuvad vastavalt vajadusele hindamise, ravi ja hoolduse teenuseid; loovad sidemeid spetsialiseeritud teenusepakkujatega ja suunavad vajadusel patsiente nende juurde; rakendavad sobival viisil teenuse kasutajate tugigruppe; tuvastavad riske, sh risk vastsündinu või pere vanemate laste tervisele ja heaolule; ning suhtlevad teiste teenuste pakkujatega.

(<http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>)

Teise tasandi vaimse tervise teenus:

Teise tasandi vaimse tervise teenuste spetsialistid peaksid sünnieelsel perioodil koostama koostöös vaimse tervise eriteenuste pakkujatega kirjaliku raviplaani naisele, kellel on või on olnud raske psüühikahäire. Kui naine on sellega nõus, peaks protsessi kaasama ka tema partneri, perekonna või hooldaja.

(<http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>)

Ravijuhised:

Teiste maade ravijuhendites otseselt ei sõnastata teenust *psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal*, kuid kirjeldatakse vajadust vaimse tervise meeskonna väljatöötamise järele, kuhu kuuluvad **esmatasandi vaimse tervise spetsialist (psühhosotsiaalne kriisinõustaja)**, meditsiinipersonal ja vajadusel kaasatakse teise tasandi vaimse tervise spetsialist. Samuti rõhutatakse esmatasandi vaimse tervis spetsialisti spetsiaalse ettevalmistuse olulistust, mis käsitleb nii sihtrühma kui ka riskitegurite spetsiifikat.

Ravijuhistes, mis käsitlevad naise (vaimse)tervise teemat raseduse jälgimise protsessis kirjeldatakse valdavalt vajadust meditsiinitöötaja (ämmaemanda või naistearsti) poolt hinnata riskitegurite esinemist ja patsiendi distressi taset ning vajadusel soovitada ja/või tutvustada vaimse tervise spetsialisti nõustamisvõimalust. Raskemate psühhikahäirete ja võimaliku medikamentoosse ravi vajaduse korral soovitatakse suunata otse teise tasandi spetsialistile (psühhiaatria, psühhoterapia).

Naise ja lapse terviklikkust toetavad rasedusaegsed ja sünnitusjärgsed vaimse tervise teenuseid käsitlevad suunised (Perinatal and postnatal mental health services):

- NiCe guidelines on Antenatal and Postnatal Mental health Care (2014)

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg192>

- The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists' guidelines on Management of Women with Mental health issues during Pregnancy and the Postnatal Period (good Practice No 14; 2011)

<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/managementwomenmentalhealthgoodpractice14.pdf>

- BC Reproductive. Mental Health Program. &. Perinatal Services BC. Best Practice Guidelines for Mental Health. Disorders in the. Perinatal Period. (2014)

<http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal/MentalHealthDisordersGuideline.pdf>

- National Perinatal Depression Initiative. State of Victoria (Department of Education and Early Childhood Development). Perinatal Mental Health and Psychosocial Assessment: Practice Resource Manual for Victorian Maternal and Child Health Nurses (2013)

<http://www.education.vic.gov.au/Documents/childhood/professionals/profdev/perinatalmentalhealthmanual.PDF>

- The scottish Maternity framework

<http://www.maternal-and-early-years.org.uk/topic/0-3-years/mental-health-and-wellbeing>

- The International Initiative for Mental Health Leadership (IIMHL)

http://www.iimhl.com/files/docs/Make_It_So/20131013.pdf

- Infant Mental Health Promotion (IMHP)

<http://www.imhpromotion.ca/Resources/BestPracticeGuidelines.aspx>

- The royal College of Psychiatrists

http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/perinatal_web.pdf

- The Women's Mental health strategy (2002)

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Mentalhealth/DH_4002408

- Department of Health. Maternity Standard, National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. (2004)

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/199957/National_Service_Framework_for_Children_Young_People_and_Maternity_Services_-_Maternity_Services.pdf

- Core Document, National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. (2004)

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/199952/National_Service_Framework_for_Children_Young_People_and_Maternity_Services_-_Core_Standards.pdf

- The sigN guidelines (2012)

<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign127.pdf>

- NiCe guidelines Caesarean section 2014

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>

Artiklid suunistest:

Gamble, J., & Creedy, D. K. (2009). A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*, 25, e21–e30. doi:10.1016/j.midw.2007.04.004

Haran, C., van Driel, M., Mitchell, B. L., & Brodribb, W. E. (2014). Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14-51. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/51>

3.4. teenuse osutamise kogemus maailmapraktikas näidustuste ja riskide lõikes ja Eestis punktis 3.1 esitatud näidustuste lõikes;

Teenuse osutamise näidustused:

1. subjektiivne distressiseisund
2. ärevussümptomitega kulgev seisund

Näiteid rasedusaegse ja sünnitusjärgse vaimse tervise teenuse osutamise kogemusest maailmapraktikas:

Inglismaa ja Wales:

(<http://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0598/documents/antenatal-and-postnatal-mental-health-update-full-version2>)

Inglismaal ja Wales'is suunatus kollaboratiivsele töömudelile soodustamaks erinevate teenusepakkujate tihedat suhtlemist ja kooskõlastatud raviplaane üksikisiku tasandil, sh esmatasandi arstiabi osutajad (perearst, koduvisiite tegev terviseõde, **psühholoogilise teraapia teenuse osutaja ning nõustaja**), rasedus- ja sünnitusteenuste osutajad (ämmaemand ja sünnitusabi-arst) ja vajadusel teisese tasandi vaimse tervise teenuste osutajad, ning lisaks veel sotsiaalteenuste pakkujad ning sõltumatu sektor ja vabatahtlik sektor. Kogu see raviteenuste osutamise võrgustik peab arvestama mitte ainult naise ja lapse vajadustega, vaid ka teiste pereliikmete ja hooldajatega. Seda võeti arvesse ka Suurbritannia tervishoiusüsteemi raviprogrammide lähenemise väljatöötamisel (Tervishoiuministeerium 1999, 2008).

Esmatasandi vaimse tervise teenused, kus nõustajad pakuvad vastavalt vajadusele hindamise, ravi ja hoolduse teenuseid; loovad sidemeid spetsialiseeritud teenusepakkujatega ja suunavad vajadusel patsiente nende juurde; rakendavad sobival viisil teenuse kasutajate tugigruppe; tuvastavad riske, sh risk vastsündinu või pere vanemate laste tervisele ja heaolule; ning suhtlevad teiste teenuste pakkujatega.

Vaimse tervise eriteenused, sh vaimse tervise eriteenused sünnituseelsel perioodil, mõõduka ja raske vaimse tervise probleemiga (või kergema, kuid ravile allumatu vaimse tervise häirega) naiste olukorra hindamine raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil, sh. olemasoleva häire rasedusaegse, sünnitusaegse või -järgse kordumise riski hindamine.

Intensiivteenuste (nt kriisiga seotud teenuste) pakkumine asutustele, kes tegelevad kergema vaimse häirega naistega; see võib hõlmata nõu andmist hoolduse, ravi, ema-lapse suhte või lapse kaitsmise teemadel, ning diagnoosi määramist. Rasedus- ja sünnitusaegsete ning esma- ja teisese tasandi vaimse tervise teenuste alane haridus ja koolitus.

Türgis:

Istanbulis on koondunud ühe akadeemia alla ämmaemandad, doulad ja prenataal psühholoogid. Akadeemias koolitatakse tulevasi spetsialiste aga ka pakutakse teenuseid lapseootel peredele. Türgis on peamiseks mureks väga kõrge keiserlõike protsent (erakliinikutes isegi 80% sünnitustest lõppeb keiser lõikega). Psühholoogide töö on suunatud selle protsendi vähendamisele. Teine suund, millega psühholoogid tegelevad on sünnituse eelse ärevuse ja probleemide mõjuga tegelemine.

Šveitsis:

Šveitsis toetatakse riiklikul tasemel psühhosotsiaalset raseduse nõustamist, pöörates erilist tähelepanu nii naise psüühilisele tasakaalule kui ka paartasandlile. Tegeletakse ka lapseootel prede

hindamisega (ametialane, finants olukord, paarisuhte olukord, vanemlikud oskused), et ära hoida ja avastada varakult probleemid, mis võivad mõjutada tulevase lapse elu.

Saksamaa:

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24337130>)

Saksamaal on üleriigiline programm, mis pöörab tähelepanu nii lapseootus ajale kui ka sünnitusjärgsele ajale. Pakutakse nii meditsiinilist kui ka psühhosotsiaalset nõustamist lapseootuse ajal ja ka planeerimata või soovimatute raseduste korra.

Ülevaate uuring erinevate maade/kultuuride praktikast (12):

Evagoru ja kolleegid (2015) on koostatud erinevate riikide kogemuse põhjal kultuuriti võrdleva meta-analüüs, mis käsitleb kultuuridevahelist sünnitusjärgse depressiooni käsitlust - esinemissagedus, riskifaktorid, praktikad ja sekkumisviise.

Sünnitusjärgse depressiooni esinemissageduseks hinnati keskmiselt 12-20%, samuti teatud kultuuride madala esinemissageduse puhul (nt Jaapan, Singapur) pidasid autorid tõenäolisemaks aladiagnoosimist ja sümptomite suuremat somatisatsiooni. Autorid leidsid, et kuigi erinevad kultuurid kirjeldasid sarnaseid riskifaktoreid, siis erinevad kultuurid väljendasid depressiooni sümptome erinevalt. St. mida Lääne-kultuurist kaugem kultuur, seda rohkem esinesid depressiooni sümptomid somatiseeritud kujul. Emotsionaalse häirituse manifesteerumine füüsiliste sümptomitena esineb sagedamini siis kui vaimse tervise probleemid või häired on stigantiseeritud või nende suhtes on levinud negatiivne hoiak, samuti kui kultuur on seadnud väga kõrged ootused emadusele ja emaks olemisele.

Autorid tõid ka välja, et kuigi tänu tehnoloogia võimalustele on laps ja ema raseduse ajal suhteliselt hästi jälgitud, siis enamasti ei ole konkreetseid protseduure selleks, et toetada ema psühholoogilist kohenamist sünnitusjärgselt. Autorid usuvad, et nii hariduslike, psühhohaiduslike kui ka terapeutiliste sekkumisprogrammide olemasolu vähendab oluliselt sünnitusjärgse depressiooni esinemise riski ja soodustab varajast ravi. Seda ideed kinnitab ka sünnitusjärgse depressiooni (või selle sümptomaatika) oluliselt madalam esinemissagedus Lääne-Euroopa riikides, kus võimaldatakse rohkem ennetavaid sekkumisi.

Autorid rõhutavad vajadust luua või integreerida rohkem kultuurispetsiifilised ante- ja postnataalse depressiooni skriinimeetodid, mida peaksid rakendama sobiva spetsiifilise naise vaimset tervist käsitleva väljaõppe saanud personal,

Näiteid erinevate maade praktikast võimalike riskitegurite korral

Raseduse katkemine/katkestamine:

Eestis alates 1992. aastast abortide arv iga aastaga vähenenud: Lähtuvalt TAI meditsiinilise sünniregistri ja raseduse katkestamise andmekogust oli 1992. aastal aborte 28 403 (sh legaalselt indutseeritud ehk meditsiinilisi aborte 25 803), 2014.a aga 6943 aborti (sh legaalselt indutseeritud ehk meditsiinilisi aborte 5188). Languse peamiseks põhjuseks on rasestumisvastaste vahendite kättesaadavus alates 1990. aastate algusest, samuti teabe ja teenuste levik ning kohustusliku seksuaalhariduse süstemaatilisem andmine Eesti koolides alates 1996. aastast.

<http://www.tai.ee/et/tegevused/registrid/meditsiiniline-sunniregister-ja-raseduskatkestusandmekogu/statistika>

<http://uudised.err.ee/v/eesti/95adfab6-090c-46bd-866c-d58457208a51>

Rahvusvaheliselt on tunnustatud seisukohad, et seksuaaltervise teenused peavad olema võimalikult

hästi kättesaadavad, eakohased ja mittediskrimineerivad. EN Parlamentaarse Assamblee komisjoni raport (Council of Europe. Parliamentary Assembly. Committee on Equal Opportunities for Women and Men) viitab uuringutele, mis näitavad, et nn järelemõtlemisperiood ja kohustuslik nõustamine raseduse katkestamise soovi korral, mis on rohkem kasutusel Lääne-Euroopa maades, peaks minimeerima kiiresti ja mõtlematult tehtud otsuste osakaalu.

Vt. lisainfo: Access to safe and legal abortion in Europe. (2008).

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/activities/abortion/report-on-safe-and-legal-abortion-in-europe>

Eesti kogemuse põhjal oleme seisukohal, et mis tahes raseduspuhuse nõustamise või tegevuse puhul tuleb järgida professionaalsuse, neutraalsuse, eetika ja inimõigustega seotud põhimõtteid. Nõustamine peab alati olema neutraalne – naise rasedust võib katkestada üksnes tema enda soovil. Keegi ei tohi sundida ega mõjutada naist oma rasedust katkestama (ega ka sünnitama), vaid naisele tuleb selgitada kaasnevaid riske ja püüda leida ühiselt sobivam lahendus. Rasedusega seotud psühholoogilise nõustamise esmaseks eetiliseks aluseks on selle vabatahtlikkus. Psühhosotsiaalset kriisinõustamist viib läbi vastavat erialalist ettevalmistust omav spetsialist, kes tegutseb oma eriala kutseeetikast (vt *raseduskriisi nõustaja kutsestandard, tase 6*) lähtuvalt. Otsuse raseduse katkestamise/katkestamata jätmise kohta võtab vastu naine, lähtudes oma tervislikust seisundist, sotsiaalsetest, majanduslikest või muudest väga isiklikest aspektidest.

Hollandi praktika raseduse katkestamisega seotud esmatasandi vaimse tervise teenused.

Alates 1984 a. on Hollandis lubatud rasedust katkestada haiglates ja abordikliinikutes mis on litsentseeritud The Termination of Pregnancy Act (Waz25) all. Hollandis on 95 litsentseeritud haiglat ja 16 litsentseeritud abordikliinikut kellest 9-1 on luba katkestada rasedust ka raseduse II trimestril. Riskigrupi kuuluvad: alaealised rasedad. Suhe raseduse katkestamisel sünnitusega on 2:1. Naised alates 20. eluaastast kuuluvad peamiselt kahte suurde riskigrupi: immigrandid I ja II põlvkond ja esmakordsed katkestajad (2/3 kõikidest raseduse katkestajatest). Hollandis pöörduvad naised kliinikutesse või haiglatesse kas omal algatusel (16% kogupöördujatest) või saadetuna perearstide ja günekoloogide poolt. Reeglina pakutakse naisele enne raseduse katkestamise protseduuri 5 päevast aega oma otsuse kaalutlemiseks (v.a medikamentoosse abordi korral, kuid ka siis võtavad 2/3 naistest endale järelemõtlemiseks aega kohati isegi rohkem).

Hollandi Abordi Assotsiatsiooni poolt väljatöötatud juhised naiste (vajadusel ka nende partnerite) nõustamiseks, kes kaaluvad raseduse katkestamist. Antud juhises on nimetatud spetsialiseerunud nõustajaks spetsialisti, kes on omandanud spetsiifilised oskused ja eksperdi pädevuse abordieelse nõustamise kontekstis võimaldamaks toetust neile naistele, eks kaaluvad küll raseduse katkestamist, kuid on jäänud peale meditsiinipersonali poolset nõustamist kõhklevale, ebakindlale positsioonile. Meditsiinipersonalile on asetatud nõue identifitseerida ja selekteerida välja need naised, kes vajavad oma otsuse tegemisel enam professionaalset tuge (nt ilmnevad tugevad ambivalentset tunded, ebakindlus oma otsuses, kellel on ebapiisav sotsiaalne tugivõrgustik, kellel puudub tugi lähedastelt, naise survestamise kohtluse korral ja kui naine on kogenud eelnevaid psühhiaatrilisi probleeme. Sellistes olukordades tuleb pakkuda edasist nõustamist ja seda võimalikult kiiresti.

Hollandis läbiviidud uuringust keskmiselt 20% naistest on raporteerinud 12 kuu möödudes raseduse katkestamisest (loote patoloogia tõttu) leina, kaotusvalu, depressiooni ja ärevust

Lisainfo: Dutch Association of Abortion Specialists, www.ngva.nl

Hollandis kasutatakse lisaks mõjule orienteeritud nõustamisele ka toetavat ja psühholoogilist nõustamist. Toetavat nõustamist pakutakse naisele ebatavaliselt tugeva stressiolukorra juures. Teatud osale naistest pakutakse ka septsialisti tasandil psühholoogilist nõustamist.

Lisainfo: Dutch Association of Abortion Specialists, www.ngva.nl

Inglismaal selleks, et pöörduda NHS (Riiklik Tervise Teenus) poolt pakutavale aborditeenusele, tuleb eelnevalt saada saatekiri perearsti käest. Võimalik on saada saatekiri abordile ka läbi kontratseptsiooni kliiniku, alla 25 a. vanused naised ka läbi noortenõustamisteenuste. Järgmine samm on saada esimene kohtmine abordikliinikusse või -haiglasse, kus jagatakse vajalikku informatsiooni ja räägitakse vajadusel asjad veelkord üle. Viimase astmena antakse vastuvõtuaeg haiglasse või kliinikusse, kus raseduse katkestamine läbi viiakse. Alternatiivselt on võimalik pöörduda ka sõltumatute abordiorganisatsioonide juurde, nagu BPAS (the British Pregnancy Advisory Service) või [Marie Stopes](#). Nende tegevust toetab samuti NHS.

Enamus aborditeenust pakkuvad insitutsioonid pakuvad ka abordieelset nõustamist, juhul, kui klient tunneb, et vajab abi seoses erinevate tunnetevõi murede läbitöötamisega.

Inglismaa tervishoiusüsteem normaliseerib erinevate abordiga seotud ambivalentsete emotsioonide esilekerkimist, nagu kergendus, kurbus, õnnelikkuse või kaotusetunded.

Iga naise kogemus on unikaalne. Naised saavad küsida psühholoogilist tuge oma perearsti, ämmaemanda või kontratseptsioonikliiniku kaudu. Võimalik on ka iseseisvalt pöörduda otse NHS nõustamis- ja tugiteenusele, leides läbi NHS kodulehe endale logistiliselt lähima nõustamiskoha.

Lisainfo: <http://www.nhs.uk/Livewell/Sexualhealth/Pages/Abortionyouroptions.aspx>

Inglismaa tervishoiusüsteemis ei eitata vajadust abordijärgse nõustamise järele, kuid tunnustatakse uuringutepõhiselt, et abort iseeneset ei tekita kaugemale ulatuvaid emotsionaalseid või psühholoogilisi probleeme. Vajadusel soovitatakse otsida abi ja nõustamist tunnustatud nõustamisteenuste pakkujatelt, nagu [Care Confidential](#) või [British Pregnancy Advisory Service \(bpas\)](#), kes pakuvad oma teenust kas täielikult või osaliselt koostöös NHS-ga.

Lisainfo: http://www.bpas.org/bpaswoman/Counselling_after
<http://www.nhs.uk/Conditions/Abortion/Pages/Risks.aspx>

Lastetus ja viljatusravi:

Reproduktiivmeditsiinilises praktikas on suurenenud arusaam vajadusest spetsiifilise psühholoogilise teenuse järele. Ehkki seni ei ole jõutud veel konsensusele selle üle, kes täpselt peaks selles süsteemis nõustamist pakkuma, on tõusnud teadlikkus selles osas, et parim teenus viljatusravi kliendile sisaldab ka integreeritult vaimse tervise teenust ning vastavat nõustamist. Vaimse tervise spetsialisti funktsioon seisab tänaseks tunduvalt kõrgemal kui lihtsalt nõustamine ja toimetuleku toetamine. See eeldab spetsiaalseid oskuseid, treeningut ja teadmisi viljatuse meditsiinilistest ja psühholoogilistest aspektidest kuni fertiilsusravile kaasuvate emotsionaalsete kõrvalmõjude asjakohase hindamise ja ravini. (13)

Esmatasandil ravi ja hindamist viib soovitavalt läbi spetsiifilise ettevalmistuse saanud vaimse tervise spetsialist, kes on saanud ettevalmistuse ka kriisinõustamises, vastavalt valdkonna olemusele ja väljakutsetele. Raskemate ootamatult vallandunud psüühikahäirete korral kaasatakse II tasandi spetsialist.

European Society of Human Reproduction and Embryology on välja andnud juhendi viljatusnõustamiseks, kus on välja toodud nõustaja alusharidus ja väljaõpe erinevates maades.

Lisainfo: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Psychosocial-care-guideline.aspx>

Nt. Inglismaal eeldatakse nõustajalt lisaks spetsiifilisele väljaõppele vastavat riiklikule regulatsioonile minimaalset nõustamisalast kvalifikatsiooni, mis kohaldub psühholoogilise nõustaja või sotsiaaltöötaja taseme ja/või vastavate akrediteeringuga.

Ameerika Ühendriikides puudub küll riiklik regulatsioon, kuid erialaseltside poolt on välja töötatud vastavad kvalifikatsiooninõuded.

Teistes riikides määravad töötamise mudeli osakondades töötavate vaimse tervise spetsialistide tööjuhendid, kes pakuvad oma teenust integreerituna ka teiste probleemide, mitte ainult viljatuse korral. Need on riigid, kes järgivad oma tervishoiusüsteemis integreeritud psühhosomaatilist või psühhosotsiaalset mudelit (nt. Saksamaa) ja tagavad, et vaimse tervise spetsialistid on patsiendi ravimisel lahutamatud multidistsiplinaarsest meeskonnast.

Eestis on 2005 aastal uuritud viljatusravi kliinikute lõikes tahtmatult viljatute ja/või viljakushäiretega inimeste/paaride psühholoogiliste probleemide esinemist.

Lisainfo: <http://www.andmemasin.eu/reports/failid/671-psuhholoogilise-noustamise-tahtsus-viljastusravi-vajavate-patsientide-seas.pdf>

Eesti kogemus

SA Väärtustades Elu koostöös EV Rahvastikuminiistri bürooga alustasid 2006. aastal tegevust, mille lähteülesandeks oli uurida raseduskriisi nõustamisteenuse pakkumise kvaliteeti Eestis ja määratleda: 1) vajadus rasedate, s.h raseduse katkestamist planeerivate patsientide ja nende lähedaste nõustamise järele; 2) raseduskriisi nõustamise olemus ning eesmärgid, mida saab võtta aluseks nõustamise kvaliteetstandardi väljatöötamisele; 3) raseduskriisi nõustajate täiendõppe eesmärgid ja ainekava

Lähtekohana tõstatati järgmised küsimused:

- Kas praegu toimivas meditsiinisüsteemis pööratakse piisavalt tähelepanu rasedate preventiivsele nõustamisele ennetamiseks võimalikke kriisiolukordi?
- Kui prioriteetseks peetakse raseduskriisi nõustamist erinevates võimalikes probleemsetes olukordades (soovimatu rasedus, spontaanabort, lapse surm, viljatuse vms.)?
- Kas hetkel toimival või üleüldiselt/ideeliselt nõustamisega seonduvalt peetakse oluliseks rasedat naist ära kuulata, toetada ja teda vajadusel edasi suunata?

Seniselt on raseduskriisi nõustamist alates 2007.a rahastanud (alates 2013.a vajalik teenusele saamiseks tervishoiutöötaja suunamiskiri, sh valdavalt ämmaemand, naistearst, perearst) Eesti Haigekassa tervist edendava projektina. Lisaks on välja töötatud tasuta e-nõustamise ja tasuta telefoninõustamise süsteem, mida on kuni 2014.a rahastanud Hasartmängumaksu Nõukogu.

Alates 2010.a on raseduskriisi nõustamisvõimalust kasutatud 22 736-l korral, st aastas keskmiselt 4547 korra.

Sihtrühma nõustamisvajaduse käsitlus tegevusjuhistes jm. Eesti kontekstis:

- <https://www.riigiteataja.ee/akt/RKSS>

Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seaduses, alates 02.03.2015 kehtivas redaktsioonis:

§ 12. Nõustamise kohustus

“Rasedat naist, rasedust katkestada soovivat naist või võlaõigusseaduse § 766 lõikes 4 sätestatud juhul tema seaduslikku esindajat peab tervishoiutöötaja vajaduse korral teavitama psühholoogilise või muu asjakohase nõustamise võimalustest.”

- https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/raseduse_jalgimise_juhend_2011.pdf

Raseduse jälgimise juhend (2011, Eesti Naistearstide Seltsi ravijuhend, versioon 4; lk 14-15)

Raseduskriiside hindamise peatükis soovitatakse lisaks vajaduspõhiselt sagedasemale naistearsti külastusele ka teiste spetsialistide konsultatsiooni (sh raseduskriisi nõustaja) järgmistes olukordades: lähisuhte vägivald ja selle kahtlus, meeleoluhäire kahtluse või riskitegurite esinemine, tüsistusega kulgenud varasem rasedus või sünnitus.

- <http://www.ammaemand.org.ee/wp-content/uploads/2013/09/Vaimse-tervise-probleemide-m%C3%A4rkamise-JUHIS.pdf>

Vaimse tervise probleemide märkamise juhis rasedust planeerivat, rasedat ja/või sünnitanud naist jälgivale tervishoiutöötajale, (EÄU, 2013).

- http://www.eusti.ee/Ravijuhis_2015.pdf

Seksuaalsel teel levivate infektsioonide ravijuhis Eestis (2015, lk 104).

Nimetatud on kriisinõustamise vajadus seksuaalvägivalla ohvri tervikliku käsitlemise kontekstis.

- <http://www.ravijuhend.ee/juhendid/ravijuhendid/68/Riskivastsündinute-jalgimise-juhend-lapse-esimesel-ja-teisel-eluaastal>

Riskivastsündinute jälgimise juhend lapse esimesel ja teisel eluaastal (2008, lk 4), hetkel uuendamisel. Nimetatud on pere psühhosotsiaalse toimetuleku hindamise ja toetamise vajadus.

- <http://www.epry.ee/assets/Uploads/133180653216Vaimse-tervise-teenuste-kaardistamine-ja-vajaduste-analyyys.pdf>

Raport: Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs (TAI, 2012; lk 35). Raport kirjeldab psühholoogilise abi võimalusi, kättesaadavust ja vajadust (sh raseduskriisi nõustamist).

Haiglasisesed ja valmivad tegevusjuhised:

- Vastsündinu/loote surma korral tegevusjuhised ämmaemandale pere toetamiseks (*Lisa 7. ITK tegevusjuhised loote surma korral 2005 (uuendamisel)*)
- 2015.a valmis ja on kinnitamisel Pelgulinna sünnitusmajas tegevusjuhised naistearstidele, mis käsitleb antenataalset surma, ning kuhu on toodud sisse raseduskriisi nõustamise vajadus.
- Lisaks valmib Pelgulinna Sünnitusmaja, MTÜ Vaikuse Lapsed ja SAVE koostöös 2016.a tegevusjuhised pere toetamiseks lapse surma korral (perinataalsel perioodil), kus samuti tuuakse sisse raseduskriisi nõustamise vajadus.

3.5. Meditsiinilise tõendus põhise võrdlus Eestis ja rahvusvaheliselt kasutatavate alternatiivsete tervishoiuteenuste, ravimite jm,

Psühhosotsiaalse kriisinõustamise eesmärk raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal on toetada ja taastada patsiendi psühhosotsiaalne toimetulek subjektiivse distressiseisundi ja/või ärevuse sümptomitega kulgevate seisundite korral ennetamiseks võimalike hilisemate vaimse tervise häirete tekkimist. Teenus on oma olemuselt ennetav (vt punkt 3.3 ja 3.6).

Punktis 3.2 väljatöötatud meta-analüüsid on osaliselt võrreldud ka erinevaid sekkumisviise (sh erinevaid terautilisi sekkumisi) ja medikamentooseid sekkumisi.

Sagedasemaks rasedusaegseteks psüühikahäireteks loetakse antenataalset-ja postnataalset depressiooni ning erinevaid ärevussümptomitega kulgevaid seisundeid. Andmed depressiooni haigestumise riski kohta raseduse ajal või vahetult selle järgselt on eri riikide läbilõikes suhteliselt varieeruvad. Üldiselt arvatakse, et ligikaudu üks viiest lapseootel või äsjasünnitanud naisest kannatab rasedusaegse ja/või -järgse depressiooni sümptomite all (12). Kuna vastavad andmed Eesti Vabariigi rasedate/sünnitajate kohta puuduvad, siis võib vaid spekulatiivselt eeldada, et ühe kalendriaasta jooksul (ca 13 500 sündi 2013. aastal) on ca 2700 lapseootel/sünnitanud naist raseduse või sünnitusega seotud depressiivsete sümptomitega kulgevas seisundis. Ärevussümptomitega kulgevate seisundite esinemist raseduse ajal võib uuringute kohaselt esineda isegi sagedamini (3,4)

Kuna haigustunnused võivad ilmuda igal lapseootel naisel igas raseduse faasis ja ka vahetus sünnitusjärgses perioodis, siis kõik rasedusega arvele võetavad naised vajavad skriiningut eelnimetatud seisundite suhtes (1,2). Siinjuures on oluline suurendada erinevate nõustamisteenuste sh raseduskriisinõustamise kättesaadavust ja kvaliteeti. Vahetult lapse sünnile eelnev ja järgnev aeg on periood, mil vanemad on rohkem vastuvõtlikud ja motiveeritud vanemlusala info saamiseks, mistõttu tuleb sel ajajärgul vanematele suunatud teenuseid enam arendada. Lk 23, Laste ja perede arengukava (vt. http://www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/Lapsed_ja_pered/laste_ja_perede_arengukava_2012_-_2020.pdf)

3.6. teenuse seos kehtiva loeteluga, sh uue teenuse asendav ja täiendav mõju kehtivale loetelule;

Taotleme uue teenuse psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal lisamist tervishoiuteenuste loetellu. Taodeldav teenus ei asenda olemasolevaid teenuseid.

Selgituseks:

Psühhosotsiaalne kriisinõustamine:

Professionaalne varane psühhosotsiaalne sekkumine aitab viia miinimumini varasemat elukvaliteeti märgatavalt häirivate sümptomite süvenemist ja sellest tuleneva võimaliku hilise (pikaajalise ja kuluka) psühholoogilise ja psühhoteraapilise sekkumise vajadust.

Psühhosotsiaalne kriisisekkumine on näidustatud:

- vahetu kriisisündmuse korral (õnnetus, isikuvastane kuritegu, traagiline kaotus) esmase psühhosotsiaalse toe korraldamine (ka sündmuskohal) ja ohvritele elukvaliteedi taastamisele suunatud toe kavandamine
- traumasündmuse järel hilisem psühhosotsiaalne tugi olukorra mõistmiseks ja emotsionaalse taskaalu taastamiseks
- kaotuse ja leina korral esmase psühhosotsiaalse toe korraldamine leinajale

Kriisiväljasõidu valmidus ja sekkumised kriisiolukordades:

Kuna kriisinõustamine nõuab selle teenuse pakkujalt põhjalikke oskusi ning esitab ainulaadseid väljakutseid, erineb see kõigest teistest nõustamise liikidest. Näiteks võib nõustamine toimuda eemal tavapärasest nõustamiskeskonnast (raseduskriisi puhul eeldab kriisinõustamine valmisolekut ja oskust töötada kiirete kriisiväljakutsete korral sünnitusosakondades). Samuti on oluline on mõista, et kriisinõustamine ei ole sama mis psühhoteraapia. Kriisisekkumine on suunatud sündmusega seotud stressi maandamisele, emotsionaalse toe pakkumisele ning abisaaja siin ja praegu toimetulemise strateegiate arendamisele. Kriisinõustamine vajab spetsiaalset väljaõpet, kus on peatähelepanu pööratud psühhosotsiaalsete toimetulekuoskuste toetamisele.

3.7. teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega;

Teenusele suunab tervishoiutöötaja - ämmaemand, naistearst, perearst, pereõde jne.

Tabel 1. Raseduskriisi nõustaja tegevuse võrdlus ämmaemanda ja kliinilise psühholoogi teenusega

	<i>Ämmaemandus teenus</i>	<i>Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal</i>	<i>Kliinilise psühholoogi teenus</i>
<i>Ettevalmistus</i>	Ämmaemandal on erialane kõrgharidus.	Raseduskriisi nõustaja on kõrgharidusega (valdavalt ämmaemandus, psühholoogia, sotsiaaltöö) isik, kes on läbinud erialase (raseduskriisi nõustajate) täiendkoolituse	Kliinilisi psühholooge valmistatakse ette ülikoolis. 7. taseme kliiniliselt psühholoogilt on nõutav psühholoogia bakalaureuse- ja magistriõppe läbimine

		ja juhendatud praktika.	ja sellele järgnev kutseasta, mis sisaldab spetsialiseerumiskursuseid ja juhendatud praktikat.
<i>Töö kirjeldus lähtuvalt kehtivast kutsestandardist</i>	<p>Ämmaemand juhendab, jälgib, hooldab ja nõustab naisi raseduse ja sünnituse ajal, sünnitusjärgsel perioodil ning günekoloogiliste probleemide lahendamisel; juhivad sünnitust omal vastutusel; hooldab ja jälgib vastsündinuid ja imikuid. Ta osaleb tervisekasvatuse ja pereplaneerimises üksikisiku, perekonna ja ühiskonna tasandil.</p> <p>http://www.kutsekoda.ee/et/kutseeregister/kutsestandardid/10470049/pdf/ammaemand-tase-6.7.et.pdf</p>	<p>Raseduskriisi nõustaja tegevuse eesmärk on kaitsta, toetada ja aidata säilitada nõustatavate (perekonna, lähedaste ja fertiilses eas olevate naiste ning meeste) emotsionaalset ja sotsiaalset heaolu, võimaldades neile optimaalset psühholoogilist ja psühhofüsioloogilist arengut, parandades naiste ja perede toimetulekuvõimet seoses raseduse planeerimise, lapseootuse ja sünnitusjärgse perioodiga. Raseduskriisi nõustaja töö on mitmekesine, olulisel kohal on valmisolek nõustada kliente/patsiente erakorraliselt. Raseduskriisi nõustaja nõustab ambulatoorselt ja/või statsionaarselt nii üksikisikuid kui grupe</p> <p>http://www.kutsekoda.ee/et/kutseeregister/kutsestandardid/10544102/pdf/raseduskriisi-noustaja-tase-6.1.et.pdf</p> <p><i>Psühhosotsiaalne kriisinõustamine on esmatasandi lühiajaline kriisisekkumine, mis on olemuselt preventiivne, eesmärgiga hoida ära võimalikke hilisemaid vaimse tervise häireid. Kriisinõustaja ülesanne on toetada naiste, meeste ja perede toimetulekut ootamatutes reproduktiivtervisega seotud kriisiolukordades aidates kohaneda uue või muutunud olukorraga, pakkudes psühhoharidust jm. vajalikku informatsiooni, samuti märgates õigeaegselt vaimse tervise häirete võimalikku teket ja suunata klient edasi II astme vaimse tervise spetsialisti poole, kelleks on teiste maade mudelite põhjal psühholoogid ja psühhiaatrid.</i></p>	<p>Kliinilise psühholoogi töö eesmärk on psüühilise distressi, psüühika- ja käitumishäirete, puuete ja riskikäitumise hindamine, leevendamine, ravimine ja ennetamine. Kliinilise psühholoogi töö esitab kõrgendatud nõudeid tema eetilistele põhimõtetele ja isikuomadustele. Kliiniline psühholoog spetsialiseerub järgmistele valdkondadele: kliiniline lapsepsühholoogia, psühhoteeraapia, kliiniline kohtu- ja korrektsiooni-psühholoogia ja neuropsühholoogia. 7. taseme kliinilise psühholoogi töö sisu on inimese isiksuseomaduste, psüühiliste protsesside ja probleemide hindamine ja mõõtmine kehaliste ja psüühiliste haiguste ning inimese psühhosotsiaalse funktsioneerimise raskendatuse puhul; psüühika- ja käitumishäirete psühholoogiline diagnostika; toetav psühhoteeraapia; nõustamine; konsulteerimine; õpetamine ja nooremate kolleegide töö juhendamine; eksperthinnangute andmine kliinilise psühholoogia valdkonda kuuluvates küsimustes; koostöö teiste erialade spetsialistidega.</p> <p>http://www.kutsekoda.ee/et/kutseeregister/kutsestandardid/10489529/pdf/kliiniline-psuhholoog-tase-7.5.et.pdf</p>
<i>Reproduktiivsus, seksuaalvahekorrasestumine jne.</i>	<p>reproduktiivtervise-alane nõustamine: reproduktiivtervise seksuaalkasvatuse pereplaneerimine ja kontratseptsioon</p>	<p>Valdavalt lühiajaline toetav ja ennetav esmatasandi kriisisekkumine (kliendi soovil) ootamatu rasestumise või raseduse katkestamisest tuleneva emotsionaalse segaduse korral. Lühiajaliselt, keskmiselt 3 nõustamiskorda.</p> <p>Toetav spetsiifiline kriisinõustamine viljatuse korral ja/või viljatusravi ajal, vajadusel pikemal perioodil (viljatus kui eksistentsiaalne kriis inimese elus). Keskmiselt 6 nõustamiskorda pöördumise järgselt, vajadusel pikemal perioodil viljatusravi ajal.</p> <p>Kiirreageerimine kriisiväljakutse korral</p>	<p>Eelpool välja toodud loogikast lähtuvalt sekkub II tasandi spetsialistinavimse tervise häirete kahtluse korral (hindamine, ravi) või teadaolevate eelnevate episoodide esinemise puhul kliendi tervisele (ennetamine ja ravi).</p> <p>Diagnostika, teraapia</p> <p>Diagnostika, ravi (vajadusel pikem terapeutiline protsess või traumatöö seksuaal- ja lähisuhtevägivalla ohvrile)</p>

		<p>ohvri esmasel pöördumise tervishoiuasutustesse. Toetav lühiajaline järelnõustamine (vajadusel), teavitustase teise tasandi psühholoogilisest abist juriidilisest toest jne, koostöös kliendiga tegevusplaani väljatöötamine, edasisuunamine. Keskmiselt 6 nõustamiskorda kriisiväljakutse järgselt või 6 kuu jooksul pärast pöördumist.</p> <p>Vajaduspõhine seksuaalvägivalla ohvri kriisinõustamine.</p> <p>Vajaduspõhine lähisuhtevägivalla ohvri psühhosotsiaalne kriisinõustamine tervishoiuasutuses. Psühhohariduslik ja toetav nõustamine, abi vajaduse väljaselgitamine ja koostöös kliendiga tegevusplaani väljatöötamine. Keskmiselt 6 nõustamiskorda pöördumise järgselt.</p> <p>Vajadusel edasisuunamine ja koostöö teise tasandi spetsialistidega depressiooni ja ärevushäirete vms. vaimse tervise häirete kahtluse korral.</p>	
<i>Rasedus</i>	<p>raseduse jälgimine e. antenataalne ämmaemandusa bi teenus</p> <p>raseduse jälgimine raseda nõustamine ja ettevalmistus vanemluseks; ettevalmistus sünnituseks, abistamine sünnitusel</p>	<p>Valdkonnaspetsiifiline, psühhohariduslik, toimetulekuoskuseid ja kohanemist toetav nõustamine raseduse (või raseduse käigus tekkinud) ootamatute kriisilukordadega toimetulekuks (nt loote ja ema terviseprobleemid, raseduse ja sünnitusega seotud ärevus ja emotsionaalsed muutused, rasedusega seonduvate pingete teke peresuhetes vms.). Keskmiselt 6 nõustamiskorda, vajadusel kuni terve raseduse perioodil.</p> <p>Kiirreageerimine kriisiväljakutse korral osakondadesse kriisilukordades (nt raseduse peetumine, katkemine ja katkestamine medits. näidustustel jne.)</p> <p>Vajadusel edasisuunamine ja koostöö teise tasandi spetsialistidega depressiooni ja ärevushäirete vms. vaimse tervise häirete kahtluse korral. Vajadusel psühhosotsiaalne nõustamine toimetulekuoskuste toetamise, jälgimise jm. eesmärgil koostöös teise tasandi spetsialistiga ja kliendi soovil.</p>	<p>Eelpool välja toodud loogikast lähtuvalt sekkub II tasandi spetsialistinavaimse tervise häirete kahtluse korral (hindamine, ravi) või teadaolevate eelnevate episoodide esinemise puhul kliendi tervise loos (ennetamine ja ravi).</p> <p>Diagnostika, ravi (teraapia)</p>
<i>Sünnitusjärgne periood</i>	<p>sünnitusjärgne e. postnataalne ämmaemandusa bi teenus: sünnitusjärgne jälgimine ema ja vastsündinu tervis, kohanemine imetamisnõusta</p>	<p>Kiirreageerimine kriisiväljakutse korral sünnitusega seotud kriisilukordades, psühholoogiline kriisiabi (nt enneaegse või terviseprobleemidega lapse sünd, kohanemisraskused sünnitusjärgsel perioodil haiglas, traumaatiline sünnitus jne.)</p> <p>Sünnitusloo hilisem läbitöötamine kliendi hinnangul raske või traumaatilise sünnituse korral. Keskmiselt 6</p>	<p>Eelpool välja toodud loogikast lähtuvalt sekkub II tasandi spetsialistinavaimse tervise häirete kahtluse korral (hindamine, ravi) või teadaolevate eelnevate episoodide esinemise puhul kliendi tervise loos (ennetamine ja ravi).</p> <p>Diagnostika, ravi (teraapia)</p>

	mine	nõustamiskorda 6 kuu jooksul pärast pöördumist. Toetav lühiajaline psühhohariduslik nõustamine lapsevanema rolliga ja muutunud peresuhetega kohanemiseks. Keskmiselt 6 nõustamiskorda 1a jooksul pärast pöördumist. Vajadusel edasisuunamine ja koostöö teise tasandi spetsialistidega depressiooni ja ärevushäirete vms. vaimse tervise häirete kahtluse korral.	
<i>Tervishoiutee muste loetelus</i>	Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt 3037 Ämmaemanda koduvisiit 3038	vt punkt 6.3	<i>Kliinilise psühholoogi konsultatsioon eriarsti suunamisel 7607</i> Koodiga 7607 tähistatud tervishoiuteenuse piirhind sisaldab järgmisi tegevusi: 1) patsiendi küsitamine probleemide kindlakstegemiseks, seisundi hindamine ja nõustamine; 2) patsiendi probleemide psühholoogilise mudeli loomine ja selgitamine; 3) psühhoteraapia vajaduse ja sobivuse ning patsiendi motivatsiooni hindamine; 4) raviks motiveerimine ja ravi efektiivsuse hindamine; 5) toetava psühhoteraapeutilise vestluse kaudu patsiendi emotsionaalsete pingete leevendamine ja enesetunde parandamine; 6) toimetulekumeetodite õpetamine, kohanemisvõime parandamine, iseseisva toimetuleku soodustamine ja lahenduste otsimine patsiendi probleemidele. Tervishoiuteenuse piirhind sisaldab teenust osutava tervishoiutöötaja superviseerimist üks kord kvartalis.

Vt lisaks ka Raseduse jälgimise juhend - lisa 1 Antenataalse nõustamise soovituslikud teemad ja nõustamise ajastamine (lk 39-42) https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiusteem/raseduse_jalgimise_juhend_2011.pdf

4. Teenusest saadav tulemus ja kõrvaltoimed

4.1. teenuse oodatavad ravitulemused ning nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiividega (ravi tulemuslikkuse lühi- ja pikaajaline prognoos):

Tabel 2. Teenusest saadavad tulemused

<i>Väide</i>	<i>Selgitus</i>
Rasedate vaimse tervise probleemide õigeaegne ära tundmine ning tulemuslik sekkumine suureneb.	Kuna piir raseduse normvariandi ja häire vahel on sageli ähmane, siis paljud rasedusaegsed ema vaimse seisundiga seotud probleemid olukorrad jäävad tähelepanuta. Ema ravimata rasedusaegne või -järgne psüühikahäire mõjutab

	negatiivselt lapse varast arengut või on põhjuseks paarisuhte ja seega ka perekonna lagunemisele. Abi hilinemine on eelkõige seotud spetsialistide vähese võimekusega tunda ära rasedate vaimse tervise probleeme ning professionaalselt ja tulemuslikult sekkuda. Howard et al. (2014) kohaselt psühhosotsiaalsed ja psühholoogilised sekkumised on efektiivsed vähendamaks depressiooni sümptomaatikat vähemalt aasta jooksul sünnitusjärgselt (RR 0,70, 95% CI 0.60–0.81).
Teenuse käsitlemine nii ambulatoorse, statsionaarse kui ka erakorralise, mobiilse väljakutse teenusena on põhjendatud, sh hoiab ära kontakti katkemist ja loob järjepidevuse.	Kui rasedusaegse kriisi tõttu abi saanud rasedast on saanud sünnitanu ja vastsündinu ema, kes jätkuvalt abi vajab, on soovitatav tagada see samas asutuses, kus abi andmine algas va. juhul kui ema ise ei soovi pöörduda järgmisesse etappi. Seda eelkõige põhjusel, et psühholoogilise abi aluseks olev usalduslik kontakt ei katkeks põhjendamatute korralduslike probleemide tõttu. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf NICE, 2011 https://www.nice.org.uk/ NCCMH, 2012 http://www.nccmh.org.uk/
Rasedusaegses/järgses kriisiolukorras naise primaarperekonda kuuluvad isikute, sh teiste laste toimetulek paraneb.	Juhindudes faktist, et ema heaolu on kogu perekonna sujuva funktsioneerimise aluseks on vajalik pöörata tähelepanu ka naist ümbritsevatele lähedastele. Kirjanduse andmetel ligi 10% masendunud lapseootel naise partneritest vaevleb depressiivse sümptomaatika käes (14). Nimetatud probleemi tähelepanuta jätmine omab sageli negatiivset mõju nii paarisuhte kvaliteedile kui ka emotsionaalse sideme formeerumisele vastsündinuga. http://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0598/documents/antenatal-and-postnatal-mental-health-update-full-version2 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54491/
Teadlikkuse tõstmine ja esmane preventsioon on edukas.	Teadlikkuse tõstmine (brožüürid, artiklid, portaalid) rasedate ja vastsünnitanud emade ja nende lähivõrgustiku seas aitab vältida kaugeleulatuvaid tagajärgi nii emade kui ka laste tervise ja heaolu osas. On leitud, et müüt rasedusest kui õnnelikust eluperioodist takistab emasid märkamast muutusi oma vaimses seisundis. Häbi ja hirm on tavaliseim põhjus, miks ei julgeta otsida vajalikku abi. (12) http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
Traumaatilise sünnitukogemuse psühhosotsiaalne mõju naisele ja tema lähedastele väheneb.	Traumaatiline sünnitukogemus avaldab olulist psühhosotsiaalset mõju naisele ja tema lähedastele nii lühi- kui pikaajaliselt. Traumaatilise sünnitukogemuse järgselt naised kogesid paanikahooge, ärevust, viha, leina, kurvameelsust ja mõtteid surmast, mis võisid kesta aastaid. Traumakogemus järel võib naine jääda kinni negatiivsetesse mõttemustritesse ja düsfunktsionaalsetesse toimetulekustrateegiatesse, mis võivad pikemas perspektiivis viia välja PTSD väljakujunemisele. (8)
Võimaliku koduse vägivalla esinemise märkamine ning kohane sekkumine ante- ja perinataalsel perioodil suureneb.	Kõige suurem risk vägivalla kogemisele raseduse ajal on rasedusele eelnev vägivalla kogemine. Raseduse ajal võib esineda muutust ka vägivalla mustriks, kus varem vägivalda

	<p>kogenud naised kogevad raseduse ajal rohkem verbaalset ja seksuaalset vägivalda. Vägivalla riski raseduse ajal suurendab ka naise majanduslik sõltuvus oma partnerist ja pere rahalised probleemid, töökaotus jms. Vägivalla kogemine raseduse ajal on eriti ohtlik, kuna see avaldab negatiivset mõju nii ema tervisele kui ka veel sündimata lapse heaolule. (15)</p>
<p>Pikaajalise muutusena vaimse tervise probleemidega inimeste abiotsimise valmidus suureneb.</p>	<p>Esmatasandi teenus on vajalik patsientide ravitulemuste säilitamiseks, kergemate vaimse tervise probleemide puhul nõustamiseks ja raviks ning patsientide edasisuunamiseks. Selle tasandi teenused on ligipääsetavad ja odavamad kui enamus vaimse tervise spetsialistide pakutavaid teenuseid. Kuna tegu on üldise tervishoiuteenusega, on ka häbimärgistamist pelgavatel inimestel neid kergem kasutada kui teisi ametlikke vaimse tervise teenuseid.</p> <p>http://www.epry.ee/assets/Uploads/133180653216Vaimse-tervise-teenuste-kaardistamine-ja-vajaduste-analys.pdf (lk 7)</p>
<p>Kulude kokkuhoid ja teenuse juhtumikorraldusliku funktsiooni kasutegur süsteemis</p>	<p>Avastamata ja ravimata vaimse tervise häired ning seda soodustavad riskitegurid halvendavad patsientide ravitulemusi, pikendavad haiglaravi, suurendavad kulutusi.</p> <p>http://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0598/documents/antenatal-and-postnatal-mental-health-update-full-version2</p> <p>Juhtumikorralduslikku aspekti teenuse juures hinnatakse seetõttu et see aitab kulutusi kokku hoida. Pluss on ka see et see „sunnib“ spetsialisti klienti täpselt kaardistama. Juhtumikorralduslik töö seob nõustaja töö kogu süsteemiga tihedamalt kokku, seeläbi jõuab tervishoiuteenus tervikuna kliendile komplekssemalt ning efektiivsemana.</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54491/</p>
<p>4.2. teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused, nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiivide kõrvaltoimetega:</p> <p>Kuna ravi (medikamentosset või II tasandi psühhoterapeutilist sekkumist) ei teostata, siis ei kirjeldata ka ravi kõrvaltoimeid (esmane ja teisene ennetustöö).</p>	
<p>4.3. punktis 4.2. ja 3.5 esitatud kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi kirjeldus (kasutatavad tervishoiuteenused ja/või ravimid (k.a ambulatoorsed ravimid));</p> <p>Kuna ravi (medikamentosset või II tasandi psühhoterapeutilist sekkumist) ei teostata, siis ei kirjeldata ka ravi kõrvaltoimeid (esmane ja teisene ennetustöö).</p>	
<p>4.4. taotletava teenuse osutamiseks ja patsiendi edasiseks jälgimiseks vajalikud tervishoiuteenused ja ravimid (s.h ambulatoorsed) vm ühe isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni ning võrdlus punktis 3.5 nimetatud alternatiividega kaasnevate teenustega;</p> <p>Taodeldava teenuse osutamiseks vajalikke tervishoiuteenuseid ja ravimeid vaja ei ole.</p> <p>Lähtuvalt kutsestandardist (raseduskriisi nõustaja, tase 6, punkt B.2.3.)</p>	

Raseduskriisi nõustaja Nõustab individuaalselt, lähtudes kliendi/patsiendi probleemidest ja rakendab situatsioonist lähtuvalt probleemile suunatud sekkumisi (nt toetava keskkonna kujundamine, jõustamine jm), kasutades tõendus põhiseid meetodeid. Kokkuleppel kliendi/patsiendiga kaasab vajadusel eesmärkide saavutamiseks kliendi/patsiendi pereliikmeid ja/või tugivõrgustikku ning teisi spetsialiste.

Raseduskriisi nõustajal on oluline roll patsiendi edasise jälgimise vajaduse hindamisel ning vajadusel soovitatav ja selgitav raseduskriisi nõustaja patsiendile psühhiaatrilise ja/või psühhoterapeutilise hindamise ja sekkumise vajadust.

4.5. teenuse võimalik vää-, ala- ja liigkasutamine; teenuse optimaalse ja ohutu kasutamise tagamiseks teenusele kohaldamise tingimuste seadmise vajalikkus;

Ei ole asjakohane, seoses teenuse toetava ja preventiivse suunitlusega ning rasedate vaimse tervise probleemide õigeaegse ära tundmise suurenemisega. Avastamata ja ravimata vaimse tervise häired ning seda soodustavad riskitegurid halvendavad patsientide ravitulemusi, pikendavad haiglaravi, suurendavad kulutusi

4.6. patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele;

Kriisiabi reeglid ja põhimõtted ning nõustamisprotsessi aluseks olev holistlik lähenemine võimaldab arvestada kõikide patsientide (erinev vanus, sugu, kultuuriline, religioosne eripära jne) isikupäraga.

5. Vajadus

5.1. Eestis teenust vajavate patsientide arvu hinnang (ühe aasta kohta 4 aasta lõikes), kellele on reaalselt võimalik teenust osutada taotletud näidustuste lõikes:

Teenuse kasutajate vajadus ja võimekuspõhine hinnangulise arvu määramine

Arvutuskäigu algandmed:

- 2014.a elussünnid maakonna järgi Eesti kokku (Allikas Statistikaamet) - kokku 13 551 elussündi.
- 2014.a elussünnid maakonna järgi Harjumaa (Allikas Statistikaamet) - kokku 6735 elussündi.
- 2014.a projektipõhiselt nõustatud inimeste arv Tallinnas (nõustamiskohad: ITK, LTKH, Raseduskriisikeskus ja muu koht Tallinnas). Üle-Eestilise vajaduspõhise mahu määramiseks võeti aluseks Tallinna ja Harjumaa piirkond, kuna antud piirkond on kõige paremini kaetud nõustajate võimekuse poolest - 3122 nõustatud inimesi kordades (st esmased koduvad nõustamised kokku Tallinnas) 2014.a jooksul kokku (sh 384 peret ja 135 kriisiväljakutset)
- **Keskmiselt saab üks patsient teenust individuaalselt ja/või perele 3-1 korral, kriisiväljasõidu puhul 1-1 korral.**
- Lähtuvalt varasemalt kogutud statistikast võib hinnanguliselt määratleda järgmise pöördumiste jaotuvuse näidustuse lõikes:
 - hinnanguliselt **65%** ulatuses ägeda distressiga kulgev seisund
 - hinnanguliselt **35%** ulatuses ärevussümptomitega kulgev seisund
 - kriisiväljasõitude puhul hinnanguliselt vastavalt **90%** ja **10%**

PS! Projektipõhiselt on saanud naised/pered sünnitusjärgsel perioodil pöörduda nõustamisele kuni 6 kuu jooksul pärast sünnitust. Taodeldava teenuse kirjelduses saavad naised/pered pöörduda nõustamisele kuni 1-aasta jooksul pärast sünnitust. Vajaduse prognoosi määramisel on tuginetud

käesolevale projektipõhisele kogemusele.

Tabel 3. Patsientide/perede/kriisiväljasõitude vajaduspõhine prognoos 2017-2020:

Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal 2017	Patsientide arv aastal 2018	Patsientide arv aastal 2019	Patsientide arv aastal 2020
1	2	3	4	5
Psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal aastas kokku 4464 korral				
ägeda distressiga kulgev seisund 65%	967 inimest	967 inimest	967 inimest	967 inimest
ärevussümptomitega kulgev seisund 35%	521 inimest	521 inimest	521 inimest	521 inimest
Psühhosotsiaalne kriisinõustamine perele raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal aastas kokku 783 korral.				
ägeda distressiga kulgev seisund 65%	170 peret	170 peret	170 peret	170 peret
ärevussümptomitega kulgev seisund 35%	91 peret	91 peret	91 peret	91 peret
Psühhosotsiaalne kriisiabi väljasõiduga tervishoiuasutusse (kriisiväljasõit) aastas kokku 252 korral (valdavalt esmane nõustamine, sh vastavalt vajadusele individuaalselt või perele)				
ägeda distressiga kulgev seisund 90%	227 korda	227 korda	227 korda	227 korda
ärevussümptomitega kulgev seisund 10%	25 korda	25 korda	25 korda	25 korda

Lisainfo: Kuna hinnang on vajaduspõhine, siis ennustame, et teenuse vajaduspõhine mahu prognoos 4 aasta lõikes keskmiselt oluliselt ei muutu (perioodil 2011-2014 on elussündide arv keskmiselt vähenenud 2,5% aastas, samas oletame, et järgneva 4 aasta jooksul tõuseb ühiskonnas teadlikkus teenusest ja paraneb teenuse kättesaadavus).

- Lähtuvalt 2014.a elussündide arvust (maakondade järgi) ning Harjumaa elussündide ja teenust saanud isikute suhtest (algandmed Statistika ameti andmebaasist) on määratletud hinnanguline üle-Eestiline nõustajate piirkondlik katvus järgmiselt:
 - nõustaja kohapeal 64% vajaduspõhisest teenuse mahust
 - nõustaja sõidab teisest piirkonnast hinnanguliselt 21% vajaduspõhisest teenuse mahust
 - piirkondlik nõustamisvõimalus hetkel puudub hinnanguliselt 15% vajaduspõhisest teenuse mahust

Käesolevaks hetkeks on koolitatud 32 spetsialisti. Neist 14 töötavad hetkel raseduskriisi nõustajatena. Samuti on jätkuvalt vajadus järgmise raseduskriisi nõustajate täiendkoolituse järele, et koolitada eelkõige nõustajaid piirkondadest, kus hetkel nõustamisteenus veel kättesaadav ei ole ning kuhu käesoleval hetkel peavad nõustajad suurematest piirkondadest sõitma kaugemale kui 50 km oma kodust.

Tabel 4. Patsientide/perede/kriisiväljasõitude võimekuspõhine prognoos patsientide ja nõustamiskordade lõikes 2017-2020:

Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal 2017	Patsientide arv aastal 2018	Patsientide arv aastal 2019	Patsientide arv aastal 2020
1	2	3	4	5
Psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal				
ägeda distressiga kulgev seisund 65%	u822 inimest	u822 inimest	u967 inimest	u967 inimest
ärevussümptomitega	u443 inimest	u443 inimest	u521 inimest	u521 inimest

<i>kulgev seisund 35%</i>				
Kokku inimesi	u1265 inimest	u1265 inimest	u1488 inimest	u1488 inimest
Kokku kordades	u3795 korral	u3795 korral	u4464 korral	u4464 korral
Psühhosotsiaalne kriisinõustamine perele raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal				
<i>ägeda distressiga kulgev seisund 65%</i>	<i>u145 peret</i>	<i>u145 peret</i>	<i>u170 peret</i>	<i>u170 peret</i>
<i>ärevussümptomitega kulgev seisund 35%</i>	<i>u77 peret</i>	<i>u77 peret</i>	<i>u91 peret</i>	<i>u91 peret</i>
Kokku peresid	u222 peret	u222 peret	u261 peret	u261 peret
Kokku kordades	u666 korral	u666 korral	u783 korral	u783 korral
Psühhosotsiaalne kriisiabi väljasõiduga tervishoiuasutusse (kriisiväljasõit) (sh vastavalt vajadusele individuaalselt või perele).				
<i>ägeda distressiga kulgev seisund 90%</i>	<i>u193 korda</i>	<i>u193 korda</i>	<i>u227 korda</i>	<i>u227 korda</i>
<i>ärevussümptomitega kulgev seisund 10%</i>	<i>u21 korda</i>	<i>u21 korda</i>	<i>u25 korda</i>	<i>25 korda</i>
Kokku	u214 korda	u214 korda	u252 korda	u252 korda

Lisainfo: 2016.a töötatakse selle nimel, et esimesel võimalusel korralda ja leida rahastus uuele raseduskriisi nõustajate täiendkoolitusele, mis on suunatud eelkõige piirkonadadesse, kus käesoleval hetkel ei ole kohapeal nõustajat. Koolitus kestab vähemalt 2-aastat ja sellest lähtuvalt võiks hinnanguliselt alates 2018.a lõpust nõustamisvõimekus oluliselt paraneda.

Võimekuse suurendamiseks ei ole vaja lisakulutusi infrastruktuuri täiendamiseks, kuid on vajadus uue raseduskriisi nõustajate täiendkoolituse järele.

5.2. teenuse mahu prognoos ühe aasta kohta 4 järgneva aasta kohta näidustuste lõikes:

Vajaduspõhise mahuprognosi arvutamiseks kasutati järgmiseid alg-näitajaid:

- 2014.a elussünnid maakonna järgi Eesti kokku (Allikas statistikaamet) - kokku 13 551 elussündi.
- 2014.a elussünnid maakonna järgi Harjumaa (Allikas statistikaamet) - kokku 6735 elussündi.
- 2014.a sündisid lapsed kokku 14-nes haiglas.
- 2014.a projektipõhiselt nõustatud inimeste arv Tallinnas (nõustamiskohad: ITK, LTKH, Raseduskriisikeskus ja muu koht Tallinnas). Üle-Eestilise vajaduspõhise mahu määramiseks võeti aluseks Tallinna ja Harjumaa piirkond, kuna antud piirkond on kõige paremini kaetud nõustajate võimekuse poolest - 3122 nõustatud inimesi kordades (st esmased koduvad nõustamised kokku) 2014.a jooksul kokku. 2014.a andmete põhjal Tallinnas on nõustatud:
 - 2219 korral individuaalselt (kokku 2219 inimest kordades)
 - 384 korral peret/paari (kokku 768 inimest kordades)
 - 135 kriisiväljasõitu (kokku 135 korral)
- Lähtuvalt varasemalt kogutud statistikast võib hinnanguliselt määratleda järgmise pöördumiste jaotuvuse näidustuse lõikes:
 - hinnanguliselt **65%** ulatuses ägeda distressiga kulgev seisund
 - hinnanguliselt **35%** ulatuses ärevussümptomitega kulgev seisund
 - kriisiväljakutsete puhul hinnanguliselt vastavalt **90%** ja **10%**

Lähtuvalt eelnevates andmetest peaks kogu Eesti lõikes vajaduspõhiselt teenust saama hinnanguliselt 6282 (13551x3122/6735) inimest kõikide näistustuste lõikes kokku. Seega ümberarvutatuna kordadesse peaks järgmiseid teenuseid saama vähemalt **6282 inimest kordades, 5499 nõustamiskorral:**

- Psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal -

4464 korral (sh hinnanguliselt keskmine teenuse kasutuskordade arv ühe patsiendi lõikes on **3 korda**)

- Psühhosotsiaalne kriisinõustamine **perele** raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal - **783 korral** (sh hinnanguliselt keskmine teenuse kasutuskordade arv ühe pere lõikes on **3 korda**).
- Psühhosotsiaalne kriisiabi väljasõiduga tervishoiuasutusse (**kriisiväljasõit**) - **252 korral** (sh hinnanguliselt keskmine teenuse kasutuskordade arv indiviidi ja pere lõikes on **1 kord**)

PS! Projektipõhiselt on saanud naised/pered sünnitusjärgsel perioodil pöörduda nõustamisele kuni 6 kuu jooksul pärast sünnitust. Taodeldava teenuse kirjelduses saavad naised/pered pöörduda nõustamisele kuni 1-aasta jooksul pärast sünnitust. Vajaduse prognoosi esialgsel määratlemisel on tuginetud käesolevale projektipõhisele kogemusele.

Tabel 5. Psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal vajaduspõhine mahu prognoos 2017-2020 aastatel.

Teenuse näidustus	Teenuse maht aastal 2017	Teenuse maht aastal 2018	Teenuse maht aastal 2019	Teenuse maht aastal 2020
1	2	3	4	5
Psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal - 4464 korral				
<i>ägeda distressiga kulgev seisund 65%</i>	2902 korral	2902 korral	2902 korral	2902 korral
<i>ärevussümptomitega kulgev seisund 35%</i>	1562 korral	1562 korral	1562 korral	1562 korral
Psühhosotsiaalne kriisinõustamine perele raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal - 783 korral				
<i>ägeda distressiga kulgev seisund 65%</i>	510 korral	510 korral	510 korral	510 korral
<i>ärevussümptomitega kulgev seisund 35%</i>	273 korral	273 korral	273 korral	273 korral
Psühhosotsiaalne kriisiabi väljasõiduga tervishoiuasutusse (kriisiväljasõit) - 252 korral				
<i>ägeda distressiga kulgev seisund 90%</i>	227 korral	227 korral	227 korral	227 korral
<i>ärevussümptomitega kulgev seisund 10%</i>	25 korral	25 korral	25 korral	25 korral

Lisainfo: Kuna hinnang on vajaduspõhine, siis ennustame, et teenuse vajaduspõhine mahu prognoos 4 aasta lõikes keskmiselt oluliselt ei muutu (perioodil 2011-2014 on elussündide arv keskmiselt vähenenud 2,5% aastas, samas oletame, et järgneva 4 aasta jooksul tõuseb ühiskonnas teadlikkus teenusest ja paraneb teenuse kättesaadavus).

Lähtuvalt haiglasisesest praktikast ja töökorraldusest on kõige suurem risk kriisiväljasõitude mahu suurenemiseks.

6. Taotletava teenuse kirjeldus

6.1. teenuse osutamiseks vajalik koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba, vm);

Psühhosotsiaalsel kriisinõustajal (raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal) on spetsiaalse sisustusega (laud ja toolid, riulid avalike töövahenditega ja lukustatavad kapid delikaatseid isikuandmeid sisaldav info hoidmiseks) eraldi tööruum. Tavapärasel kontoritarkel ja sidevahendidel. Arvuti andmete sisestamiseks, materjalide väljaprintimiseks, andmebaaside kasutamiseks, internetilehekülgede sirvimiseks ja kliendi/patsiendiga suhtlemiseks elektroonilisel teel.

6.2. patsiendi ettevalmistamine ja selleks vajalikud toimingud: premedikatsioon, desinfektsioon või muu;

Patsiendi ettevalmistamine sisaldab tema informeerimist ja üldist hindamist (toimetuleku hindamine, intervjuerimine ja vajadusel testide kasutamine).

Informeerimine võib statsionaaris kesta 5 - 10 minutit, ambulatoorsel vastuvõtul kuuluvad informeerimine ja üldine hindamine esmase kohtumise juurde.

6.3. teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes;

Teenuse osutamisel läbiviidavate tegevuste kirjelduses ja loetelus on lähtutud raseduskriisi nõustaja, tase 6, kutsestandardist:

<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10544102/pdf/raseduskriisi-noustaja-tase-6.1.et.pdf>

Tabel 6. Teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes.

tegevus	tegevusnäitajad
1. Nõustamise vajaduse eesmärkide määratlemine	1.1. Kogub infot pöördumise põhjuste ja vajaduste kohta kliendilt/patsiendilt, pereliikmetelt, teistelt spetsialistidelt ja asjakohasest dokumentatsioonist (nt rasedakaart jm). 1.2. Analüüsib infot ja struktureerib kliendi/patsiendi tugivõrgustiku, lähtudes kliendi/patsiendi sotsiaalsest, majanduslikust ja/või vaimse tervisega seotud toimetulekust. 1.3. Püstitab patsiendiga läbirääkimiste teel kliendi/patsiendi vajadustest lähtuvad eesmärgid ja ajakava, lähtudes tema vaimse tervise seisundist, majanduslikest ja/või sotsiaalsetest vajadustest.
2. Kliendi/patsiendi seisundi ja olukorra hindamine	2.1. Hindab patsiendi vaimse tervise seisundit, majanduslikku ja/või sotsiaalset toimetulekut, lähtudes kliendi/patsiendi probleemist, vajadusel kogub anamneesi ja kasutab erinevaid intervjuerimistehnikaid (nt aktiivne kuulamine, peegeldamine jm) ja tõenduspõhiseid hindamisvahendeid. 2.2. Analüüsib ja tõlgendab hindamistulemusi ja sellest lähtudes määratleb ja sõnastab kliendi/patsiendi probleemi, kasutades juhtumikaarti. 2.3. Hindab toimetulekut, olemasolevaid ressursse igapäevaelus (pereelu, töö jm) pärast nõustamist, kasutades erinevaid intervjuerimistehnikaid ja tõenduspõhiseid hindamisvahendeid (nt motiveeriv intervjuerimine jm).
3. Nõustamine ja sekkumine	3.1. Lepib kliendi/patsiendiga kokku raseduskriisinõustamise ajakava, lähtudes tema vaimse tervise seisundist, majanduslikest ja/või sotsiaalsetest vajadustest. 3.2. Konsulterimine vms, mis vastavad patsiendi vajadustele ja temaga tehtud hindamiste tulemustele. 3.3. Kokkuleppel kliendi/patsiendiga kaasab vajadusel eesmärkide saavutamiseks kliendi/patsiendi pereliikmeid ja/või tugivõrgustikku ning teisi spetsialiste. 3.4. Nõustab individuaalselt, lähtudes kliendi/patsiendi probleemidest ja rakendab situatsioonist lähtuvalt probleemile suunatud sekkumisi (nt toetava keskkonna kujundamine, jõustamine jm), kasutades tõenduspõhiseid meetodeid;
4. Nõustaja erialane areng ja koostöö	4.1. Teeb koostööd teiste spetsialistidega (nt pere- ja eriarstid, ämmaemandad jm) ning osaleb koostöövõrgustiku töös. 4.2. Vajadusel annab kliendi/patsiendi nõusolekul ja konfidentsiaalsuse nõudeid arvestades tagasisidet raseduskriisi nõustamisteenuse osutamisest teenusele suunajale (nt arst, ämmaemand, perearst jt). 4.3. Osaleb kovisiooni ja supervisiooni gruppides, juhtumiaruteludes vms

	<p>igapäevatöö analüüsimise tegevustes. Selgitab enesearengu vajadused ning kavandab tegevused enda erialaseks arendamiseks, lähtudes supervisioonist ja iseenda hinnangust oma erialasele tegevusele.</p> <p>4.4. Reflekteerib ja hindab enda erialast tegevust, kasutades eneseanalüüsi vahendeid, töötulemuste analüüsi ja saadud hinnanguid.</p>
<p>5. Raseduskriisi nõustaja kutseline tegutsemine ja käitumine</p>	<p>5.1. Loob ja hoiab toetavat suhet kliendi/patsiendiga, mis on nõustamisprotsessi aluseks. Teavitab klienti/patsienti selgelt ja arusaadavalt nõustamisprotsessi lõppemisest kokkuvõtte tegemisega.</p> <p>5.2. Toetab nõustamisprotsessi kaudu naise, mehe ja tema lähedaste arengut ja toimetulekut raseduse planeerimise, raseduse- ja sünnitusjärgsel perioodil. Rakendab oma töös teaduspõhiseid rasedusnõustamise põhimõtteid ja toetab kohanemist läbi võimestamise.</p> <p>5.3. Annab erakorralist psühholoogilist abi kriisisituatsioonis (sh raseduse katkemine ja katkestamine, lapse või teise lähedase surm jne).</p> <p>5.4. Lähtub oma töös eetikakoodeksist (http://rasedus.ee/noustamine/eetilised-pohimotted) ning vajadusel soovib kliendile/patsiendile teisi spetsialiste (nt psühhiaater, kliiniline psühholoog, sotsiaaltöötaja jm), lähtudes esmase hindamise tulemustest. Lähtub kliendi/patsiendi seisundist, vajadusel suunab teise spetsialisti juurde.</p> <p>5.5. Järgib oma töös kõiki valdkonnaga seonduvaid õigusakte.</p> <p>5.6. Rakendab nõustamise teooriaid ja tehnikaid, kombineerib ja integreerib erialaseid teadmisi ja meetodeid vastavalt nõustamissituatsioonile ja kliendi/patsiendi vajadustele.</p> <p>5.7. On salliv ja arvestab oma töös nõustatava kultuurilise, religioosse vm eripäraga.</p> <p>5.8. Vajadusel korraldab esmaabi andmise.</p> <p>5.9. Järgib oma töös ohutusnõudeid.</p>

Psühhosotsiaalne kriisiabi väljasõiduga tervishoiuasutusse (edaspidi kriisiväljasõit) sisaldab lisaks eelpool toodud tegevustele:

- väljakutsele reageerimist (regeerimine so. alates kõne vastu võtmine kuni abi osutamise lõpetamiseni) väljasõiduga kuni 24 h jooksul
- teavitamist vastavalt oma pädevusele ja volitustele kriisisituatsiooniga seotud isikuid, lähtudes teabest ja vajadusest;
- nõustamist kriisiolukorras, lähtudes kriisiabi põhimõtetest, nõustamisprintsipiidest (vt tabel punktis 6.3) ja heast tavast.

Kriisiväljasõidu eristamise vajadus tuleneb kiireloomulisest sekkumise vajadusest (vajadust hindab vastavalt tervishoiuasutuses kokku lepitud korrale tervishoiutöötaja - naistearst, lastearst, ämmaemand) järgmistel juhtudel ja terviseriskide ilmnemisel:

- äärmuslikud meeleolu kõikumised ja emotsionaalsed seisundid haiglas viibimise ajal;
- huvipuudus või apaatsus lapse suhtes;
- lapsest loobumine pärast sünnitust;
- ähvardava enneaegse sünnituse korral (enne 34. rasedusnädalat);
- raseduse katkestamine meditsiinilistel näidustustel enne 22. rasedusnädalat;
- spontaanne abort pärast 12. rasedusnädalat;
- loote üsasisene surm, puudega lapse sünd, (sügavalt) enneaegse lapse sünd

Kriisiväljasõidu korral on tegemist erakorralises olukorras või distressiseisundis (RHK, F43.0; F43.2 <http://www.kliinikum.ee/psyhhiatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>) viibiva patsiendiga, kes vajab asjatundlikku kriisisekkumist ja aega protsessi jälgimiseks, et patsiendi vajadusi mõista ja

kvaliteetsed abi osutada.

Kriisiväljasõidu korral võib nõustamine toimuda eemal tavapärasest nõustamiskeskonnast. Kriisihindamine ja sekkumine on suunatud patsiendi (k.a patsiendi tugivõrgustiku) hetkeolukorraga tegelemisele (sh ohutus ja esmased vajadused). Kriisisekkumine on suunatud sündmusega seotud distressi maandamisele, olenevalt stressori iseloomust (oma olemuselt kõrvaldamatu/kõrvaldatav) emotsionaalse toe pakkumisele või abisaaja siin ja praegu toimetulemise strateegiate arendamisele.

Kriisiväljasõidul toimub esmane sekkumine, psühholoogiline kriisinõustamine erakorralises olukorras, mille järgselt suunatakse patsient muutusega kohanemise perioodil või stressoorse elusündmuse tagajärjel tervishoiusüsteemi pikemaajalisele nõustamisele/ravile koos tugivõrgustiku jõustamisega.

Olulised mõisted:

Väljakutse - teade kriisijuhtumist, mille puhul on vajalik raseduskriisi nõustaja (kriisimeeskonna) väljasõit

Väljakutsele reageerimine - alates kõne vastu võtmisest kuni abi osutamise lõpetamiseni.

Väljasõit - raseduskriisi nõustaja tegevus alates abivajaja(te) juurde liikumise algusest kuni abi osutamise lõpetamiseni.

Väljasõidukorraldus - Sõltuvalt tervishoiuasutuse ja teenuse pakkuja töökorraldusest esitatakse tervishoiuasutusest väljakutse teenuse osutaja valvetelefonile või valves oleva raseduskriisi nõustaja telefonile.

7. Nõuded teenuse osutajale

7.1. teenuse osutaja (regionaalhaigla, keskhaigla, üldhaigla, perearst, vm);

Psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal on ambulatoorselt või statsionaarselt osutatav tervishoiuteenus, mida osutab raseduskriisinõustaja täiendväljaõppega isik tervishoiuteenuse osutamise luba omavates asutustes.

Psühhosotsiaalset kriisinõustamise teenust raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal võib osutada sellekohase tegevusloaga äriühing, sihtasutus või füüsilisest isikust ettevõtja.

Igal raseduskriisi nõustaja õppekava lõpetanud ja vastavast tunnistust omaval isikul on õigus osutada psühhosotsiaalset kriisinõustamise teenust raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel perioodil.

7.2. infrastruktuur, tervishoiuteenuse osutaja täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu vajadus;

Käesoleval hetkel saab osutada psühhosotsiaalset kriisinõustamise teenust raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal tervishoiuasutustes, kus vastavad koostöö kokkulepped on sõlmitud. Eraldi osakonna/teenistuse loomise või muutmise vajadust ei ole.

Infrastruktuuri arenguline perspektiiv - osaleme jätkuvalt riikliku tervikkontseptsiooni tööprotsessis eesmärgiga integreerida sotsiaalpsühholoogilised tugiteenused tervishoiuteenustesse.

Psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal võiks olla üks psühhosotsiaalne tervishoiu tugiteenus.

7.3. personali (täiendava) väljaõppe vajadus;

Käesolevaks hetkeks on koolitatud 32 spetsialisti, kes on läbinud 2-aastase raseduskriisi nõustajate täiendkoolituse (mahus 40 EAP-d). Neist 14 töötavad hetkel raseduskriisi nõustajatena. Antud spetsialistide alusharidus väljaõppe omandamiseks on olnud esimese astme kõrgharidus spetsialiseerumisega ämmaemanduses, sotsiaaltöös, teoloogias, meditsiinis, psühholoogias.

Raseduskriisi nõustamise koolitust viib läbi SA Väärtustades Elu koostöös Tallinna Tervishoiu Kõrgkooliga. Korraldatud on 2 koolitust aastatel 2006 ja 2008. Jätkuvalt on vajadus järgmise raseduskriisi nõustajate täiendkoolituse järele. Koolitus vajab lisarahastust ning koolituse võimalik kulu ei ole arvatud teenuse hinna sisse.

Tulevikus on vajalik raseduskriisi nõustajate õppe lisamine tervishoiukõrgkooli riiklikku õppekavva. Õppekava avamise aluseks on 2014.a koostatud raseduskriisi nõustaja kutsestandard (<http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10544102/pdf/raseduskriisi-noustaja-tase-6.1.et.pdf>), millega määratakse nõustaja kutsealane ettevalmistus.

Raseduskriisi nõustaja kutsestandard (raseduskriisi nõustaja, tase 6) kinnitati 27.11.2014 ning käesoleval hetkel tegeleb SA Väärtustades Elu kutse andja õiguste taotlemisega. Raseduskriisi nõustaja kutsetunnistusega spetsialiste seega hetkel veel ei ole.

7.4. minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;

Veel ei ole kohaldatud

7.5. teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele.

Raseduskriisi nõustajate pidev täiendkoolitus tagab psühhosotsiaalse kriisinõustamise tööks vajaliku pädevustaseme alalhoidmise. Raseduskriisi nõustajad peavad teadma ja tunnetama oma pädevuse piire, et praktiseerida ainult meetodeid ja tehnikaid, milleks nad on kvalifitseeritud. Töö iseloomu tõttu on personali läbipõlemise vältimiseks vajalik regulaarne supervisioon ehk tööjuhendamine.

Hetkel puudub spetsiaalne mõõdik, mille alusel saaks teenuse efektiivsust adekvaatselt hinnata. Väljundina võib küll kasutada nõustajate raporteid õnnestunud/õnnestumata juhtude kohta, kuid üldjoontes on tulemi korrektne määratlemine raskendatud. Toetudes teiste riikide praktikale võib abimõõdikuna kasutada seisundit objektiviseerivat skaalat. Siiani enam rakendust leidvaks depressiooni sümptomaatika esinemist hindavaks küsimustikuks on osutunud EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) (1), kuid uuringutes rõhutatakse lisaks mõõdiku kasutamisele ka vajadust riskitegurite hindamisele suunatud põhimõtete väljatöötamisele ja integreerimisele ante- ja postnataalse jälgimise süsteemi.

Oluline on arvestada ka asjaoluga, et teenust osutatakse kriisiolukorras ja lühiajaliselt eesmärgiga toetada kaitsta, toetada ja aidata säilitada nõustatavate (perekonna, lähedaste ja fertiilses eas olevate naiste ning meeste) emotsionaalset ja sotsiaalset heaolu, võimaldades neile optimaalset psühholoogilist ja psühhofüsioloogilist arengut, parandades naiste ja perede toimetulekuvõimet seoses raseduse planeerimise, lapseootuse ja sünnitusjärgse perioodiga.

8. Kulutõhusus

8.1. teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused;

Kood: PER0600

Ressursikategooria: Muud spetsialistid kõrghariduse baasilt

(3) Tööjõu kulu arvestamise alus (vt. <https://www.riigiteataja.ee/akt/125112011004>)

Töötajate brutopalka kuluna arvestatakse teenuse standardkulus järgmisi summasid:

1) arsti brutopalk on 9 eurot 31 senti tunnis;

2) õe brutopalk on 4 eurot 60 senti tunnis;

3) hooldustöötaja brutopalk on 2 eurot 32 senti tunnis;

4) muu kõrgharidusega spetsialisti brutopalk on 9 eurot 31 senti tunnis;

5) muu keskkaridusega spetsialisti brutopalk on 4 eurot 60 senti tunnis.

[[RT I, 29.12.2010, 20](#) - jõust. 01.01.2011]

§ 50. Teenuse piirhinna arvutamine

Teenuse piirhind arvutatakse lähtudes esitatud andmetest, eksperthinnangutest ning «Ravikindlustuse seaduse» §-st 31.

[[RT I, 25.11.2011, 1](#) - jõust. 01.01.2012]

(2) Baasraha piirhinna arvutamisel jagatakse ruumide kasutuskulu, koduviisitidega ja **kriisiväljasõitudega** (lisatud taotleja poolt) ja asjaajamisega seotud transpordikulu, koolituskulu ning koolituse ajal asendaja tööjõukulu summa kalendriaastas kalendrikuude arvuga.

[[RT I, 25.11.2011, 1](#) - jõust. 01.01.2012]

(3) Kaugusetasu arvutamisel jagatakse väljasõidu keskmise pikkuse, väljasõitude keskmise arvu ja kütuse kulu korrutis kalendriaastas kalendrikuude arvuga.

[[RTL 2009, 25, 328](#) - jõust. 01.07.2009]

§ 46. Muude ressursside arvestamine

(1) Muud teenuse osutamisega seotud ressursid pearaha piirhinna tähenduses on bürootarbed, kindlustus ja infotehnoloogia. [[RT I, 25.11.2011, 1](#) - jõust. 01.01.2012]

(2) Muud teenuste osutamisega seotud ressursid arvestatakse teenuse piirhinda lähtudes teenuse osutamiseks tehtud keskmisest kulust perioodis, mille suurus ei ületa eksperdi poolt antud hinnanguga kindlaks määratud suurust. Teenuse osutamisega seotud ressursside kulu esitatakse taotluses ressursside lõikes.

(3) Koolituskulu arvutatakse baasraha piirhinda esitatud taotluse alusel, kuid mitte enam, kui on eksperdi poolt antud hinnang.

Teenuse nimetus	Psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal	Psühhosotsiaalne kriisinõustamine perele raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal	Psühhosotsiaalne kriisiabi väljasõiduga tervishoiuasutusse (kriisiväljasõit)
Teenuse osutamiseks kuluv aeg	60 minutit	90 minutit	180 minutit (väljasõit)
ühiku maksumus/nõustaja	0,29 eur (min)	0,29 eur (min)	0,29 eur (min)
patsiendihaldus (ühiku hind x ühikute arv)	1,54 (0,77 eur x 2)	1,54 (0,77 eur x 2)	1,54 (0,77 eur x 2)
nõustamisruum (ühiku hind x aeg)	1,434 (0,0239 eur x 60 min)	2,151 (0,0239 eur x 90 min)	2,151 (0,0239 eur x 90 min)
Keskmine transpordikulu	puudub	puudub	20 eur (100 km kohta/ st

			0,2 senti 1 km kohta)
Teenuse HIND	20,374 eur	29,791 eur	75,891 eur

Teenuse hind sisaldab nõustaja ettevalmistus- ja dokumenteerimisaega.

Teenuse piirhind peab sisaldama teenust osutava tervishoiutöötaja superviseerimist üks kord kvartalis.

Kriisiväljunkte transpordikulu hüvitamise alus: <http://www.emta.ee/index.php?id=36286>

8.2. teenuse osutamisega kaasnevate teenuste ja soodusravimite, mis on nimetatud p 4.4, isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni esitatud kulude võrdlus alternatiivsete teenuste kuludega isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni;

Hind hõlmab teenuse hinna võrdlust ühe nõustamiskorra lõikes seotud ja alternatiivsete teenustega (Tabel 7. Olemasolevate teenuste hinnavõrdlustabel). Tabeli koostamisel on valdavalt lähtutud Eesti Haigekassa alates 01.01.2016 kehtima hakkavast tervishoiuteenuste loetelu hinnakirjast <https://www.riigiteataja.ee/akt/122122015054>.

Ühe arsti ametikoha optimaalse keskmise täiskoormuse ravijuhtude arvu arvestuse aluseks ambulatoorses eriarstiabis on keskmine vastuvõtu pikkus – 20 minutit (psühhiaatritel 50 minutit, kuna osutavad ka psühhoterapiat)

Tabel 7. Olemasolevate teenuste hinnavõrdlustabel

Teenus	Kood	Hind, €	Orienteeruv teenuse osutamiseks kuluv aeg
Eriarsti esmane vastuvõtt	3002	20,23	u 20 min
Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt	3037	8,01	u 25 min
Õe iseseisev vastuvõtt	3035	8,01	u 20 min
Vaimse tervise õe vastuvõtt	3015	16,63	
Kliinilise psühholoogi vastuvõtt eriarsti suunamisel	3007	22,66	u 60 min
Psühhoterapia seanss ühele haigele	7601	31,68	u 60 min
Psühhoterapia seanss perele	7603	42,09	u 60-90 min
Psühhiaatri vastuvõtt aktiivravi perioodis	3032	28,52	u 20 min
Psühhiaatri vastuvõtt toetusravi perioodis	3033	16,98	u 20 min

8.3. ajutise töövõimetuse hüvitise kulude muutus ühe raviepisoodi kohta tuginedes tõendus põhiste uuringutele võrreldes alternatiivsete teenustega;

Vastavad uuringud Eestis puuduvad

8.4. patsiendi poolt tehtavad kulutused võrreldes alternatiivsete teenuste korral tehtavate kuludega

Teenus iseeneset ei tohiks tuua kliendile lisakulutusi.

Kuna teise tasandi spetsialisti poole on võimalik pöörduda ainult näidustuse korral, siis järjekorrad võivad olla pikad ning tavaliselt puudub võimalus olemasolevatest vahenditest võimaldada kohest lühiajalist kriisisekkumist:

- Kui isikul on kehtiv ravikindlustus, on psühhiaatri ja kliinilise psühholoogi vastuvõtu visiiditasu 5 eurot. Esmalt peab isik pöörduma psühhiaatri vastuvõtule. Sama asutuse psühhiaatri suunamise korral on Eesti Haigekassa soodustusega võimalik saada psühhoterapia. Haigekassa tasub raviteenuse eest ainult etteantud lepingumahu ulatuses.

Selle täitumisel on vastuvõtt tasuline.

- Alates 2015. aastast on perearstil võimalik suunata patsiente kliinilise psühholoogi vastuvõtule tasudes osutatud teenuse eest lisarahastuse ehk nn perearsti teraapiafondi vahenditest vastavalt kehtivale Haigekassa hinnakirjale. Perearsti teraapiafondi vahendid on piiratud.

Alternatiivne võimalus on pöörduda tasulisse vastuvõttu või erapraksises töötava psühholoogilise nõustaja või psühholoogi poole, kus hind varieerub hind 20-50 eur vahel.

9. Omaosalus

9.1. hinnang patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult

Patsiendi valmisolek ise teenuse eest tasuda on minimaalne, kuna tegemist on ennetava kriisialase sekkumisega ja see peaks olema vajadusel kõigile võrdse võimalusena kättesaadav. Pigem on oluline investeerida patsientide teadlikkuse tõstmisesse käesoleva teenuse kasutamiseks.

Seda seisukohta toetab rahvusvaheline uuring psühholoogilise ja sotsiaalse tugiteenuse arendamise ja kättesaadavuse tagamise kohta, mis viidi läbi kolmes maas - Suur-Britannias, Hispaanias ja Austrias (16). Muu hulgas räägib uuring ligipääsu võimaldamisest teenusele, teenuse usaldusväärsusest ning hindamiskriteeriumitest. Uuringu käigus jõuti tulemuseni, et psühholoogiline ja sotsiaalne tugiteenus kriisi olukordades peaks olema elanikkonnale võimalikult kättesaadav ning seetõttu olema toetatud pigem teiste rahastusskeemide või fondide kaudu, sihtrühmale peaks teenus olema tasuta.

10. Esitamise kuupäev

31.12.2015

11. Esitaja nimi ja allkiri

Margit Emberg (allkirjastatud digitaalselt)

12. Kasutatud kirjandus

Viited punktis 3.2

- (1) Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Nonpsychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384, 1775–1788.
- (2) Dennis, C.-L., Brown, S., & Bloomberg, L. S. (2014). Psychosocial interventions for treatment of preinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28, 97-11.
- (3) Staneva, A. A., Bogossian, F., & Wittkowski, A. (2015). The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery*, 31, 563-573.
- (4) Bayrampour, H., McDonald, S., Tough, S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, 31, 582-589.
- (5) Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28, 25-35.
- (6) Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., & Evans, C. D. H. (2002) Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet*, 360, 114–18.
- (7) Simpson, M., & Catling, C. (2015). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women Birth* (article in press), <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.009>
- (8) Fenech, G., & Thomson, G. (2014). "Tormented by ghosts from their past": A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 30, 185–193.

- (9) Borghini, A., Habersaata, S., Forcada-Guex, M., Nessia, J., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Müller-Nix, C. (2014). Effects of an early intervention on maternal post-traumatic stress symptoms and the quality of mother–infant interaction: The case of preterm birth. *Infant Behavior & Development*, 37, 624–631.

Tekstis lisaks kasutatud viited:

- (10) World Health Organization. (2008). Improving Maternal Mental Health. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf
- (11) World Health Organization. (2004). Prevention of Mental Disorders: Effective interventions and policy options. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- (12) Evagoru, O., Arvaniti, A., & Samakouri, M. (2015). Cross-Cultural Approach of Postpartum Depression: Manifestation, Practices Applied, Risk Factors and Therapeutic Interventions. *Psychiatr Q*; DOI 10.1007/s11126-015-9367-1
- (13) Covington, S.N. (2006). Infertility Counseling in Practice: A Collaborative Reproductive Healthcare Model. In Covington, S. N., & Burns, L. H (Eds.). *Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians (Second edition)* (pp. 493-507). Cambridge University Press.
- (14) Edeka, I. P., Petrou, S., & Ramchandani, P. G. (2011). Healthcare costs of paternal depression in the postnatal period. *J Affect Disord.* 133(1-2), 356–360. doi: [10.1016/j.jad.2011.04.005](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.005)
- (15) Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., Feder, G. (2013). Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and MetaAnalysis. *PLoS Med* 10(5): e1001452. doi:10.1371/journal.pmed.1001452.
- (16) Leonardo da Vinci Partnership. (2010). Psychological help: Reducing differences between society expectations and reality. Methodological research. <http://www.psychologicalhelp.eu/wpcontent/uploads/2012/10/Psychological-Help-E-Journal.pdf>

Lisad:

Lisa 1. Raseduskriisi nõustamisele pöördumise põhjuste statistika

Lisa 2. Eesti Psühhiaatrite Seltsi eksperthinnang 2012

Lisa 3. Eesti Naistearstide Seltsi eksperthinnang 2012

Lisa 4. Vaimse-tervise-probleemide-märkamise-juhhis

Lisa 5. 2014.a tagasiside küsitluse kokkuvõte

Lisa 6. Raseduskriisi nõustamine - teadlikkus, vajadus ja rahulolu_2015.a_tagasiside

Lisa 7. ITK tegevusjuhhis loote surma korral 2005 (uuendamisel)

LISA 8. ERIARSTIABI TERVISHOIUTEENUSE KULUARVESTUSE ANDMED