

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS KOOS TÄITMISJUHISTEGA

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

1. Taotluse algataja	
1.1 Organisatsiooni nimi (taotleja)	SA Väärtustades Elu
1.2 Taotleja postiaadress	Rohula 21 a, Tallinn, 10912
1.3 Taotleja telefoninumber	(+372) 56460262
1.4 Taotleja e-posti aadress	koolitus@rasedus.ee
1.5 Kaastaotleja	Eesti Raseduskriisi Nõustajate Selts
1.6 Kaastaotleja e-posti aadress	kristi.kuura@gmail.com
1.7 Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi	Margit Emberg
1.8 Kontaktisiku telefoninumber	+372 5253038
1.9 Kontaktisiku e-posti aadress	margite@rasedus.ee

2. Taotletav tervishoiuteenus	
2.1 Tervishoiuteenuse kood tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse korral <i>Kui muudatus ei ole seotud loetelus kehtestatud konkreetse teenusega või on tegemist uue teenuse lisamise ettepanekuga, siis teenuse koodi ei esitata.</i>	
2.2 Tervishoiuteenuse nimetus	2.2.1 Psühhosotsiaalne kriisiabi väljasõiduga tervishoiuasutusse (kriisiväljasõit); 2.2.2 Psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal.
2.3 Taotluse eesmärk <i>Märkida rist ühe, kõige kohasema taotluse eesmärgi juurde. Risti lisamiseks vajutada sobilikul ruudul parempoolsele hiireklahvile ning avanenud menüüst valida „Properties“ – „Default value“ – „Checked“</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse lisamine loetellu <input type="checkbox"/> Uue ravimiteenuse lisamine loetellu <input type="checkbox"/> Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse <input type="checkbox"/> Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse <input type="checkbox"/> Olemasolevas tervishoiuteenuses sihtgrupi muutmine (sh. laiendamine või piiramine) <input type="checkbox"/> Eriala kaasajastamine (terve ühe eriala teenuste ülevaatamine) <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse (nt. teenuses olemasoleva kulukomponendi muutmine) ¹ <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kohaldamise tingimuste muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või uue tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse ega teenuse sihtgrupi muutmisest (nt. teenuse osutajate ringi laiendamine, teenuse kirjelduse muutmine) ²	

1 Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 6

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

- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kindlustatud isiku omaosaluse määra, haigekassa poolt kindlustatud isikult ülevõetava tasu maksmise kohustuse piirmäära muutmine³
- Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse nimetuse muutmine⁴
- Tervishoiuteenuse väljaarvamine loetelust⁵
- Üldkulude ühikuhindade muutmine vastavalt määruse „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ § 36 lõikele 2⁶

2.4 Taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus

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

Terviseorganisatsiooni WHO poolt on ema vaimne tervis (maternal mental health) 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. Rasedusaegsed ja –järgsed vaimse tervise probleemid võivad avaldada väga tugevat mõju nii naise võimele igapäevaelus toime tulla ja oma pere eest hoolt kanda kui ka ka teistele pereliikmetele (nt partner, lapsed). Kõige kaugeleulatavamad tagajärjed võivad esineda naise ja vastsündinu vahelise suhte loomisel ja arendamisel ning lapse pikaajalisel arengul. Seega igasugune vaimse tervise probleem vajab antud perioodil sageli tavapärasest kiiremat sekkumist. ***Sellest tulenevalt soovitatakse käsitleda rasedust ja sünnitusjärgset 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://apps.who.int/iris/bitstream/10665/152936/1/WHO_MSD_MER_15.1_eng.pdf

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

Käesoleva taotluse eesmärk on tervishoiuteenuste loetellu lisada teenused:

- *Psühhosotsiaalne kriisiabi väljasõiduga tervishoiuasutusse (kriisiväljasõit);*
- *Psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal.*

Teenusele psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal suunatakse ambulatoorseid ja statsionaarseid patsiente rasedusrkiisi nõustaja tööaegadest lähtuvalt.

Kriisiväljasõidu teenuse eristamise vajadus tuleneb kiireloomulisest sekkumise vajadusest kriisinõustaja töövälisel ajal (nt õhtud, nädalavahetus, pühad jm. tööaja välised perioodid). Kriisiväljasõidu korral on tegemist erakorralises olukorras või distressiseisundis (RHK, F43.0; F43.2 <http://www.kliinikum.ee/psyhhaatriakliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>) viibiva patsiendiga, kes vajab asjatundlikku kriisisekkumist ja aega protsessi jälgimiseks, et patsiendi vajadusi mõista ja planeerida edasist sekkumist. Vajadust hindab vastavalt tervishoiuasutuses kokkulepitud korrale tervishoiutöötaja - naistearst, lastearst, ämmaemand (vt punkt 3.1) ning teeb vasatavasisulise väljakutse nõustajale. Kriisiolukorras peab psühholoogiline ja sotsiaalne tugiteenus olema

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

4 Vajalik on täita taotluse punktid 1-2

5 Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 5.1

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

elanikkonnale võimalikult kättesaadav (1).

Raseduskriisi nõustaja tegevus on kirjeldatud raseduskriisinõustaja, tase 6 kutsestandardis:

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

3. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus

3.1 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus (ehk sõnaline sihtgrupi kirjeldus)

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

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

Teenuse sihtgrupp on naised, mehed ja pered raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel perioodil (kuni 1.a pärast sünnitust). **Teenuseid osutatakse nii üksikisikule kui perele.**

Teenuse **psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal** osutamise näidustus antud sihtgrupil on **subjektiivse distressiseisundi** esinemine järgmistel juhtudel:

- raseduse katkestamine/abort
- raseduse katkemine/peetumine
- antenataalne ja intranataalne loote surm
- neonataalperioodis lapse surm
- planeerimata rasedus
- traumaatiline/negatiivne sünnituskogemus
- viljatusravi
- riskirasedus
- rasedusaegne ja/või sünnitusjärgne ärevus
- rasedusaegne ja/või sünnitusjärgne meeleolu/tahtejõu langus
- enneaegne sünnitus
- geneetilise või kromosomaalse häirega lapse sünd

Kriisiväljasõit on näidustatud järgmistel juhtudel ja terviseriskide ilmnemisel:

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

	<p>Teenusele suunamine:</p> <p>Ämmaemanda/naistearsti kogutud anamneesis võivad selguda teatud rikutegurid, mis võivad mõjutada tulevase beebi heaolu (vt Eesti Naistearstide Seltsi 2011, Raseduse jälgimise juhend, www.sm.ee/sites/default/files/contenteditors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteem/raseduse_jalgimise_juhend_2011.pdf. Nii raseduse jälgimise juhendis kui ka "Vaimse tervise probleemide märkamise juhises" (Lisa 5. Vaimse tervise-probleemide-märkamise-juhise) on igal visiidil soovitatud naiselt küsida: 1) Kas naine on viimasel kuul tundnud lootusetust, väsimust, jõuetust või kurvameelsust? 2) Kas naine on viimasel kuul tundnud teotahte vähenemist? Juhul kui naine vastab küsimustele jaatavalt, siis seisundi täpsustavaks hindamiseks ja edasise käitumistaktika välja töötamiseks soovitatakse teha koostööd vastava spetsialistiga (sh raseduskriisi nõustaja). Lisaks on viimases loetletud hulgaliselt rikutegureid, mida märgata raseduse eelsel, raseduse ja sünnitusjärgsel perioodil. Antud küsimustele on viidatud ka perearstide depressiooni ravijuhises (http://video.aripaev.ee/pdf/depressiooni%20ravijuhis%20perearstidele.pdf)</p> <p>Sarnasel kujul küsimusi kasutatakse sõelküsimustena võimalike vaimse tervise probleemide märkamiseks ja ennetamiseks raseduse ja sünnitusjärgsel ajal ka mujal maailmas, nt Inglismaa praktikas (http://www.nice.org.uk/guidance/cg192).</p>
<p>3.2 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus RHK-10 diagnoosikoodi alusel (kui on kohane)</p>	
<p>3.3 Näidustuse aluseks oleva haiguse või terviseseisundi iseloomustus</p> <p><i>Kirjeldada haiguse või terviseseisundi levimust, elulemust, sümptomaatikat jm asjasse puutuvat taustainfot.</i></p> <p>Raseduskriis on olukord, kus väheneb naise, mehe ja tema lähedaste toimetulek füsioloogiliste, sotsiaalsete ja psühholoogiliste muutustega 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 ning psühhofüsioloogilist arengut, parandades naiste ja perede toimetulekuvõimet seoses raseduse planeerimise, lapseootuse ja sünnitusjärgse perioodiga. (http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10544102/pdf/raseduskriisi-noustajatase6.1.et.pdf)</p>	

Teenuse sihtgrupi laiendamist sünnitusjärgsel perioodil kuni ühele aastale on vajalik, kuna pikiuuringud, mis võrdlevad sünnitusjärgse depressiooni esinemist raseduse eelselt, raseduse ajal ning kuni üks aasta peale sünnitust kirjeldavad **depressiooni juhtumite kasvu sünnitusjärgselt esimese 5.- 9. kuu jooksul** (2). Lisaks on kaotuse puhul (lapse surm, raseduse katkemine, katkestamine jm.) järelkohtumise võimalus eriti oluline aasta pärast kaotus, mil inimene läbib ajalisel kaotusega seotud tähenduslikud daatumid (3).

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 (nt depressioon, PTSD jm. ärevushäired jne). Teenuse vajadus iga konkreetse juhtumi puhul sõltub nii suunava tervishoiutöötaja kui ka inimese enda hinnangust oma toimetulekule kriisiolukorras. 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 tervishoiuspetsialisti poolt** (2)(4).

Howard et al., 2014 (2) on oma metaanalüüsis välja toodud, et kergest depressiooni esineb 13%-l rasedatel ja 18,4-19,2%-l naistest sünnitusjärgse kolme kuu jooksul. Vähemalt mõõdukat depressiooni esineb 3,1-4,9%-l rasedatel, 4,7%-l sünnitusjärgse kolme kuu jooksul. Võrreldes mitte rasedate naistega leiti 13%-l rasedatest ja sünnitanud naistest viimase aasta jooksul olnud mõni äravushäire. Korduvmõõtmistega longituuduuringus (5) leiti, et ligi 90% uuringus osalenud naistest kirjeldas mingil uuringu etapil kerge depressiooni sümptomaatika. Suurem osa intensiivsema depressiooni sümptomaatikast oli muutuva esinemissagedusega ning vähem kui 3% naisi kirjeldas püsiva depressiooni sümptomaatika esinemist; 9% naistest kirjeldas püsiva ärevuse sümptomaatika esinemist, mida esines kõikides gruppides rohkem võrreldes depressiooni sümptomaatikaga.

Howard et al., 2014 (2) on oma metaanalüüsis välja toonud, et posttraumaatiline stress-häire (PTSD) võib tekkida naisel raseduse ajal kogetud traumaatilise sündmuse (nt hilisabort, kromosomaalse või geneetilise haiguse diagnoosimine lootel, algav enneaegne sünnitus jm) või traumaatilise sünnituskogemuse tõttu. PTSD väljakujunemine sünnitusjärgselt esineb hinnanguliselt 1-2% sünnitanutest, kuid sümptomaatika esinemist sünnitusjärgselt väljendatakse oluliselt rohkem. Vähesed uurimused, mis hindavad lisaks sünnitusele erinevaid traumakogemusi raseduse- ja raseduseelsel ajal on saanud häire esinemissageduseks 6-8%. Simpson & Catling, 2015.a (6) koostatud meta-analüüsis leiti, et keskmiselt ligi 20-48% naistest 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 sünnitusabis olevate erinevate spetsialistide tegevuse kvaliteeti. Fenech'i ja Thomson'i, 2014.a (7) koostatud meta-analüüsis leiti, et traumaatiline sünnituskogemus võib avaldada olulist negatiivset 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 toimetulekustrateegiasse, 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 juhtudest.

Näidustuste määratlemisel oleme lähtunud:

a) varasemast raseduskriisi nõustamisele pöördumise põhjuste statistikast (Lisa 1. Raseduskriisi nõustamisele pöördumise põhjuste statistika).

b) psühhiaatrite koostatud eksperthinnangule (Lisa 2. Eesti Psühhiaatrite Seltsi eksperthinnang 2012), kus on näidustustena toodud välja antenataalne-ja postnataalne depressioon ning erinevad ärevussümptomitega kulgevad seisundid. Eksperthinnangus tuuakse välja, et nende osakaal rasedatel on Eestis mõõtmata, kuid muu riikide näitel u 1/5 last ootavatel emadel. NB! Kuna haigustunnused võivad ilmned igal lapseootel naisel igas raseduse faasis ja vahetus sünnitusjärgses perioodis, siis kõik rasedusega arvele võetavad naised vajavad skriiningut eelnimetatud seisundite suhtes.

c) ENS eksperthinnangule (Lisa 3. Eesti Naistearstide Seltsi eksperthinnang 2012) on toodud naistearstide poolt välja, et täiendav nõustamine võib olla vajalik kui äge stressreaktsioon või kõrge 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

d) Erinevates meta-analüüsid ja uuringutes välja toodud järgmised statistiliselt olulised ante- ja/või postnataalse depressiooni ja ärevushäirete (sh PTSD) riskitegurid: ● sotsiaalse toetuse puudumine, ● suhte probleemid partneriga, ● lähisuhte vägivald ● negatiivsed/traumaatilised elusündmused ● traumaatiline sünnituskogemus ● lapse surm ● madal sotsiaal-majaduslik staatus ● psühhopaatoloogia esinemine anamneesis ● rasedusaegne ärevus ● erivajadusega või enneaegse lapse sünd ● ema ja/või lapse terviseprobleemid raseduse ajal ja/või sünnitusjärgselt ● kohanemine lapsevanema rolliga ● planeerimata või soovimatu rasedus ● madal enesehinnang; nt (2)(6)(7)(8)(9).
(vt hea ülevaade Howard et al., 2014; lk 1778).

Evagoru ja kolleegid, 2015 (9) on koostatud erinevate riikide kogemuse põhjal kultuuriti võrdleva meta-analüüsi, 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 stigamiseeritud või nende suhtes on levinud negatiivne hoiak, samuti kui kultuur on seadnud väga kõrge 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 kohanamist sünnitusjärgselt. Autorid soovivad välja, et nii hariduslike, psühhohariduslike 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 skriiningmeetodid, mida peaksid rakendama sobiva spetsiifilise naise vaimset tervist käsitleva väljaõppe saanud personal.

4. Tervishoiuteenuse tõendus põhisis

4.1 Teaduskirjanduse otsingu kirjeldus

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

<p><i>olid „diabetes in pregnancy“, valikukriteeriumiks oli insuliinravi enne rasedust ning täistekstina kättesaadavad inglisekeelsed artiklid, mis on avaldatud alates 1. jaanuarist 2000. Otsingu tulemusel leiti 10 uuringut, millest on kajastatud taotluses 3 uuringu tulemused, kuna teiste uuringute valimi maht oli väike (vähem kui 20 isikut).</i></p>	
<p>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", "maternal mental health".</p>	
<p>4.2 Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel</p>	
<p>1. Howard, Molynea ux et al., 2014 (süsteemaatiline ülevaade) (2)</p>	
<p>4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i></p>	<p>Süsteemaatiline ülevaade varasematest uuringutest ja süsteemaatilistest ülevaadetest kuni juuni 2013.</p> <p>Häirega ja ja häireta inimeste võrdlus, võrdlus kontroll grupiga.</p>
<p>4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus</p>	<p>erinevad sekkumisviisid vt 4.2.7</p>
<p>4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus</p>	<p>erinevad sekkumisviisid vt 4.2.7</p>
<p>4.2.4 Uuringu pikkus</p>	
<p>4.2.5 Esmane tulemusnäitaja <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i></p>	<p>Mittepsühhoosotsiaalsete häirete esinemissageduse ante- ja postnataalsel perioodil, nende riskifaktorid.</p>
<p>4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus</p>	<p>Vähemalt mõõdukat depressiooni esineb 3,1-4,9%-l rasedatest ning 4,7%-l sünnitusjärgse 3 kuu jooksul; kergemat depressiooni esineb 11% rasedatest ning 13% esimese kolme kuu jooksul pärast sünnitust. Hinnanguliselt 13% rasedatest ja sünnitanud naistest on olnud viimase 1-aasta jooksul mõni ärevushäire. PTSD väljakujunemine sünnitusjärgselt esineb 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%.</p>
<p>4.2.7 Teised tulemusnäitajad <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i></p>	<p>Psühhosotsiaalsete ja psühholoogiliste ravimeetodite tulemus (muuhulgas võrreldi psühhosotsiaalseid, kognitiiv-käitumuslikke ja interpersonaalse teraapia sekkumisi); medikamentoosse ravi mõju</p>

4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	<p>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.</p> <p>Psühhosotsiaalsed ja psühholoogilised sekkumised on efektiivsed vähendamaks depressiooni sümptomaatika 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 sümptomaatika RR 0.61, 0.39-0.94 võrreldes kognitiiv-käitumusliku ja interpersonaalse psühhoteraapiaga RR 0.75, 0.63-0.88.</p>
2. Dennis, Brown, et al., 2014 (süsteemaatiline ülevaade) (8)	
<p>4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes</p> <p><i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i></p>	<p>Süsteemaatiline ülevaade varasematest uuringutest. Lõplikus analüüsis oli 13 uuringut.</p> <p>Erinevates uuringutes valdavalt võrdlused kontroll grupiga</p>
4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus	Võrreldud on nelja psühhosotsiaalset sekkumist: sotsiaalse toe võimestamine, partneri toe võimestamine, mitte-otsene nõustamine, vaimse tervise õe kodukülastused ja kollaboratiivsed mudelid
4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus	vt punkt 4.2.2
4.2.4 Uuringu pikkus	Erinevates uuringutes sekkumise järgselt varieeruvalt 1 kuu kuni 5a pärast sekkumist.
4.2.5 Esmane tulemusnäitaja	Sünnitusjärgse depressiooni esinemist pärast sekkumist erinevatel mõõtmiskordadel.
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	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 mõõdukat või kerget depressiooni. Ka mitte-direktiivne nõustamine on mõõduka ja kerge depressiooni korral andnud positiivseid tulemusi
4.2.7 Teised tulemusnäitajad	Perinataalse depressiooni riskifaktorid
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	Uuringute kohaselt on sotsiaalse toe puudumine üks olulisemaid sünnitusjärgse depressiooni riskifaktoreid. Lisaks ka probleemid paarisuhtes ning stressirohkete elusündmuste esinemine perinataalsel perioodil. Leiti, et naise partner võib olla väga oluline nii instrumentaalne kui emotsionaalne ressurss nii

	depressiooni ravis kui ka hilisemas taastumises, kuid tõdeti, et kahjuks on see võimalik ressurss ravi aspektist väga vähe tähelepanu saanud.
--	---

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

Maksimaalselt palume kajastada kuni 5 teaduslikku uuringut.

4.3 Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi ohutuse kohta	
4.3.1. Kõrvaltoimete ja tüsistuste iseloomustus	
Kõrvaltoime/ tüsistuse esinemissagedus	Kõrvaltoime/ tüsistuse nimetus
Väga sage ($\geq 1/10$)	
Sage ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$)	
Rasked kõrvaltoimed	
Võimalikud tüsistused	
4.3.2 Kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi <i>Kirjeldada, milliseid teenuseid ja ravimeid on vajalik patsiendile osutada ning millises mahus, et ravida tekkinud kõrvaltoimeid ning tüsistusi.</i> <i>Nt: Perifeersete dopamiinergiliste toimete põhjustatud kõrvaltoimeid (iiveldus, oksendamine ja ortostaatiline hüpotensioon) saab kontrolli all hoida domperidooni manustamisega kuni tolerantsuse tekkimiseni 3-6 nädala jooksul pärast subkutaanse apomorfiinravi alustamist, mille järel võib domperidooni manustamise lõpetada.</i>	
4.4. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas. <i>Kirjeldada publitseeritud ravi tulemusi maailmapraktikas, kui puuduvad tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse ja ohutuse kohta avaldatud kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel.</i>	
<p>Rasedusaegse nõustamise temaatikat hõlmavates meditsiinilistes teadusartiklites ja ravijuhistes domineerib ema vaimse tervise (<i>maternal mental health</i>) mõiste, mis on Maailma Terviseorganisatsiooni WHO (10) poolt tõlgendatud kui heaolu seisund, milles ema on teadlik oma võimetest, suudab toime tulla elu stressisituatsioonidega, 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.</p> <p>WHO (11) Pakub välja kahetasandilise mudeli efektiivseks ravisekkumiseks ja tõsisemate vaimse tervise häirete ennetamiseks:</p> <p>I tasand - esmatasandi psühhosotsiaalne/mittefarmakoloogilise ravi mudel ja nõuanded:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psühhoharidus (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 <p>II tasandi vaimse tervise teenused: Keerulisemad psühholoogilised ja meditsiinilised sekkumised – kliiniline psühholoog, teraapiad ja medikamentoossed sekkumised</p> <p>2015.a on WHO väljatöötatud ka perinatalse depressiooni ravijuhis tervishoiutöötajale: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/152936/1/WHO_MSD_MER_15.1_eng.pdf</p>	

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. Sinna kuuluvad **esmatasandi vaimse tervise spetsialist (psühhosotsiaalne kriisinõustaja)**, meditsiinipersonal ning 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, psühhoteraapia).

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

- Thinkin Healthy: A manual for psychosocial management of perinatal depression WHO generic field-trial version 1.0 (2015)

(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/152936/1/WHO_MSD_MER_15.1_eng.pdf)

- 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/managementwomenmentalhealthgoodpr>)

[actice14.pdf](#)

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

<http://www.perinatalervicesbc.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/>

[+http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Mentalhealth/DH_4002408](http://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:

- Bakhbakh, D., Burden, C., Storey, C., & Siassakos, D. (2017). Care following stillbirth in high-resource settings: Latest evidence, guidelines, and best practice points. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 22, 161-166.
- Roberts, A. R., & Ottens, A. J. (2005). The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329-339; doi:10.1093/brief-treatment/mhi030
- 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>

5. Tõenduspõhisus võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega

5.1 Ravikindlustuse poolt rahastatav alternatiivne tõendus põhine raviviis tervishoiuteenuste, soodusravimite või meditsiiniseadmete loetelu kaudu
Maksimaalselt palume kirjeldada 3 alternatiivi.

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

5.2 Taotletava teenuse ja alternatiivse raviviisi sisaldumine Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes
Kui teenus ei kajastu ravijuhistes või antud valdkonnas rahvusvahelised ravijuhised puuduvad, lisada vastav selgitus lahtrisse 5.2.3. Maksimaalselt palume kirjeldada 5 ravijuhist.

Ravijuhise nimi	Ravijuhise ilmumise aasta	Soovitused ravijuhises		Soovituse tugevus ja soovituse aluseks oleva tõendus põhise tase
		<i>Soovitused taotletava teenuse osas</i>		
		<i>Soovitused alternatiivse raviviisi osas</i>		
1.				
2.				

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

vt punkt 10.2 ja Lisa 4. Raseduskriisi nõustaja tegevuse võrdlus ämmaemanda ja kliinilise psühholoogi teenusega.

6. Tervishoiuteenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjeldus

6.1 Teenuse osutamise kirjeldus

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

Psühhosotsiaalne kriisiabi väljakutse puhul: sidevahend, et väljakutset vastu võtta; kriisiabi

andmiseks eraldatud ruum osakonnas kuhu kutsutud kriisiabi andma; Teenuse osutamine keskmiselt 90 minutit.

Kaastatud personal: Sünnitusabi spetsialistid (naistearstid, ämmaemandid, neonatoloogid, lastearstid, õed), kes teevad väljakutse raseduskriisi nõustajatele teenusele **psühhosotsiaalne kriisiabi väljasõiduga tervishoiuasutusse (kriisiväljasõit)**;

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.

Tavapärased kontoritarbed ja sidevahendid.

Arvuti andmete sisestamiseks, materjalide väljaprintimiseks, andmebaaside kasutamiseks, internetilehekülgede sirvimiseks ja kliendi/patsiendiga suhtlemiseks elektroonilisel teel.

Teenuse osutamiseks kuluv aeg keskmiselt 60 minutit.

Kaasatud personal: Registraator, kes broneerib aja nõustamisele; sünnitusabi spetsialistid ja perearstid, kes suunavad patsiente ambulatoorselt või satsionaaris teenusele **psühhosotsiaalne kriisినိုုးတမ်း ရေးသွေး ပြင်ဆင်မှု, ရေးသွေး နှင့် နှိုုးတမ်း နှိုုးတမ်း အတွက် အချိန်**.

7. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks

7.1 Tervishoiuteenuse osutaja

Nimetada kohased teenuse osutajad (nt. piirkondlik haigla, keskhaigla, üldhaigla, kohalik haigla, valikupartner, perearst)

7.1.1 Sünnitushaiglad

7.1.2. Lähtuvalt teenuse sihtrühmast (vt punkt 3.1) ja punkti 6.1 osutamise tingimuste olemasolul on teenust võimalik pakkuda ka kohalikul tasandil ämmaemanda, naistearsti ja perearsti teenuse kõrval.

7.2 Kas tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt, statsionaarselt, ja/või päevaravis/päevakirurgias? *Loetleda sobivad variandid.*

7.2.1 ambulatoorselt

7.2.2 statsionaarselt

7.3 Raviarve eriala

Nimetada, milliste erialade raviarvete peal antud teenus sisaldub lähtudes ravi rahastamise lepingust.

7.4 Minimaalne tervishoiuteenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks

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

Ei ole kohaldatud.

Teenuse sihtgrupp on naised, mehed ja pered raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel perioodil (kuni 1.a pärast sünnitust). Teenust osutatakse vahaduspõhiselt.

Senise praktika põhjal osutatakse isikule teenust ühe ravijuhu kohta keskmiselt 3 korda. Kriisiväljasõidu teenust keskmiselt 1 kord ühe ravijuhu kohta.

Lähtudes 2016.a koostatud (13) eksperthinnangust (lk 25) soovitatakse eneseabi toetamist 2-3 kuu jooksul, ca **6 korda**.

7.5 Personali (täiendava) väljaõppe vajadus

Kirjeldada, millise kvalifikatsiooniga spetsialist (arst vajadusel eriala täpsusega, õde, füsioterapeut vm) teenust osutab ning kas personal vajab teenuse osutamiseks väljaõpet (sh. täiendavat koolitust teatud

intervalli tagant). Väljaõppe vajadusel selgitada, kes koolitab, kus väljaõppe läbiviimine toimuks ning kes tasuks koolituskulud (kas koolituse garanteerib seadme müüja või teenuse osutaja ja kulu on arvestatud teenuste hindadesse jm).

Teenust osutab raseduskriisinõustaja täiendväljaõppe läbinud ja vastavast tunnistust omav isik. Raseduskriisi nõustaja kutsestandard (raseduskriisi nõustaja, tase 6) kinnitati 27.11.2014 ning esimesed raseduskriisi nõustaja kutsed anti välja 13.04.2017. Käesoleval hetkel on 6 kutsetunnistusega raseduskriisi nõustajat.

Raseduskriisi nõustamise täiendkoolitust on viinud läbi SA Väärtustades Elu koostöös Tallinna Tervishoiu Kõrgkooliga aastatel 2008-2010. Lõpetanud on 2 lendu raseduskriisi nõustajaid. Käesolevaks hetkeks on koolitatud 32 spetsialisti, kes on läbinud 2-aastase raseduskriisi nõustajate täiendkoolituse (mahus 40 EAP-d). Antud spetsialistide alusharidus väljaõppe omandamiseks on olnud esimese astme kõrgharidus spetsialiseerumisega ämmaemanduses, sotsiaaltöös, teoloogias, meditsiinis, psühholoogias.

Täiendkoolitus vajab lisarahastust ning koolituse võimalik kulu ei ole arvatud teenuse hinna sisse. Ühe võimalusena näeme raseduskriisi nõustajate õppe lisamist Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli riiklikku õppekavva. Õppekava avamiseks on 2014.a koostatud raseduskriisi nõustaja kutsestandard (<http://www.kutsekoda.ee/et/kutsereregister/kutsestandardid/10544102/pdf/raseduskriisinoustaja-tase6.1.et.pdf>), millega määratakse nõustaja kutsealane ettevalmistus.

7.6 Teenuseosutaja valmisolek

Kirjeldada, milline peaks olema tervishoiuteenuse osutaja töökorraldus, vajalikud meditsiiniseadmed, täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu ning kas on põhjendatud ööpäevaringne valmisolek, et oleks tagatud soovitud tulemus. Anda hinnang, kas teenuseosutaja on valmis koheselt teenust osutama või on vajalikud täiendavad investeeringud, koolitused, ruumide loomine vms.

Käesoleval hetkel osutatakse teenust tervishoiuasutustes, kus vastavad koostöökokkulepped on sõlmitud ning teenuse osutamiseks vajalikud kriteeriumid täidetud. Eraldi osakonna/teenistuse loomise või muutmise vajadust ei ole. Raseduskriisi nõustamisteenust osutab SAVE hetkel koostöös järgmiste asutustega: Lääne-Tallinna Keskaigla, Ida-Tallinna Keskaigla, Tallinna Lastehaigla, Tallinna Raseduskriisikeskus, Tartu Ülikooli Kliinikum, Pärnu Haiglas, Järvamaa Haiglas, Rakvere Haigla, Rapla Erapolikliinik Praxis, Põlva Haiglas, Viljandi Haiglas, Lõuna-Eesti Haiglas, Viljandi Päikesekillu Perekeskuses, Võrumaa Nõustamiskeskuses, Narva Perekoollis "Tervislik Tulevik", Tartu Perekeskuses.

Psühhosotsiaalne kriisiabi väljasõiduga tervishoiuasutusse (edaspidi kriisiväljasõit) sisaldab väljakutsele reageerimist (reageerimine so. alates kõne vastu võtmisest kuni abi osutamise lõpetamiseni) esimesel võimalusel, kuid mitte rohkem kui 24 h jooksul väljakutse järgselt. Sellisel juhul võib nõustamine toimuda eemal tavapärasest nõustamiskeskonnast (näiteks valmisolekut ja oskust töötada kriisiväljakutsete korral ka sünnitusosakondades). Kriisiväljakutsele reageeritakse tervishoiuasutustesse üle-Eesti.

Lisaks vajab raseduskriisinõustaja järjepidevat enesetäiendamist ning supervisiooni, et osutada kvaliteetset abi teenuse osutamisel. Supervisioonikulud on tänase seisuga katnud Eesti Haigekassa tervist edendav projekt "raseduskriisi nõustamine".

8. Teenuse osutamise kogemus Eestis

8.1 Kas teenust on varasemalt Eestis osutatud?	Eestis on osutatud samasisulist teenust nimetusega raseduskriisi nõustamine, mis on rahastatud Eesti Haigekassa poolt tervist edendava projektina.						
8.2 Aasta, millest alates teenust Eestis osutatakse	Teenust osutatakse alates 2007.a aprillist. 2013.a lisandus teenusele saamiseks suunamiskirja nõue						
8.3 Eestis teenust saanud isikute arv ja teenuse osutamise kordade arv aastate lõikes	Tabel 1. Eestis raseduskriisi nõustamisteenust saanud isikute arv						
		saatekirjaga kokku*		kriisiväljasõit (kv)**		teenust osutatud***	
	aasta	isikud	korrad	kv arv	nõust isikud kordades kv-l	isikud	korrad
	2007-2009			175	ei eristatud	2140	4937
	2010	1668	4430	110	ei eristatud		
	2011	1948	4470	153	ei eristatud	2305	5075
	2012	1811	3692	128	ei eristatud	2210	4168
	2013*	1419	2978	145	ei eristatud	1762	3463
	2014	1834	3809	161	ei eristatud	2196	4474
	2015	1833	4049	214	ei eristatud	2153	4528
	2016	1686	3860	284	375	2003	4305
*Aastal 2013 lisandus teenusele saamiseks suunamiskirja nõue.							
**Kriisiväljasõite samale isikule (ehk sama rahijuhu kontekstis) on hinnanguliselt 4% kriisiväljakutsetest.							
***Kokku teenust osutatud (suunamiskirjaga, tasuliselt, e-nõustamine, telefoninõustamine, skypenõustamine) erinevate nõustamisviiside kaudu.							

8.4 Eestis teenust osutanud raviasutused	<p>Teenust on osutanud SA Väärtustades Elu koostöös järgmiste (ravi)asutustega:</p> <p>Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Tallinna Keskhaigla, Tallinna Lastehaigla, Fertilitas, Tallinna Raseduskriisikeskus, Tartu Ülikooli Kliinikum, Pärnu Haiglas, Järvamaa Haiglas, Rakvere Haigla, Rapla Maakonnahaigla, Rapla Erapolikliinik Praxis, Rakvere Sotsiaalabikeskuses, Läänemaa Haiglas, Põlva Haiglas, Viljandi Haiglas, Lõuna-Eesti Haiglas, Viljandi Päikesekillu Perekeskuses, Võrumaa Nõustamiskeskuses, Türi Nõustamiskeskuses, Narva Perekoolis "Tervislik Tulevik", Kohtla-Järve Sünnitusabi- ja Sünnituseelses osakonnas, Jõhvis Corrigo OÜ, Tapa Naistetugikeskuses, Tartu Perekeskuses, Marieta Med OÜ, Kuressaare Haiglas.</p>
8.5. Tervishoiuteenuste loetelu koodid, millega tervishoiuteenuse osutamist on raviarvel kodeeritud	Ei ole kohaldatud
8.6 Ravi tulemused Eestis	

9. Eestis tervishoiuteenust vajavate isikute ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes			
<i>Teenus: Psühhosotsiaalne kriisiabi väljasõiduga tervishoiuasutusse (kriisiväljasõit)</i>			
9.1 Keskmise teenuse osutamise kordade arv ravijuhtu (ühele raviarvele kodeerimise) kohta	1		
9.2 Tervishoiuteenust vajavate isikute arv ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes			
9.2.1 Aasta	9.2.2 Isikute arv arvestades nii lisanduvaid isikuid kui ravi järgmisel aastal jätkavaid isikuid	9.2.3 Ravijuhtude arv 1 isiku kohta aastas arvestades asjaolu, et kõik patsiendid ei pruugi lisanduda teenusele aasta algusest	9.2.4 Teenuse osutamise kordade arv aastas kokku
1. aasta	280	1	280
2. aasta	280	1	280
3. aasta	280	1	280
4. aasta	280	1	280
9.3 Prognoosi aluse selgitus			
<i>Esitatakse selgitused, mille põhjal on teenust vajavate patsientide arvu hinnatud ning selgitused patsientide arvu muutumise kohta aastate lõikes.</i>			
<ul style="list-style-type: none"> Aastatel 2013-2016 on kriisiväljasõitude maht kasvanud igal aastal eelneva aastaga võrreldes vastavalt 13%, 11%, 32% ja 32% (vt Tabel 1.). Kuigi keskmiselt on väljasõitude maht kasvanud viimase 4 aasta jooksul 22% aastas, siis prognoosime, et kui teenus on tervishoiuasutuses kättesaadav tervishoiuteenusena (ambulatoorselt ja statsionaaris), siis tõenäoliselt võib püsiva nõustamisvõimaluse olemasolu hoida tasakaalus ka kriisiväljasõitude mahtu vahetu abi perioodil (esimesed 24h), mistõttu hinnanguliselt võiks kriisiväljakutsete 			

<p>maht jääda samale tasemele.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Korduvväljasõite teostati 2016.a 4% juhtudest, seega kriisiväljasõidu puhul saadakse psühhosotsiaalse kriisiabi teenust enamikel juhtudel 1-1 korral ning edasine nõustamine jätkub teenusena <i>psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal</i>. 			
Teenus <i>psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal</i>			
9.1 Keskmise teenuse osutamise kordade arv ravijuhu (ühele raviarvele kodeerimise) kohta		3	
9.2 Tervishoiuteenust vajavate isikute arv ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes			
9.2.1 Aasta	9.2.2 Isikute arv arvestades nii lisanduvaid isikuid kui ravi järgmisel aastal jätkavaid isikuid	9.2.3 Ravijuhtude arv 1 isiku kohta aastas arvestades asjaolu, et kõik patsiendid ei pruugi lisanduda teenusele aasta algusest	9.2.4 Teenuse osutamise kordade arv aastas kokku
1. aasta	2330	1	6990
2. aasta	2330	1	6990
3. aasta	2810	1	8430
4. aasta	2810	1	8430
9.3 Prognoosi aluse selgitus <i>Esitatakse selgitused, mille põhjal on teenust vajavate patsientide arvu hinnatud ning selgitused patsientide arvu muutumise kohta aastate lõikes.</i>			
<p>Teenuse <i>psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal</i> arvestuse aluseks on võetud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2016.a elussünnid maakonna järgi Eesti kokku (Allikas Statistikaamet) - kokku 14 053 elussünni. ● 2016.a elussünnid maakonna järgi Harjumaa (Allikas Statistikaamet) - kokku 7048 elussünni. ● 2016.a suunamiskirjaga nõustatud inimeste arv Harjumaal (nõustamiskohad: ITK, LTKH, Tallinna, Lastehaigla, Tallinna Raseduskriisikeskus ja muu koht Tallinnas) kordades kokku - 3079 (va nõustatud inimesed kriisiväljasõitudel, jt maakonnad). ● 2016.a nõustati Tallinnas ja Harjumaal 1168 sihtgrupi esindajat ning keskmiselt sai üks sihtgrupi esindaja nõustamist 2,64 korral (va kriisiväljasõidud). ● üle-Eestilise vajaduspõhise mahu määratlemiseks Tallinna ja Harjumaa piirkond, kuna antud piirkond on kõige suurema sündivusega piirkond ning ka hästi kaetud nõustajate võimekuse poolest ● 1. ja 2. aasta vajaduspõhise mahu määratlemisel arvestame elussünni ja senise nõustamispraktika suhet. ● Prognoosime nõustamise mahu tõusu alates 3. aastast, kuna riiklikul tasandil planeeritakse efektiivsemat skriiningut raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil (vt Sotsiaalministeerium, 2016, lk 12-13)(12). ● Samuti kuna kergest depressiooni esineb 13%-l rasedatel ja 18,4-19,2%-l naistest sünnitusjärgse 3 kuu jooksul (Howard et al., 2014), siis võib teenusele suunatud isikute arv ulatuda hinnanguliselt ligikaudu 20%-le elussünnide arvust. 			
9.4 Tervishoiuteenuse mahtude jagunemine raviastutuste vahel <i>Tabel on vajalik täita juhul, kui tervishoiuteenuse ravijuhud tuleb planeerida konkreetsetesse raviastutustesse, st. tegu on spetsiifilise tervishoiuteenusega, mida hakkaksid osutama vähesed raviastutused.</i>			
9.4.1 Raviastutuse nimi	9.4.2 Raviarve eriala	9.4.3 Teenuse osutamise kordade	

	raviasutuste lõikes	arv raviarve erialade lõikes

10. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusle	
10.1 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ja teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i>	
10.2 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda alternatiivse tervishoiuteenuse <u>samal raviarvel</u> kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ning teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i>	<p>Teenusele vahetut alternatiivi ei ole.</p> <p>Kokkupuutepunkt ämmaemanda/naistearsti/perearsti teenusega on eelkõige seotud riskitegurite märkamise ja hindamisega raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel perioodil (vt punkt 10.5)</p> <p>Kokkupuutepunkt kliinilise psühholoogi teenusega on seotud eelkõige võimaliku psüühika- ja käitumishäire sümptomaatika märkamise, edasise pöördumise vajaduse ja võimaluste selgitamise ning motiveerimisega vastava spetsialisti (nt psühhiaatri või kliinilise psühholoogi) konsultatsioonile pöördumiseks.</p> <p>Võrdlust lähtuvalt kutsestandarditest, vt Lisa 4. Raseduskriisi nõustaja tegevuse võrdlus ämmaemanda ja kliinilise psühholoogi teenusega.</p>
10.3 Kas uus teenus asendab mõnda olemasolevat tervishoiuteenust osaliselt või täielikult? <i>Kui jah, siis loetleda nende teenuste koodid ning selgitada, kui suures osakaalus asendab uus teenus hetkel loetelus olevaid teenuseid (tuua välja asendamine teenuse osutamise kordades).</i>	Ei
10.4 Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhtudega? Kas teenuse kasutusse võtmine tähendab uute ravijuhtude lisandumist või mitte? Kui jah, siis mitu ravijuhtu lisandub?	Taodeldava teenuse kontekstis on tegu uute ravijuhtudega lähtuvalt punktis 9. kirjeldatud prognoosist.
10.5 Taotletava tervishoiuteenusega kaasnevad samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u> . Kirjeldatakse täiendavad teenused, ravimid	<p><i>10.5.1 Eelnevalt vajalikud tervishoiuteenused:</i></p> <p>Teenusele suunab tervishoiutöötaja (valdavalt ämmaemand, naistearast, perearst, lastearst jt.) suunamiskirjaga. Seega eelnev tervishoiutöötaja teenus suunamiskirja väljastamiseks kaasneb iga</p>

<p>ja/või meditsiiniseadmed, mis on vajalikud kas teenuse määramisel, teostamisel, edasisel jälgimisel: kuidas kasutatakse (ravimite puhul annustamisskeem), ravi kestus/kuuride arv, ravi alustamise ja lõpetamise kriteeriumid.</p> <p>Diagnostilise protseduuri puhul esitatakse andmed juhul, kui protseduuri teostamise järel muutub isiku edasises ravis ja/või jälgimisel kasutatavate tervishoiuteenuste ja ravimite kasutus. Juhul kui muutust ei toimu, esitada sellekohane selgitus.</p>	<p>teenusele pöördunud isiku ja ravijuhu kohta. Suunamise eelduseks on tervishoiutöötaja oskus märgata ja pöörata tähelepanu naise meeleolule ja käitumisele.</p> <p>vt teenusele suunamine punktis 3.1</p> <p><i>10.5.2 Järgnevad tervishoiuteenused:</i></p> <p>Kui esineb võimaliku psüühika- ja käitumishäire sümptomaatikad, isiku seisund kriisiolukorra järgsel perioodil ei muutu või süveneb on vajadus suunata edasi psühhiaatri ja/või kliinilise psühholoogi vastuvõtule seisundi hindamiseks ja vajadusel ravi planeerimiseks.</p> <p>Vajadusel saab patsient pöörduda psühhiaatri erakorralisse vastuvõttu, psühhiaatri ambulatoorsesse vastuvõttu (psühhiaatri järjekord esmastuvõtule võib isegi olla kuni 3 kuud), või perearsti konsultatsioonile saamaks suunamiskiri kliinilise psühholoogi vastuvõtule perearsti teraapiafondi kaudu. Viimasel juhul otsustab psühholoogi/psühhoteraapia teenusele suunamise osas perearst, nõustaja saab selleks anda soovitusi.</p> <p>Kriisiväljasõidu korral järgneb teenus psühhosotsiaalne kriisinõustamine raseduse planeerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal toetamiseks ja taastamiseks isiku psühhosotsiaalset toimetulekut kriisisündmuse järgselt.</p>
<p>10.6 Alternatiivse raviviisiga <u>kaasnevad</u> (samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u>.</p> <p><i>Vastamisel lähtuda punktis 10.5 toodud selgitustest.</i></p>	<p>Ei</p>
<p>10.7 Kas uus tervishoiuteenus omab teaduslikult tõendatult <u>erinevat mõju</u> töövõimetusle kestvusele võrreldes alternatiivse raviviisiga?</p> <p><i>Kas töövõimetusle kestuse osas on publitseeritud andmeid teaduskirjandusest ning kas raviviiside vahel saab väita erinevust?</i></p>	
<p>10.8 Kui jah, siis mitu päeva viibib isik töövõimetusle taotletava teenuse korral ning mitu päeva viibib isik töövõimetusle alternatiivse raviviisi korral?</p>	<p>Ei ole määratav.</p>

11. Kulud ja kulutõhusus

<p>11.1 Taotletava ravimi või tehnoloogia maksumus <i>Esitada ravimi või tehnoloogia maksumus koos täpsustusega, millise hinnaga on tegu (ravimi maaletoomishind, hulgamüügi väljamüügihind, lõplik hind haiglaapteegile koos käibemaksuga). Väli on kohustuslik kui taotluse eesmärgiks on „Uue ravimiteenuse lisamine loetellu“, „Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse“ või „Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse“</i></p>		
<p>11.2. Tervishoiuökonomilise analüüsi kokkuvõte <i>Kui taotluse eesmärgiks on „Uue ravimiteenuse lisamine loetellu“ või „Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse“, palume esitada koostöös ravimi müügihooldajaga kokkuvõtte ravimi majanduslikust analüüsist, mis on koostatud vastavalt Sotsiaalministeeriumi veebilehel avaldatud Balti riikide juhisele ravimi farmakoökonomiliseks hindamiseks⁷, välja arvatud juhul, kui selle mitteesitamiseks esineb mõjuv põhjus. Majandusliku analüüsi kokkuvõtte esitamine on soovituslik ka uue tehnoloogia lisamisel loetellu.</i></p>		
<p>11.3 Rahvusvahelised kulutõhususe hinnangud taotletava teenuse näidustuse lõikes <i>Maksimaalselt palume kajastada 6 hinnangut.</i></p>		
<p>11.3.1 Kulutõhususe hinnangu koostanud asutuse nimi</p>	<p>11.3.2 Hinnangu avaldamise aasta</p>	<p>11.3.3 Lühikokkuvõtte kulutõhususest <i>Kas raviviis on hinnatud kulutõhusaks? Palume välja tuua, milline on taotletavast teenusest saadav lisakasu. Näiteks mitu täiendavat eluaastat (life year gained, LYG) või kvaliteedile kohandatud eluaastat (quality adjusted life year, QALY) võidetakse taotletava teenusega või kui palju tuisistusi või meditsiinilise probleemi taasteket võimaldab uus teenus ära hoida. Milline on täiendkulu tõhususe määr (ICER) võidetud tervisetulemi kohta?</i></p>
<p>Eesti Haigekassa</p>	<p>2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● KTH koostati 2015.a esitatud andmete alusel. ● Hinnang: Esitatud allikate järgi ja Eesti tervishoiu kontekstis võib kaaluda teenuste lisamist esmatasandil vaimse tervise teenuse hulka. ● Lisakulu: Teenustest tulenev lisakulu on 127 279 eurot aastas (PS! ei ole arvestatud kriisiväljasõitudega kaasnevat lisakulu). Samuti ei ole antud KTH arvestatud maha juba käesoleval hetkel projektipõhise rahastusega kaasnevat lisakulu raseduskriisi nõustamisele, mis on 55 000 aastas. ● KTH tuuakse välja, et nii taotleja ja EPSi eksperthinnangust nähtub, et tegu on ennetava iseloomuga nõustamisteenusega,

7 https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Ravimid/balti_juhis_ravimite_farmakoökonomiliseks_hindamiseks.pdf

		<p>millel eristatakse vajaduspõhisuselt kahte liiki: i) Raseduskriisi primaarne preventatsioon, mis seisneb teadlikkuse tõstmises (brožüürid, internetileheküljed), aitavad vältida rasedate ja vastsünnitanud emade ja nende lähivõrgustiku seas kaugeleulatuvaid tagajärgi nii emade kui ka laste tervise ja heaolu osas. ii) Raseduskriisi sekundaarne preventatsioon, mis seisneb rasedusaegsete vaimse tervise probleemide tuvastamises ning õigeaegse professionaalse abi ja vajadusel ravi saamises.</p>

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

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

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

1) kas teenuse osutamisega taotletav eesmärk on saavutatav teiste, odavamate meetoditega, mis ei ole seotud oluliselt suuremate riskidega ega halvenda muul viisil oluliselt kindlustatud isiku olukorda;

2) kas teenus on suunatud pigem elukvaliteedi parandamisele kui haiguse ravimisele või kergendamisele;

3) kas kindlustatud isikud on üldjuhul valmis ise teenuse eest tasuma ning millest nende otsus sõltub.

Kriisisituatsioonile on iseloomulik ootamatus ning inimese toimetulekuressursi vähenemine, mistõttu patsiendi valmisolek ise teenuse eest tasuda on minimaalne. Tegemist on ennetava kriisialase sekkumisega, mis peab olema kõigile kiiresti ja võrdselt kättesaadav. Pigem on oluline investeerida patsientide teadlikkuse tõstmisesse teenuse kasutamiseks.

Ka mujal maailmas on välja toodud, 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 (1)

12. Tervishoiuteenus väärt- ja liigkasutamise tõenäosus ning kohaldamise tingimused

<p>12.1 Tervishoiuteenus väärtkasutamise tõenäosus</p> <p><i>Esitatakse andmed teenuse võimaliku väärtkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. risk, et tervishoiuteenust kasutatakse valel patsiendil, mitte piisavat erialast kompetentsi omava tervishoiutöötaja või tugispetsialisti poolt.</i></p>	<p>Risk, et teenust pakub isik, kellel ei ole raseduskriisinõustaja erialast väljaõpet.</p>
<p>12.2 Tervishoiuteenus liigkasutamise tõenäosus</p> <p><i>Esitatakse andmed teenuse võimaliku liigkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. ravi ei lõpetata progressiooni ilmnemisel, ravi alustatakse varem, kui eelnevad ravimeetodid on ära proovitud.</i></p>	<p>Ei ole asjakohane.</p> <p>Teenus on toetava ja preventiivse suunitlusega isiku psühhosotsiaalse toimetuleku toetamiseks raseduskriisi olukorras.</p> <p>Eesmärgiga suurendada vaimse tervise probleemide varajast äratundmist ning ennetada vaimse tervise probleemide süvenemist raseduse</p>

	ajal ja sünnitusjärgsel perioodil. Avastamata ja ravimata vaimse tervise häired ning seda soodustavad riskitegurid halvendavad patsientide ravitulemusi, pikendavad haiglaravi ning pikemas perspektiivis suurendavad kulutusi.
12.3 Patsiendi isikupära ja eluviisi võimalik mõju ravi tulemustele <i>Kas patsiendi sugu, vanus, eluviis vms omab mõju ravi tulemustele? Kui jah, tuua välja faktor ja tema mõju.</i>	Kriisiabi reeglid ja põhimõtted ning nõustamisprotsessi aluseks olev holistlik lähenemine võimaldab arvestada kõikide patsientide (erinev vanus, sugu, kultuuriline, religioosne eripära jne) isikupära.
12.4 Kas tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutamise tagamiseks on vajalik kohaldamise tingimuste sätestamine	Ei
12.5 Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused <i>Kui 12.4 on vastatud jaatavalt, palume sõnastada teenusega seotud rakendustingimused, mis aitaksid tagada tervishoiuteenuse ohutut ja optimaalset kasutust.</i>	

13. Kasutatud kirjandus

- (1) 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>
- (2) 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.
- (3) Roberts, A. R., & Ottens, A. J. (2005). The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329-339; doi:10.1093/brief-treatment/mhi030
- (4) World Health Organization. Thinking Healthy: A Manual for Psychosocial Management of Perinatal Depression (WHO generic field-trial version 1.0). Geneva, WHO, 2015; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/152936/1/WHO_MSD_MER_15.1_eng.pdf
- (5) Bayrampour, H., McDonald, S., Tough, S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, 31, 582-589.
- (6) 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>
- (7) 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.
- (8) 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.
- (9) 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
- (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) Sotsiaalministeerium. (2016). Integreeritud teenuste kontseptsioonile laste vaimse tervise toetamiseks: Ennestus, varajane märkamine ja õigeaegne abi.
- (13) Eesti Haigekassa ekspert hinnangu "Raseduskriisi nõustamise kvaliteet" aruanne. (2016)

Taotluse esitamise kuupäev	31.12.2017
Taotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	<i>Margit Emberg /allkirjastatud digitaalselt/</i>
Kaastaotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Kui taotlus esitatakse mitme erialaühenduse poolt, tuleb taotlus allkirjastada ka kaastaotleja poolt. Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	<i>Kristi Kuura /allkirjastatud digitaalselt/</i>