

## LISAANDMETE KÜSIMINE

### 1. selgitada, kas taotluses esitatud ravijuhised, kliinilised uuringud kirjeldavad kliinilise psühholoogi poolt osutatud teenuseid või on tegemist spetsiaalse väljaõppe saanud psühhosotsiaalne kriisinõustaja teenusega

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

#### 1.1 Lähtuvalt ravijuhistest:

##### 1.1.1 Kriisiväljakutse valmidus ja sekkumised kriisiolukordades

Kuna kriisinõustamine nõuab selle teenuse pakkujalt põhjalikke oskusi ning esitab ainulaadseid väljakutseid, erineb see kõigist teistest nõustamise liikidest. Näiteks võib nõustamine toimuda eemal tavapärasest nõustamiskeskonnast (Raseduskriisi puhul eeldab kriisinõustamine valmisolekut ja oskust töötada kiirete kriisiväljakutsete korral sünnitusosakondades).

Oluline on mõista, et kriisinõustamine ei ole sama mis psühhoteraapia. Kriisisekkumine on suunatud sündmusega seotud stressi maandamisele, emotsionaalse toe pakkumisele ja abisaaja siin ja praegu toimetulemise strateegiate arendamisele (Parad & Parad, 1999). Kriisinõustamine vajab spetsiaalset väljaõpet, kus on peatähelepanu pööratud psühhosotsiaalsete toimetulekuoskuste toetamisele.

##### 1.1.2. Näidustused 1-6 ja näidustus 8.

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

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

1. Psühhoharidus (indiviidile ja tema perekonnale, vastavalt olukorrale)
2. Tuvastatud psühhosotsiaalsete stressoritega tegelemine - andke abisaajale võimalus rääkida, Uurige praegusel hetkel oluliste psühhosotsiaalsete stressorite kohta ning leidke võimaluste piires lahendusi tema sotsiaalsetele probleemidele ja psühhosotsiaalsetele stressoritele või suhte probleemidele, võttes appi ka kogukondlikud teenused/ressursid. Hinnake, kas esineb

- kuritarvitamist või väärkohtlemist (nt kodune vägivald). Tehke kindlaks perekonnaliikmed, kes pakuvad abisaajale tuge, ning kaasake neid protsessi nii palju kui võimalik ja sobilik
3. Sotsiaalsete võrgustike taastamine Tehke kindlaks abisaaja varasemad sotsiaalsed võrgustikud, mis võiksid talle nende taaselavdamise korral otseselt või kaudselt psühhosotsiaalset tuge pakkuda.
  4. Struktureeritud kehalise aktiivsuse programm (lisavõimalus keskmise kuni raske depressiooni ravis).
  5. Regulaarne kontakt pärast ravi looge võimalus regulaarseteks jätkukohtumisteks. Analüüsige abisaaja paranemise protsessi (nt 4 nädala möödudes).

(WHO, 2004)

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)

Esmatasandi vaimse tervise teenused:

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/cg45/chapter/key-priorities-for-implementation>)

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

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 ikkagi 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.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf))

(<http://www.nice.org.uk/guidance/cg45/chapter/key-priorities-for-implementation>)

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.

Ravijuhendites kirjeldatakse vajadust vaimse tervise meeskonna väljatöötamise järele, kuhu

kuuluvad esmatasandi vaimse tervise spetsialist (psühhosotisaalne kriisinõustaja), meditsiinipersonal ja vajadusel kaasatakse teise tasandi vaimse tervise spetsialist.

### 1.1.3. Näidustus 9.

Nõustamine viljatuse korral on valdkond, mis ühendab endas nii reproduktiivtervist, psühholoogiat, kui ka reproduktiivmeditsiini. 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 nõuandmine ja lohutamine. See eeldab spetsiaalseid oskuseid, treeningut ja teadmisi viljatuse meditsiinilistest ja psühholoogilistest aspektidest kuni fertiilsusravile kaasuvate emotsionaalsete kõrvalmõjude asjakohase hindamise ja ravini. (Convington, 2006)

*Kas nõustaja peaks kuuluma haigla meeskonda või omama koostöös haiglaga siiski teatavat autonoomsust?*

Siin on poolt- ja vastuargumente: Meeskonda kuulumine tagab teenuse parema kättesaadavuse ja valdkondadavahelise tugevama koostöö. Samas, kui iseseisev nõustaja saab tagada kliendile suurema kliendikaitse ja konfidentsiaalsuse. Teisalt limiteerib viimati mainitud variant viljatuskliinikutes kliendikeskse teenuse võimaldamist, kuna sellise mudeli korral puudub aktiivne valdkondade vaheline informatsiooni vahetus, personalil puudub ligipääs kliendi isiklikule informatsioonile, milleni jõudmine võib osutuda vajalikuks.

Esmatasandil ravi ja hindamist viib soovitatavalt 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.

### 1.1.4 Näidustus 7.

Hollandi Abordi Assotsiatsiooni poolt väljatöötatud juhised naiste (vajadusel ka nende partnerite) nõustamiseks, kes kaaluvad raseduse katkestamist (Dutch Association of Abortion Specialists, [www.ngva.nl](http://www.ngva.nl)).

Antud juhises on nimetatud *spetsialiseerunud nõustajaks* spetsialisti, kes on omandanud spetsiifilised oskused ja eksperdi pädevuse abordieelse nõustamise kontekstis võimaldamaks toetust neile naistele, kes kaaluvad küll raseduse katkestamist, kuid on jäänud peale esmatasandil nõustamist kõhklevale, ebakindlale positsioonile. Meditsiinipersonalile on asetatud nõue identifitseerida ja selekteerida välja need naised, kes vajavad oma otsuse tegemisel enam professionaalset tuge.

Need on naised tugevate ambivalentsete tunnetega, naised, kes on oma otsuses ebakindlad, kellel on ebapiisav sotsiaalne tugivõrgustik, kellel puudub tugi lähedastelt, kes on olukorras, kus rasedus või selle katkestamine tuleb hoida lähedaste või sõprade eest saladuses hirmust saada eemaletõugatud,

tekkinud kahtluse korral, et naist survestatakse raseduse katkestamisele teiste osapoolte poolt, juhtumite korral, mil naine on kogenud eelnevaid psühhiaatrilisi probleeme.

Sellistes olukordades tuleb pakkuda edasist nõustamist ja seda võimalikult kiiresti.

Toetavat nõustamist pakutakse naisele ebatavaliselt tugeva stressiolukorra juures. Teatud osale naistest pakutakse ka spetsialisti tasandil psühholoogilist nõustamist.

## 1.2. Kliinilised uuringud:

Taotluse punktis 3.2 esitatud kliinilised uuringud võib tinglikult jagada kaheks:

1.2.1. Uuringud, mis kirjeldavad pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel perioodil esinevate probleemide vahelisi seoseid, esinemissagedust ja/või riskifaktoreid. Sh paljud neist uuringutest näevad sihtgrupile suunatud sekkumisviiside väljatöötamise vajadust.

Taillieu & Brownridge (2010) koostatud meta-analüüsis kirjeldati naistevastase vägivalla esinemist raseduse ajal, vägivalla mustreid raseduse ajal ning vägivalla esinemise riskifaktoreid. Lähisuhtevägivalla seost depressiooni esinemise, ärevuse kogemise ja post-traumaatilise stresshäire sümptomaatika esinemisega ante- ja postnataalsel perioodil kirjeldab Howard et al. (2013) koostatud meta-analüüs. Levendosky et al. (2006) uurisid seoseid raseduse ajal ja sünnitusjärgelt kogetud vägivalla esinemise ja emade psühholoogilise heaolu (hinnati traumasümptomite esinemist, ärevust, depressiooni, enesehinnangut, vanemalikku käitumist) ning lapse eksternaalse käitumise (agressiivsus, negatiivne emotsionaalne reaktiivsus, rahutus/activity) esinemise vahel. Howard et al. (2013) kohaselt vägivalla esinemine raseduse ajal on suur risk loote, lapse ja ema tervisele ning heaolule, mistõttu on oluline märgata rohkem võimaliku koduse vägivalla esinemist ning ka psühholoogiliste probleemide esinemist rasedatel antenataalse jälgimise jooksul ning spetsiaalsete sekkumisviiside väljatöötamist naise heaolu parandamiseks ante-, peri- ja postnataalsel perioodil.

Lippus et al. (2013) uuris planeerimata raseduse seoseid vanuse, hariduse, perekonnaseisu, rasedusaegse suitsetamise ja vägivallakogemusega täiskasvanueas. Autorid toovad välja, et planeerimata raseduse osakaalu vähendamise eelduseks on kohustuslik seksuaalharidus koolis ja kvaliteetse pereplaneerimisenõustamise kättesaadavus. Griffin-Carlsson et al. (1993) küsitlesid aborti teinud noori naisi eesmärgiga uurida nende tugisüsteemi olemasolu ja selle kasutust raseduskriisi ajal.

Fenech'i ja Thomson'i (2014) koostatud meta-analüüsis kirjeldati traumaatilise sünnituskogemuse järgselt esinevaid psühholoogilisi probleeme, mis võisid kesta aastaid ning lisaks düsfunktsionaalsete toimetulekustrateegiate kasutamine võib pikemas perspektiivis viia välja PTSD väljakujunemiseni. Uuringus kirjeldatakse vajadust ennetada psühholoogilise trauma esinemist sünnitusel ning pakkuda asjakohast psühholoogial baseeruvat teenust ning sekkumist. Franche (2001) uuris raseduse katkemise või loote üsasisese surma järgse leina kogemist ja leinaga toimetulekut uuesti rasestunud naistel ja nende partneritel kirjeldades vajadust spetsiifiliste sekkumisviiside järele, mis on suunatud naiste võimalikele enese-kriitilistele hoiakute vähendamisele raseduse katkemise või loote üsasisese surma järgselt ja/või vajadusel hilisemas elus.

Ramezanzadeh et al., (2004) uurisid ärevuse ja depressiooni esinemise seost viljatuse kestvusega. Darwiche et al., (2013) uurisid suhtega rahulolu seost viljatuse diagnoosi läbitöötamise määra ning partnerite toimetulekuga stressirohkete elusündmustega üldiselt. Uuringud näitavad, et viljatuse on inimese jaoks väga laiaulatusliku sotsiaal-emotsionaalse mõjuga elusündmus, mis võib oluliselt mõjutada inimese enesehinnangut, tekitada ebakindlust oma sotsiaalse staatuse suhtes ning tekitada kroonilist stressi.

Kirjeldatud uuringud näevad vajadust spetsiifilise nõustamise järele, mis on suunatud käesoleva sihtgrupi probleemidega töötamiseks ning, mis annaks võimaluse toetada emade ja perede psühholoogilist ja sotsiaalset heaolu. Kuigi me ei ole leidnud mujal maailmas meie poolt välja pakutud teenusele (psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel perioodil) identset vastet, mis kataks nii sihtrühma kui ka näidustuste/pöördumise põhjuste ulatuse ning vastaks sarnasele spetsiifilisele psühholoogia-alasele ettevalmistusele, siis nii kliinilised uuringud kui ka teiste maade tegevussuunad näitavad vajadust kohandatud sekkumisviiside järele perinataalsel perioodil.

1.2.2. Uuringud, mis lisaks pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel perioodil esinevate probleemide (näidustusena) vaheliste seoste uurimisele kirjeldavad ka sekkumise kaudu saadud tulemust.

Howard et al. (2014) koostatud meta-analüüs kirjeldab mittepsühhootiliste häirete esinemissagedust ante- ja postnataalsel perioodil, nende riskifaktoreid ja võimalike sekkumiste efektiivsust koostatud uuringute põhjal. Metaanalüüsis tuuakse välja väga erinevad psühholoogilised ja psühhosotsiaalsed sekkumisviisid nii preventiivsetest kui ka ravieesmärkidest lähtuvalt. Sekkumisviiside efektiivsust perinataalsel perioodil on kõige rohkem uuritud postnataalse depressiooniga seoses, oluliselt vähem teiste mitte-psühhootiliste häirete puhul ante- ja postnataalsel perioodil. Autorid rõhutavad sekkumismeetodite kohandamise olulisuse perinataalsel perioodil.

<b>Ennetamine</b>	
Depressioon	Kaitsvate sekkumistena toodi välja sünnitusjärgsed tervisevaldkonna spetsialisti koduviisidid, <i>peer-based</i> sünnitusjärgne telefoninõustamine, interpersonaalne psühhoteraapia
	Statsitiliselt olulist efekt ei andnud struktureeritud debriefing ja kognitiiv-käitumuslik teraapia
Ärevus	Kognitiiv-käitumuslikel meetoditel põhinevad uuringud olid mitmeti tõlgendatavad ja metodoloogiliselt piiratud ärevuse ja depressiooni puhul.
	Kognitiiv-käitumuslikud sekkumised obsessiiv-kompulsiivse häire riski puhul vähendasid oluliselt riski võrreldes lihtsalt psühhoarimisega ärevuse olemuse

	kohta.
	Võimalikku positiivset efekti annavad eneseabi kodutööd kombineerituna iganädalase telefoninõustamisega antenataasel perioodil vähendamaks postnataalse ärevuse ja depressiooni sümptomaatikat
	Puudulikud tõendid ennetava või raviefektiivsuse kohta: hüpnooteraapia, imagoteraapia, autogeenne treening, joga.
PTSD	Struktureeritud debriefingu efektiivsus ei ole tõestatud
	Naised saavad kasu võimalusest oma (traumaatilisest) sünnitusest rääkida, kuid seda mitte struktureeritud debriefingu kujul, mille puhul on leitud ka võimalik kahjustav mõju.
Söömishäired	Uuringut ei ole tehtud, kuid võimaliku riski puhul soovitatakse ravijuhistes spetsialistidel toetada naist raseduse ajal ja sünnitusjärgsel selles, et säilitada regulaarsed söömisharjumused ning toetada realistlikke eesmärke oma kehatajus.
<b>Psühholoogilised ja psühhosotsiaalsed sekkumised (ravi)</b>	
Depressioon	Psühhosotsiaalsed sekkumised nagu lähedaste toetus ja mitte otsene (non-directive) nõustamine näitavad olulist langust depressiooni sümptomite esinemises võrreldes tavapärase jälgimisega
	Interpersonaalne psühhoteraapia ja KKT samuti vähendas depr. sümpt. esinemist.
Psühhosotsiaalsed ja psühholoogilised sekkumised on efektiivsed vähendamaks depressiooni sümptomaatikat aasta jooksul sünnitusjärgsel (RR 0,70, 95% CI 0.60–0.81)	
Psühhosotsiaalsete sekkumise puhul tuuakse välja spetsialisti spetsiaalse treeningu vajalikkus	
Lisaks kirjeldatakse ka farmakoloogiliste ravimeetodite võimalusi periantaasel perioodil (lk 1781-1784), sh rõhutatakse võimalusel alati mitte-farmakoloogiliste meetodite kasutamist.	

allikas: Howard et al. (2014)

Lobel ja kolleegid (2008) uurisid rasedust - spetsiifilise stressi, püsiärevuse ja elusündmustest tingitud stressi seost varasema sünnituse, enneaegse sünni, lapse väikese sünnikaalu ja rasedusaegse suitsetamisega. Uurijad leidsid, et harides naist raseduse, sünnituse ja vanemaks olemisega seotud aspektides võib vähendada rasedusega seotud stressi ehk suuremad teadmised on seotud madalama stressi tasemega.

Borghini et al., (2014) uurisid, mil määral varane sekkumine (sekkumisprogramm, mis on suunatud ema-lapse suhte toetamisele), aitab vähendada post-traumaatilise stressihäire sümptomaatikat enneaegselt sündinud (33. rasedusnädalal ja varem) laste emadel. Varase sekkumisega enneaegsete laste grupis vähenes oluliselt posttraumaatilise stressihäire sümptomaatika võrreldes enneaegsete laste kontrollgrupiga. 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.

## **2. täpsustada, kas ja kuidas seostub teenus psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal Sotsiaalkindlustusameti poolt rahastavate teenustega (näiteks ohvriabi, rehabilitatsiooniteenused jms):**

**Ohvriabi** - Ohvriabi on tasuta avalik sotsiaalteenus, mille eesmärgiks on säilitada või parandada ohvri toimetulekuvõimet. Õigus pöörduda ohvriabisse on kõigil inimestel, kes on langenud hooletuse või halva kohtlemise, füüsilise, vaimse või seksuaalse vägivalda ohvriks. Igal inimesel, kellele on põhjustatud kannatusi või tekitatud kahju, on võimalik saada nõustamist sõltumata sellest, kas kahju tekitaja on tulnud avalikuks ja kas tema vastu on algatatud kriminaalmenetlus. Ohvriabitöötajad pakuvad emotsionaalset tuge ja jagavad informatsiooni abi saamise võimaluste kohta. Samuti juhendavad ja abistavad suhtlemisel riigi ja kohaliku omavalitsuse asutustega ning teiste ohvrile vajalikke teenuseid osutavate asutustega.

(<http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/ohvriabi-ja-lepituskeskus/>)

Taotletava teenuse suundumus ohvriabi kontekstis on lähisuhte - ja seksuaalvägivald ja tervishoiuasutuses (naistearstid, ämmaemandad märkavad ning suunavad, ka varasemad, ammu toimunud juhtumid) teenuse sihtrühma kuuluvatele ohvritele suunatud sotsiaalpsühholoogiline juhtumikorralduslik tugiteenus kättesaadavuse tagamine. **Psühhosotsiaalsete kriisinõustajate roll on märgata ja hinnata** lähisuhtevägivalda riski, vajadusel nõustada naist vägivalda olemuse ja selle mõjude kohta naise (ja lapse/laste) heaolule ja tervisele, pakkuda emotsionaalset tuge, motiveerida naist abi otsima ning vajadusel võtta ühendust või nõustavad naist võtma ühendust politsei, lastekaitsetöötaja, sotsiaaltöötaja, naistevarjupaiga ja/või ohvirabiga jm vajaliku tugiteenusega. Psühhosotsiaalne kriisinõustamise eesmärk on koos kliendiga välja selgitada naise sotsiaalsete tugisüsteemide olemasolu ja kasutamisevõimalus ning motiveerida naist töötama oma heaolu ja tervist toetavate valikute ja tegevuste suunas.

*Teenused tuleb kujundada nii, et ohvriteni jõuaks neile sobilik tugi. Esmajärjekorras tuleb lähtuda sellest, et ohver ei pea ise sobivaid teenuseid otsima, vaid spetsialistid oskavad teda õigete teenusteni juhtida. Samuti tuleb teenused kujundada mobiilseks, et need oleksid kättesaadavad ka äärealadel. Ennetustegevuse, ohvrite abistamise ja vägivallatsejatega tehtava töö siht peab olema süsteemne terviklahendus. Katkendlik, järjepidevuseeta süsteem ei suuda pakkuda ohvritele piisavat kaitset ja abi ega tegelda vägivalla toimepanijatega.*

*Tervishoiutöötajate roll vägivallajuhtumite avastamisel ja takistamisel võib olla arvatust suurem. Siin tuleb lahendada koostööküsimused teiste asutustega ja tegelda konfidentsiaalsusnõuete küsimusega, et tervishoiuasutusse sattunud ohver ei jääks abita. Kui mõned erandid välja arvata (naiste tugikeskused, ohvriabi eriteenused), napib eriteenuseid sihtrühmade ja vägivallaliikide kaupa, teenused ei lähtu ohvri individuaalsetest vajadustest, vaid on pigem üldised ning osa teenuste rahastamine pole jätkusuutlik.*

*Ei toimu individuaalsete vajaduste süsteemset hindamist, sealjuures ka kriminaalmenetluses. Korrastamist vajab ohvreid toetav tugiisikute süsteem, mis motiveeriks ohvreid teenust kasutama ja toetaks ka kriminaalmenetluse raames. **Eraldi tähelepanu tuleb pöörata tervishoiusüsteemi sattuvatele vägivallaohvritele, nt on vaja neile tagada psühhosotsiaalne kriisiabi.***

*(Allikas:[https://valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/vagivalla\\_ennetamise\\_strategie\\_2015-2020\\_kodulehele.pdf](https://valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/vagivalla_ennetamise_strategie_2015-2020_kodulehele.pdf))*

**Rehabilitatsiooniteenus** on sotsiaalteenus, mille eesmärk on parandada puudega inimese iseseisvat toimetulekut, suurendada ühiskonda kaasatust ja soodustada töötamist või tööle asumist.

Rehabilitatsiooniteenuse käigus hinnatakse inimese toimetulekut ja kõrvalabi vajadust, tehakse ettepanekuid kodu-, töö- ja õpikeskkonna kohandamiseks, abivahendi saamiseks ja kasutamiseks. Inimest nõustatakse erinevates valdkondades, et parandada edasist sotsiaalset toimetulekut (<http://sotsiaalkindlustusamet.ee/rehabilitatsiooniteenus-5/>)

Rehabilitatsiooniteenuse kaudu saavad taodelda puudega laste vanemad rehabilitatsiooniteenust, sh psühholoogilist (pere)nõustamist. Rehabilitatsiooniteenusena, saab tõenäoliselt taodelda psühholoogilist (pere)nõustamist ka puudega lapse sünni järel. Üldiselt on see pikem nõustamine/psühhoteraapia, mida teostavad kliinilised psühholoogid asutused, kus on rehabilitatsiooniteenuse osutamise leping.

Psühhosotsiaalsed kriisinõustajad pakuvad perele esmast ja kiiret sekkumist pärast terviseprobleemiga/enneaegse lapse sünni, sünnitushaiglas ja hiljem lastehaiglas, vajadusel psühholoogilist nõustamist ja psühholoogiliste toimetuleku toetamist vähemalt kuni lapse 1-aastaseks saamiseni.



### **3. selgitada, kuidas erinevad kliinilise psühholoogi ja vaimse tervise õe osutatavad teenused psühhosotsiaalsest kriisinõustamisest;**

Kliiniline psühholoog on üldise psühholoogia alase akadeemilise ettevalmistusega (magistrikraad ja vähemalt 1-aastane erialane töökogemus (vt kutsestandard <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10087112/lae/kliiniline-psuhholog-iv-v-11pdf>).

Kliinilise psühholoogi töö on suunatud psüühilise distressi, psüühika- ja käitumishäirete, vaegurluse ja riskikäitumise hindamisele, leevendamisele, ravimisele ja ennetamisele. Tema põhilised tööülesanded 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; psühhoteraapia; nõustamine; konsulteerimine; õpetamine ja nooremate kolleegide töö juhendamine; osalemine tervisepoliitika planeerimises ja programmide hindamises; psüühiliste häirete ja tervise uurimine; eksperthinnangute andmine kliinilise psühholoogia valdkonda kuuluvates õiguslikes-, sõjaväekõlbulikkuse jms küsimustes.

Raseduskriisi nõustajad on kõrgharidusega, psühholoogiaalase ettevalmistuse (vt kutsestandard <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10544102/pdf/raseduskriisi-noustaja-tase-6.1.et.pdf>) ning spetsiifilise raseduskriisi nõustamisalase ettevalmistusega (2-aastane täiendkoolitus vt lisa 1 koolituskava). 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 ka erakorraliselt ja erinevate sidevahendite (skype, e-nõustamine, telefoninõustamine) kaudu.

Õde-spetsialist vaimse tervise õenduses omab süvendatud erialaseid teadmisi (riiklikult tunnustatud õendusala kõrgharidus) ja oskusi, mis on suunatud vaimse tervise probleemide ja psüühikahäiretega isikutele ning nende perekondadele (vt kutsestandard <http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10087073/lae/ode-iii-iv-v-11pdf>)

Õe peamine ülesanne on hoolida ja hoolitseda inimese ja tema tervise eest, muidugi oskab õde teha turvaliselt õendustoiminguid, sealhulgas süsti. Vaimse tervise õde on erioskuste ja teadmistega õendusala spetsialist, kes osutab elanikkonnale õendusabi reaalsete ja potentsiaalsete vaimse tervise probleemide puhul ning tegeleb vaimse tervise alase edendus- ja ennetustööga. Vaimse tervise õde osutab õendusabi kas iseseisvalt või koos eriarstiga, ta teeb koostööd teiste tervishoiu-meeskonna liikmetega ning vajaduse korral ka sotsiaalabiasutustega.

(Marienthali kodulehelt: <http://www.mppk.ee/et/psuhhiaatria/vaimse-tervise-ode>)

**4. täpsustada, kes viib läbi raseduskriisi nõustamise koolitust ning kui palju on vastava koolituse läbinud ja kutset omavaid spetsialiste? Mis on antud spetsialistide baasharidus (psühholoogia vm)?**

Raseduskriisi nõustamise koolitust viib läbi SA Väärtustades Elu koostöös Tallinna Tervishoiu Kõrgkooliga. Korraldatud on 2 koolitust aastatel 2006 ja 2008 ning koolituse on läbinud 32 spetsialisti.

Antud spetsialistide alusharidus väljaõppe omandamiseks on olnud esimese astme kõrgharidus spetsialiseerumisega ämmaemanduses, sotsiaaltöös, teoloogias, meditsiinis, psühholoogias.

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.

**5. täpsustada teenuse oodatavaid tulemusi. Kas on tõendatud, et just teenus psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal vähendab naiste vaimseid probleeme?**

Kuna sellist teenust nagu psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel perioodil ei ole varem teenusena sellisel kujul meile teadaolevalt teenusena eksisteerinud, siis ei ole selle kohta võimalik kätte saada ühtegi uuringut, mis mõeldaks teenuse efektiivsust naise vaimsete probleemide vähendamisel. Eestis on tegu uue teenuse loomisega, seega ei ole võimalik sellele küsimusele käesoleval hetkel vastata.

Seda, millistel juhtudel nähakse vajadust spetsiifilise teenuse järele pereplaneerimise, rasedusaegsel ja sünnitusjärgsel perioodil ning kuidas psühhosotsiaalsed sekkumised toetavad psühholoogilist toimetulekut vt täpsemalt punkti 1. alajaotustes väljatoodud kirjeldustes.

**6. Taotluse punktis 4 „Teenuse oodatavad tulemused“ on viidatud üldsõnaliselt uuringutele, kuid puuduvad viited kasutatud kirjandusele. Palume esitada viited kasutatud kirjandusele**

Tabel 2. Teenuse oodatavad tulemused		
Väide		Selgitus
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 sünnitusjärgsel (RR 0,70, 95% CI 0,60–0,81).
Teenuse käsitlemine	nii	Kui rasedusaegse kriisi tõttu abi saanud rasedast on saanud sünnitanu ja

<p>ambulatoorse, statsionaarse kui ka erakorralise teenusena on põhjendatud, sh hoiab ära kontakti katkemist ja loob järjepidevuse.</p>	<p>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.</p> <p><a href="http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf">http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf</a> (NICE, 2011; NCCMH, 2012) <a href="http://www.nccmh.org.uk/">http://www.nccmh.org.uk/</a> <a href="https://www.nice.org.uk/">https://www.nice.org.uk/</a></p>
<p>Rasedusaegses/järgses kriisiolukorras naise primaarperekonda kuuluvad isikute, sh teiste laste toimetulek paraneb.</p>	<p>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. (Edoka, Petrou &amp; Ramchandani 2011) Nimetatud probleemi tähelepanuta jätmine omab sageli negatiivset mõju nii paarisuhte kvaliteedile kui ka emotsionaalse sideme formeerumisele vastsündinuga.</p> <p>(<a href="http://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0598/documents/antenatal-and-postnatal-mental-health-update-full-version2">http://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0598/documents/antenatal-and-postnatal-mental-health-update-full-version2</a>)  (<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54491/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54491/</a>)</p>
<p>Teadlikkuse tõstmine ja esmane preventatsioon on edukas.</p>	<p>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 tavalisim põhjus, miks ei julgeta otsida vajalikku abi.</p> <p>(McKinney, Ashwill, Murray, James, Corrie &amp; Droske 2000; Levin &amp; Kagan 2000; Narusson et al 2001).</p> <p><a href="http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf">http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf</a></p>
<p>Traumaatilise sünnitukogemuse psühhosotsiaalne mõju naisele ja tema lähedastele väheneb.</p>	<p>Traumaatiline sünnitukogemus avaldab olulist psühhotsiaalset 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 toimetulekustrateegiasse, mis võivad pikemas perspektiivis viia välja PTSD väljakujunemisele.</p> <p>(Fenech`i ja Thomson`i, 2014)</p>
<p>Võimaliku koduse vägivalda esinemise märkamine ning kohane sekkumine ante- ja perinataalsel perioodil suureneb.</p>	<p>Kõige suurem risk vägivalda kogemisele raseduse ajal on rasedusele eelnev vägivalda kogemine. Raseduse ajal võib esineda muutust ka vägivalda mustriks, kus varem vägivalda kogenud naised kogevad raseduse ajal rohkem verbaalset ja seksuaalset vägivalda. (Taillieu &amp; Brownridge, 2010). 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. (Howard et al., 2013)</p>
<p>Kulude kokkuhoid ja teenuse juhtumiskorraldusliku funktsiooni kasutegur süsteemis</p>	<p>Avastamata ja ravimata vaimse tervise häired ning seda soodustavad riskitegurid halvendavad patsientide ravitulemusi, pikendavad haiglaravi, suurendavad kulutusi.</p>

	<p>(<a href="http://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0598/documents/antenatal-and-postnatal-mental-health-update-full-version2">http://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0598/documents/antenatal-and-postnatal-mental-health-update-full-version2</a>)</p> <p><i>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.</i></p> <p>(<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54491/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54491/</a>)</p>
<p>Naise ja mehe viljatuse ja viljatusraviga seotud psühholoogiliste probleemide õigeaegne äratundmine suureneb ja sekkumine paraneb</p>	<p><i>Viljatus on inimese jaoks väga laiaulatusliku sotsiaal-emotsionaalse mõjuga elusündmus, mis võib oluliselt mõjutada inimese enesehinnangut, tekitada ebakindlust oma sotsiaalse staatuse suhtes, mõjutada paarisuhte kvaliteeti ning tekitada kroonilist stressi. Varajane psühhosotsiaalne sekkumine on oluline vähendamaks ärevus ja depressiooni riski. (Darwiche et al., 2013)</i></p>
<p>Imetamise kestus suureneb.</p>	<p><i>Mitmed rasedusaegsed ja sünnitusjärgsed ema vaimse seisundiga seotud probleemid olukorrad raskendavad ema adapteerumist. (Venesaar &amp; Levin 2001).</i></p> <p>(<a href="http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf">http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf</a>)</p> <p><i>Psühhosotsiaalne nõustamine paralleelselt imetamise nõustamisega mõjutab suure tõenäosusega imetamist positiivselt.</i></p> <p>(<a href="http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf">http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf</a>.)</p>

**7. defineerida taotletava teenuse tähenduses järgmised mõisted „pereplaneerimise aeg“, „sünnitusjärgne aeg“ (viimast on taotluses defineeritud kui 1 aasta pärast sünnitust ja kuni 3 aastat pärast sünnitust);**

Pereplaneerimise aeg on käesoleva teenuse kontekstis määratletud lapse saamise soovist kuni raseduse kindlaksmääramiseni.

Pereplaneerimine on üks inimõigustest, millega kaasneb õigus valida oma laste sündimise aeg ja arv nii, et iga laps oleks soovitud ja oodatud - see on õigus vältida soovimatute laste sündi, kuid ka õigus sünnitada soovitud lapsi. Pereplaneerimist vajatakse erinevatel eluperioodidel: nii enne esimese lapse sündi, sünnituste vahelisel perioodil ning siis, kui soovitud arv lapsi on juba olemas.

Sagedasemad nõustamist vajavad olukorrad on viljatus, nõustamine raseduse katkemise järgselt, abordinõustamine (nt kui naine ja/või tema partner kahtleb/kahtlevad sünnituse ja aborti valikus), vajadusel abordijärgne nõustamine, varasemast rasedusest või sünnitusest tingitud psühholoogiliste probleemide korral, mis mõjutavad uue raseduse planeerimist.

Erinevatest kriisisituatsioonidest lähtuvalt on pereplaneerimine raskendatud, nii enne esimese, kui ka järgnevate laste sündi.

**Sünnitusjärgne aeg 1-3a pärast sünnitust.**

Perearstid on toonud välja vajaduse, et ideaalis võiks teenus olla kättesaadav kuni lapse 3-aastaseks saamiseni. Valdavalt nähakse seda vajadust seoses sünnitusjärgse depressiooniga, mis võib avalduda hilisemal perioodil (ligikaudu 1 a peale sünnitust ja vajab ravi siis kauem aega). Aga ka toetavate faktorite vähenemisega seotud kriisidega nt *ema on lapse sünnijärgselt äärmiselt hõivatud, kriitilised ajaperioodid on sageli ka siis, kui lõppeb emapalk või kui laps saab 3-aastaseks ja ema suundub tagasi tööturule, kusagil 1,5 a ja 3 aasta vahel. Siis alles võib juhtuda, ema ise hakkab abi otsima ja vajab täiendavat tuge.*

Tänaste rahastamisvõimaluste juures peame realistlikuks nõustamist vähemalt lapse 1-aastaseks saamiseni. Ideaalis võiks naistel ja peredel olla võimalus pöörduda vastuvõtule sünnitusjärgselt kuni lapse 3-aastaseks saamiseni.

## **8. täpsustada kriteeriumid iga näidustuse lõikes, mille alusel otsustatakse, et vastav inimene vajab just taotletavat teenust**

Tabel 3. Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal ambulatoorselt ja/või statsionaarselt.

Näidustus	Kirjeldus/kriteeriumid	Erakorraline
<b>1. Lähisuhte vägivalla risk</b>	<p>Vaimne ja füüsiline vägivald; seksuaalne vägivald (sh lahkuminekuprotsessis ja peale lahkuminekut); suhte probleemid</p> <p><i>Suunamine soovituslik kui arst või ämmeaemand märkab/kuuleb peres suhte probleeme või klient/patsient väljendab paarisuhtega seotud stressi.</i></p> <p><b>Märgatakse vigastusi, mis on tüüpilised lähisuhtevägivallale</b></p> <p><i>On terve rida vigastusi, mis võivad viidata, et inimene on langenud perevägivalla ohvriks ja see võib viia edasisele uurimisele ja vajadusele kogu toimingut eriti delikaatselt läbi viia. Nende leidude korral on vajalik eriline tähelepanu:</i></p> <p><b>1. Füüsiline:</b> põrutused, seljavalu, kriimustused, näo vigastused (eriti silmakoopa, nina, hammaste ja lõualuu vigastused), väikesed rebendid, kuulmekilede perforatsioon, luumurrud ja nihestused, raseduseaegne kõhu vigastus, vigastused pea piirkonnas, kaelal, rindkerel, rindadel ja kõhul, genitaalide vigastused, korduvad vigastused, põletused ("sinikad"), hulgivigastused, inimese poolt hammustamise jäljed, valu vaagna piirkonnas, imelikud vigastused, vägistamine</p> <p><b>2. Vigastused võivad olla füüsilised vigastused mitmes kohas, sümmeetrilised ja erinevatel aegadel tekitatud (vanad ja uued vigastused), piirkond, kus vigastused asuvad, on tavaliselt riietega kaetud, selgitused, mida vigastuste kohta antakse, on vasturääkivad</b></p> <p><b>3. Teised vägivalla tunnused:</b> suitsiid/suitsiidi katse, unehäired, söömishäired, alkoholi tarvitamine, ravimite tarvitamine (rahustid ja uinutid), ravimite üledoseerimine, depressioon, paanikahood, hulgi somaatilised kaebused, väsimus, vaimse tervise probleemid, madal enesehinnang, apaatia.</p> <p><i>Ameerikas läbi viidud uuringus esitatud andmetel iseloomustab ohvreid 15 korda sagedasem alkoholi tarvitamine, 3 korda sagedasem depressiooni ja/või psühhootiliste häirete diagnoos ja 5 korda enam suitsiidi katseid (Stark &amp; Flitcraft, 1996). On teada, et psühhiaatrilisi haigusi, depressiooni ja ärevust on nende naiste hulgas, kes on kannatanud lähisuhtevägivalla all, enam kui</i></p>	paarisuhte konflikt või lähedaste ebaadekvaatne käitumine (sünnitus)haiglas

	<p><i>nende hulgas, kellel puudub see kogemus.</i></p> <p><i>Lähisuhtevägivallast põhjustatud psüühilised efektid on ärevus, abitus, hirm, demoraliseerumine, häbi, viha ja paanika. Paljud lähisuhtevägivalda kogenud patsiendid võivad olla samuti kirurgia osakondade või erakorralise meditsiini kliendid.</i></p> <p><i><a href="http://www.kuriteoennetus.ee/40364">http://www.kuriteoennetus.ee/40364</a></i></p> <p><i>Tähelepanu tuleb pöörata asjaolule, et rasedus võib kujuneda sageli lähisuhtevägivalda vallandavaks eluperioodiks.</i></p>	
<p><b>2. Ante- ja postnataalne depressiooni risk</b></p>	<p>Kirjeldus: kohanemisprobleemid raseduse ja/või lapsevanema rolliga, suhte probleemid; partneripoolne sõltuvusainete liigtarvitamine (alkohol, narkootikumid); eelnevad psühhiaatrilised probleemid, käesolev traumaatiline sünnituskogemus; kui naine väljendab raseduse ajal ja/või sünnitusjärgsel muutust meeleolus</p> <p><i>Kriteeriumid: emotsionaalsete- ja sotsiaalsete toimetulekuprobleemide väljendamine, suhte probleemide väljendamine, varasemalt psühhiaatriliste probleemide esinemine, käesolev traumaatiline sünnituskogemus (arsti objektiivne ja/või naise subjektiivne hinnang sünnitusele) varasemast sünnituskogemusest tingitud emotsionaalsete toimetulekuraskuste väljendamine, kui naine väljendab raseduse ajal ja/või sünnitusjärgsel muutust meeleolus. Aga ka kõrgenenud emotsionaalne tundlikkus, nutusus, emotsionaalne labiilsus, abitus, pelgus, soovimatus lapse eest hoolitseda, hirm olla lapsega üksi, väsimus, unehäired</i></p> <p><i>Pakkumaks soovitude andmiseks alusmaterjali, koostas GDG loendi kontekstuaalsetest ja komponent-teguritest raseduse ajal või sünnitusjärgsel perioodil vaimse tervise probleemi kogevate naiste hindamiseks. Loend sisaldas:</i></p> <p><i>naise sümptomite profiili, sealhulgas praegused ja varasemad sümptomid, sümptomeid esile kutsuvad või hoidvad tegurid, praeguste ja varasemate episoodide käik ja kestus ning perekonnaajalugu</i></p> <p><i>sotsiaalne ja isiklik funktsioneerimine ja hetkel mõju avaldavad psühhosotsiaalsed stressorid</i></p> <p><i>võimalik vaimne ja füüsilise korraga esinevatesse haigustesse haigestumine</i></p> <p><i>võimalikud tegurid, mis võivad mõjutada vaimse tervise probleemi käiku, kaasaarvatud suhted, psühhosotsiaalsed tegurid ja muudatused elustiilis risk iseendale ja teistele.</i></p>	<p>sünnitusjärgse psühhooosi kahtlus, äärmuslikud meeleolu kõikumised, huvipuudus või apaatus lapse suhtes</p>
<p><b>3. Rasedusaegne ja sünnitusjärgne ärevus</b></p>	<p>Kõrgenenud ärevusseisund, väljendunud hirm sünnituse ees (erinevad vormid: hirm valu ees, hirm varasema traumaatilise sünnituskogemuse kordumise ees, hirm kontrolli kaotada, lapse ja naise seotud hirmud jne), ülemäärane hirm lapse või raseda enda tervisega seoses olukorras, kus reaalne risk ei ole lapse/ema tervisele suurem, eelnev või käesolev negatiivne sünnituskogemus, uneprobleemid.</p> <p>Ärevushäirete kergemate vormide esinemine, kuid patsiendil ei ole olulisel määral ületamatuid toimetulekuprobleeme.</p>	<p>ärevushäire; paanikahoog jm äärmusliku emotsionaalse seisundi esinemine haiglas viibimise või protseduuride teostamise ajal</p>

	<i>Suunamine soovituslik olukorras, kus anamneesis on info eelmise negatiivse/võimaliku traumeeriva rasedus- ja sünnituskogemuse kohta ja ärevuse psüühiliste ja somaatiliste sümptomite esinemise korral.</i>	
<b>4. Kaasuvad haigused ning varasema ja käesoleva rasedusega seonduvaid rasedusriske mõjutavad seisundid</b>	<p>Korduvad raseduse katkemised, ema terviseprobleemid raseduse ajal, loote terviseprobleemid raseduse ajal, rasedusoksendamise, ähvardav raseduse katkemine, ähvardav enneaegne sünnitus, raseda vanus alla 18. aasta ja üle 40. aasta, halb sotsiaal-majanduslik seisund jne.</p> <p><i>Kriteeriumid: arst hindab käesoleva rasedusega seotud riske (vastavalt raseduse jälgimise juhendile <a href="http://www.ens.ee/webfm_send/95">http://www.ens.ee/webfm_send/95</a>)</i></p>	raseda või loote raskete terviseprobleemide ilmumine raseduse ajal
<b>5. Rasedusaegne ja sünnitusjärgne riskikäitumine</b>	Rasedusaegne suitsetamine, alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine, toitumisprobleemid jms; antenataalsel jälgimisel mitte käinud naine/rase või kui naistearsti/ämmaemanda vastuvõtule jõuab naine alles 3-l trimestril; soov lapsest loobuda raseduse ajal või lapsest loobumine pärast sünnitust.	lapsest loobumine pärast sünnitust
<b>6. Tüsistunud sünnitus</b>	<p>Raseduse katkestamine meditsiinilistel näidustustel enne 21. rasedusnädalat (nt Down'i sündroom), spontaanne abort pärast 12 rasedusnädalat; loote üsasisene surm.</p> <p>Posttraumaatilise stresshäirele iseloomuliku sümptomaatika esinemine või kirjeldamine patsiendi poolt.</p> <p>Raseduse peetumise/katkemise korral ka enne 12. rasedusnädalat juhul kui väljendab toimetulekuraskust või distressi raseduse peetumisega seoses. Nõustamine soovituslik korduvate raseduse katkemiste/peetumiste korral.</p>	kõikidel välja toodud juhtudel
<b>7. Planeerimata rasedus ja raseduse katkestamine</b>	<p>Soov rasedust katkestada enne 12. rasedusnädalat (abordinõustamine); planeerimata rasedus, mida ei ole enam võimalik naise soovil katkestada; mittevabatahtlik seksuaalvahekord (nt rasedus vägistamise tagajärjel); raseduse katkestamisest tingitud meeleolumuutuste esinemine</p> <p><i>Kommentaari: nõustamine tungivalt soovituslik juhul kui alaealine ei soovi oma vanemat teavitada, vanem on distantseerunud ilmnevad keerulised laps-vanem suhted. Kui naine on oma otsuses ebakindel.</i></p> <p>Meditsiinipersonalile on asetatud näiteks Hollandis nõue identifitseerida ja selekteerida välja need naised, kes vajavad oma otsuse tegemisel enam professionaalset tuge.</p> <p>Need on: naised tugevate ambivalentsete tunnetega, naised, kes on oma otsuses ebakindlad, kellel on ebapiisav sotsiaalne tugivõrgustik, kellel puudub tugi lähedastelt, kes on olukorras, kus rasedus või selle katkestamine tuleb hoida lähedaste või sõprde ees saladuses hirmust saada eemaletõugatud, tekkinud kahtluse korral, et naist survestatakse raseduse katkestamisele teiste osapoolte poolt, juhtumite korral, mil naine on kogunud eelnevaid psühhiaatrilisi probleeme.</p> <p>Sellistes olukordades tuleb pakkuda edasist nõustamist ja seda võimalikult kiiresti.</p> <p>Toetavat nõustamist pakutakse naisele ebatavaliselt tugeva stressiolukorra juures. Teatud osale naistest pakutakse ka spetsialisti tasandil psühholoogilist nõustamist.</p>	mittevabatahtlik seksuaalvahekord
<b>8. Erivajadusega</b>	Vaimse tervise probleemide kujunemise riskigruppi arvatakse rasedad või	puudega lapse

<p><b>laps</b></p>	<p>sünnitusjärgses perioodis (alates sünnitusest kuni ühe aasta täitumiseni) olevad naised, kelle puhul kehtivad järgnevad kategooriad: naised, kelle vastsündinud lapsel esineb reguleeritavate probleemide, operatiivse või traumaatilise sünnituse kogemusega naised ennetähtaegselt (&lt;37 rasedusnädalat) sünnitanud naised ja/või naised, kelle lapsel oli madal sünnikaal,</p> <p>Puudega lapse sünn, lapse pikaajaline haiglaravi, erivajadusega lapse sünn ja kasvatamine.</p> <p>Soovituslikult kuni lapse 3 aastaseks saamiseni.</p>	<p>sünn, (sügavalt) enneaegse lapse sünn</p>
<p><b>9. Viljatus</b></p>	<p>Psühholoogilise toimetuleku toetamine viljatuse diagnoosi ja viljatusraviga (sh ebaõnnestunud katsed), doonorsugurakkude kasutamine (anonüümne ja tuttav doonor).</p> <p>Kui klient väljendab toimetulekuraskust või distressi seoses viljatuse diagnoosi, viljatusravi ja selle protseduuride, ebaõnnestunud katse(te) või raseduse katkemistega, ravi lõpetamisega.</p> <p>Samuti on reproduktiivmeditsiini klientideks sageli üksikud naised, homoseksuaalsed paarid, doonorit (sh tuttavat doonorit) kasutavad naised/pered, kes vajavad spetsiifilist, kuid hinnanguvaba ja kontekstitundlikku nõustamist seoses oma valikuga kasutada doonorrakke.</p>	<p>äärmusliku emotsionaalse seisundi esinemine viljatusravi protseduuri ajal</p>

Raseduskriisi nõustaja vastuvõtt ei ole patsiendile kohtustuslik. Arsti ja ämmaemanda roll on näidustustest ja kriteeriumitest lähtuvalt märgata võimalikku psühholoogilist või sotsiaalset toimetulekuraskust või -riski ning tutvustada patsiendile raseduskriisi nõustamisvõimalust. Patsient otsustab ise, kas soovib nõustamist või mitte.

Olukorras, kus arst kahtlustab patsiendil psühhiaatrilist häiret (RHK-10 diagnostilistest kriteeriumitest lähtuvalt) ja/või näeb vajalikuna psüühika- ja käitumishäirete psühholoogilist diagnostikat on vajalik patsient suunata eelkõige psühhiaatri või kliinilise psühholoogi vastuvõtule. (vt lisaks punkt 1.1.2 esmatasandi sekkumine, teise tasandi sekkumine ravijuhistest)

***Väljatöötatud on raseda vaimse tervise hindamis- ja edasisuunamisjuhised tervishoiutöötajatele (naistearstid, ämmaemandid, perearstid)***

***<http://www.ammaemand.org.ee/vaimse-tervise-probleemide-markamise-ja-ennetamise-juhised-koolitusematerjalid/>. Eesmärk on sõeluda välja teenust vajav sihtrühm ja teha neile antud esmatasandi teenus koheselt kättesaadavaks. Teisisõnu tähedab see varajast märkamist ja õigeaegset sekkumist raseda vaimse tervise toetamisel.***



**9. selgitada antud teenuse tähenduses, missugune käitumine loetakse rasedusaegseks ja sünnitusjärgseks riskikäitumiseks või viidata dokumendile, kus see on lahti kirjutatud/defineeritud;**

*Riskikäitumise definitsioon:* Käitumisviis, millega võib kaasneda tavapärasest suurem vastuvõtlikkus teatud haigustele või põdurusele.  
(<http://rahvatervis.ut.ee/terms/terminid.php?valdkond=0&algus=R>)

**Rasedusaegne riskikäitumine** antud teenuse kontekstis on raseda ja/või tema lähedaste teadlik tegevus, mis seab ohtu raseda enda ja/või loote/lapse tervise (nt raseda alkoholi ja narkootikumide tarvitamine, suitsetamine, toitumine, ennasthävitatavad käitumismustrid, internetisõltuvus, ema ja/või tema partneri ebaturvaline seksuaalkäitumine, jne.). Samuti antenataalsel jälgimisel mitte käinud rase

**Sünnitusjärgne riskikäitumisena** lisandub eelpooltoodud lootelule veel lapse füüsiline, seksuaalne või emotsionaalne väärkohtlemine ja hooletusse jätmine. Suur ülekoormus emal, mille tagajärjel ta jätab ennast hooletusse (nt. seoses teise vanema töötamisega mõnes muus riigis). Samuti soov lapsest sünnitusjärgsel loobuda.

**10. selgitada antud teenuse tähenduses, kuidas defineeritakse tüsistunud sünnitus või viidata dokumendile, kus see on lahti kirjutatud/defineeritud;**

*Rasedustüsistus* on raseduse katkemine, enneaegne sünnitus, enneaegne lootevee puhkemine, platsenta irdumine.

*Lootetüsistus* on üsasisene kasvupeetus, kohanemishäired, vaimse arengu häired.

([http://rasedajalgimine.weebly.com/uploads/1/1/0/4/11047471/raseduse\\_jalgimise\\_juhend.pdf](http://rasedajalgimine.weebly.com/uploads/1/1/0/4/11047471/raseduse_jalgimise_juhend.pdf))

**Tüsistunud sünnitusena** antud teenuse kontekstis määratletakse nii loote surma perinataalsel perioodil (*perinataalperiood algab 22 täis-rasedusnädala (154 päeva) möödumisel (aeg, mil sünnikaal on normaalselt 500 g) ja lõpeb 7 päeva täissaamisel pärast sündi*) kui ka raseduse katkestamist meditsiinilistel näidustustel pärast 12. rasedusnädalat ning spontanset aborti enne 22. rasedusnädalt (*või kui loode kaalub alla 500 grammi ja sünnib surnuna*), kuid pärast 12. rasedusnädalat (ka.).

Definitsioon “**tüsistunud sünnitud**” kirjeldab kokkuvõtvalt kriisiolukordi, kus võidakse kutsuda raseduskriisinõustaja erakorraliselt sünnitusele välja, teenus sisaldab ka vajadusel ning võimalusel eel- ja järelnõustamist.

***Tüsistustega kulgenud varasem rasedus või sünnitus***

*Tüsistustega kulgenud varasema raseduse või sünnituse hulka kuuluvad seisundid: raske preeklampsia, verejooks (>1000ml), septiline tüsistus, trombemboolilised tüsistused, ulatuslikud sünnitusjärgsed rebendid jms. Vajalik on hoolikas raseda jälgimine kaebuste osas, raseda seisundi ja loote üsasisese seisundi ning kasvu hindamine tüsistuste võimaliku kordumise riski seisukohast.*

*Informatsioon eelneva raseduse ja sünnituse kohta kirjeldada võimalikult täpselt raseda dokumentatsioonis. Rase võib vajada sagedasemat naistearsti, muude erialaspetsialistide, psühholoogi, raseduskriisi nõustaja või hingehoidja konsultatsiooni.*

*([http://rasedajalgimine.weebly.com/uploads/1/1/0/4/11047471/raseduse\\_jalgimise\\_juhend.pdf](http://rasedajalgimine.weebly.com/uploads/1/1/0/4/11047471/raseduse_jalgimise_juhend.pdf))*

**11. täpsustada järgmiste näidustuste puhul, mis perioodi jooksul kuulub vastav näidustus antud teenuse raamesse: lähisuhte vägivalla risk, kaasuvad haigused, tüsistunud sünnitus, erivajadusega laps.**

- lähisuhtevägivalla risk - rasedust planeerides raseduse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil (1 kuni 3a pärast sünnitust)
- kaasuvad haigused - rasedust planeerides, raseduse ajal, sünnitusjärgsel perioodil (kuni 1a pärast sünnitust)
- tüsistunud sünnitus - sünnitusjärgsel perioodil (kuni 1a pärast sünnitust ja järgnevate raseduste jooksul)
- erivajadusega laps - sünnitusjärgsel perioodil (1 kuni 3a pärast sünnitust)

**12. Taotluse alusel saame aru, et soovite lisada teenust „Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal,, Samas taotluse punktis 5 selgub, et vajalik on vastuvõtt, kriisiväljakutse, kriisitelefoni, e-nõustamine ja Skype – nõustamine.**

**Taotluse punktis 8 selgub, et soovite lisada järgmised teenused a) esmane nõustamine b) korduv nõustamine, c) Skype ja e-nõustamine d) erakorraline kriisiväljakutse e) telefoni nõustamine. Sellest tulenevalt, et taotluse erinevates punktides käsitletakse erinevaid teenuseid, palume täpsustada, millised teenused ja milliste nimetustega sooviksite tervishoiuteenuste loetellu lisada. Seejärel palume lühidalt esitada iga teenuse kohta selles osutatavad tegevused ning teenuse keskmine kestvus.**

Käesolevalt täpsustame, millised teenused soovime tervishoiuteenuse loetellu lisada:

1. Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal
2. Psühhosotsiaalne kriisinõustamine **perle** pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal
3. Psühhosotsiaalne **kriisiväljakutse** raseduse ajal ja sünnitusjärgsel
4. Psühhosotsiaalne **kriisitelefoni** nõustamisteenus pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal
5. Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal **e-nõustamise ja skypenõustamisena**

Tasuta kriisitelefoni jätkumine, samuti e-nõustamis- ja skypenõustamisteenuse jätkumine toetab teenuse funktsionaalsust ja võimaldab jätkuvalt pakkuda esmatasandi sekkumist sihtrühmale, kes ei ole mobiilne ning kelle silmast-silma nõustamisele tulek on piiratud, kas kliendist endast või nõustamisvõimaluse kaugusest tulenevatest asjaoludest. Samuti lähtuvalt kohtumisest (oktoober 2014) minister Urmas Kruusega jäi kõlama mõte, et teenuse hinna kokkuhoiu huvides ei ole vaja

alati kulutada nõustamisel sõidukulude peale, vaid tuleks võimalusel kasutada teisi infotehnoloogilisi vahendeid (telefon, internet, skype). Näiteks lähtuvalt varasemast raseduskriisi nõustamise statistikast on raseduskriisi e-nõustamisteenust kasutatud kuus keskmiselt 50 nõustamiskorral.

Tabel 4. Teenuse maht näidustuste ja soovitatavate teenuste lõikes 2016.a. planeeritud mahus (vt lisaks kutsestandard <a href="http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10544102/pdf/raseduskriisi-noustaja-tase-6.1.et.pdf">http://www.kutsekoda.ee/et/kutseregister/kutsestandardid/10544102/pdf/raseduskriisi-noustaja-tase-6.1.et.pdf</a> )			
Teenus	Osutatavad tegevused	kestvus	hind
1. Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal, statsionaarne ja ambulatoorne nõustamine	Kontakti loomine. Kliendi anamneesi kogumine ja seisundi hindamine, probleemi määratlemine, eesmärkide püstitamine, nõustamine, edasise sekkumise planeerimine, vajadusel edasisuunamine.	60 min	20 €
2. Psühhosotsiaalne kriisinõustamine <b>perele</b> pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal	Kontakti loomine. Pere anamneesi kogumine ja isikute seisundi hindamine, probleemi määratlemine, eesmärkide püstitamine, nõustamine, edasise sekkumise planeerimine, vajadusel edasisuunamine.	90 min	30 €
3. Psühhosotsiaalne <b>kriisiväljakutse</b> raseduse ajal ja sünnitusjärgselt	Kriisiväljakutsele vastamine ja sihtkohta jõudmine. Nõustamine kriisiolukorras, lähtudes kriisiabi põhimõtetest, nõustamisprintsipiidest ja heast tavast. On oma tegevuses delikaatne, arvestades abivajaja vajadusi.	90 min	60 €
4. Psühhosotsiaalne <b>kriisitelefoni</b> nõustamisteenus pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal	Kontakti loomine. Kliendi probleemi ja vajaduste väljaselgitamine, nõustamisesmärkide seadmine ja sekkumine, suunamisvajaduse väljaselgitamine ja edasisuunamisvõimaluse otsimine.	1 valvepäev	15 €
5. Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal <b>e-nõustamise ja skypenõustamisena</b>	Kontakti loomine. Kliendi probleemi ja vajaduste väljaselgitamine, nõustamisesmärkide seadmine ja sekkumine, suunamisvajaduse väljaselgitamine ja edasisuunamisvõimaluse otsimine.	40 min	12,47 €
* Antud tabelis ei ole arvestatud veel ei ettevalmistusajaga, ega ka dokumentatsiooni täitmiseks kuluvat aega. <b>Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal</b>			

## 1. Nõustamise vajaduse eesmärkide määratlemine

### Tegevusnäitajad:

- 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. Püstatab 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

### Tegevusnäitajad:

- 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

### Tegevusnäitajad:

- 3.1. Lepib kliendi/patsiendiga kokku raseduskriisinõustamise ajakava, lähtudes tema vaimse tervise seisundist, majanduslikest ja/või sotsiaalsetest vajadustest.
- 3.2. Konsulteerimine 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;
- 3.5. Reageerib kriisiväljakutsetele ja sekkub ööpäeva jooksul.

## 4. Nõustaja erialane areng ja koostöö

### Tegevusnäitajad

- 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 igapäevatöö

analüüsimise tegevustes. Selgitab enesearengu vajadused ning kavandab tegevused enda erialaseks arendamiseks, lähtudes supervisioonist ja iseenda hinnangust oma erialasele tegevusele.

4.4. Reflekteerib ja hindab enda erialast tegevust, kasutades eneseanalüüsi vahendeid, töötulemuste analüüsi ja saadud hinnanguid.

5. Raseduskriisi nõustaja kutseline tegutsemine ja käitumine

Tegevusnäitajad:

5.1. Loob ja hoiab toetavat suhet kliendi/patsiendiga, mis on nõustamisprotsessi aluseks. Teavitab klienti/patsienti selgelt ja arusaadavalt nõustamisprotsessi lõppemisest kokkuvõtte tegemisega.

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.

5.3. Annab erakorralist psühholoogilist abi kriisisituatsioonis (sh raseduse katkemine ja katkestamine, lapse või teise lähedase surm jne).

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.

5.5. Järgib oma töös kõiki valdkonnaga seonduvaid õigusakte.

5.6. Rakendab nõustamise teooriaid ja tehnikaid, kombineerib ja integreerib erialaseid teadmisi ja meetodeid vastavalt nõustamissituatsioonile ja kliendi/patsiendi vajadustele.

5.7. On salliv ja arvestab oma töös nõustatava kultuurilise, religioosse vm eripäraga.

5.8. Vajadusel korraldab esmaabi andmise.

5.9. Järgib oma töös ohutusnõudeid.

### **13. Kuidas taotluses esitatud näidustusega patsiendid jõuavad kriisinõustaja juurde, kellelt nad saavad vajaliku info?**

Saatekirjaga pöördumisel:

- ämmaemand, naistearst - sagedamini pereplaneerimise perioodil, raseduse ajal ning vahetult pärast sünnitust.
- lastearst, perearst - sagedamini sünnitusjärgsel perioodil

Ise pöördumisel:

- spetsialisti soovitusel (nt tervishoiutöötaja, sotsiaaltöötaja, lastekaitsetöötaja jne.)
- muu infokanal - infolehed, tuttava soovitusel, internetist [www.rasedus.ee](http://www.rasedus.ee) lehe kaudu.

### **14. selgitada, milline taotluses esitatud teenuste maht on reaalne, arvestades Eestis olemasolevate vajalike spetsialistide arvu;**

Käesolevaks hetkeks on koolitatud 32 spetsialisti. Neist 15 töötavad hetkel raseduskriisi nõustajatena. Piisava ja järjepideva rahastuse korral oleks võimalik pakkuda esitatud teenuseid kokku vähemalt 6000 korral.

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.

## 15. esitada teenuste maht näidustuste ja soovivate teenuste lõikes;

Tabel 5. Teenuse maht näidustuste ja soovivate teenuste lõikes 2016.a. planeeritud mahus

Näidustus*	Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal	Psühhosotsiaalne kriisinõustamine <b>perele</b> pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal**	Psühhosotsiaalne <b>kriisiväljakutse</b> raseduse ajal ja sünnitusjärgsel	Psühhosotsiaalne <b>kriisitelefoni</b> nõustamisteenus pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal	Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal <b>e-nõustamise ja skype nõustamise na</b>
1. Lähisuhte vägivalda risk	110	40	6	valvapäeva tasuna kõikidel näidustustel	22
2. Ante- ja postnataalne depressiooni risk	900	200	20		70
3. Rasedusaegne ja sünnitusjärgne ärevus	900	100	34		50
4. Kaasuvad haigused ning varasema ja käesoleva rasedusega seonduvaid rasedusriske mõjutavad seisundid	450	25	2		12
5. Rasedusaegne ja sünnitusjärgne riskikäitumine	100	10	2		5
6. Tüsistunud sünnitus	370	200	110		18
7. Planeerimata rasedus ja raseduse katkestamine	500	150	2		35
8. Erivajadusega laps	285	100	20		12
9. Viljatus	360	200	2		26
<b>KOKKU</b>	<b>3975</b>	<b>1025</b>	<b>200</b>	<b>366</b>	<b>250</b>

\*Kuna varasemad pöördumise põhjused on aastate jooksul muutunud ja ei ole ole varem täpselt sellisel kujul aruandluses kajastatud, siis pöördumise põhjuste maht näidustuste järgi on koostatud hinnanguliselt arvestades varasemaid pöördumise põhjuseid.

\*\*hetkel on raseduskriisi nõustamisteenust saavaid peresid umbes 10-15% kuus vastuvõtu kogumahust. 2016.a eesmärk võiks olla peresid keskmiselt 20% vastuvõtu kogumahust.

## 16. Mis erialaga antud teenused on seotud ning kuidas teenuse maht jaguneb erialati?

Teenusele suunavad naised ja peresid ämmaemandad, naistearstid, perearstid ja lastearstid

Seoses sellega, et see suhtarv on pidevas muutumises, pakume välja ligilähedased hüpoteetilised mahud pigem suurusjärgudena:

ämmaemandad umbes 40 %

naistearstid umbes 35 %

perearstid umbes 8 %

lastearstid umbes 17%

**17. esitada teenus(t)e hinnaarvestuseks teenus(t)e lõikes kuluarvestuse andmed vastavalt Sotsiaalministri 19.01.07. a määruse nr 9 „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ lisa 1 alusel, lisa on leitav ka siit: <https://www.haigekassa.ee/et/partnerile/raviasutusele/tervishoiuteenusteloetelu/ettepaneku-esitamine>**

Vt. LISA 2 ERIARSTIABI TERVISHOIUTEENUSE KULUARVESTUSE ANDMED

**18. Kas antud teenusel on alternatiive ka tervishoiuteenuste loetelus (nt Kliinilise psühholoogi konsultatsioon eriarsti suunamisel, psühhoterapia vm)? Kui jah, nimetada need alternatiivid.**

Antud teenusele Eestis alternatiive ei ole. Teistes maades on välja töötatud ja jätkuvalt arendamisel teenused, mis oma funktsionaalsuses vastavad SA Väärtustades Elu poolt Eestis väljatöötatavale teenusele.

Vt. Ka käesoleva dokumendi punkt 1

Näitena toome sünnituseelsete- ja järgsete teenuste süsteemi Inglismaal ja Walesis, kus on hakatud üha olulisemaks pidama efektiivset koostöökorraldust teenusetasandil erinevate osapoolte vahel, sh esmatasandi arstiabi osutajad (perearst, koduvisiite tegev terviseõde, **nõustaja ja psühholoogilised tugi- ja teraapiateenused**, 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.

Naistenõuandlad peavad olema mehitatud spetsiaalse väljaõppe saanud raseda vaimse tervise valdkonna spetsialistiga (*specialist perinatal mental health staff* - Inglismaal. Eestis ja Iirimaal - praegu raseduskriisi nõustaja, Eestis on kavas teenust arendada psühhosotsiaalseks kriisinõustamiseks). Samuti on oluline tõhus koostöö üldiste meditsiini ja vaimse tervise teenustega ning võimaldada erinevaid vajalikke teraapiateenuseid.



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

vt. lisaks Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54491/>)

VIITED:

Antenatal and postnatal mental health Clinical management and service guidance

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg45/chapter/key-priorities-for-implementation>

Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK54491/>)

APMH (Update): full guideline (2014)

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

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.

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

Darwiche, J., Favez, N., Maillard, F., Germond, M., Guex P., Despland, J.-N., & de Roten, Y. (2013). Couples' Resolution of an Infertility Diagnosis Before Undergoing in Vitro Fertilization. *Swiss Journal of Psychology*, 72, 91-102.

Dutch Association of Abortion Specialists ([www.ngva.nl](http://www.ngva.nl))

Eesti Kutsekoda. [www.kutsekoda.ee](http://www.kutsekoda.ee)

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.

Franche, R.-L. (2001). Psychologic and obstetric predictors of couples grief during pregnancy after miscarriage or perinatal death. *Obstetrics & Gynecology*, 97, 597-602.

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

<http://ebooks.cambridge.org/chapter.jsf?bid=CBO9780511547263&cid=CBO9780511547263A044&tabName=Chapter>

<http://www.ammaemand.org.ee/vaimse-tervise-probleemide-markamise-ja-ennetamise-juhised-koolitusmaterjalid/>

Griffin-Carlson, M. S., Mackin, K. J. (1993). Parental consent: factors influencing adolescent disclosure regarding abortion. *Adolescence*, 28(109), 0001-8449.

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384, 1775–1788.

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.

Levendosky, A. A., Leahy, K. L., Bogat, G. A., Davidson, W. S., & von Eye, A. (2006). Domestic violence, maternal parenting, maternal mental health, and infant externalizing behavior. *Journal of Family Psychology*, 20, 544-552.

Lippus, H., Laanpere, M., Tuisk T., & Karro, H. (2013). Planeerimata raseduse esinemissagedus ja sellega seotud tegurid Eestis. *Eesti Arst*, 92, 253-260.

Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., DeVincent, C., Schneider, J., & Meyer, B. A. (2008). Pregnancy-specific stress, preant health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology*, 27, 604-615.

NCCMH, 2012

<http://www.nccmh.org.uk/>

NICE, 2011

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

[www.mppk.ee/et/psuhhiaatria/vaimse-tervise-ode](http://www.mppk.ee/et/psuhhiaatria/vaimse-tervise-ode)

Parad, Howard J, Parad, Libbie G (1999) Crisis intervention, book 2, Manticore Publishers, 1999 - 401

Rahva tervis <http://rahvatervis.ut.ee/terms/terminid.php?valdkond=0&algus=R>

Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., & Jafarabadi, M. (2004). Surveying of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *International Congress Series, 1271*, 334-337.

Raseda jälgimine.

[http://rasedajalgimine.weebly.com/uploads/1/1/0/4/11047471/raseduse\\_jalgimise\\_juhend.pdf](http://rasedajalgimine.weebly.com/uploads/1/1/0/4/11047471/raseduse_jalgimise_juhend.pdf)

Sotsiaalkindlustusamet. Ohvriabi ja lepitusteenus

<http://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/ohvriabi-ja-lepituskeskus>

Taillieu, T. L., & Brownridge, D. A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 14-35.

Vaimse tervise probleemide märkamise ja ennetamise juhised ning koolitusmaterjalid

<http://www.ammaemand.org.ee/vaimse-tervise-probleemide-markamise-ja-ennetamise-juhised-koolitusmaterjalid>

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

World Health Organization. (2008) Improving Maternal Mental Health.

[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/Perinatal\\_depression\\_mmh\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf).