

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS

1. Taotluse algataja

Organisatsiooni või ühenduse nimi	SA Väärtustades Elu Eesti Raseduskriisi Nõustajate Selts
Postiaadress	Rohula 21 a, Tallinn, 10912 Viljandimaa, Viljandi, Mäe tn 9, 71004
Telefoni- ja faksinumber	(+372)56460262 (+372)5165676
E-posti aadress	koolitus@rasedus.ee kristi.kuura@gmail.com
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	Kaia Kapsta-Forrester (+372)56460262 koolitus@rasedus.ee

2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)

2.1. Teenuse nimetus	<i>Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal</i>
2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus (<i>edaspidi</i> loetelu) olemasoleva teenuse korral	
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	<i>Saatekiri Visiiditasu ilma saatekirjata ja ravikindlustuse puudumise puhul ambulatoorselt</i>
2.4. Ettepaneku eesmärk	<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse (<i>edaspidi</i> teenuse) lisamine loetellu ¹ <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmine ² <input type="checkbox"/> Teenuse kohaldamise tingimuste muutmine ³ <input type="checkbox"/> Teenuse nimetuse muutmine ⁴ <input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust ⁵

1

Täidetakse kõik taotluse väljad või tuuakse selgitus iga mittetäidetava välja kohtamiseks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

2

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

3

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

4

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

5

	<input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmine ⁶ <input type="checkbox"/> Muu (selgitada)
2.5. Peatükk loetelus, kus teenus peaks sisalduma	<input type="checkbox"/> Üldarstiabi <input checked="" type="checkbox"/> Ambulatoorne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Meditsiiniseadmed ja ravimid <input checked="" type="checkbox"/> Statsionaarne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Uuringud ja protseduurid <input type="checkbox"/> Operatsioonid <input type="checkbox"/> Laboriuuringud, lahangud ja kudede transplantaadid <input type="checkbox"/> Veretooded ja protseduurid veretoodetega <input type="checkbox"/> Hambaravi <input type="checkbox"/> Kompleksteenused <input checked="" type="checkbox"/> Ei oska määrata/ Muu (selgitada)
	<p><i>Psühhosotsiaalse kriisinõustamise teenust osutavad väljaõppe saanud raseduskriisinõustajad.</i></p>

3. Tõenduspõhisus ja näidustused

3.1. teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks;

Vajadus teenuse osutamiseks:

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

Psühhosotsiaalne kriisisekkumine on näidustatud:

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

Rahvatervise definitsioon vaimsete häirete ennetamine: (WHO, 2014) "Vaimsete häirete ennetamise eesmärgiks on vähendada vaimsete häirete esinemist, levimust ja kordumist, sümptomitega tegelemisele kuluvat aega, vaimuhaiguse tekkimise riskitegureid; samuti ennetada või edasi lükata vaimsete häirete kordumist ning vähendada haiguse mõju nii haigele endale, tema perekonnale kui ka ühiskonnale".

Vaimsete häirete kujunemine on oluliselt seotud nii riski- kui ka kaitsvate teguritega, mis on oma iseloomult individuaalsed, perekondlikud, sotsiaalsed, majanduslikud või keskkondlikud. Stressi ja/või kriisi situatsioonis on sageli tegu kumulatiivse efektiga, kus esineb korraka palju riskitegureid, ning

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

6

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

võivad puududa kaitsvad tegurid. Kaitsvate tegurite puudumine või riski- ja kaitsvate situatsioonide pidev vaheldumine, viib vaimselt terved isikud olukorda, kus nende suurenenud haavatavuse tulemusena võivad tekkida vaimse tervise probleemid, mis võivad viia (psüühika)häire väljakujunemiseni. Individuaalsed ja perekondlikud riski- ja kaitsvad tegurid võivad olla bioloogilised, emotsionaalsed, kognitiivsed, käitumuslikud, interpersonaalsed või perekonnatemaatikaga seotud. Nende suurim mõju vaimsele tervisele võib avalduda elukaare tundlikumatel perioodidel ning avalduda isegi järgmistes põlvkondades. Näiteks võib lapse väärkohtlemine ning imiku- ja varase lapsepõlve perioodil kogetud vanema vaimne haigus põhjustada depressiooni ja ärevushäireid hilisemas eas ja ka järgmistes põlvkondades, samal ajal kui turvaline side vanemaga ja perekonna sotsiaalne tugi võivad neid riske leevendada (WHO, 2004)

Emapoolne riskikäitumine raseduse ajal ja varases lapsepõlves kogetud ebameeldivad sündmused võivad põhjustada lapse neuropsühholoogilist haavatavust. Ebakõlad vanemate abielus võivad olla põhjuseks laste hilisematele käitumisprobleemidele, naiste depressioonile ning alkoholiga seotud probleemidele nii meestel kui naistel. Lisaks on depressiooni sümptomid seotud vähenenud produktiivsusega, võimega hoolitseda perekonna eest, energiatasemega, võimega tunda rõõmu ja üldist rahulolu elust, ning vaimse heaoluga. Identifitseeritud on nii depressiooni-spetsiifilisi riskitegureid (nt lapsevanema depressioon, depressogeensed kognitsioonid) kui ka üldisi riskitegureid (nt ebaadekvaatne vanemus, laste väärkohtlemine ja hülgamine, stressirikkad elusündmused, kiusamine); samuti ka kaitsvaid tegureid (nt suurepäraselt toimetulemise tunne, eneseväärikus, omaalgatus, stressitaluvus, sotsiaalne tugi). (WHO, 2004)

Seetõttu nähakse näiteks Suur-Britannias tervishoiuasutuste ja teiste sotsiaalpsühholoogiliste tugiteenuste või vaimse tervise teenuseid pakkuvate organsatsioonide multidistsiplinaarset koostööd (Antenatal and postnatal mental health overview:

<http://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-and-postnatal-mental-health>). Kõik teenused on rahastatud NHS poolt.

Lapsevanemaks olemisega võivad kaasneda muutused paarisuhtes ning lapsevanema rolliga kohanemine võib olla raske, samas lapse arengus rõhutatakse just turvalise kiindumussuhte olulisust, mille loomine võib kõrge stressiga peres olla raskendatud. Näiteks Velotti et al. (2011) uurisid esmakordselt lapse saavaid paare võrreldes veel lastetute (omal soovil) paaridega. Uurijad leidsid, et kuigi raseduse jooksul hindasid paarid oma rahulolu suhtega kõrgemaks kui veel lapsi mitte soovivad paarid, siis 6 kuud pärast lapse sündi vähenes oluliselt paarida rahulolu oma suhtega võrreldes last mitte planeerivate paaridega. Kõige suurem langus rahulolus toimus läheduse/hoolivuse väljendamises. Samuti leidsid uurijad, et kõige halvemini kohenesid vanemliku rolliga need lapsevanemad, kes kirjeldasid ebakindlat kiindumussuhet (insecure attachment) nii lapsepõlves kui ka suhtes praeguse partneriga.

Inglismaal on läbi viidud primaarne kvalitatiivne analüüs antenataalse -ja postnataalse vaimse tervise teenuse kasutaja kogemustest ning kaardistatud teenuse kasutaja peamised vajadused (vt ülevaade (<http://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0598/documents/antenatal-and-postnatal-mental-health-update-full-version>)). Meile teadaolevalt Eestis selline laiaulatuslik uuring puudub.

Ülevaade uuringust ja tulemused on kirjeldatud lisas 1. (Lisa 1. Kokkuvõte teenuse kasutaja kogemuste kvalitatiivse analüüsi käigus tõstatatud teemadest.). Läbivaadatud kvalitatiivsete andmete

põhjal, mis keskenduvad vaimse tervise probleemidega naiste ravikogemustele raseduse ajal või pärast sünnitust, võib tuua välja järgmised ravi kõigis etappides tõstatatud üldised teemad:

- *täitmata vajadused spetsialistide omavahelise koostöö ja ravi järjepidevuse osas;*
- *stigmad ja lapse kaotamisega seotud hirmud probleemidest rääkimise takistajana;*
- *naised tajuvad, et tervishoiutöötajatel ei ole aega või tahtmist tegeleda nende psühholoogiliste vajadustega;*
- *fookus pigem lastel kui emadel;*
- *tervishoiutöötajatelt oodatakse abi osutamisel hinnangutevaba ja osavõtlikku suhtumist;*
- *teenuse kasutajad peavad oluliseks enda kaasamist ravi puudutavate otsuste langetamisse ning võimalust saada personaliseeritud ravi;*
- *vajadus pikaajalisema järelkontrolli ja tugiteenuste järele.*

Uuringust tulenevalt jõuti veendumusele vajaduses koordineeritud õigeaegsete sekkumiste järele, kuhu on kaasatud erinevad spetsialistide rühmad, samuti võrdselt naise füüsilise heaolu toetamisega vajaduses naise vaimse tervisega (sh. vaimse heaoluga) arvestamise järele.

Aju uuringutega on avastatud, et lapsepõlve riskid on seotud, kas stimulatsiooni vähesusega või ülemäärase stressiga, mis mõjutavad aju arengut ja tulemuseks on düsregulatsioon hüpotalamus-hüpfüüs-neerupealsete süsteemis ning muutus aju elektrilises aktiivsuses, mis on seotud kongnitiivse töötlusega. Selline mõju saab alguse juba sünnieelselt, kui ema on stressis. (vt ülevaade Walker et al, 2011)

Vastusena stressile aktiveerub kehas hüpotalamus-hüpfüüs-neerupealsete süsteem, mille üks lõpp produkt on stressi hormoon (kortisool). Kortisool annab lisa energia fokuseerida stressile ja pannes ülejäänud keha süsteemid nn. ootele, kuniks olukord on lahenenud. Kortisool pidurdab immuunsüsteemi, õppimisvõimet ja ka võimet lõdvestuda. Pikaajalise stressi püsimisel tekib kahjustumine. On uuritud, et imiku eas stress (ema ei reageeri näiteks lapse nutule), kui organismis on esimestel kuudel liiga palju kortisooli, võib mõjutada teiste alles kujunevate transmittersüsteemide arengut. See omakorda võib mõjutada hilisemas elus lapse eneseregulatsiooni võimet. Beebi jaoks on kõige stressirohkem olukord, kuid nad on eraldatud emast või hooldajast; kui ema või hooldaja ei ole emotsionaalselt kätte saadav või ei vasta beebi vajadustele. Samuti on avastatud et beebi kortisooli tase tõuseb, kui beebi läheduses on sotsiaalne konflikt või oht rünnakuks. Ema stressiolukord mõjutab ka alles arenevat loodet. Kõrge kortisooli tase läbib platsentat ja mõjutab loote aju arengut (eelkõige hüpotalamust ja hippokampust). (Gethardt, 2004)

Teenuse kirjeldus:

Psühhosotsiaalne kriisinõustamise eesmärk pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal 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. Psühhosotsiaalne kriisinõustaja nõustab ambulatoorselt ja/või statsionaarselt nii üksikisikuid kui gruppe. Samuti on olulisel kohal valmisolek nõustada kliente/patsiente erakorraliselt kriisiväljakutsena, millele puhul tuleb kriisinõustaja kohale esimesel võimalusel, kuid hiljemalt 24h jooksul kõikidesse Eesti piirkondadesse.

Teenuse osutamise näidustused:

*Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal **ambulatoorselt ja statsionaarselt** on näidustatud kõikidel järgmistel juhtudel:*

1. Lähisuhte vägivalda risk
2. Ante- ja postnataalne depressiooni risk
3. Rasedusaegne ja sünnitusjärgne ärevus
4. Kaasuvad haigused ning varasema ja käesoleva rasedusega seonduvaid rasedusriske mõjutavad seisundid
5. Rasedusaegne ja sünnitusjärgne riskikäitumine
6. Tüüristunud sünnitus
7. Planeerimata rasedus ja raseduse katkestamine
8. Erivajadusega laps
9. Viljatus

Raseduskriisi nõustamisele pöördumise põhjuste ja nõustamiste statistikat vaata: Lisa 2. Raseduskriisi nõustamisele pöördumise põhjused ja nõustamised aastatel 2010-2013.

Järgnevas tabelis (Tabel 1.) on toodud välja iga näidustuse (lisatud numbrilised viited 3.2 punktis väljatoodud uuringutele) täpsem kirjeldus ja olukorra kirjeldus mille puhul on soovituslik/näidustatud erakorraline kriisiväljakutse.

<i>Tabel 1. Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal ambulatoorselt ja/või statsionaarselt.</i>		
Näidustus	Kirjeldus	Erakorraline
1. Lähisuhte vägivalda risk (1,2,3,10)	Vaimne ja füüsiline vägivald; seksuaalne vägivald (sh lahkuminekute protsessis ja peale lahkuminekut) <i>Kommentaar: sümptom ei pea olema nähtaval, kui arst märkab/kuuleb peres suhteprobleeme siis suunab nõustaja vastuvõtule.</i>	paarisuhte konflikt või lähedaste ebaadekvaatne käitumine (sünnitus)haiglas
2. Ante- ja postnataalne depressiooni risk (2,3,4,6, 8,9,11)	kohanemisprobleemid raseduse ja/või lapsevanema rolliga, suhteprobleemid; partneripoolne sõltuvusainete liigtarvitamine (alkohol, narkootikumid); eelnevad psühhiaatrilised probleemid, käesolev traumaatiline sünnituskogemus; kui naine väljendab raseduse ajal ja/või sünnitusjärgsel muutust meeleolus <i>Kommentaar: "dignoosina" kui suurem depressiooni risk ei ole tingitud teistest välja toodud näidustustest (nt riskirasedus, tüüristunud sünnitus, viljatus jne.)</i>	sünnitusjärgse psühhooosi kahtlus, äärmuslikud meeleolu kõikumised, huvipuudus või apaatus lapse suhtes
3. Rasedusaegne ja sünnitusjärgne ärevus (3,4,5,8,6,9)	Kõrgenenud ärevus, väljendunud hirm sünnituse ees, ülemäärane hirm lapse või raseda enda tervisega seoses olukorras, kus reaalne risk ei ole lapse/ema tervisele suurem, eelnev või käesolev negatiivne sünnituskogemus. <i>Kommentaar: soovitada/suunata nõustaja vastuvõtule kui anamneesis on info eelmise negatiivse/võimaliku traumeeriva rasedus- ja sünnituskogemuse kohta</i>	ärevushäire; paanikahoog jm äärmusliku emotsionaalse seisundi esinemine haiglas viibimise või protseduuride teostamise ajal
4. Kaasuvad haigused ning varasema ja	Korduvad raseduse katkemised, ema terviseprobleemid raseduse ajal, loote terviseprobleemid raseduse ajal, rasedusoksendamine, ähvardav raseduse katkemine,	raseda või loote raskete terviseprobleemid

käesoleva rasedusega seonduvaid rasedusriske mõjutavad seisundid (2,5,7,9)	ähvardav enneaegne sünnitus, raseda vanus alla 18. aasta ja üle 40.aasta, halb sotsiaal-majanduslik seisund jne. <i>Kommentaar: arst hindab käesoleva rasedusega seotud riske (vastavalt raseduse jälgimise juhendile http://www.ens.ee/webfm_send/95)</i>	e ilmne raseduse ajal
5. Rasedusaegne ja sünnitusjärgne riskikäitumine (4,5,10)	Rasedusaegne suitsetamine, alkoholi ja narkootiliste ainete tarvitamine, toitumisprobleemid jms; antenataalsel jälgimisel mitte käinud naine/rase või kui naistearsti/ämmaemanda vastuvõtule jõuab naine alles 3-1 trimestril; soov lapsest loobuda raseduse ajal või lapsest loobumine pärast sünnitust.	lapsest loobumine pärast sünnitust
6. Tüsistunud sünnitus (4,8,9)	Raseduse katkestamine meditsiinilistel näidustustel enne 21. rasedusnädalat (nt Down'i sündroom), spontaanne abort pärast 12 rasedusnädalat; loote üsisisene surm.	kõikidel kirjelduses välja toodud juhtudel
7. Planeerimata rasedus ja raseduse katkestamine (7,10)	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 <i>Kommentaar: nõustamine tungivalt soovituslik juhul kui alaealine rase ei soovi oma vanemat teavitada, vanem on distantseerunud või ilmnevad keerulised laps-vanem suhted.</i>	mittevabatahtlik seksuaalvahekord
8. Erivajadusega laps (6)	Puudega lapse sünd, lapse sünd enneaegselt, lapse pikaajaline haiglaravi, erivajadusega lapse kasvatamine.	puudega lapse sünd, (sügavalt) enneaegse lapse sünd
9. Viljatus (11,12)	Psühholoogilise toimetuleku toetamine viljatuse diagnoosi ja viljatusraviga (sh ebaõnnestunud katsed), doonorsugurakkude kasutamine (anonüümne ja tuttav doonor)	äärmusliku emotsionaalse seisundi esinemine viljatusravi protseduuri ajal

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

Jrk nr.	Uurin gu autori(Uurin gu kvalite et⁷	Uuringusse hõlmatud isikute arv ja	Uurita va teenus e	Esma ne tulemus,	Muu(d) tulemus(ed), mida mõõdeti/	Altern tiiv(id) millega võrreldi	Jälgimise perio d
----------------	-------------------------	----------------------------------------	-------------------------------------------	---------------------------	-------------------------	------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------

7

Märgitakse järgmiselt:

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

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

	<i>te) nimed</i>		<i>lühiseloomustus</i>	<i>kirjeldus</i>	<i>mida hinnati</i>	<i>hinnati</i>		
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
1.	<i>Taillieu & Brownridge, 2010</i>	<i>A Süstemaatilise ülevaade (18 uuringu metaanalüüs)</i>	<i>Ligikaudu 108000 naist (uuringutes kokku keskmiselt) valdavalt kliinikutest</i>		<i>Vägivala (füüsiline, psüühiline, seksuaalne) esinemise raseduse aja</i>	<i>Vägivalla esinemise mustrid, riskifaktorid</i>	<i>vägivalda kogenud ja mitte kogenud naised</i>	<i>uuringud aastatest 1996-2009 (uuringutel erinevad andmekogumise meetodid ja periood)</i>
2.	<i>Howard, Oram et al., 2013</i>	<i>A Süstemaatilise ülevaade (67 uuringu metaanalüüs)</i>	<i>puudub kirjelduses</i>		<i>Seos koduvägivalla ja perinataalsete psühholoogiliste probleemide vahel</i>	<i>sh depressioon, ärevus, PTSD, söömihäired, psühhoos</i>	<i>kontrollgrupp: vägivalda kogenud ja mitte kogenud naised</i>	<i>Uuringud kuni märts 2013 (erinevad andmekogumise meetodid ja periood sh longituuduuringud)</i>
3.	<i>Levendosky, Leahy, et al., 2006</i>	<i>B randomiseeritud kliiniline uuring</i>	<i>Algselt intervjuueeriti 206 naist, korduv intervjuu 187 naisega (emalapselaad)</i>		<i>vägivala mõju naise psühholoogilisele heaolule</i>	<i>vägivalla esinemine paarisuhtes, vanemlik käitumine, psühholoogiline heaolu, sotsiaalse toetuse mõju</i>	<i>vägivalda kogenud ja mitte kogenud naised</i>	<i>Pikiuurig, 2 mõõtmiskorda: naise 3-1 trimestril ja ema koos lapsega lapse 1-aastaseks saades. Keskmiselt 3 tunnine intervjuu</i>
4.	<i>Howard, Molyneux et al., 2014</i>	<i>A Süstemaatilise ülevaade varasematest uuringutest</i>	<i>puudub kirjelduses</i>		<i>Mittepsühhooliliste häirete esinemise raseduse aegsel ja</i>	<i>ante- ja postnataalsed depressiooni riskifaktorid; psühhosotsiaalsete ja</i>	<i>häirega ja häireta inimeste võrdlus, võrdlus kontrollgrupiga</i>	<i>uuringud ja süstemaatilised ülevaated kuni juuni 2013</i>

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

D – muu, selgitada.

					järgsel perioodil	psühholoogiliste ravimeetodite tulemus; medikamentoose ravi mõju		
5.	Lobel, Cannella et al., 2008	D kliiniline uuring,	279 naise, andmed, valiku kriteerium esmasel mõõtmisel rasedust kuni 25 nädalat		Kuidas rasedus - spetsiifiline stress mõjutab raseduse kestvust	Rasedus-spetsiifilise stressi seos tervisekäitumisega, suitsetamise seos madala sünnikaaluga		Pikiuuring. Struktureeritud intervjuu (1. 10-20 (25) rasedusnädalal ; 2. 21-30 (35) rasedusnädalal , 3. pärast 30 rasedusnädalat ; mõõtmiste vahe vähemalt 2 nädalat
6.	Borghini, Habersata et al., 2014	B randomiseeritud kontrollgruppidega uuring	26 enneaegselt (enne 33. ras. näd) sündinud beebit ja nende vanemad kliinikumi neonataalosakonnas	varane sekkumine läbi ema ja lapse suhte toetamise	Posttraumaatilise isestressi sümptomaatika esinemine;	ema ja lapse suhte kvaliteet	2 kontrollgruppi: enneaegselt ilma sekkumiseta (N=29) ja ajaliselt sündinud (N=23)	aastatel 2005-2009 sündinud lapsed, struktureeritud intervjuud, küsimustikud ema-lapse suhte jälgimine
7.	Griffin-Carlsson & Mack et al. 1993	D Kliiniline uuring	439 (vanuses 12-21) naist küsitleti, et uurida nende tugisüsteemi olemasolu raseduskriisi olukorras, kuid nad katkestavad rasedust		51% ei usalda abortist rääkida oma vanematele	tugisüsteemi kasutamist mõjutavate suhete kvaliteet ja sõltuvus vanematest		5 erinevast abordikliinikus läbiviidud uuring
8.	Fenech & Thomson, 2014	A Süsteemaahtiline ülevaade (13 kvalitatiivse uuringu metaanalüüs)	299 naist, 5 erinevast riigist, kes hindasid oma sünnitukogemust traumaatiliseks		traumaatilise sünnitukogemusi psühhosotsiaalne mõju naisele ja tema lähedastele	negatiivsed mõttemustrid ja düsfunktsionaalsed toimetuleku strateegiad, kaotuse tajumine, raskused suhtes lapse ja partneriga		Struktureeritud intervjuud

9.	Franche, 2001	D kliiniline uuring	Rasedusele eelneva 4 aasta jooksul raseduse katkemist või loote üsasisest surma kogenud rasedad (N=60) 10. - 19. rasedusnädalal ja nende partnerid (N=50).		Leinare aktsioonide tugevus e seos katkenud või loote surmaga lõppenud raseduse kestvusega	Enesekriitika seosed leinareaktsioonide, katkenud raseduse kestvuse ja kohanemisega paarisuhtes.	2 kontrollgruppi: 1. rasedad ja nende partnerid kellel pole olnud eelnevalt raseduse katkemisi ning 2. mitte rasedad ja nende partnerid	Kirjalikud küsimustikud
10.	Lippus, Laanperre et al., 2013	D läbilõikeline uuring	Naised (N=971, kellest 763 täitis eestikeelse ja 208 venekeelse küsimustiku), 17.-28. rasedusnädalal viiest rasedaid jälgivast raviasutusest. Osalemisvõimalust pakuti kõigile raseduse sobiva kestvusega naistele		Planeerimata raseduse esinemine eesti- ja venekeelset elanikkonnas	Planeerimata raseduse seosed riskikäitumisega raseduse ajal, peresisese vägivalgala, perekonnaseisu, vanuse ja haridustasemega		Jagatud küsimustik sünnituseelse visiidi käigus 2010. aasta rahvusvahelise uuringu BIDENS raames
11.	Ramezanzadeh, Aghassaei et al., (2004)	D läbilõikeline uuring	370 naissoost viljatusravi patsienti ühest kliinikust		Ärevuse ja depressiooni esinemine ning seosed viljatuse kestvusega	Depressiooni ja ärevuse seosed viljatuse põhjustega, haridustasemega, sotsiaalmajandusliku seisundi ning töökohaga		Kirjalikud küsimustikud
12.	Darwich, Favez et al., (2013)	D kliiniline uuring	57 diagnoositud viljatusega paari (sh ka täpsustamata viljatus), kes ei ole varem saanud viljatusravi		Viljatuse diagnoosi emotsionaalse läbitöötamise määr	Seosed rahuloluga paarisuhtes ning viljatusega seotud stressiga; jm.		Semistruktureeritud intervjuud ja enesekohased küsimustikud vahetult enne esimese viljatusravi

			ning kellel ei ole varasemalt lapsi		viljaturavi alustavatel paaridel	agnoosiga seotud muutujad		protseduuri algust
--	--	--	-------------------------------------	--	----------------------------------	---------------------------	--	--------------------

1. Taillieu & Brownridge (2010) koostatud meta-analüüsis (N=18) kirjeldati naistevastase vägivalda esinemist raseduse ajal, vägivalda mustreid ning riskifaktoreid (uuritud rasedate naiste arv kokku ligikaudu 108 000). Erinevate uuringute põhjal on füüsilise vägivalda esinemissagedus 0,9-30%, vaimse vägivalda esinemissagedus 1,5-42% ja seksuaalse vägivalda esinemissagedus 1-3,9%. Tegelik vägivalda esinemissagedus võib olla palju suurem, kuna paljudes uurimustes oli suur väljalangemise protsent (vastamise protsent 16,7-99,6% algselt planeeritud valimitest) ja seda just kõrgema riskiga (noored, töötud, mitte abielus) rasedate hulgas. Uuringud ei ole kinnitanud seda, et vägivalda esinemine raseduse ajal on statistiliselt oluliselt sagedasem võrreldes raseduseelse perioodiga (esmakordset vägivaldaepisoodi raseduse ajal nimetab 3,8-23% naistest). Samas vähesed uuringud, mis on tehtud hindamaks ka vägivalda raskusastet, kinnitavad, et naised kogevad raseduse ajal sageli äärmuslikumat ja jõhkramat vägivalda ning seda sagedamini võrreldes raseduseelse perioodiga. Kõige suurem risk vägivalda kogemisest raseduse ajal on siiski rasedusele eelnev vägivalda kogemine (60-90% naistest, keda väärkoheldakse raseduse ajal raporteerivad väärkohtlemist juba enne rasedust). Mõne uuringu kohaselt võib esineda raseduse ajal muutust ka vägivalda mustris (rohkem kogetakse verbaalset ja seksuaalset vägivalda). Vägivalla riski raseduse ajal suurendab, lisaks raseduseelse vägivalda esinemisele, ka naise majanduslik sõltuvus oma partnerist, pere rahalised probleemid, partneri töökaotus jms. Vägivalla kogemine raseduse ajal on eriti ohtlik, kuna see avaldab negatiivset mõju nii emal tervisele kui ka veel sündimata lapse heaolule.

2. Howard et al. (2013) koostatud meta-analüüsis valiti 41294-st lõplikult välja 67 uuringut (7-st piirkonnast üle maailma, sh 7 uuringut Euroopast), mis vastasid kõikidele ettemääratud sisulistele ja kvaliteedi kriteeriumitele. Erinevate uuringute analüüsile tuginedes leiti, et naised, kellel esineb ante- ja/või postnataalne depressioon on 3-5 korda suurema tõenäosusega kogenud kodust vägivalda viimase aasta, raseduse või elu jooksul üldse. Naistel, kes kogevad vägivalda raseduse jooksul on 3 korda suurem risk postnataalsel perioodil depressiooni tekkimiseks. Uuringute kohaselt antenataalsel perioodil depressiooni kogevatel naistel on 3-5 korda suurem tõenäosus kogeda kodust vägivalda raseduse ajal ja 1-aasta järgsel kordushindamise perioodil peale sünnitust. Seega pikiuuringutele toetudes on toodud välja, et depressiooni esinemine suurendab naise riski sattuda koduvägivalda ohvriks ning samuti koduvägivalda esinemine suurendab riski ante- ja postnataalse depressiooni esinemiseks naisel. Samuti on uuringud näidanud, et ante- ja postnataalsel perioodil ärevust ja PTSD sümptomaatikat väljendavad naised on suurema tõenäosusega kogenud kodust vägivalda. Statistiliselt olulist seost ei leitud koduse vägivalda ja söömishäirete või psühhootiliste häirete esinemissageduse vahel. Kuna vägivalda esinemine raseduse ajal on suur risk loote, lapse ja ema tervisele ning heaolule, siis peavad autorid oluliseks märgata rohkem võimaliku koduse vägivalda esinemist ning ka psühholoogiliste probleemide esinemist rasedatel antenataalse jälgimise jooksul ning spetsiaalsete sekkumisviiside väljatöötamist naise heaolu parandamiseks ante-, peri- ja postnataalsel perioodil.

3. Levendosky et al. (2006) intervjuerisid 18-40 aastaseid naisi kahel korral: raseduse 3-1 trimestril (N=206) ja lapse 12-kuuseks saades (N=187), kes olid oma raseduse jooksul vähemalt 6-nädalat kestnud suhtes. Raseduse ajal kogesid vägivaldaga ähvardamist 58% intervjueritud naistest, füüsilist vägivalda 26% intervjueritud naistest, seksuaalset vägivalda 16% intervjueritud naistest. Uurijad leidsid, et mida rohkem kogesid naised nii raseduse ajal kui ka pärast sünnitust vägivalda seda halvem

oli emade psühholoogiline heaolu (hinnati traumasümptomite esinemist, ärevust, depressiooni, enesehinnangut). Ainult raseduse ajal või enne seda kogetud vägivald ei mõjutanud statsistiliselt oluliselt vanemlikku käitumist (kõrgem - tundlikkus lapse vajaduste suhtes, hoolivus, lapsega koosolemise nautimine; madalam - distantseerumine/disengagement, pealetükkivus/intrusive, vaenulikkus lapse suhtes), kuid vägivald kogemine pärast sünnitust oli negatiivses seoses vanemliku käitumisega. Seega vägivald esinemine lapsega peres inhibeerib naise võimet olla hooliv ja tundlik lapse vajaduste suhtes ning soodustab vaenulikkuse ja distantseerumise esinemist ema-lapse suhtes. Sotsiaalne toetus (hinnati kriitika esinemist, emotsionaalset toetust, abi saamist vanemlikes küsimustes, praktilise abi võimalust) seostus positiivselt ema psühholoogilise heaoluga. Nii raseduse ajal kogetud kui ka lapsevanemana kogetav vägivald suurendab oluliselt lapse eksternaalse käitumise (agressiivsus, negatiivne emotsionaalne reaktiivsus, rahutus/activity) esinemist ning seda ka olukorras, kus vägivalda kogetakse ainult raseduse ajal. Seda on püütud osaliselt selgitada stressiga kaasneva kortisooli taseme tõusu mõjust lootele raseda naise organismis, mille tagajärjed avalduvad antud uuringu põhjal ka lapse 1-aastaseks saades ja tõenäoliselt kauemgi.

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

Depressioon - Autorid on toonud välja erinevate uuringute põhjal, et vähemalt mõõdukalt depressiooni esineb 3,1-4,9%-l rasedatest ning 4,7%-l sünnitusjärgse 3 kuu jooksul; kergelt depressiooni esineb 11% rasedatest ning 13% esimese kolme kuu jooksul pärast sünnitust. Autorite hinnangul võivad need näitajad olla tegelikkuses isegi suuremad. Pikiuuringud, mis võrdlevad sünnitusjärgse depressiooni esinemist raseduseelselt, raseduse ajal ning kuni 1a peale sünnitust kirjeldavad depressiooni juhtumite kasvu sünnitusjärgselt esimese 5.- 9. kuu jooksul. Tuuakse ka välja, et hinnanguliselt võivad depressiooni sümptomid olla raseduse ajal isegi tugevamad kui sünnitusjärgselt, kuid sageli jääb võimalik depressioon arsti poolt märkamata. Sümptomid sünnitusjärgselt võivad ka paari kuu jooksul väheneda, kuid vähemalt 30% püsib või süveneb depressioon ka 1a pärast sünnitust ja umbes 40% on suur risk tagasilanguse esinemiseks. Uuringute andmed viitavad ka sellele, et unipolaarse depressiooni diagnoosi juhtudest võib olla 13% raseduse ajal ja 23% sünnitusjärgselt diagnoosimata bipolaarne häire. Autorid on erinevate uuringute põhjal toonud välja ka ante ja postnataalse depressiooni esinemise riskifaktorid (vt ülevaade Howard et al., 2014; lk 1778). Uuringud näitavad, et naistel, kes saavad spetsiaalset sekkumist kujuneb väiksema tõenäosusega välja sünnitusjärgne depressioon kui need naised, kes sekkumist ei saa. Psühhosotsiaalsed ja psühholoogilised sekkumised on efektiivsed vähendamaks depressiooni sümptomaatika aasta jooksul sünnitusjärgselt (RR 0,70, 95% CI 0.60–0.81).

Ärevushäired - Hinnanguliselt 13% rasedatest ja sünnitanud naistest on olnud viimase 1-aasta jooksul mõni ärevushäire. Kuigi uuringud on kirjeldanud üldistunud ärevushäire vähenemist raseduse ajal, siis raseduse ajal ja sünnitusjärgselt on suurem risk on obsessiiv-kompulsiiivsele häire esinemiseks.

PTSD - posttraumaatiline stress-häire võib tekkida naisel pärast traumaatilist sünnituskogemust või rasedusaegselt või enne rasedust kogetud traumaatilise kogemuse tõttu. PTSD väljakujunemine sünnitusjärgselt on hinnanguliselt 1-2% sünnitanutest, kuid sümptomaatika esinemist sünnitusjärgselt väljendatakse oluliselt rohkem. Vähesed uurimused, mis hindavad lisaks sünnitusele ka erinevaid traumakogemusi raseduse- ja raseduseelsel ajal saavad häire esinemissageduseks 6-8%. Perinataalne PTSD on ka sageli kõrgelt komorbiidne depressiooni esinemisega. On toodu välja, et rasedusaegne psühhopaatoloogia esinemine (depressioon ja ärevus) on suur risk sünnitusjärgse PTSD tekkimisele. PTSD ennetamise mõttes on leitud, et naised saavad kasu võimalusest hinnanguvabalt

rääkida oma sünnituskogemusest, kuid formaalsete ja struktureeritud debriifingu sekkumiste kasutamine võib olla isegi vastupidise efektiga suurendades PTSD esinemise riski.

Söömishäired - söömishäirega inimestel võivad esineda suurema tõenäosusega probleemid rasestumisega, mille tulemusena võivad nad sagedamini olla ka reproduktiivmeditsiini kliendiks. Söömihäirete sümptomid püsivad naistel ka raseduse ajal, samuti remissiooni riski on erinevate söömihäirete puhul kirjeldatud 29-78%-l juhtudest. Üldiselt suureneb risk liigsöömihäire esinemisele (binge eating), mida seostatakse ärevuse esinemisega raseduse ajal ja ka liigsöömishäire esinemisega juba enne rasedust. Söömishäirete riski puhul soovitatakse spetsialistidel toetada naist raseduse ajal ja sünnitusjärgselt selles, et säilitada regulaarsed söömisharjumused ning toetada realistlikke eesmärke oma kehatajus.

Isiksusehäired - esinemist raseduse ajal on uuritud vähe ning need on sageli komorbiidsed teiste mitte-psühhootiliste häiretega. Rootsisis on kirjeldatud isiksusehäirete esinemist 6%-l rasedatest. Enamasti on isiksusehäired seotud ebasoodsate ravi tulemustega ning madala raviefektiivsusega raseduse ajal ning sünnitusjärgselt.

5. Lobel ja kolleegid (2008) leidsid, et rasedus-spetsiifiline stress (pregnancy-specific stress) ennustab raseduse püsivust paremini kui püsiärevus, tajutud stress ja elusündmustest tingitud stress. Autorite kohaselt rasedus-spetsiifiline stress seostus varasema sünnitusega ja enneaegse sünniga. Rasedus-spetsiifiline stress seostus ka prenataalse tervisekäitumisega, nt söömine trenn ja suitsetamine, sh suitsetamine ennustas lapse madalamat sünnikaalu. Isegi siis kui statistilise analüüsi käigus uurijad kontrollisid günekoloogilisi riske avaldas naise psühholoogiline seisund eraldiseisvalt mõju meditsiinilisele seisundile raseduse ajal. Samuti on toodud välja, et suuremat stressi kogevad naised kasutavad suitsetamist sageli kui stressiga toimetuleku strateegiat raseduse ajal. 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. Samuti vähendades rasedusaegset stressi võib vähendada naise raisk enneaegsele sünnitusele. Stressi vähendamisega vähendab suitsetamise tõenäosust, mis omakorda vähendab madala sünnikaalu esinemise riski. Cole-Lewis et al. (2014, vt kasutatud kirjandus) leidsid oma uurimuses (N=920, kõrge riskiga rasedat) lisaks, et ärevuse kogemine just kolmandal trimestril suurendab varasema sünnituse riski ning see risk väheneb kui vähendada naise teisel trimestril esinevat ärevuse määra kolmandaks trimestriks. Seega tuginedes uuringutele võib öelda, et ärevuse kogemine raseduse erinevatel perioodidel võib avaldada erinevat mõju raseduse kestvusele ning sekkumine rasedusaegse ärevuse vähendamiseks on oluline.

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

7. Uuringus küsitleti 439 naist (vanuses 12 - 21 eluaastat), kes tegid aborti, eesmärgiga uurida nende tugisüsteemi olemasolu ja selle kasutust raseduskriisi ajal. Uuringus selgus, et 51% neist ei usaldanud oma vanemaid ning ei rääkinud rasedusest ja abortist vanematele. Seda, kas noored oma vanematele aborti otsusest rääkisid või mitte, mõjutas vanematega suhete kvaliteet ja sõltuvus nendest. Põhjuseks,

miks ei räägitud vanematele toodi välja: hirm hülgamise ees, hirm vanematele pettumust valmistada, soov vanemaid säästa probleemist ja soov ise probleemiga tegeleda. Ja need, kes rääkisid, tõid välja põhjusteks: raha oli vaja protseduuriks, vajadus emotsionaalse toe järgi ja vanematel on õigus teada. (näidustus 4 ja 7)

8. Fenech'i ja Thomson'i (2014) koostatud analüüsis leiti 10-le andmebaasile tuginedes 5088 uurimust, millest lõplikuks Mmta-analüüsiks valiti välja 13 kvalitatiivset uuringut (kokku 299 naist, 5-st riigist, sh Norra ja Rootsi), mis vastasid kõikidele ettemääratud sisulistele ja kvaliteedi kriteeriumitele. Autorid leidsid, et traumaatiline sünnituskogemus avaldab olulist psühhotsiaalsel mõju naisele ja tema lähedastele nii lühi- kui pikaajaliselt. Traumaatilise sünnituskogemuse järgselt naised kogesid paanikahooge, ärevust, viha, leina, kurvameelsust ja mõtteid surmast, mis võisid kesta aastaid. Traumakogemus järel võib naine jääda kinni negatiivsetesse mõttemustritesse ja düsfunktsionaalsetesse toimetulekustrateegiatesse, mis võivad pikemas perspektiivis viia välja PTSD väljakujunemisele. Autorid on toonud välja, et erinevatele uuringute kohaselt võib sünnitusjärgne PTSD välja kujuneda 1,5 - 5,6% juhtudest, kuid vähemalt osalist sümptomaatikat võib esineda sünnitusjärgselt kuni 32,1%-l. Lisaks väljendasid naised negatiivset muutust suhtes partneriga, negatiivset muutust seksuaalsuses ning raskusi positiivse kiindumussuhte loomusel imikuga. Samuti väljendasid naised intensiivset hirmu sünnituse ees, keisrilõike soovi järgmisel sünnitusel kuni otsuseni mitte enam sünnitada lähtudes eelnevast traumeerivast sünnituskogemusest. Uuringus kirjeldatakse vajadust ennetada psühholoogilise trauma esinemist sünnitusel ning pakkuda asjakohast psühholoogial baseeruvat teenust ning sekkumist. Aastal 1994 lisati sünnitus ka DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) PTSD (post-traumaatilise stresshäire) väljakujunemise ühe võimaliku põhjuse hulka.

9. Franche (2001) uuris rasedaid (N=60) 10.-19. rasedusnädalal, kes olid kogenud eelneva 4 aasta jooksul raseduse katkemisi või loote üsasisesest surma, ja nende partnereid (N=50). Algsesse valimisse kuulus 73 naist, kellest 2 keeldusid ja 11 kukkusid välja (sh osaliselt nimetasid väljakukkujad põhjuseks kaotusest tingitud valu taaskogemist). Franche leidis, et raseduse katkemine või loote üsasisesene surm mõjutab oluliselt naiste puhul just enesetaju (self-concept) ning meeste puhul kohanemisprobleeme paarisuhtes (perceived marital adjustment). Autori kohaselt enesekriitiline (self-criticism) hoiak ennustas oluliselt nii naise kui mehe leina intensiivsust. Naiste puhul on kõrgem enesekriitika (enesesüüdistamine, sõltuvus, madalam tajutud võimekus) seotud raskustega leinaga toime tulla ning meelega, mis väljendub personaalses ebaõnnestumises. Meeste puhul on kõrgem enesekriitika seotud raskustega paarisuhtes, mis väljendub suhte kaotamise tundes. Raseduse kestvus kaotuse hetkel ennustas oluliselt leina erinevate mõõdetud komponentide (aktiivne lein, toimetulekuraskused, meelega) kogemist naistel, ning aktiivse leina kogemist meestel. Tuginedes varasematele uurimustele tõi autor välja ka selle, et vahetu rasedus päras kaotust on seotud suurema ärevuse ja depressiooni riskiga. Autor kirjeldab vajadust spetsiifiliste sekkumisviiside järele, mis on suunatud naiste võimalikele enese-kriitilistele hoiakute vähendamisele raseduse katkemise või loote üsasisesest surma järgselt ja/või vajadusel hilisemas elus.

10. Uuringus osalenutest oli rasedus planeerimata ühel viiendikul eesti keeles ja ühel kolmandikul vene keeles vastanutest (vastavalt 20,4% ja 30,8%, $p < 0,002$). Planeerimata rasedus oli seotud vanuse (kõige vähem esines planeerimata rasedusi 25–34aastaste seas), hariduse (haridustaseme tõusuga vähenes planeerimata raseduse osakaal), perekonnaseisu, rasedusaegse suitsetamise ja vägivallakogemusega täiskasvanueas (eesti keeles vastanud vägivalda kogenud naistel oli planeerimata rasedusi 26,5% ($p < 0,01$) ning vene keeles vastanutel 40,5% ($p < 0,05$)). Abortide suurem esinemissagedus venekeelse rahvastikus viitab sellele, et planeerimata raseduste sagedasem esinemine nende hulgas ei ole tingitud suuremast valmisolekust sünnitada planeerimata laps. Käesolev uuring näitas, et planeerimata rasedusega naiste hulgas oli raseduse ajal rohkem

suitsetajaid mõlemas rahvusrühmas, kuid vene keeles vastanute hulgas oli nii raseduse eelse kui ka rasedusaegse suitsetamise levimus suurem. Rasedusaegne suitsetamine on seotud loote üsasisesse kasvupeetuse ja enneaegsusega (Lobel et al., 2008). Tuginedes varasematele uurimustele toovad autorid välja planeerimata raseduse olulise mõju naise tervisele, kuna planeerimata raseduse korral esineb sagedamini sünnitusjärgset depressiooni, rohkem füüsilisi kaebusi, vähem positiivseid emotsioone raseduse ajal ning rohkem valu ja negatiivseid emotsioone sünnitusel. Lisaks on toodud välja, et planeerimata rasedusega naised imetavad last rinnaga väiksema tõenäosusega kui naised, kelle rasedus oli planeeritud. Autorid toovad välja, et planeerimata raseduse osakaalu vähendamise eelduseks on kohustuslik seksuaalharidus koolis ja kvaliteetse pereplaneerimise nõustamise kättesaadavus. Eelkõige vajab senisest enam tähelepanu venekeelne rahvastik.

11. Ramezanzadeh et al., (2004) uurisid ärevuse ja depressiooni esinemise seost viljatuse kestvusega. Uuringus osales 370 naist (vanuses 17-45), viljatuse kestvusega 1-20 aastat. Tulemused näitasid, et kõikidest uuringus osalenud patsientidest esines depressiooni 40,8% juhtudest ja ärevust 86,8% juhtudest. Uuringus selgus, et ärevust ja vähemalt mõõdukat depressiooni esines kõige rohkem viljatuse puhul, mis oli kestnud vähemalt 4-aastat, rasket depressiooni sagedamini juhul kui viljatuse oli kestnud 7-aastat ja rohkem. Samuti leidsid uurijad, et mida rohkem on kogetud ebaõnnestunud katseid, seda suurem on risk depressiooni süvenemiseks.

12. 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. Darwiche et al., (2013) uurisid 57 heteroseksuaalset paari, kellel oli diagnoositud viljatuse (mehe-poolne, naise-poolne, mõlemapoolne või täpsustamata viljatuse), vahetult enne viljatusravi algust ning leidsid, et ainult 73,7% naistest ja 61,4% meestest on viljatuse diagnoos emotsionaalsel "läbi töötatud". Uurijad leidsid, et suhtega rahulolu on oluliselt seotud viljatuse diagnoosi läbitöötamise määraga ning suhtega rahulolu mõjutab partnerite toimetulekut stressirohkete elusündmustega üldiselt. Lisaks kirjeldasid autorid oma uurimuses kahte olulist viljatusega seotud stressorit, mis mõjutab viljatusravi patsiente - krooniline stressor, mida iseloomustab pidev oht jääda lastetuks ning akuutne stressor, mis on viljatusravi protseduurid ise. Isegi juhul kui partnerid on viljatuse diagnoosi enda jaoks läbi töötanud ei vähenda see tundlikkust esimese IVF-protseduuridega kaasneva stressi suhtes. Samuti esimese katse eelselt ülehindavad patsiendid oma rasedumise tõenäosust ja vähendavad viljatuse diagnoosist tingitud negatiivseid mõjutusi. Samuti näevad autorid vajadust hinnata paaride stressi taset erinevatel ravi etappidel. Varasematele uuringutele toetudes toovad autorid välja, et diagnoosi eelnev mitte-aktsepteerimine ennustab ebaõnnestunud raviprotseduuri puhul kõrgemat ärevuse taset ja depressiooni.

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

1. Eetiliste otsuste tegemise mudel kriisinõustajatele (Jordan, 2010) http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article_89.pdf

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. Kriisinõustamise nõudliku olemuse tõttu on oluline, et kriisinõustajad oleks põhjalikult kursis Ameerika Nõustajate Assotsiatsiooni (American Counseling Association, ACA) eetikakoodeksiga (2005)/(2014) ning rakendaksid oma töös regulaarselt eetiliste otsuste tegemist. Eetiliste otsuste tegemine peaks hõlmama samme ja lähenemisi, mis aitaks kriisinõustajal eetiliselt klientide vajadustele vastata.

2. Kriisinõustamise mudelid (<http://psychology.about.com/od/crisiscounseling/f/crisis-counsel.htm>)

Kriisinõustamise kestus peaks olema üsna lühike, tavaliselt mitte rohkem kui paar nädalat. Oluline on mõista, et kriisinõustamine ei ole sama mis psühhoterapia. Kriisisekkumine on suunatud sündmusega seotud stressi maandamisele, emotsionaalse toe pakkumisele ja abisaaja siin ja praegu toimetulemise strateegiate arendamisele. Sarnaselt psühhoterapiale hõlmab kriisinõustamine hindamist, planeerimist ja ravi, aga kriisinõustamine on reeglina tunduvalt laiaulatuslikum ja spetsiifilisem. Kui psühhoterapia keskendub kliendiga seotud info ja tema mineviku analüüsimisele, siis kriisihindamine ja ravi on suunatud kliendi hetkeolukorraga tegelemisele, sh ohutus ja esmased vajadused.

Allpool on toodud mõned punktid, mis esinevad läbivalt erinevates kriisinõustamise teooriates:

2.1. Olukorra hindamine. Kriisinõustamise esimene element on kliendi hetkeolukorra hindamine. See hõlmab kliendi kuulamist, küsimuste esitamist ja väljaselgitamist, mida antud isik kriisiga efektiivselt toimetulemiseks vajab. Selles etapis tuleb kriisinõustajal üheaegselt nii probleemi defineerida kui ka võimaldada abisaajal kogeda empaatiat, heakskiitu ja tuge. Samuti on oluline tagada kliendi turvalisus, nii füüsiline kui psühholoogiline.

2.2. Kliendi harimine. Kriisi läbivad inimesed vajavad infot oma seisundi kohta ja selle kohta, millised sammud aitaks tekitatud kahju vähendada. Kriisinõustamise ajal aitavad vaimse tervise spetsialistid kliendil sageli mõista, et nende reaktsioonid on normaalsed, kuid ajutised. Kuigi kriisis viibijale võib olukord tunduda trööstitu ja lahendamatu, on nõustaja eesmärgiks aidata kliendil näha, et ühel hetkel on tal võimalik taas normaalselt funktsioneerida.

2.3. Toe pakkumine. Üks kõige olulisemaid kriisinõustamise elemente on toe, stabiilsuse ja ressurside pakkumine. Aktiivne kuulamine on äärmiselt oluline, samuti tingimusteta heakskiit, rahustamine ja julgustamine. Taoline hinnangutevaba tugi aitab kriisi läbijal leevendada stressi ja tulla paremini toime. Kriisi ajal võib olla suur abi toe pakkujatest ajutise sõltuvuse tekkimisest. Erinevalt ebatervislikest sõltuvussuhetest aitab see kriisis viibijal tugevamaks ja iseseisvamaks muutuda.

2.4. Toimetulekuoskuste arendamine. Lisaks toe pakkumisele aitavad kriisinõustajad klientidel arendada toimetulekuoskusi leevendamaks kriisi vahetut mõju. Näiteks võib nõustaja aidata kliendil analüüsida erinevaid probleemi lahendamise võimalusi, praktiseerida erinevaid stressi leevendamise tehnikaid ning julgustada teda positiivselt mõtlema. Antud protsess hõlmab mitte ainult nende oskuste kliendile õpetamist, vaid ka kliendi julgustamist ja suunamist selle poole, et ta keskenduks nende oskuste rakendamisele lähitulevikus ka iseseisvalt.

3. Prevention of Mental Disorders: Effective interventions and policy options. WHO, 2004

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

Esmatasandi psühhosotsiaalne/ mittefarmakoloogilise ravi mudel ja nõuanded:

3.1 Psühhoharidus (indiviidile ja tema perekonnale, vastavalt olukorrale) Depressioon on väga levinud probleem, mis võib esineda igaihel. Depressioonis inimestel kipub olema ebarealistlik negatiivne nägemus iseendast, nende elust ja tulevikust. Tõhus ravi on võimalik. Tavaliselt läheb vähemalt paar nädalat aega, kuni depressioon ravi tulemusena väheneb. Oluline on määratud ravist kinni pidada.

3.2 Tuvastatud psühhosotsiaalsete stressoritega tegelemine - andke abisaajale võimalus rääkida, soovitatavalt privaatses tingimustes. Uurige, mis on inimese subjektiivne arusaam tema sümptomite põhjustest. 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) ja hülgamist (nt laste või vanemate inimeste

hülgamine) ning tegelge tuvastatud probleemkohtadega. Vajadusel võtke ühendust õigusorganite või asjassepuutuvate kogukonnaesindajatega.

Tehke kindlaks perekonnaliikmed, kes pakuvad abisaajale tuge, ning kaasake neid protsessi nii palju kui võimalik ja sobilik. Laste ja noorukite puhul: hinnake, kas lapsevanematel esineb vaimseid, neuroloogilisi või mõnuainete kasutamise seotud probleeme, eriti juhul, kui esineb depressioon ning tegelge tuvastatud probleemkohtadega. Hinnake vanemate psühhosotsiaalseid stressoreid ja leidke neile võimaluste piires lahendusi, võttes appi ka kogukondlikud teenused/ressursid. Uurige, kas esineb väärkohtlemist.

3.3 Sotsiaalsete võrgustike taastamine Tehke kindlaks abisaaja varasemad sotsiaalsed võrgustikud, mis võiksid talle nende taaselavdamise korral otseselt või kaudselt psühhosotsiaalset tuge pakkuda (nt perekondlikud koosviibimised, sõpradega väljas käimine, naabrite külastamine, sotsiaalsed ettevõtmised töökollektiivis, sport, kogukondlikud sündmused). Rõhutage inimese tugevaid külgi ja oskusi ning julgustage teda nii palju kui vähegi võimalik aktiivselt varasemaid sotsiaalseid tegevusi taaselustama.

3.4 Struktureeritud kehalise aktiivsuse programm (lisavõimalus keskmise kuni raske depressiooni ravis) Koostage mõõduka kestusega (nt 45 minutit) kehalise aktiivsuse programm 3 treeninguga nädalas. Analüüsige koos abisaajaga, millised sportlikud tegevused talle kõige enam sobivad ning julgustage teda kehalise aktiivsuse mahtu järkjärgult tõstma, alustades näiteks 5-minutilise treeningust.

3.5 Regulaarne kontakt pärast ravi Looge võimalus regulaarseteks jätkukohtumisteks (nt personaalsed kohtumised kliinikus, telefoni teel või kohtumised kogukonna tervisetöötajaga). Analüüsige abisaaja paranemise protsessi (nt 4 nädala möödudes).

(Vrdl. II tasand: Keerulisemad psühhosotsiaalsed sekkumised – mitmesugused erinevad 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.

4. Vaimse tervise kliiniline juhtimine ja juhised teenuse osutamiseks sünnituseelisel ja –järgsel perioodil. Inglismaa ja Wales

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

Vaimse tervise probleemide kujunemise riskigruppi arvatakse rasedad või sünnitusjärgses perioodis (alates sünnitusest kuni ühe aasta täitumiseni) olevad naised, kelle puhul kehtivad järgnevad kategooriad:

varem diagnoositud vaimse tervise häirega naised, kes ei vasta antud hetkel vaimse häire diagnostilistele kriteeriumidele, sh:

- naised, kes on läbimas võtme tähtsusega elusündmusi
- naised, kelle päritoluperes esineb vaimse tervise probleeme
- psühhosotsiaalsete riskiteguritega (nt SES) naised
- naised, kelle vastsündinud lapsel esineb regulatoorseid probleeme
- operatiivse või traumaatilise sünnituse kogemusega naised

- ennetähtaegselt (<37 rasedusnädalat) sünnitanud naised ja/või naised, kelle lapsel oli madal sünnikaal
- naised, kellel on olnud nurisünnitus
- alaealised
- naised, kes on kogenud lähisuhte vägivalda (Intimate Partner Violence, IPV)

Võrdluseks Eesti raseduskriisi nõustamissüsteemi poolt välja pakutud näidustused:

1. Lähisuhte vägivalla risk
2. Ante- ja postnataalne depressiooni risk
3. Rasedusaegne ja sünnitusjärgne ärevus
4. Kaasuvad haigused ning varasema ja käesoleva rasedusega seonduvaid rasedusriske mõjutavad seisundid
5. Rasedusaegne ja sünnitusjärgne riskikäitumine
6. Tüsistunud sünnitus
8. Erivajadusega laps

Suur hulk raviga seotud aspekte ja kvaliteetse raviteenuse põhimõtteid on ühised kõigile tervishoiuteenuste tarbijatele, sealhulgas ka raseduseaegse või –järgse vaimse tervise probleemiga naistele. UK Riikliku Tervise ja Tervishoiu Kvaliteedi Instituut (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) on sätestanud põhimõtted, mille abil parandada nende inimeste tervishoiuteenuse tarbimise kogemust, kes kasutavad Riikliku Tervishoiuteenistuse (National Health Service, NHS) täiskasvanutele suunatud vaimse tervise teenuseid (Täiskasvanute vaimse tervise teenuse kasutaja kogemus [NICE, 2011a; NCCMH, 2012]) ning üldisi meditsiinilisi teenuseid (Riikliku Tervishoiuteenistuse teenuseid kasutava täiskasvanud patsiendi kogemus [NICE, 2011b; 20 NCGC, 2012]). Juhises „Täiskasvanute vaimse tervise teenuse kasutaja kogemus“ analüüsiti vaimse tervise alaste teenuste tarbimise kogemuse paranemist seitsmes põhivaldkonnas: ligipääs kogukondlikule ravile, hindamine (mitteakuutne), kogukondlik ravi, hindamine ja suunamine kriisi ajal, haiglaravi, haiglast väljakirjutamine ja üleviimine, ning kinnipidamine vastavalt vaimse tervise seadusele. Juhises „Riikliku Tervishoiuteenistuse teenuseid kasutava täiskasvanud patsiendi kogemus“ analüüsiti täiskasvanute tervisealaste teenuste tarbimise kogemuse paranemist viies põhivaldkonnas: patsient kui indiviid, esmased nõuded raviteenusele, tervishoiuteenuse kohandamine vastavalt patsiendi vajadustele, ravi ja suhete jätkuvus ning patsiendil aktiivselt raviprotsessis osalemise võimaldamine.

Raseduse ajal ja rasedusjärgsel perioodil on naised vaimse tervise häirete kujunemisele ja jätkumisele sama vastuvõtlikud kui teistel eluperioodidel ja enamikel juhtudel on häirete iseloom ja kulg sarnane teistel eluperioodidel esinevatele häiretele. Siiski on raseduse ajal ja rasedusjärgsel perioodil vaimse tervise häirete iseloomus ja ravis mitmeid olulisi erinevusi. Võib juhtuda, et naised ei soovi oma tunnetest rääkida, kuna perioodil, mida üldiselt seostatakse õnnetundega, on vaimse tervise probleemidel teatud stigma; samuti võivad nad muretseda, et olukorra vastu hakkavad huvi tundma sotsiaaltöötajad ja see võib omakorda viia hooldusõigusest ilmajäämiseni. On risk, et väljakujunenud vaimse tervise häirega naine lõpetab ravimite tarbimise. Sageli toimub see järsult ja ilma asjatundjaga nõu pidamata ning see võib põhjustada või raskendada haiguseepisoodi. 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.

Ülevaade: Lisa 3. Valitud mudelite lühiülevaad olulisematest punktidest ja/või soovitud psühhosotsiaalse kriisiniõustamise kontekstis

5. Hollandi Abordi Assotsiatsiooni poolt väljatöötatud juhised naiste (vajadusel ka nende partnerite) nõustamiseks, kes kaaluvad raseduse katkestamist.

Seda saab alla laadida portaalist: **Dutch Association of Abortion Specialists (www.ngva.nl).**

Näidustus 7. Planeerimata rasedus ja raseduse katkestamine

Antud juhised baseeruvad tõendus põhiste tegevusjuhiste arengu metodoloogiale (EBGD) ja on suunatud kõigile professionaalsetele gruppidele ja kõigile abordikliinikutele ja haiglatele. See on mõeldud kohalike protokollide ning tegevusjuhiste arendamiseks ja hindamiseks.

Nõustamine peab aset leidma turvalises ja neutraalses õhustikus. Nõustaja peab olema võimeline peegeldama tagasi naise tundeid, ilma oma isiklikku arvamust väljendamata. Rõhutada tuleb, et see on naise enda otsus, mida ei tohiks kallutada ei ühele ega teisele poole.

Soovitavalt tuleks naisega enne nõustamisseanssi kokku leppida, missugust nõustamist ta soovib. Tuleb ka rõhutada, et see peaks jääma naise valikuks, kas ta soovib saada järelnõustamist või järelintervjuud.

Olukordades, kus naine kaalub raseduse katkestamist peale diagnoosi loote haiguse või arenguanomaaliate kohta, on oluline multidistsiplinaarne koostöö. Rasedat naist ja tema partnerit tuleks toetada nende edaspidiste otsustuste juures. Hea hoolduse korral on järelnõustamine samuti oluline element.

Ülevaade: Lisa 3. Valitud mudelite lihiülevald olulisematest punktidest ja _või soovitudest psühhosotsiaalse kriisinõustamise kontekstis

6. Viljatusnõustamise juhend: Guidelines for counselling in infertility

<http://www.eshre.eu/~media/emagic%20files/SIGs/Psychology/Guidelines.pdf>

9. näidustus - Viljatus. Nõustamine viljatuse korral

Käesolev juhend on koostatud eesmärgiga anda raamistik viljatuse korral pakutavale nõustamisteenusele. Juhendi koostajad on teadlikud, et nõustamine viljatuse korral sõltub iga maa seadusandlikust, eetilisest ja kultuurilisest taustast. Seetõttu ei sisalda käesolev suunis rangelt fikseeritud regulatsiooni, küll aga asetub see kehtivatele headele tavadele ja parimatele praktikatele ja ametlikule ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) poolt väljastatud dokumendile, mis sisaldab ettepanekut raamistliku loomiseks viljatusega seonduvale nõustamisele.

Dokumendi koostajate seisukoht on, et viljatusnõustamine peaks olema plaanitud ja oskustepõhine vaimse tervise teenus, mis eeldab spetsiaalset ettevalmistust kas teraapias või nõustamises ning viljatuse psühhosotsiaalse ning füüsiliste aspektide tundmist.

Convington, S. N., & Burns, L. H (Eds.). Infertility Counseling: A Comprehensive Handbook for Clinicians (Second edition). Cambridge University Press

Nõustamine viljatuse korral on valdkond, mis ühendab endas nii reproduktiivtervist, psühholoogiat, kui ka reproduktiivmeditsiini. Ehkki kõigil viljatusravi spetsialistidel on võimalus pakkuda

viljatusravi patsientidele muu hulgas ka psühholoogilist tuge põhimõttel "ravi patsienti, mitte haigust", on siiski tugevnenud koostöö erinevate valdkondade vahel tervishoius. Seeläbi on reproduktiivmeditsiinilises praktikas 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)

Täendavad teemad: Lisa 3. Valitud mudelite lühikäitavad olulisematest punktidest ja või soovitud psühhosotsiaalse kriisiniõustamise kontekstis

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

1. Lähisuhte vägivalda risk
2. Ante- ja postnataalne depressiooni risk
3. Rasedusaegne ja sünnitusjärgne ärevus
4. Kaasuvad haigused ning varasema ja käesoleva rasedusega seonduvaid rasedusriske mõjutavad seisundid
5. Rasedusaegne ja sünnitusjärgne riskikäitumine
6. Tüüristunud sünnitus
7. Planeerimata rasedus ja raseduse katkestamine
8. Erivajadusega laps
9. Viljatus

Näidustused 1-7.

Rasedusaegse ja sünnitusjärgse vaimse tervise teenuse osutamise kogemus Inglismaa ja Wales'i praktikas. (<http://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0598/documents/antenatal-and-postnatal-mental-health-update-full-version2>)

Inglismaal ja Walesis on koostamisel juhised vaimse tervise teenuste osutamiseks sünnituseelsel perioodil. Üheks väljakutseks, millega sünnituseelse ja järgse vaimse tervise probleemidega naistele raviteenuste osutajad silmitsi seisavad, on raviteenuste hulk, mida naised sel perioodil kasutavad. See nõuab tihedat suhtlemist ja kooskõlastatud raviplaan üksikisiku tasandil, aga ka efektiivse kollaboratiivse töökorralduse saavutamise eesmärgil teenusetasandil erinevate osapoolte vahel, sh esmatasandi arstiabi osutajad (perearst, koduvisiite tegev terviseõde, psühholoogilise teraapia teenuse osutaja ning nõustaja), rasedus- ja sünnitusteelsete osutajad (ämmaemand ja sünnitusabi-arst) ja vajadusel teisese tasandi vaimse tervise teenuste osutajad, ning lisaks veel sotsiaalteenuste pakkujad ning sõltumatu sektor ja vabatahtlik sektor. Kogu see raviteenuste osutamise võrgustik peab arvestama mitte ainult naise ja lapse vajadustega, vaid ka teiste pereliikmete ja hooldajatega. Seda võeti arvesse ka Suurbritannia tervishoiusüsteemi raviprogrammide lähenemise väljatöötamisel (Tervishoiuministerium 1999, 2008).

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

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

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

Näidustus 7. *Abordi statistika võrdlus Eesti ja muu maailm.*

Eestis alates 1992. aastast abortide arv väga kiiresti vähenenud: 1992. aastal oli aborte 28 403 (sh legaalselt indutseeritud ehk meditsiinilisi aborte 25 803), 2013. aastal aga 7658 aborti (sh legaalselt indutseeritud ehk meditsiinilisi aborte 5811) (Tervise Arengu Instituut, <http://www.tai.ee/et/tegevused/registrid/meditsiiniline-sunniregister-ja-raseduskatkestus-andmekogu/statistika>). Vt. lisaks <http://uudised.err.ee/v/eesti/95adfab6-090c-46bd-866c-d58457208a51>. Languse peamiseks põhjuseks on rasedustumisvastaste vahendite kättesaadavus alates 1990. aastate algusest, samuti teabe ja teenuste levik ning kohustusliku seksuaalhariduse süstemaatilisem andmine Eesti koolides alates 1996. aastast.

Samas lubab mitmete maade (Põhjamaade, Hollandi, Belgia) kogemus eeldada, et soovimatuid ja planeerimata rasedusi saab olla veelgi vähem (Sedgh et al., 2011).

Rahvusvaheliselt on tunnustatud seisukohad, et seksuaaltervise teenused peavad olema võimalikult hästi kättesaadavad, eakohased ja mittediskrimineerivad. EN Parlamentaarse Assamblee komisjoni raport (Council of Europe. Parliamentary Assembly. Committee on Equal Opportunities for Women and Men. Access to safe and legal abortion in Europe, 2008, vt. <http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta08/eres1607.htm>) viitab uuringutele, mis näitavad, et nn järelemõtlemisperiood ja kohustuslik nõustamine, mis on rohkem kasutusel Lääne-Euroopa maades, peaks minimeerima kiiresti ja mõtlematult tehtud otsuste osakaalu.

Eesti kogemuse põhjal oleme seisukohal, et mis tahes raseduspuhuse nõustamise või tegevuse puhul tuleb järgida professionaalsuse, neutraalsuse, eetika ja inimõigustega seotud põhimõtteid. Nõustamine peab alati olema neutraalne – naise rasedust võib katkestada üksnes tema enda soovil. Keegi ei tohi sundida ega mõjutada naist oma rasedust katkestama (ega ka sünnitama), vaid naisele tuleb selgitada kaasnevaid riske ja püüda leida ühiselt sobivam lahendus. Rasedusega seotud psühholoogilise nõustamise esmaseks eetiliseks aluseks on selle vabatahtlikkus.

Psühhosotsiaalset kriisinõustamist viib läbi vastavat erialalist ettevalmistust omav spetsialist, kes tegutseb oma eriala (vt raseduskriisi nõustaja kutsestandard) reeglite järgi. Otsuse raseduse katkestamise/katkestamata jätmise kohta võtab vastu naine, lähtudes oma tervislikust seisundist, sotsiaalsetest, majanduslikest või muudest väga isiklikest aspektidest.

Hollandi praktika (www.ngva.nl) raseduse katkestamisega seotud esmatasandi vaimse tervise teenused. Alates 1984 a. on Hollandis lubatud rasedust katkestada haiglates ja abordikliinikutes mis on litsentseeritud The Termination of Pregnancy Act (Waz25) all. Hollandis on 95 litsentseeritud haiglat ja 16 litsentseeritud abordikliinikut kellest 9-1 on luba katkestada rasedust ka raseduse II trimestril.

Riskigruppi kuuluvad: alaealised rasedad. Suhe raseduse katkestamisel sünnitusega on 2:1. Naised alates 20. eluaastast kuuluvad peamiselt kahte suurde riskigruppi: immigrandid I ja II põlvkond ja esmakordsed katkestajad (2/3 kõikidest raseduse katkestajatest).

Hollandis pöörduvad naised kliinikutesse või haiglatesse kas omal algatusel (16% kogupöördujatest) või saadetuna perearstide ja günekoloogide poolt. Reeglina pakutakse naisele enne raseduse katkestamise protseduuri 5 päevast aega oma otsuse kaalutlemiseks (v.a medikamentoosse aborti korral, kuida kas siis võtavad 2/3 naistest endale järelemõtlemiseks aega kohati isegi rohkem).

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

Hollandis on aborti legaliseerimisest alates läbi viidud küllaltki vähe uuringuid, mis käsitleksid naise heaolu raseduse katkestamise korral võrrelduna normaalse kuluga raseduse lõpulekandmisega. Küll aga on läbi viidud uuringuid naise ja tema partneri heaolu kohta peale raseduse katkestamist loote patoloogia tõttu. Keskmiseslt 20% naistest Hollandis on raporteerinud 12 kuu möödudes raseduse katkestamisest leina, kaotusvalu, depressiooni ja ärevust.

Inglismaa mudel. Inglismaal selleks, et pöörduda NHS (Riiklik Tervise Teenus) poolt pakutavale aborditeenusele, tuleb eelnevalt saada saatekiri perearsti käest. Võimalik on saada saatekiri abordile ka läbi kontratseptsiooni kliiniku, alla 25 a. vanused naised ka läbi noortenõustamisteenuste. Järgmine samm on saada esimene kohtmine abordikliinikusse või -haiglasse, kus jagatakse vajalikku informatsiooni ja räägitakse vajadusel asjad veelkord üle. Viimase astmena antakse vastuvõtu aeg haiglasse või kliinikusse, kus raseduse katkestamine läbi viiakse.

Alternatiivselt on võimalik pöörduda ka sõltumatute abordiorganistatsioonide juurde, nagu bpas (the British Pregnancy Advisory Service) või Marie Stopes. Nende tegevust toetab samuti NHS.

Enamus aborditeenust pakkuvad insitutsioonid pakuvad ka abordieelset nõustamist, juhul, kui klient tunneb, et vajab abi seoses erinevate tunnetega või murega.

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

Iga naise kogemus on unikaalne. Naised saavad küsida psühholoogilist tuge oma perearsti, ämmaemanda või kontratseptsioonikliiniku kaudu. Võimalik on ka iseseisvalt pöörduda otse NHS nõustamis- ja tugiteenusele, leides läbi NHS kodulehe endale logistiliselt lähima nõustamiskoha. (<http://www.nhs.uk/Livewell/Sexualhealth/Pages/Abortionyouroptions.aspx>)

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

<http://www.nhs.uk/Conditions/Abortion/Pages/Risks.aspx>

Näidustus 9.

Viljatus. Nõustamine viljatuse korral teiste maade praktikas

European Society of Human Reproduction and Embryology on välja andnud juhendi viljatusnõustamiseks

(<http://www.eshre.eu/~media/emagic%20files/SIGs/Psychology/Guidelines.pdf>)

Juhendis on välja toodud nõustaja alusharidus ja väljaõppe erinevates maades. Nt. Inglismaal eeldatakse nõustajalt lisaks spetsiifilisele väljaõppele vastavat riiklikule regulatsioonile minimaalset nõustamisalast kvalifikatsiooni, mis kohaldub psühholoogilise nõustaja või sotsiaaltöötaja taseme ja/või vastavate akrediteeringuga.

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

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

Eestis on läbi viidud 2005 aastal uurimus Virzinja Kotkase poolt, kus ta uuris viljatusravi kliinikute lõikes tahtmatult viljatute ja/või viljakushäiretega inimeste/paaride psühholoogiliste probleemide esinemist. Autor tundis huvi tulemuste sarnasuse/erinevuse vastu võrreldes maailma praktika andmetega tahtmatult viljatute psühholoogiliste toimetulekuviiside ja raskuste kohta.

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

Näidustus 2-6.

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

Näidustus 2-8. Šveitsi riiklikul tasemel toetatakse psühhosotsiaalset raseduse nõustamist, pöörates erilist tähelepanu nii naise psüühilisele tasakaalule kui ka paaritasandlile. Tegeletakse ka lapseootel perede hindamisega (ametialane, finants olukord, paarisuhte olukord, vanemlikud oskused), et ärahoida ja avastada varakult probleemid, mis võivad mõjutada tulevase lapse elu.

Näidustus 2-8. Saksamaal on üleriigiline programm, mis pöörab tähelepanu nii lapseootus ajale kui ka sünnitusjärgsele ajale. Pakutakse nii meditsiinilist kui ka psühhosotsiaalset nõustamist lapseootuse ajal ja ka planeerimata või soovimatute raseduste korra.

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

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

Rasedusaegse nõustamise teematikat hõlmavates meditsiinilistes teadusartiklites domineerib ema vaimse tervise (maternal mental health) mõiste, mis on Maaailma Terviseorganisatsiooni (WHO, 2008) 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.

edasemaks rasedusaegseteks psüühikahäireteks loetakse antenataalset-ja postnataalset depressiooni ning erinevaid ärevussümptomitega kulgevaid seisundeid. Andmed depressiooni haigestumise riski kohta raseduse ajal või vahetult selle järgselt on eri riikide läbilõikes suhteliselt varieeruvad. Üldiselt arvatakse, et ligikaudu üks viiest lapseootel või äsjasünnitanud naisest kannatab rasedusaegse ja/või -järgse depressiooni sümptomite all. Kuna vastavad andmed Eesti Vabariigi rasedate/sünnitajate kohta puuduvad, siis võib vaid spekulatiivselt eeldada, et ühe kalendriaasta jooksul (ca 13 500 sünni 2013. aastal) on ca 2700 lapseootel/sünnitanud naist raseduse või sünnitusega seotud depressiivses seisundis. Nimetatud näitajale võib lisada ka ärevushäire spektrisse kuuluvate seisunditega naisi, keda statistiliste andmete kohaselt on umbes 27% kõikidest rasedatest/sünnitajatest. (Dennis, 2005)

Kuna haigustunnused võivad ilmnedagi igal lapseootel naisel igas raseduse faasis ja ka vahetus sünnitusjärgses perioodis, siis kõik rasedusega arvele võetavad naised vajavad skriiningut eelnimetatud seisundite suhtes. (Eros & Hajos, 2011)

Siinjuures on oluline suurendada erinevate nõustamisteenuste sh raseduskriisinõustamise kättesaadavust ja kvaliteeti. Vahetult lapse sünnile eelnev ja järgnev aeg on periood, mil vanemad on rohkem vastuvõtlikud ja motiveeritud vanemluselase info saamiseks, mistõttu tuleb sel ajajärgul vanematele suunatud teenuseid enam arendada. Lk 23

Laste ja perede arengukava (link: [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed ja pered/laste ja perede arengukava 2012 - 2020.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/laste_ja_perede_arengukava_2012_-_2020.pdf))

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

Loome uue teenuse. Taotleme psühhosotsiaalse kriisinõustamise teenust pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal

3.7. teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega;

Teenus ei asenda kehtiva loetelu teenuseid.

Käesolevalt vastutavad EV-s raseda tervisliku seisundi jälgimise eest ämmaemandad, perearstid ja/või pereõed, günekoloogid, kelle kohustuste hulka kuulub teoreetiliselt ka naiste rasedusaegne/-järgne nõustamine. Raseduskriisi mõiste hõlmab praegusel ajahetkel (2014.a) valdavalt somaatilisi seisundeid, mis võivad kujutada potentsiaalset või reaalselt ohtu nii ema kui ka loote tervisele. (vt Raseduse jälgimise juhend. Eesti Naistearstide Seltsi ravijuhend, 2011; <http://rasedajalgimine.weebly.com/>)

Praktikas on teenust osutatud projekti põhiselt (alates 2007.a) ning raseduskriisi tuvastamine on toimunud vastavalt sellele kuidas raseda või vastsündinud emaga kokku puutuv spetsialist (neonatoloog, günekoloog, ämmaemand, perearst) oskab märgata muutusi ema meeleolus, käitumises ja toimetulekus ning suunata ema vaimse tervise spetsialisti konsultatsioonile.

Lähitulevikus näeme psühhosotsiaalse kriisinõustamise teenuse osutamise vajadust tervishoiusüsteemis laiemalt - teenus hõlmaks naise tervist läbi elukaare (Lisa 4. Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal - käesolev tegevus ja koostöö-arenguvõimalus).

Regionaal- ja keskhaiglates ning maakondlikes tervishoiuasutustes vajavad sarnase suunitlusega (psühhosotsiaalset nõustamist) väga erinevate probleemidega igas eas naised. Tuleviku eesmärk on luua tervishoiuasutustesse nõ meekonnad kuhu kuuluvad lisaks raseduskriisi nõustajatele ka tervishoiu sotsiaaltöötajad, hingehoidjad, vaimse tervise õed jne. (vt punkt 7.2).

Lisaks ambulatoorsele ja statsionaarsele tegevusele on raseduskriisi nõustajate spetsiifiline valmisolek anda abi erakorraliselt naistekliinikus. Just kriisiabi on oma olemuselt erakorraline abi ja valves oleval meedikul ei ole sageli patsiendi vajaduste kaardistamine ja abistamine võimalik teiste töökohustuste tõttu. Samas algab kriisist väljatulek esimesest inimesest, kellega kokku puututakse.

Teenuse ei asenda kehtiva loetelu teenuseid kuid seos ja koostöövõimalused teiste nõustavate erialadega on olemas.

Ämmaemand - üheks paljudest ämmaemanda töö ülesannetest on nõustada naisi raseduse ja sünnituse ajal, sünnitusjärgsel perioodil ning günekoloogiliste probleemide lahendamisel. Lisaks osaleb ämmaemand tervisekasvatases ja pereplaneerimises üksikisiku, perekonna ja ühiskonna tasandil.

Sotsiaaltöötaja - töö eesmärk on sotsiaalsete probleemide tekkimise ennetamine ning isikute abistamine juba tekkinud probleemide lahendamisel. Teenuse osutamise käigus teavitatakse isikut või perekonda tema sotsiaalsetest õigustest, võimalikest sotsiaalsetest teenustest ja toetustest, otsitakse isikuga koostöös lahendusi tema sotsiaalmajandusliku funktsioneerimise ja seega iseseisva toimetulekuvõime parandamiseks.

Hingehoidja - nõustaja, kes on lisaks teoloogilisele haridusele saanud psühholoogilise ja sotsiaaltöölase ettevalmistuse tööks haigetes, kriisis või surevate inimestega. Hingehoidja hoolitseb inimese kui terviku eest, keskendudes eksistentsiaalsetele ja usulistele teemadele.

4. Teenusest saadav tulemus ja kõrvaltoimed

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

Rasedus on oluline sündmus nii naisele kui ka teda ümbritsevatele pereliikmetele ning toob endaga kaasa olulisi füsioloogilisi, psühholoogilisi ja elukorralduslikke muutusi, pannes proovile raseda adapteerumisvõime. Üldjuhul osutuvad kõik ema või lapse kehalise tervisega seotud probleemsed olukorrad pikemas perspektiivis naise ja/või lapse psüühilise seisundi mõjutajateks. Rasedus- ja sünnitusjärgset perioodi loetakse naise elus enim haavatavaks ajajärguks psühhiaatriliste häirete avaldumiseks. Soodsa pinna vaimsete häirete kujunemiseks loovad nii reproduktiivhormoonide

taseme nihked naise organismis kui ka mitmed psühhosotsiaalsed faktorid. (Dennis, 2005; Marcus et al., 2003)

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 sünnitusjärgselt (RR 0,70, 95% CI 0.60–0.81).
Teenuse käsitlemine nii ambulatoorse, statsionaarse kui ka erakorralise teenusena on põhjendatud, sh hoiab ära kontakti katkemist ja loob järjepidevuse.	Kui rasedusaegse kriisi tõttu abi saanud rasedast on saanud sünnitanu ja vastsündinu ema, kes jätkuvalt abi vajab, on soovitatav tagada see samas asutuses, kus abi andmine algas va. juhul kui ema ise ei soovi pöörduda järgmisesse etappi. Seda eelkõige põhjusel, et psühholoogilise abi aluseks olev usalduslik kontakt ei katkeks põhjendamatute korralduslike probleemide tõttu.
Rasedusaegses/järgses kriisilukorras naise primaarperekonda kuuluvad isikute, sh teiste laste toimetulek paraneb.	Juhindudes faktist, et ema heaolu on kogu perekonna sujuva funktsioneerimise aluseks on vajalik pöörata tähelepanu ka naist ümbritsevatele lähedastele. Kirjanduse andmetel ligi 10% masendunud lapseootel naise partneritest vaevleb depressiivse sümptomaatika käes. Nimetatud probleemi tähelepanuta jätmine omab sageli negatiivset mõju nii paarisuhte kvaliteedile kui ka emotsionaalse sideme formeerumisele vastsündinuga.
Teadlikkuse tõstmine ja esmane preventatsioon on edukas.	Teadlikkuse tõstmine (broüürid, 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.
Traumaatilise sünnitukogemuse psühhosotsiaalne mõju naisele ja tema lähedastele väheneb.	Traumaatiline sünnitukogemus avaldab olulist psühhosotsiaalset 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.
Võimaliku koduse vägivalla esinemise märkamine ning	Kõige suurem risk vägivalla kogemisest raseduse ajal on rasedusele eelnev vägivalla kogemine. Raseduse ajal võib esineda

<i>kohane sekkumine ante- ja perinataalsel perioodil suureneb.</i>	<i>muutust ka vägivalda mustris, kus varem vägivalda kogenud naised kogevad raseduse ajal rohkem verbaalset ja seksuaalset vägivalda. Vägivalla riski raseduse ajal suurendab ka naise majanduslik sõltuvus oma partnerist ja pere rahalised probleemid, töökaotus jms. Vägivalla kogemine raseduse ajal on eriti ohtlik, kuna see avaldab negatiivset mõju nii ema tervisele kui ka veel sündimata lapse heaolule.</i>
<i>Kulude kokkuhoid</i>	<i>Avastamata ja ravimata vaimse tervise häired ning seda soodustavad riskitegurid halvendavad patsientide ravitulemusi, pikendavad haiglaravi, suurendavad kulutusi.</i>
<i>Naise ja mehe viljatuse ja viljatusraviga seotud psühholoogiliste probleemide õigeaegne äratundmine suureneb ja sekkumine paraneb</i>	<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>
<i>Imetamise kestus suureneb.</i>	<i>Mitmed rasedusaegsed ja sünnitusjärgsed ema vaimse seisundiga seotud probleemid olukorrad raskendavad ema adapteerumist. Psühhosotsiaalne nõustamine paralleelselt imetamise nõustamisega mõjutab suure tõenäosusega imetamist positiivselt.</i>

4.2 teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused, nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiivide kõrvaltoimetega:

Kuna ravi (medikamentosset või II tasandi sekkumist) ei teostata, siis ei kirjeldata ka ravi kõrvaltoimeid (smane ja teisene ennetustöö)

P tabeli uuringu jrk nr.	3.2. Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused	Taotletav teenus	Alternatiiv 1 -	Alternatiiv 2 -

4.3. punktis 4.2. ja 3.5 esitatud kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi kirjeldus (kasutatavad tervishoiuteenused ja/või ravimid (k.a ambulatoorsed ravimid));

Kuna ravi (medikamentoosset või II tasandi sekkumist) ei teostata, siis ei kirjeldata ka ravi kõrvaltoimeid (esmane ja teisene ennetustöö)

4.4. taotletava teenuse osutamiseks ja patsiendi edasiseks jälgimiseks vajalikud tervishoiuteenused ja ravimid (s.h ambulatoorsed) vm ühe isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni ning võrdlus punktis 3.5 nimetatud alternatiividega kaasnevate teenustega;

1. Lepib kliendi/patsiendiga kokku raseduskriisinõustamise ajakava, lähtudes tema vaimse tervise seisundist, majanduslikest ja/või sotsiaalsetest vajadustest.
2. Konsulteerimine vms, mis vastavad patsiendi vajadustele ja temaga tehtud hindamiste tulemustele.

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

Reageerib kriisiväljakutsetele ja sekkub ööpäeva jooksul.

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

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

4.6. patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele;

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

5. Vajadus

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

Nõustamise ajaline piir lapse 3. aastaseks saamiseni.

Avastamata ja ravimata vaimse tervise häired ning seda soodustavad riskitegurid halvendavad patsientide ravitulemusi, pikendavad haiglaravi, suurendavad kulutusi.

Eesti:

Tabel 3 IVF protseduuride arv 2010-2013

		Vanusrühmad kokku	18–25	26–30	31–35	36–40	41–45	46–50
IVF protseduuride arv	2011	1966	70	481	666	610	120	19
	2012	1874	69	387	561	693	142	22
	2013	1909	102	387	589	658	151	22

Tabel 4

Aasata	Elussünnid	RKN	Aborte	Abortide arv 100 elussünni kohta
2010	15780	5010	9087	44,7
2011	15930	5075	8654	45,4
2012	14728	4438	7915	43,1
2013	14021	3738	7606	42,7

Tabel 5

Eesti:

2010-2013	2010		2011		2012		2013	
	Arv	%	Arv	%	Arv	%	Arv	%
Kokku	15992	100	14941	100	14415	100	13984	100
Elussünnid	15924	99,6	14881	99,6	14370	99,7	13932	99,6
Surnult-sünnid	68	0,4	60	0,4	45	0,3	52	0,4
sh antenataalne surm	55	0,3	56	0,4	37	0,3	45	0,3
intranataalne surm	12	0,1	4	0	8	0,1	6	0
aeg täpsusta-mata	1	0	0	0	0	0	1	0

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

Hollandis on skriiningu põhjal avastatud, et iga 4 raseduse katkestaja on olnud oma otsuses pigem ebakindel ja neist 50% raporteeris, et nad ei olnud oma kahtlusi avatult väljendanud ja nad oleksid vajanud õigeaegset ennetavat sekkumist. (www.ngva.nl)

Taillieu & Brownridge (2010) koostatud meta-analüüsis (N=18) kirjeldati naistevastase vägivalla esinemist raseduse ajal, vägivalla mustreid ning riskifaktoreid (uuritud rasedate naiste arv kokku ligikaudu 108 000). Erinevate uuringute põhjal on füüsilise vägivalla esinemissagedus 0,9-30%, vaimse vägivalla esinemissagedus 1,5-42% ja seksuaalse vägivalla esinemissagedus 1-3,9%. (Taillieu & Brownridge, 2010)

Levendosky et al. (2006) intervjuerisid 18-40 aastaseid naisi kahel korral: raseduse 3-l trimestril (N=206) ja lapse 12-kuuseks saades (N=187), kes olid oma raseduse jooksul vähemalt 6-nädalat kestnud suhtes. Raseduse ajal kogesid vägivallaga ähvardamist 58% intervjueritud naistest, füüsilist vägivalda 26% intervjueritud naistest, seksuaalset vägivalda 16% intervjueritud naistest.

Howard et al. (2014) 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 - posttraumaatiline stress-häire võib tekkida naisel pärast traumaatilist sünnituskogemust või rasedusaegselt või enne rasedust kogetud traumaatilise kogemuse tõttu. PTSD väljakujunemine sünnitusjärgselt on hinnanguliselt 1-2% sünnitanutest, kuid sümptomaatika esinemist sünnitusjärgselt väljendatakse oluliselt rohkem. (Howard et al., 2014)

Erinevatele uuringute kohaselt võib sünnitusjärgne PTSD välja kujuneda 1,5 - 5,6% juhtudest, kuid vähemalt osalist sümptomaatikat võib esineda sünnitusjärgselt kuni 32,1%-l. (Fenech'i ja Thomson'i, 2014)

Ramezanzadeh et al., (2004) uurisid ärevuse ja depressiooni esinemise seost viljatuse kestvusega. Uuringus osales 370 naist (vanuses 17-45), viljatuse kestvusega 1-20 aastat. Tulemused näitasid, et kõikidest uuringus osalenud patsientidest esines depressiooni 40,8% juhtudest ja ärevust 86,8% juhtudest (Ramezanzadeh et al., 2004)

Need sagedused on tõenäoliselt sarnased ka Eestis. Kuna seni on raseduskriisi nõustamine kui esmatasandi Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal Haigekassa projektipõhise teenusena kättesaadav paljudes, kuid mitte kõigis maakondades, on patsientide arvu meil raske prognoosida. Tervisetatistika järgi oli 2013 Eestis 14021 elussündi ja 7606 raseduse katkestamist. Seega vajaks rasedusaegset ja sünnitusjärgset psühhosotsiaalset kriisinõustamisteenust näidustuste:

1. Lähisuhte vägivalda risk
2. Ante- ja postnataalne depressiooni risk
3. Rasedusaegne ja sünnitusjärgne ärevus
4. Kaasuvad haigused ning varasema ja käesoleva rasedusega seonduvaid rasedusriske mõjutavad seisundid
5. Rasedusaegne ja sünnitusjärgne riskikäitumine
6. Türistunud sünnitus
7. Planeerimata rasedus ja raseduse katkestamine
8. Erivajadusega laps

korral vähemalt 1500 rasedat, neist 150 lapseootel naise partnerit (senise Eesti nõustamiskogemuse põhjal pöörduv nõustamisele keskmiselt 10 % mehi kõikidest teenust saanud isikutest)

7. Planeerimata rasedus ja raseduse katkestamine

korral vähemalt 1900 lapsootel naist (vajadusel koos partneriga)

9. Viljatus

korral keskmiselt 1600 naist koos partneriga.

Ilmselt sõltub patsientide arv teenuse kättesaadavusest ja teenuse integreeritusest tervishoiuasutustesse

Seni on puudunud Eestis üks ühtne skriiningu meetodika ja mõõdikud, mille põhjal saaksid tervishoiutöötajad selekteerida teenusevajad. Selekteerimist toetavad mõõdikud on kavas välja töötada 2015. aasta jooksul toetudes teistes maades kasutatavale tõendus põhisele meetodikale ja parimale praktikale.

Oluline on ka silmas pidada, et tegemist on ühelt poolt sekkumisega kriisiolukorras, mistõttu mängib siin rolli ka teatav ettemääramatuse faktor. Teisalt võimaldab teenus preventiivset sekkumist ja riskifaktorite alandamist, millest lähtuvalt on võimalus, et teenust vajavate inimeste arv aastas on suurem seni teenust saanutest. Senise praktika põhjal Eestis saame prognoosida patsientide arvuks esialgselt siiski 2000 klienti. Korduvnõustamise vajadus on vastavalt senisele praktikale nõustamispraktikale Eestis keskmiselt 2,5 1-le esmanõustamisele.

Tabel 6 Hinnagulised teenust saavate isikute mahud 2016 - 2019

Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal 2016	Patsientide arv aastal 2017	Patsientide arv aastal 2018	Patsientide arv aastal 2019
1	2	3	4	5
<i>Kokku kõik näidustused kokku (ambulatoorsed vastuvõetud ja statsionaar)</i>	2000	2500	3000	3000
<i>Kriisiväljakutsed</i>	200	250	300	300
<i>Kiisitelefoni</i>	366	365	365	365
<i>e-nõustamine</i>	100	100	150	150
<i>skype-nõustamine</i>	50	50	100	100

*t – taotluse menetlemise aastale järgnev aasta;

teenuse mahu prognoos ühe aasta kohta 4 järgneva aasta kohta näidustuste lõikes

Tabel 7 Hinnagulised nõustamiskordade mahud 2016 - 2019

Teenuse näidustus	Teenuse maht aastal 2016	Teenuse maht aastal 2017	Teenuse maht aastal 2018	Teenuse maht aastal 2019
1	2	3	4	5
<i>Kokku kõik näidustused (ambulatoorsed vastuvõetud ja statsionaar)</i>	5000 (2000x2,5)	6250 (2500x2,5)	7500 (3000x2,5)	7500 (3000x2,5)
<i>Kiisiväljakutsed</i>	200	250	300	300
<i>Telefoninõustamine valvapäeva järgi</i>	366	365	365	365

e-nõustamine	150	150	200	200
skype-nõustamine	100	100	150	150

6. Taotletava teenuse kirjeldus

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

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

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

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

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

6.3. teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes;

Psühhosotsiaalne kriisinõustamine ambulatoorselt ja statsionaaris sisaldab:

1. Psühhosotsiaalse kriisinõustamise vajaduse määramist

- *anamneesiga tutvumist, info kogumist pöördumise põhjuste ja vajaduste kohta kliendilt/patsiendilt, pereliikmetelt ning teistelt spetsialistidelt;*
- *saadud info analüüsimist ja struktureerimist (tugivõrgustik);*
- *patsiendi vajadustest lähtuvate eesmärkide ja ajakava püstitamist.*

2. Kliendi/patsiendi seisundi ja olukorra hindamist

- *patsiendi vaimse tervise seisundi, majandusliku ja/või sotsiaalse toimetuleku hindamist, lähtudes patsiendi probleemist;*
- *hindamistulemuste analüüsimist ja tõlgendamist, patsiendi probleemi määramist ja sõnastamist;*
- *erinevate intervjuerimistehnikate ja tõenduspõhiste hindamisvahendite kasutamist.*

3. Kriisialast nõustamist ja sekkumist

- *patsiendiga nõustamise ajakava kokku leppimist lähtudes tema vaimse tervise seisundist, majanduslikest ja/või sotsiaalsetest vajadustest;*
- *konsulterimist, vastavalt patsiendi vajadustele ja temaga tehtud hindamiste tulemustele;*
- *vajadusel eesmärkide saavutamiseks patsiendi pereliikmete ja/või tugivõrgustiku ning teiste spetsialistide kaasamist*
- *individuaalset nõustamist, lähtudes patsiendi probleemidest ja rakendades situatsioonist lähtuvalt probleemile suunatud sekkumisi (nt toetava keskkonna kujundamine, jõustamine jm), kasutades tõenduspõhiseid meetodeid;*

4. Teabe jagamist

- *teabe andmist patsiendile arusaadaval viisil;*

- patsiendi kohta töö kokkuvõtete kirjutamist teenuse suunajale või ametlikesse dokumentidesse, kasutades korrektset erialast terminoloogiat ja riigikeelt;
- kokkuleppel patsiendiga ja lähtuvalt eetikakoodeksist (www.rasedus.ee) tagasiside andmist teistele spetsialistidele jt infot vajavatele isikutele ja organisatsioonidele.

Psühhosotsiaalse kriisinõustaja konsultatsiooni pikkus ambulatoorselt jaguneb:

1 tundi esmane vastuvõtt

1 tund korduv vastuvõtt

1,5 tundi paari/pere nõustamise korral

Psühhosotsiaalse kriisinõustaja konsultatsiooni pikkus statsionaaris (sh erakorraline väljakutse) on keskmiselt 1 tund

Psühhosotsiaalne kriisinõustamise erakorraline väljakutse sisaldab lisaks eelpool toodud tegevustele :

- teavitamist vastavalt oma pädevusele ja volitustele kriisisituatsiooniga seotud isikuid, lähtudes teabest ja vajadusest;
- osalemist kriisiolukorra lahendamises vastavalt oma pädevusele ja volitustele, lähtudes kriisiabi põhimõtetest;
- nõustab kriisiolukorras, lähtudes kriisiabi põhimõtetest, nõustamisprintsipiidest ja heast tavast.

Kriisinõustamine on reeglina tunduvalt laiaulatuslikum ja spetsiifilisem ning erineb kõigist teistest nõustamise liikidest töö erakorralisuse ja ainulaadse iseloomu poolest. Näiteks võib erakorralise väljakutse korral toimuda nõustamine eemal tavapärasest nõustamiskeskonnast. Kriisihindamine ja sekkumine on suunatud patsiendi (k.a patsiendi tugivõrgustiku) hetkeolukorraga tegelemisele (sh ohutus ja esmased vajadused). Kriisisekkumine on suunatud sündmusega seotud stressi maandamisele, emotsionaalse toe pakkumisele ning abisaaja siin ja praegu toimetulemise strateegiate arendamisele.

Hetkel puudub ühtne raseduskriisi alane kriisinõustamise väljakutse juhend, kuid vajadus sellelaadse kompleksse juhendi järgi mis kirjeldab erakorralise väljakutse (tervishoiuasutusse) korralduslikku poolt on olemas. Teenust osutatakse enamasti haigla statsionaarses osakonnas.

Mõisted:

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

Väljasõidukorraldus - tervishoiuasutusest esitatakse teenuse osutaja valvetelefonile

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

Tabel 8. Erakorraliste kriisiväljakutsete arv viimaste aastate lõikes

Aasta	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Väljakutsete arv (kordades)	78	97	110	153	128	145

7. Nõuded teenuse osutajale

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

Psühhosotsiaalne kriisinõustamine pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal on ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutab raseduskriisinõustaja.

Psühhosotsiaalset kriisinõustamise teenust võib osutada sellekohase tegevusloaga äriühing, sihtasutus või füüsilisest isikust ettevõtja.

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

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

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

Tulevikuperspektiivis vajaks psühhosotsiaalse kriisinõustamise teenus täiendavat infrastruktuuri:

1. Haiglaväline psühhosotsiaalne kriisinõustamine: *Oluline on, et säiliks naise/perede võimalus vajadusel pöörduda psühhosotsiaalse kriisinõustaja vastuvõtule ilma saatekirjata. Seoses eelpool toodud vajadusega vajalik väljatöötada asjakohane skriining esmatasandi nõustamisteenuse vajaduse selgitamiseks.*

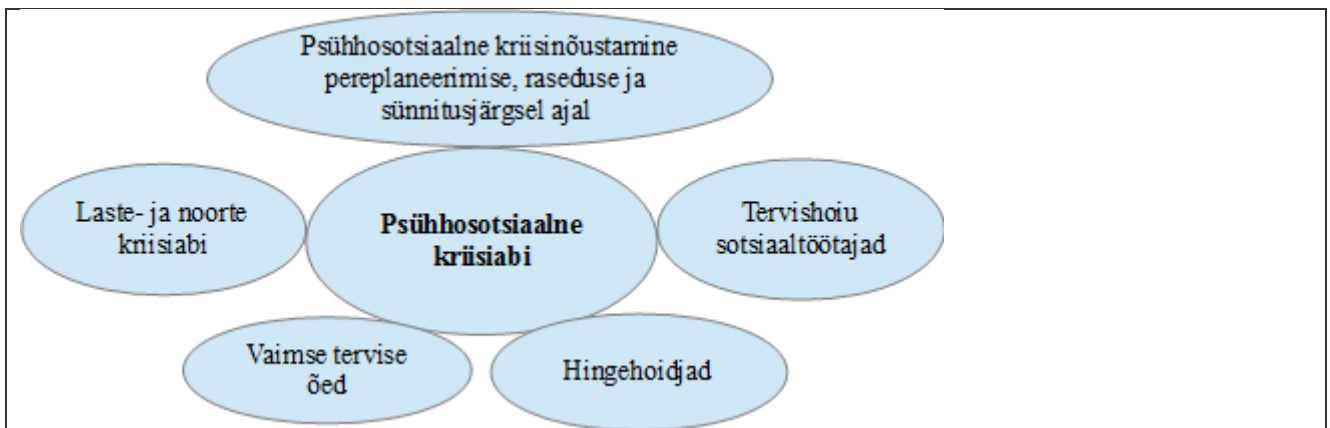
Esmatasandi tegevuste hulka kuuluvad: patsientide üldine vaimse tervise-alane nõustamine, samuti teatud ennetustegevused, näiteks perekooli loengud raseduskriisi teemal.

Teenuse üle-eestilist kohest kättesaadavust tagada ning kliendiga esmast kontakti aitavad luua kaasuvate teenustena telefoninõustamine kliendile tasuta telefoninumbril 8002008, e-nõustamine ja skype-nõustamine.

Teenuse osutamine sünnitusabis ja günekoloogias jaguneb haiglas osutatava, haiglavälise ja ning esmatasandi vahel. Samuti toetavad psühhosotsiaalse kriisinõustamisteenuse osutamist ämmaemandad, sotsiaaltöötajad, hingehoidjad, psühholoogid, psühhiaatrid, perearstid vastavalt oma kutsestandardile.

2. Pikemas perspektiivis on vajadus psühhosotsiaalse kriisiabi meeskondade loomise järgi haiglates (vt joonis 1.)

Joonis 1. Võimalikud koostöökohad psühhosotsiaalse kriisiabimeeskonna loomiseks



3. Lähitulevikus tuleb luua tingimused, kus raseduskriisinõustajad oleksid motiveeritud osutama psühhosotsiaalset kriisinõustamise teenust iseseisvalt või tervisekeskuste, perearsti praksise osana ning seda peamiselt maapiirkondades. On oluline, et kriisiabi oleks tagatud võimalikult elukoha lähedal. Sellest lähtuvalt tuleb leida erinevaid arengu- ja koostöövõimalusi psühhosotsiaalse kriisinõustamise teenuse raames laiemalt ka raseduskriisi nõustaja ettevalmistusega spetsialistide töös.

7.3. personali (täiendava) väljaõppe vajadus;

Raseduskriisi nõustaja koolituse läbinud isik on pädev osutama psühhosotsiaalset kriisiabi teenust pereplaneerimise, raseduse ja sünnitusjärgsel ajal. Raseduskriisi nõustaja töös on oluline koht enese erialasel täiendamisel ja eriala uusimate arengusuundadega kursis olekul. Tulevikus on vajalik raseduskriisi nõustajate õppe lisamine tervishoiukõrgkooli riiklikku õppekavva. Õppekava avamiseks on 2014.a koostatud raseduskriisi nõustaja kutsestandard (<http://www.kutsekoda.ee/et/kutsereregister/kutsestandardid/10544102/pdf/raseduskriisi-noustajata-se-6.1.et.pdf>), millega määratakse nõustaja kutsealane ettevalmistus.

Psühhosotsiaalse kriisinõustajate meeskonna loomine tervishoiuasutustes vajab personali värbamist kuhu kuuluvad sotsiaaltöötajad, hingehoidjad, vaimse tervise õed, ning teiste valdkondade kriisinõustajad, psühholoogid.

7.4 minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;

Veel ei ole kohaldanud

7.5. teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele.

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

Hetkel puudub spetsiaalne mõõdik, mille alusel saaks teenuse efektiivsust adekvaatselt hinnata. Väljundina võib küll kasutada nõustajate raporteid õnnestunud/õnnestumata juhtude kohta, kuid üldjoontes on tulemi korrektne määratlemine raskendatud. Toetudes teiste riikide praktikale võib abimõõdikuna kasutada seisundit objektiviseerivat skaalat. Siiani enam rakendust leidvaks

depressiooni sümptomaatika esinemist hindavaks küsimustikuks on osutunud EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) (Howard et al., 2014), mille eesti keelse versiooni koostamine ja kohandamine võiks olla üks 2015.a alaeesmärkidest.

8. Kulutõhusus

8.1. teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused;

Kood: PER0600

Ressursikategooria:

Muud spetsialistid kõrghariduse baasilt

Teenuse hind (ambulatoorselt ja statsionaarselt) sisaldab keskmiselt 1 tund nõustamisega, 1 tund kabinetikulu ja kaasuvaid teenuseid, s.t. kokku ligikaudu 20 € 1 tund. Sama hind on nii esmasel kui korduvnõustamisel. (Korduvnõustamise vajadus on vastavalt senisele praktikale nõustamispraktikale Eestis keskmiselt 2,5 1-le esmanõustamisele).

1,5 tundi paari/pere nõustamise korral

Erakorraline kriisiväljakutse (ambulatoorselt ja statsionaarselt) ligikaudu **40 EUR 1 tund**, mis sisaldab ka keskmist kaugusetasu. Kaugusetasu arvutamisel jagatakse väljasõidu keskmise pikkuse, väljasõitude keskmise arvu ja kütuse kulu korrutis kalendriaastas kalendrikuude arvuga.

Telefoninõustamisteenuse hind sisaldab valvapäevatasu - 15 EUR päev, kokku ligikaudu 5475 EUR aastas

Skype- ja e-nõustamistasu arvestatakse spetsialisti tööjõukulu tunnihind (12,47 EUR palgafond) jagatud nõustamisele kulunud tegeliku ajaga.

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

Töötajate brutopalka kuluna arvestatakse teenuse standardkulus järgmisi summasid:

- 1) arsti brutopalk on 9 eurot 31 senti tunnis;
- 2) õe brutopalk on 4 eurot 60 senti tunnis;
- 3) hooldustöötaja brutopalk on 2 eurot 32 senti tunnis;
- 4) muu kõrgharidusega spetsialisti brutopalk on 9 eurot 31 senti tunnis;
- 5) muu keskharidusega spetsialisti brutopalk on 4 eurot 60 senti tunnis.

[RT I, 29.12.2010, 20 - jõust. 01.01.2011]

Tööjõu kulu arvestamine

(1) Tööjõu kasutamise keskmise mahu arvestamisel lähtutakse ühe teenuse osutamiseks vajalikust töötajate arvust ja keskmisest tööajast, mis sisaldab otseselt teenuse osutamiseks ning ettevalmistamiseks vajalikku aega.

(2) Tööjõu kulu perioodis käesoleva jao tähenduses koosneb:

Tabel 9 Tööjõukulu arvestamine

Ressursi	Ressursi	Koolitus- ja	Bürookulu	Tööriiete	Juhtimiskulu
----------	----------	--------------	-----------	-----------	--------------

kood	kategooria	lähetuskulu aastas (EUR)	aastas (EUR)	kulu aastas (EUR)	aastas (EUR)
PER0600	Muud spetsialistid kõrghariduse baasilt brutopalk, 9,31 EUR; maksud brutopalgalt (sotsiaalmaks ja töötuskindlustusmaks), 3,16 EUR	223,69	204,52	31,96	1789,53

§ 50. Teenuse piirhinna arvutamine

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

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

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

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

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

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

Nõustamistelefon 8002008

Nõustamistelefoni valvapäeva hinna väljaarvutamiseks jagatakse tööjõu ja muude ressursside kulude summa kalendriaastas kalendriaasta päevade arvuga.

§ 46. Muude ressursside arvestamine

(1) Muud teenuse osutamisega seotud ressursid peaaraha piirhinna tähenduses on bürootarbed, kindlustus ja infotehnoloogia.

(2) Muud teenuse osutamisega seotud ressursid üleriigilise pereearsti nõuandetelefoni konsultatsiooni ja üleriigilise pereearsti nõuandetelefoni ööpäevaringse teenuse piirhinna tähenduses on nõustamistarkvara, nõustamiskeskuse tehniline infrastruktuur ja nõustamiskeskuse üldjuhtimisega seotud ressursid.

[RT I, 25.11.2011, 1 - jõust. 01.01.2012]

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

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

Tabel 10. Eelarve prognoos

Hinna kalkuleerimisel on esmaste ja korduvnõustamiste ning kriisiväljakutsete juures on arvestatud ligikaudu poolte nõustamiskordade kestuseks 1 tund ja poolte kestuseks 1,5 tundi. Tegelik hind sõltub esilekerkinud vajadusest.

Aasta	Hulk					Kulu aastas, EUR			Kulu kokku, EUR
	Esmane ja korduv 60 - 90 min.	Kriisi- välja- kutsed prognoo- sitavalt	Tele- foni- nõusta- mise valve- päev	e-nõus- tamine, skype- nõusta- mine	Esmane ja korduv, maksi- maalne kulu	Kriisi- Välja- kutsed progno- osita- valt	Telefoni- nõustamise valve- päevad	e-nõusta- mine, skype- nõusta- mine	
2016	5000	200	366	250	125000	10000	5490	3117,5	143607, 5
2017	6250	250	365	250	156250	14000	5475	3117,5	178842, 5
2018	7500	300	365	350	187,5	15000	5475	4364,5	212339, 5
2019	7500	300	365	350	187500	15000	5475	4364,5	212339, 5

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

Hind hõlmab kaasuvaid kulusid: personalile, ruumidele, asutuse üldkulusid ja ametkohaga, kommunikatsioonikulud seoses nõustamistelefoni, skype nõustamise ja e-nõustamisteenuse pakkumisega ning kriisiväljasõitudega seotud kulusid (näiteks transport).

Järgneva võrdlustabeli (tabel 9. hinnavõrdlustabel) koostamisel on valdavalt lähtutud Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu hinnakirjast <https://www.riigiteataja.ee/akt/123022013001>. Ühe arsti ametikoha optimaalse keskmise täiskoormuse ravijuhtude arvu arvestuse aluseks ambulatoorses eriarstiabis on keskmine vastuvõtu pikkus – 20 minutit (psühhiaatritel 50 minutit)

Tabel 9. Hinnavõrdlustabel

Teenus	Hind, €	Teenus	Hind, €
Eriarsti esmane vastuvõtt (u 20 min)	15,32	Ämmaemanda esmane vastuvõtt (u 60 min)	13,41
Eriarsti korduv vastuvõtt (u 15 min)	9,98	Ämmaemanda korduv vastuvõtt (u 30 min)	7,85
Psühhiaatriaõe vastuvõtt	12,43	Kliinilise psühholoogi vastuvõtt eriarsti suunamisel	22,31
Psühhiaatri vastuvõtt aktiivravi perioodis	21,66	Psühhoterapia seanss ühele haigele	23,58
Psühhiaatri vastuvõtt (alla 19-aastasele isikule)	32,45	Psühhoterapia seanss perele	31,38

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

Vastavad uuringud Eestis puuduvad

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

Teenus iseeneset ei tohiks teha kliendile lisakulutusi. Alternatiivsed võimalused on pöörduda erapraksises töötava psühholoogilise nõustaja või psühholoogi poole, kus varieerub hind 25 - 40 eur vahel.

Teise tasandi spetsialisti poole on võimalik pöörduda ainult näidustuste korral ja sinna võivad olla ka pikad järjekorrad, mis viiksid vastuollu näidustustega kriisilukorras vajamineva kriisinõustamise olemusega: kohene lühiajaline sekkumine jne.

9. Omaosalus

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

Patsiendi valmisolek ise teenuse eest tasuta on minimaalne, kuna tegemist on ennetava kriisialase sekkumisega ja see peaks olema vajadusel kõigile võrdse võimalusena kättesaadav. Pigem on oluline investeerida patsientide teadlikkuse tõstmisesse käesoleva teenuse kasutamiseks, kuna selle kvaliteedist ja kättesaadavusest sõltub suures osas ka rahva tervis.

Seda seisukohta toetab rahvusvaheline uuring psühholoogilise ja sotsiaalse tugiteenuse arendamise ja kättesaadavuse tagamise kohta, mis viidi läbi kolmes maas - Suur-Britannias, Hispaanias ja Austrias (Leonardo da Vinci Partnership, 2010). Muu hulgas räägib uuring ligipääsu võimaldamisest teenusele, teenuse usaldusväärsusest ning hindamiskriteeriumitest. Uuringu käigus jõuti tulemuseni, et psühholoogiline ja sotsiaalne tugiteenus kriisi olukordades peaks olema elanikkonnale võimalikult kättesaadav ning seetõttu olema toetatud pigem teiste rahastusskeemide või fondide kaudu, sihtrühmale peaks teenus olema tasuta.

10. Esitamise kuupäev	31.12.2014
11. Esitaja nimi ja allkiri	Kaia Kapsta-Forrester /allkirjastatud digitaalselt

12. Kasutatud kirjandus ja allikad

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.

Cole-Lewis, H. J., Kershaw, T. S., Earnshaw, V. A., Yonkers, K. A., Lin, H., & Ickovics, R. (2014). Pregnancy-specific stress, preterm birth, and gestational age among high-risk young women. *Health Psychology*, 33, 1033-1045.

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>

Dutch Association of Abortion Specialists (www.ngva.nl)

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.

Dennis, C.L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: Systematic review. *British Medical Journal*, 331:15
doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7507.15>

Eros, E., & Hajos, A. (2011). Prevention of perinatal depression and anxiety with periconceptional care. *Orvosi Hetilap*, 52, 903-908.

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.

Gerhardt, S. (2004). *Why love matters. How affections shapes a baby's brain*. London, Routledge

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.

Jordan, K. (2010). *An ethical decision making model for crisis counselors*. Allikas: http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article_89.pdf

Cherry, K. What Is Crisis Counseling? Allikas: <http://psychology.about.com/od/crisiscounseling/f/crisis-counsel.htm>

Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika. Allikas: <https://www.riigiteataja.ee/akt/125112011004>

Targad vanemad, toredad lapsed, tugev ühiskond. Laste ja perede arengukava 2012–2020. Sotsiaalministeerium 2011. http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/laste_ja_perede_arengukava_2012_-_2020.pdf

Tervise Arengu Instituut: <http://www.tai.ee/et/tegevused/registrid/meditsiiniline-sunniregister-ja-raseduskatkestus-andmekogu/statistika>

Statistikaamet: stat.ee

Leonardo da Vinci Partnership. (2010). Psychological help: Reducing differences between society expectations and reality. Methodological research. <http://www.psychologicalhelp.eu/wp-content/uploads/2012/10/Psychological-Help-E-Journal.pdf>

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.

Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, F. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 12(4), 373-380.

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.

Riigiteataja, <https://www.riigiteataja.ee/akt/123022013001>

Sedgh, G., Singh, S., Henshaw, S. K., & Bankole, A. (2011). Legal abortion worldwide in 2008: levels and recent trends. *Perspect Sex Repro H*, 43(3), 188-198.

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.

Velotti, P., Castellano, R., & Zavattini, G. C. (2011). Adjustment of couples following childbirth: the role of generalized and specific states of mind in an Italian Sample. *European Psychologist*, 16, 1-10.

Walker, S. P., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Nelson, C. A., Huffman, S. L., Baker-Henningham, H., Chang, S. M., Hamadani, J. D., Lozoff, B., Gardner, J. M. M., Powell, C. A., Rahman, A., Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*, 378, 1325-1338.

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

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

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