

TALLINNA TERVISHOIU KÕRGKOO



Terviseteaduse õppekava

Annely Kärema

Marek Seer

**ÄMMAEMANDUSABITEENUST OSUTAVA SÜNNITUSKODU LOOMISE
STRATEEGIA**

Arendusprojekt

Tallinn 2019

Oleme koostanud lõputöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite töödest, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud. Lubame Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil avalikustada oma lõputöö PDF-versiooni raamatukoguprogrammis.

Arendusprojekti autorite allkirjad

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

Lubatud kaitsmisele.

Juhendaja: Kadi Lubi PhD

/allkirjastatud digitaalselt/

/kuupäev digitaalallkirjas/

KOKKUVÕTE

Annely Kärema ja Marek Seer (2019) Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli Terviseteaduse õppekava. Ämmaemandusabiteenust osutava sünnituskodu loomine. Arendusprojekt on 24 leheküljel ja kasutatud on 26 kirjandusallikat, 5 tabelit ja 3 lisa.

Arendusprojekti eesmärgiks on ämmaemandusabiteenust osutava sünnituskodu loomiseks vajaliku strateegia koostamine. Töö käigus analüüsiti iseseisva ämmaemandusabiteenuse olemust ja selle võimalikku sobivust Eesti tervishoiusüsteemi ning koostati strateegia sünnituskodu loomiseks.

Teoreetilise osa metoodikas kasutati süstemaatilist kirjanduse ülevaadet, kus toodi välja sünnituskodu olemus, selle turvalisus sünnitajale ning kulutõhusus.

Praktilise osa metoodikas lähtuti teadmisest, et sünnitusosakondade sulgemine toimub kehtestatud nõuetele mittevastavuse (arstide vähesus) ja sündide arvu vähenemise tõttu.

Arendusprojekti järelalusena toodi välja, et ämmemandusabiteenust osutava sünnituskodu loomine sobitub Eesti tervishoiusüsteemi ning selle teenuse käivitamine parendab tervishoiuteenuste kättesaadavust, kuid samas ei suurenda (*Eesti Tervishoiu Arengusuunad...*, 2020) kulutusi.

SUMMARY

Annely Kärema and Marek Seer (2019). Tallinn Health Care College, Curriculum of Health Sciences. The development of midwife-led care providing birth centre strategy. A development project is written on 24 pages, 26 literary sources, 5 tables and 3 annexes are used.

The aim of this project is to establish a strategy for creating a midwife-led care birth centre. The work analyzed the nature of an independent midwifery care service and its potential suitability in the Estonian health care system and established a strategy for the creation of the birth centre.

The methodology of the theoretical part is based on a systematic literature review which highlighted the nature of the birth centre, its safety for birth-giving women and its cost-effectiveness.

The methodology of the practical part is based on the knowledge that maternity wards are closed due to inadequate compliance (lack of specialized medical care) and decrease in the number of births.

As a result of the development project, it was pointed out that the establishment of a birth centre providing midwifery care fits into the Estonian health care system and launching this service will improve access to health care with cost containment.

SISUKORD

KOKKUVÕTE	3
SUMMARY.....	4
SISSEJUHATUS	6
1. ARENDUSPROJEKTI TEOREETILINE RAAMISTIK	9
1.1. Ämmaemandusabiteenust pakkuva sünnituskodu olemus.....	9
1.2. Ämmaemandusabiteenust pakkuva sünnituskodu rakendamise võimalused Eesti tervishoiusüsteemis	11
2. METOODIKA.....	13
3. ARENDUSPROJEKTI TEOSTUSE KIRJELDUS	14
3.1. Tegevus- ja ajakava.....	14
3.2. Projekti eelarve ja ressursid	15
3.3. Riskijuhtimine.....	16
3.4. Kvaliteedikontroll	18
3.5. Rakenduskava analüüs	18
4. PROJEKTI TULEM.....	20
5. ARUTELU	21
6. JÄRELDUSED.....	22
KASUTATUD KIRJANDUS.....	23
LISA 1 Ämmaemandusabiteenust osutava sünnituskodu hinnakujundus	
LISA 2 Elussünnid Eestis 2017 – 2018	
LISA 3 Riskihindamise tabel	

SISSEJUHATUS

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) (2018) on seisukohal, et ämmaemand on kõige sobivam teenuse pakkuja hoolitsemaks normaalse raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi (sh riski hindamise ja komplikatsioonide tuvastamise) eest. Samuti on ära märgitud suurenenud vajadus holistilise emadushoolduse järgi, mis vaatab emadushooldust kui tervikut, kus oluline on keha, vaimu ja hinge tasakaal. Juhend pöörab suuremat tähelepanu naiste turvalisusele, rahulolule ning mugavusele. Emadushoolduse all mõistetakse naise jälgimist, abistamist, nõustamist ja hooldust emaks saamisel ja ema olemisel (*Ämmaemanduse arengukava*, 2019, p. 6). Praeguse meditsiinilise sünnitusabimudeliga on teenuse tase küll kõrge, aga sellega kaasneb naiste suurenenud ebakindlus ning teenus põhineb peamiselt raviga seonduvatel otsustel. (World Health Organization, 2018).

Sünnituskoha valikul on soovitatav lähtuda nii esmasünnitaja kui korduvsünnitaja puhul teadmisest, et madala riskiga rasedatel on sünnitamine sobilik kodus, sünnituskodus või iseseisvas ämmaemandusabi osakonnas, kuna sekkumiste hulk võrreldes sünnitusosakonnaga on väiksem ja ei esine erinevusi perinataalse tulemi osas (*Intrapartum care for healthy women and babies*, 2019).

Rahvastiku tervise arengukava 2020 – 2030 (2019, p 33) üheks märksõnaks on inimkeskne tervishoid, mille eesmärk on tagada inimeste vajadustele ja ootustele vastavad ohutud, kvaliteetsed tervise- ja sotsiaalteenused. Inimkesksus on lähenemine tervishoiusüsteemile põhimõttel kus teenuse kasutajad on võrdsed partnerid ja nad saavad osaleda tegevuse planeerimisel, selles osalemisel ning selle järgselt. Samas on teenus ohutu, vastab inimeste vajadustele ja arvestab nende soove, väärtusi, perekondlikku olukorda ning sotsiaalseid asjaolusid. Inimest näetakse indiviidina ja koostööpartnerina. Selline lähenemisviis on laiem kui patsiendikesksus ja olulised on kogukonna vajadused ning roll mõjutada tervishoiupoliitikat ja teenuseid.

Surve riigieelarvele on aasta-aastalt kasvavate tervisekulude tõttu väga suur. Teisest küljest on rahvastik vananev ning surve sotsiaalsüsteemile tervikuna veel suurem. Nii on riik olukorras, kus tervishoiuteenuse kasutajaid on palju, aga tulu riigieelarvesse laekub järjest vähem. Seetõttu peavad negatiivse iibe tingimustes inimesed järjest enam kasvavat ja vananevat elanikkonda ülal pidama.

Vastavalt Eestis kehtivale tervishoiukorraldusele on võimalik osutada sünnitusabiteenust kahel viisil: statsionaarne sünnitusabi teenus ja kodusünnitusabi teenus. Lähtuvalt ämmaemanda kutsestandardist (2018) ning kehtivast seadusandlusest (*Tervishoiuteenuste korraldamise...*, 2001) on ämmaemandal õigus osutada iseseisvalt sünnitusabi teenust madala riskiga rasedatele sünnitaja kodus¹.

2016. aastal oli sünnitusabiteenus Eestis kättesaadav 16 haiglas (Allvee & Karro, 2017). 2000-ndate aastate esimeses pooles suleti Jõgeva, Haapsalu ning Rapla haiglate sünnitusosakonnad. Aastal 2018 suleti Valga Haigla sünnitusosakond ja alates 2020. aasta jaanuarist on plaanis sulgeda Põlva Haigla sünnitusosakond (*Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020*, 2012, p. 15). Antud reorganiseerimised vähendavad naiste ja perede võimalust sünnitada kodulähedases tervishoiuasutuses.

Eesti Ämmaemandate Ühing (EÄÜ) on Ämmaemanduse arengukavas 2019 – 2024 ära märkinud vajaduse uue ämmaemandusabimudeli – sünnituskodu – loomiseks. Sünnituskodud on Eesti tervishoiu uus lähenemine, mille eesmärk on osutada sünnitusabi Eesti erinevates paikkondades (*Ämmaemanduse arengukava*, 2019, p. 12). Sünnituskodu loomine tagaks võimaluse osutada sünnitusabi piirkondades kus lähtuvalt Eesti tervishoiu arengusuundadest koondatakse eriarstiabi (sh günekoloogi, anestesioloogi ja neonatoloogi) teenus regionaal- ja keskhaiglatesse (*Eesti Tervishoiu Arengusuund...*, 2020).

Eesti Naistearstide Selts (ENS) on oma arengukavas välja toonud vajaduse rakendada haiglavälises abis (eeskätt maapiirkondades) rohkem perearstide, õdede ja ämmaemandate potentsiaali (*Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020*, 2012, p. 22). Tulenevalt ämmaemanda kutsestandardist (2018) on ämmaemandad „pädevad osutama iseseisvalt emadushooldust sh jälgima ja juhtima normaalset sünnitust, mis annab võimaluse iseseisvaks töötamiseks sünnituskodus.“

Sotsiaalministeerium seab tervishoiu arengusuundades haiglavõrgule eesmärgiks korraldada eriarstiabi selliselt, et oleks tagatud ühiskonna piiratud ressursside (tervishoiutöötajad, tehnoloogia ja raha) mõistlik süsteemne jaotus, et tagada teenuse aktsepteeritav kättesaadavus. Samuti on koduläheduse printsiip oluline nii ambulatoorse, kui statsionaarse eriarstiabi planeerimisel ning tuleb leida mõistlik, ühiskonnale jõukohane ja vastuvõetav

¹ <http://kodusynnitusejuhend.weebly.com>

tasakaal kvaliteedi, ratsionaalse ressursikasutuse ja koduläheduse vahel (*Eesti Tervishoiu Arengusuunad Aastani 2020*).

Uurimisprobleemiks on, et tervishoiusüsteemis toimuva reorganiseerimise käigus lähtutakse peamiselt kulutõhususest, võtmata arvesse ämmaemanda pädevusi (*Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020, 2012*) mis lähtuvad inimkeskse, holistilise lähenemise põhimõtetest ning tagavad teenuse kättesaadavuse (*Kutsestandard, Ämmaemand, 2018*).

Tulenevalt uurimisprobleemist on arendusprojekti eesmärgiks ämmaemandusabiteenust osutava sünnituskodu strateegia loomine, mis arvestaks teenuse kättesaadavust ja inimkeskset lähenemist võttes arvesse ämmaemanda pädevusi.

Töö eesmärgist tulenevalt on moodustatud järgmised uurimisülesanded:

- Analüüsida iseseisva ämmaemandusabiteenuse olemust ja selle rakendamise võimalusi Eesti tervishoiusüsteemis.
- Luua sünnituskodu loomiseks vajalik strateegia.

Käesolev arendusprojekt koosneb kolmest suuremast peatükist. Esimeses osas antakse ülevaade teoreetilisest raamistikust, kus käsitletakse ämmaemandusabiteenust pakkuva sünnituskodu rakendamise võimalusi Eesti tervishoiusüsteemis. Teises osas kirjeldatakse arendusprojektis kasutatud uurimismetoodikat ja kolmandas peatükis kirjeldatakse arendusprojekti tegevuste tervikprotsessi.

1. ARENDUSPROJEKTI TEOREETILINE RAAMISTIK

1.1. Ämmaemandusabiteenust pakkuva sünnituskodu olemus

Globaalses perspektiivis nähakse ämmaemandal ühiskonnas erinevaid rolle. Viis, kuidas defineeritakse tervishoiu probleemi või sündmust, määratleb viisi, kuidas seda lahendada (Deery, Denny, & Letherby, 2015). Seetõttu on oluline teha vahet, kuidas käsitletakse emadushooldust ja sünnitust erinevate erialade spetsialistide poolt ning tervishoius kasutusel olevate mudelite abil. Kui biomeditsiiniline mudel käsitleb rasedust ja sünnitust kliinilise ja meditsiinilise ning keskendub ravimisele ja riskide hindamisele, siis ämmaemandusmudel käsitleb rasedust ja sünnitust bioloogilise ning psühholoogilise sündmusena, mis on ümbritsetud sotsiaalsete ja kultuuriliste tavadega, keskendudes naisekesksusele ja holistilisusele. Lähtumine emadushoolduses liigselt biomeditsiinilisest mudelist viib liigsele sünnitusabi medikaliseerumisele. (Van Teijlingen, 2005).

Rahvusvahelise ämmaemandate ühingu (*International Confederation of Midwives*, ICM) poolt on koostatud universaalne ämmaemandusfilosoofia ja ämmaemandusmudeli kirjeldus. Ämmaemandad osutavad hooldust tuginedes ämmaemandusmudelile, mille aluseks on inimväärikus, võrdõiguslikkus ja inimõiguste tagamine. Ämmaemandusfiloofia tugineb holistilisele põhimõttele, et rasedus ja sünnitus on normaalsed füsioloogilised protsessid, kus naise vajadused on esiplaanil (ICM, 2005). WHO (World Health Organization, 2018) soovib keskenduda emadushoolduses lugupidavale naisekesksele hooldusele, emotsionaalsele toele ning julgustab koostööle sünnitusabi pakkuvate erialade vahel vähendamaks medikaliseerimist.

Maailmas on madala riskiga rasedatele sünnitusabiteenuse saamiseks erinevaid sünnituskohti nagu oma kodu, sünnituskodu, iseseisvat ämmaemandusabi pakkuv osakond haiglas ja eriarstiabi pakkuv sünnitusosakond. Süstemaatilise ülevaate artiklites (Sutcliffe et al., 2012; Walsh & Newburn, 2002) toodi välja, et ämmaemandusabiteenust saavate madala riskiga naiste eeliseks võrreldes arsti teenust saavate naistega on vähenenud sekkumiste arv sünnitusprotsessi ning naiste suurem rahulolu teenusega.

Sünnituskoha valikul on soovitatav lähtuda nii esmasünnitaja kui korduvsünnitaja puhul teadmistest, et madala riskiga naiste puhul on sünnitamine sobilik iseseisvat ämmaemandusabi teenust pakkuvas sünnituskeskuses, kuna võrreldes eriarstiabi osutava sünnitusabi osakonnaga on sekkumiste hulk sünnitusprotsessi väiksem ja ei ole erinevusi

perinataalse tulemi osas. Retrospektiivses sünnituskoha kohortuuringus (Ehurst et al., 2012; Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2016) kus võrreldi ämmaemandushoolduse erinevaid mudeleid toodi positiivsete tulemustena välja suurem tõenäosus sünnitada vaginaalsel teel ja ilma epiduraalanalgeesiata ning väiksem tõenäosus instrumentaalseks sünnituseks ning episiootomiaks ja positiivsetele tulemustele tuginedes soovitatakse madala riskiga naistele pakkuda ämmaemandusabihoolduse mudelit. Inglismaal läbi viidud sünnituskoha uuringus (Christensen & Overgaard, 2017) käsitleti ema ja lapse turvalisust madala riskiga sünnitajate puhul. Tulemustest selgus, et ainult ämmaemandusabi pakkuvates sünnitusabi keskustes on suurem tõenäosus vaginaalseks sünnituseks, madalam risk sekkumistele nagu vaakumekstraktsioon, episiootomia, sünnitustegevuse stimulatsioon, taaspöördumine haiglasse 28 päeva jooksul sünnituse järgselt ning vähem kasutatakse epiduraalanalgeesiat.

Samas uuringus hindasid Christensen ja Overgaard (2017) vastsündinu seisundit (Apgari hinne <9 viiendal eluminutil, NICU² üleviimine, elustamine) ja üle 500 ml sünnitusjärgse verekaotuse osas ning erinevusi sünnituskoha puhul antud tulemustes ei ole.

Sünnituskoduna defineeritakse ämmaemandusabimudelil tuginevat üksust, kus osutatakse emadushooldusteenust madala riskiga naistele ja nende peredele. Sünnituskodu on ämmaemanda poolt juhitud ja emadushoolduse osutamise aluseks on rahvusvahelised ja riiklikud juhendid ja õigusaktid. Ämmaemandusabil põhinev sünnituskodu pakub naisele ja tema perele terviklikku ja biopsühhosotsiaalset hooldust, mis on suunatud füsioloogiliste, psühholoogiliste ja emotsionaalsete vajaduste märkamisele ning toetamisele. Ämmaemandusabimudel sünnituskodus on tõendus põhinev, teenuse pakkumine lähtub naiste sotsiaalsetest vajadustest (kodulähedane teenus, üks-ühele hooldus, turvaline keskkond) ja eesmärk on pakkuda perele mugavat kodust keskkonda, mis ei ole ravile orienteeritud. Lisaks naiste rahulolule sünnituskogemusega on välja toodud sellise teenuse kulutõhusus võrreldes suurte sünnitusabiteenust osutavate haiglatega (*Ämmaemanduse arengukava*, 2019; Rocca-Ihenacho et al., 2018).

² Vastsündinute intensiivravi osakond

1.2. Ämmaemandusabiteenust pakkuva sünnituskodu rakendamise võimalused Eesti tervishoiusüsteemis

Ämmaemanda kutsestandardis (Kutsestandard, Ämmaemand, 2018) on ära toodud, et „*ämmaemand juhendab, jälgib, hooldab ja nõustab naisi raseduse ja sünnituse ajal, sünnituse järgselt ja günekoloogiliste probleemide lahendamisel; juhib sünnitusi oma vastutusel, hooldab ja jälgib vastsündinuid ja imikuid*“. Eestis on küll seadusandlikult loodud võimalus iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse osutamiseks (Riigiteataja (RT I, 17.01.2014, n.d.), kuid praktikas iseseisev statsionaarne ämmaemandusabi puudub. Tuginedes Terviseameti registri andmetele ei ole Eestis haigla sünnitusosakonna ja kodusünnituse vahele jäävaid iseseisvaid ämmaemandusabi keskuseid ja statsionaarset tervishoiuteenust ei ole ämmaemandal võimalik osutada.

Hästi toimivad tervishoiusüsteemid tagavad teenustele terviklikud lähenemised ning selleks on vaja ümber korraldada teenusemudeleid s.t osutada kulutõhusaid, kvaliteetseid ning toimivaid teenuseid, mis seavad esikohale inimeste vajadused ja võrdse kohtlemise (*Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030*, 2019, p. 37). Tulenevalt regionaalpoliitilistest muutustest ning sünnitusabi koondumisest suurematesse keskustesse on vajalik luua madala riskiga naistele võimalused holistilise ning perekeskse sünnitusabi teenuse kättesaamiseks geograafiliselt kodulähedases piirkonnas³.

Sünnitusabiteenust osutavate haigla sünnitusosakondade sulgemine Eestis toimub kahel põhjusel:

- Eelkõige kvalifitseeritud personali nappus (eriarstiabi), mistõttu ei ole võimalik täita kehtestatud nõudeid⁴.
- Madal sündide arv, mis ei kata tekkivaid kulutusi⁵ (*Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020*, 2012) (Lisa 2).

³ Koduläheduse printsiip on oluline esmatasandi teenuste puhul, kuid nii ambulatoorse kui statsionaarse eriarstiabi planeerimisel tuleb leida mõistlik ning ühiskonnale jõukohane ja vastuvõetav tasakaal kvaliteedi, ratsionaalse ressursikasutuse ja koduläheduse vahel (Tervishoiu arengusuunad aastani 2020).

⁴ Sotsiaalministri määrus „Haigla liikide nõuded“ on kirjeldatud miinimumnõuded statsionaarsete tervishoiuteenuste osutamiseks vajalike töötajate, aparatuuri ja sisustuse suhtes ning ravi- ja diagnostika põhiruumidele.

⁵ Tervishoiuteenuse osutajatele makstav tasu on juhtumi põhine ning vähene sünnitajate arv ei ole tänase rahastamise põhimõtete ja nõudmiste juures jätkusuutlik.

Samas uuringutes (Coates jt, 2018; Sandall et al., 2016; Schroeder jt, 2014) on näidatud, et esmasünnitajate kui ka korduvsünnitajate puhul on sünnitamine ämmaemandusmudelil põhinevas sünnitusosakonnas kõige kulutõhusam ilma, et kaasneksid muutused perinaalsetes tulemites.

2. METOODIKA

Projekti eesmärkide saavutamisele läheneti tõenduspõhiselt ja otsiti teemakohast kirjandust uurimisküsimustele vastamiseks, mis avas projekti teoreetilised lähtekohad ja tõi välja ämmaemandusabiteenust pakkuva sünnituskodu eelised ja kulutõhususe võrreldes hetkel kasutusel oleva sünnitusabi osutamise teenusega. Sünnituskodu käivitamiseks vajalike tingimuste kirjeldamisel lähtuti Eestis kehtivatest juhenditest, Eesti Haigekassa hinnakirjast ja seadusandlusest ning toodi välja vajalikud tegevused ämmaemandusabiteenust pakkuva sünnituskodu strateegia loomiseks.

Arendusprojekti väljatöötamise protsessi on mõlemad üliõpilased panustanud võrdselt. Teoreetiline raamistik on koostatud mõlema üliõpilase süstemaatilise ülevaateartikli põhjal ja kasutatud allikatele viidatud.

Annely Kärema kirjeldas teoreetilises osas sünnituskodu olemust ja turvalisust. Toetudes praktilisele töökogemusele ämmaemandana kaardistas Annely Kärema teenusega seotud erialade arengukavasid.

Marek Seer tõi teoreetilises osas välja sünnituskodu kulutõhususega seonduvad aspektid. Toetudes haiglajuhtimise kogemusele kirjeldas Marek Seer vajalikke nõudeid uue tervishoiuteenuse avamisele ning muudatusi seadusandluses ning kulutõhususele.

Arendusprojekti koostamisel tugineti T.Beauchampi ja J.Childressi poolt välja töötatud meditsiinieetika neljale põhiprintsiibi teooriale, mis põhineb isikuautonoomia austamisel, heategemisel, mittekahjustamisel ja õiglusel (Soosaar, 2016, p. 109). Antud töö kontekstis on olulised isikuautonoomia arvestamine ja õiglus (õigus valida sünnituskohta ja võrdsed võimalused sünnitusabi saamiseks olenemata elukohast) seal hulgas inimeste vabadus ja õigus kaasrääkida tervishoiupoliitikas, tuues teenust lähemale inimesele ning mitte ohustades riskirasedaid, kellel jääb võimalus sünnitada haigla sünnitusosakonnas. Tänapäevases ühiskonnas on oluline valikute tegemisel arvestada laiema kontekstiga, mida iseloomustab arusaam ühiskonna liikmete vastastikkustest õigustest ja kohustustest ning sobitumisest antud majandussüsteemi (Soosaar, 2016, p. 205).

Sünnituskodu loomine ei tee liiga huvigruppidele, tagatud on neutraalsuse printsiip, projekt on kasulik peredele, ämmaemandatele ja Eesti tervishoiusüsteemile tervikuna andes võimaluse kasutada ära ämmaemandate pädevusele tuginevaid võimalusi ning kasutada piiratud ressursse vajadusepõhiselt.

3. ARENDUSPROJEKTI TEOSTUSE KIRJELDUS

3.1. Tegevus- ja ajakava

Arendusprojekti kirjutades tutvuti sünnitusabiteenuse hetkeolukorraga Eestis. Kaardistati sünnitusabiga seonduvate erialade (ämmaemand, günekoloog, pediaater, perearst) arengusuunad ning analüüsiti eesmärke ja leiti ühisosad. Järgmisena analüüsiti seadusandlust, mis reguleerib Eesti tervishoiusüsteemi üldiselt. Toodi välja seadused, mis vajavad muutmist ämmaemandusabiteenust osutava sünnituskodu käivitamiseks.

Ämmaemandusabi teenuse sisu reguleerib Tervishoiuteenuste korraldamise seadus⁶ (2001) ja Iseseisvalt osutatavate tervishoiuteenuste loetelu, mis on kehtestatud sotsiaalministri määrusega (Riigiteataja (RT I, 09.07.2014, 2014). Projekti autorid teevad ettepaneku algatada Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmine, lisades määrusele „Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetulu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord“ statsionaarse ämmaemandusabi regulatsioon. Teenuse loomiseks vajalikud tegevused on loetletud tabelis 1.

Tabel 1. Projekti ajakava tegevuste lõikes

Projekti väljundite ja tegevuse nimetus	Algus	Lõpp
Väljund (Ämmaemandusabiteenust osutava sünnituskodu loomine Eestis)		
Projekti tegevused		
EÄÜ informeerimine projekti algamisest	03.2019	03.2019
Sünnitusabiteenuse arengust Eestis, nõupidamine koos professor Karro ja EÄÜ juhatuse liige P. Teesalu	05.2019	05.2019
Taotluse esitamine osalemiseks Tervisevaldkonna uuringute päeval Sotsiaalministeeriumis (SOM) - projekti tutvustus, taotluse esitamine	06.2019	06.2019
Osamine Tervisevaldkonna uuringute päeval SOM suulise ettekandega	12.2019	12.2019
Riikliku töörühma moodustamine ja käivitamine	03.2020	07.2020
Seaduseelnõude ja rakenduskavade ning juhendite välja töötamine	08.2020	10.2020
Seaduseelnõude esitamine Riigikogule ja seaduse jõustamine	11.2020	03.2021
EÄÜ poolt taotluse esitamine Eesti Haigekassale: Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu muutmise taotlus koos täitmisjuhustega	03.2021	03.2021
Sünnituskodu käivitamine	04.2021	06.2021

⁶ <https://www.riigiteataja.ee/akt/113032019166?leiaKehtiv>

EÄÜ poolt haigekassale esitatavat taotlust on võimalik täita tuginedes arendusprojektile. Ajakava on koostatud optimistlikult. Keeruline on hinnata Riigikogus eelnõu menetlemise aega ning see omakorda nihutab projekti lõpptähtaega. Nagu tabelist 1 nähtub ei lõppe projekt selle esitlemisega, vaid jätkub vastavalt ajakavale.

3.2. Projekti eelarve ja ressursid

Arendusprojekti kulud võib jagada kaheks osaks. Esiteks, strateegia välja töötamine ja kirjutamine, mis ei too endaga kaasa muid kulutusi, kui käesoleva töö autorite ja juhendaja ajaline kulu. Teiseks, arendusprojekti käivitamine ja seda eeldusel, et seadusandja⁷ on loonud võimalused teenuse osutamiseks. Sünnituskodu avamisega kaasnevad kulud on toodud alljärgnevas tabelis.⁸

Tabel 2. Sünnituskodu avamisega kaasnevad kulud

Tegevus	Selgitus	Ühikute arv	Ühiku hind, €	Hinnanguline kogukulu, €
Infrastruktuur ja selle kaasajastamine	Hetkel toimvad aktiivravi haiglate sünnitusosakonnad mis vajavad normaalsest kulumist tingitud parendustöid	8 haigla hoonet	100 000	800 000
Ravijuhiste välja töötamine	Sünnitusriskide hindamise mudeli väljatöötamine (Lisa 3) (Eesti Ämmaemandate Ühing, 2014) Üleviimise kriteeriumid ja tegevuskava Vastsündinu edasise jälgimise juhis	5-6 ravijuhist		45 000
Ämmaemandate täiendkoolitused	Teoreetiline ja praktiline sh. Stažeerimine iga 2 a tagant kõrgema etapi haiglates	100 tundi	150	15 000

Sünnituskodu avamisega kaasnevate kulude koostamisel on võetud eelduseks, et kaasaegsed sünnituskodud avatakse täna maakondades tegutsevates üldhaiglates (välja arvatud Eesti saared ja Narva).

⁷ Õigusloomega kaasnevaid kulutusi me käesoleval hetkel ei hinnanud, kuigi mõistame et ka see ei ole tasuta töö

⁸ Need on hinnangulised, sest täpsem kulumudel on ajas muutuv kuna sisendeid ja eriti just palgakomponenti ei ole võimalik käesoleval hetkel hinnata.

Hinnangulise kogukulu koostamisel on lähtutud sellest, et maakondades tegutsevad üldhaiglad võivad vajada kaasajastamiseks investeeringuid. Samuti on teenuse käivitamiseks oluline, et on välja töötatud vajalikud ravijuhised ning oleks tagatud ämmaemandate täiendkoolitus.

3.3. Riskijuhtimine

Riskianalüüsis liigitasid projekti autorid riske lähtuvalt välis- ja sisekeskkonnast. Väliskeskkonna riskide analüüsimisel kasutatakse PEST-analüüsi (Sammut-Bonnici & Glea, 2015), mis tähendab, et riskid on liigitatud vastavalt poliitilistele, majanduslikele, sotsiaalsetele ja tehnoloogilistele teguritele (*Political, Economical, Socio-Cultural, Technological - PEST*). Sisekeskkonna analüüsil käsitletakse riske, mille realiseerumise tõenäosus ja juhtimine on vahetult tegevuste elluvijjate vastutusalas.

Tõenäosust on hinnatud kolmesel skaalal (Tabel 3) – madal, keskmine ja kõrge ning mõju on hinnatud neljasel skaalal – nõrk, keskmine, tugev ning väga tugev (tegevusi lõpetav).

Tabel 3. Riskide hindamiseks kasutatav skaala

Madal	1<2	Nende riskide realiseerumine on ebatõenäoline, kuid antud projektis väljatoodud riskide maandamise korral on võimalik antud eesmärki saavutada.
Keskmine	2<3	Need riskid võivad muutuda oluliseks, kui neile ei pöörata l tulevikus tähelepanu ja nende realiseerumisel ei ole võimalik eesmärgi saavutamine ei ole tõenäoline
Kõrge	3<4	Need riskid on suure ilmlemise tõenäosusega ja olulise negatiivse mõjuga projekti rakendamisele ja käivitamisele

Tabelis 4 on välja toodud erinevad sise- ja väliskekeskkonnast tulevad riskid. Riskide hindamine toimub tabelis 3 kirjeldatud riskihinnangute põhjal.

Tabel 4. Välis- ja sisekeskkonnast tulenevad riskid

Risk/kirjeldus	Väliseskkonnast tulenevad riskid				Korrektiivne tegevus
	Tõenäosus	Mõju	Riski-hinnang	Ennetav tegevus	
Poliitilised tegurid					
Võim Vabariigi Valitsuses vahetub ja toob endaga kaasa prioriteetide muutumise	Madal	Väga tugev	3	Pikaajalise siduva kohustuse võtmine/strateegiate/õigusloome/ kinnitamine	Erinevate huvigruppide kaasamine.
Muutuvad riigipoolsed tervishoiuteenuste osutamise rahastamise põhimõtted.	Keskmine	Väga tugev	4	Selgitustöö tegemine erinevatele otsustamisega seotud osapooltele, riskistsenaariumi tagajärgede rakendumise väljatoomine.	Ämmemandusteenuse reorganiseerumine.
Majanduslikud tegurid					
Investeeringu teostamisel osutuvad tegevused/teenused kallimaks kui algselt kavandatud.	Keskmine	Keskmine	3	Eelarve koostamisel usaldusväärsetele allikatele tuginev, kulude hindamine kavandamise ja projekteerimistööde faasis.	Tervishoiuasutuste eelarve vahendite kaasamine
Sotsiaal-kultuurilised tegurid					
Rahvaarvu vähenemine nii negatiivse loomuliku iibe kui väljarände tulemusena – teenusevajaduse vähenemine, raskused personali hoidmisega.	Kõrge	Tugev	3	Sünnituskodu ja teenuste planeerimisel ning ruumiprogrammi kokkupanemisel rahvastikuprognoside ja uuringutulemustega arvestamine. Tihe koostöö kohalike omavalitsustega ja tervishoiuteenuste osutajatega.	Teenuste ümberkorraldamine, optimeerimine.
Kohalik kogukond ja patsiendid ei aktsepteeri projekti ja sellega pakutavat lahendust.	Madal	Keskmine	3	KOV ja perearstide poolt pidev info edastamine, meedia teavitamine, ideede laiapõhjaline tutvustamine.	Täiendavate tegevuste teostamine avalike suhete valdkonnas ja kohaliku kogukonna informeerimisel.
Raskused uue personali leidmisel (olemasoleva spetsialisti lahkumisel, pensionile siirdumisel jne).	Keskmine	Tugev	4	Motivatsioonipaketi väljatöötamine ja rakendamine, koostöö Tervishoiu kõrgkoolidega ja SA Tartu Ülikooli Kliinikumiga, praktikavõimaluste pakkumine.	Tihe koostöö kõrgkoolidega, personaliotsingu
Sisekeskkonnast tulenevad riskid					
Finantsvahendite nappus projekti alustamiseks ja elluviimiseks.	Madal	Keskmine	1	Plaanide täpne kavandamine ja eelarvestamine.	Täiendavate finantsallikate leidmine.
Tegevuste ja ajakava venimine.	Keskmine	Madal	1	Tegevustesse täiendava ajavaru sisse planeerimine.	Ajakava korrigeerimine.
Haiglate juhtkonna ja omanike vahelised lahkkelid – tegevustes ei suudeta kokku leppida.	Madal	Väga tugev	3	Selges rollijaotuses ja vastutuses kokku leppimine.	Arusaamatuste lahendamine.

Sotsiaalkultuuriliste riskide täpsemaks hindamiseks on Tallinn Tervishoiu Kõrgkoolis algatatud rakendusuring nr 1-16/337 (Tervishoiuteenuse ümberkorraldamine ämmaemandusabis - riiklikud, õppekorralduslikud ning ühis- ja kogukondlikud vajadused.)

3.4. Kvaliteedikontroll

Projekti kvaliteedi kontroll on tagatud sellega, et riskid on välja toodud ja hinnatud ning riskide maandamistegevuste planeerimisel on lähtutud kokkulepitud ajakavast. Kvaliteedikontroll on välja toodud tabelis (Tabel 5). Projekti tegevustesse on kaasatud erialaspetsialistid ja on koostatud projekti eelarve (Tabel 2).

Tabel 5. Kvaliteedikontroll

Kontroll	Kirjeldus	Vastutaja
Projekti ajakavast kinnipidamine	Tegevuste ajakava on kirjeldatud ning sellest peetakse kinni. Vajadusel täpsustatakse/korrigeeritakse ajakava	A. Kärema M. Seer
Eelarvest kinnipidamine	Projekti eelarve on koostatud. Eelarve täitmist jälgitakse regulaarselt ning eelarvet korrigeeritakse	M. Seer
Eesmärgi saavutamine	Eesmärk on sõnastatud ja projekti osapooltega läbi arutatud.,	A. Kärema

Projekti läbiviimise etappidesse kaasatud erialaspetsialistidel on olemas pikaajaline koostöö kogemus (ENS ja EÄÜ). Koostöös Sotsiaalministeeriumiga käivitati kodusünnitusabi teenus ning iga aastal tehakse koostööd Eesti Haigekassaga uute teenuste arendamisel.

3.5. Rakenduskava analüüs

Arendusprojekti strateegia loomisega soodustatakse ühise taristu efektiivset kasutust olemasolevate eriarstiabi, õendusabi ja kiirabiteenuse osutajatega. Samuti tagab projekti õnnestumine sünnitajate vajadustele ja ootustele vastava ohutu ning kvaliteetse tervishoiuteenuse, et tagada õige teenus õiges kohas ja võrdne kättesaadavus. Strateegia abil saab EÄÜ jätkata koostööd sünnituskodu avamiseks vajalike juhendite ja tegevuskavade väljatöötamiseks. Sünnituskodu avamise võimalus ja valmidus on olemas Põlva haiglas, mistõttu võiks strateegia rakendumisel avada esimese sünnituskodu just seal.

Lisaks valmidusele on teenus eeldatavalt kulutõhus. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus on kehtestatud füsioloogilise sünnitusabi teenuse piirhinnaks 2019 aastal on 1111,86 eurot⁹. Ämmaemanda poolt osutatava füsioloogilise sünnitusabi teenuse arvestuslikuks piirhinnaks kujuneks 663,66 eurot (Lisa 1). Kulumudeli koostamisel jäeti hinnamudelitest välja eriarstiabi ja operatsiooni meeskonna hinnakomponendid ning nende haldusega seotud kulutused¹⁰. Ämmaemanda poolt osutatav tervishoiuteenus on ligikaudu 41% odavam, kui eriarsti poolt osutatav teenus, mis omakorda vähendab kulutusi tervishoius ja tervishoiule tervikuna. Eesti kontekstis tähendab see kulutuste vähenemist Eesti Haigekassa eelarvele.

⁹ <https://www.riigiteataja.ee/akt/128062019011>

¹⁰ Hinnamudelisse ei ole arvestatud günekoloogi, anestesiooloogi ja operatsiooni meeskonna palga komponente

4. PROJEKTI TULEM

Antud arendusprojekti lõpptulemiks on ämmaemandusabiteenust osutava sünnituskodu loomiseks vajaliku strateegia olemasolu. Teenuse käivitamise ja kvaliteedi indikaatoriks on vastava tegevusloa olemasolu. Kvaliteetse ämmaemandusabiteenuse sünnituskodu toimimise põhimõtted ja teenuse käivitamiseks vajalikud tegevused on toodud allolevas loetelus:

- On lähtunud Eesti Vabariigi kehtivast seadusandlusest sh on väljastatud vastav tegevusluba¹¹.
- On tagatud võrdsed võimalused ja ligipääs madala riskiga naistele (koostöö KOV).
- On tagatud koostöö kõrgema etapi haiglatega (keskhaiglatega, kus osutatakse sünnitusabi teenust ja kuhu on võimalus sünnitaja üleviimiseks, osutamaks eriarstiabi teenust).
- On tagatud koostöö esmatasandi tervisekeskusega¹² ja vastsündinu edasise jälgimise korraldamine.
- On määratletud patsiendi üleviimise põhjused ja korralduslikud aspektid/juhised.
- On tagatud üks-ühele ämmaemandushooldus mudel ööpäevaringne valvekord.
- On välja töötatud täienduskoolitusmudel ja koolituste korraldamine sünnituskodus töötavatele ämmaemandatele.

Tuginedes oma praktilise töö kogemusele saavad projekti autorid väita, et need tegevused on teostavad Eesti tervishoiusüsteemis.

¹¹ Nõuded teenuse osutajale -Igal ämmaemanda õppekava lõpetanud ja diplomit omaval ning tervishoiutöötajana registreeritud isikul on õigus osutada iseseisvat ämmaemandusabiteenust

¹² Korraldamaks pediatriline teenuse kättesaadavust

5. ARUTELU

Projekti autorite hinnangul on ämmaemandusabiteenust osutava sünnituskodu loomise strateegia projektis kirjeldatud ja selle alusel on võimalik sünnituskodu avada. Eestis on olemas sobiv taristu, seadustatud on kodusünnitusteenus ning ämmaemanda ambulatoorne teenus ja olemas ämmaemandate pädevus osutada iseseisvalt sünnitusabiteenust madala riskiga naistele. Eesti tervishoiusüsteem vajab kaasaegset ja kulutõhusat lähenemist.

Iseseisvat ämmaemandusabiteenust sünnitusel on Euroopas analüüsitud ja praktiseeritud mitmed aastaid näiteks: Suurbritannias, Hollandis, Taanis, Saksamaal, Rootsis jne. (Rocca-Ihenacho et al., 2018). Eestis on loodud võimalused kodusünnituseks ja ämmaemanda iseseisvaks ambulatoorseks vastuvõtuks, kuid puuduvad võimalused osutada statsionaarseid teenuseid (Riigiteataja (RT I, 09.07.2014, 2014). Sünnituskodu teenuse käivitamine tooks meie hinnangul kaasa positiivseid arenguid nii teenuse kättesaadavusel, selle mõju tervishoiuteenuste hinnale kui ka tööhõivele. Teenuse käivitamisega ei kaasne lisakulutusi riigieelarvele seega leiame, et on igati õigustatud hetkel kehtivale sünnitusabiteenusele luua lisaks ämmaemandusabimudelil põhinev sünnituskodu.

Positiivsed mõjud Eesti tervishoiusüsteemile:

- teenuste kättesaadavuse tagamine
- töökohtade säilimine maakondades
- teenuse käivitamine ei too endaga kaasa täiendavaid kulusid eelarvele
- ämmaemandate põhiõpe tervishoiukõrgkoolides on akrediteeritud

Käesoleva töö autorid juhivad tähelepanu, et teenuse käivitamisega ei saa ja ei tohi teha järeleandmisi teenuse kvaliteedis ning seetõttu on oluline juba kehtivate ja kehtestavate juhendite (Põllumaa, S., & Kaoküla, I. 2014) ja kvaliteedinõuete järgimine ning soovime rõhutada, et teenus on mõeldud ainult madala riskiga rasedatele ja sünnitajatele.

6. JÄRELDUSED

Antud projektis saab uurimisküsimustest tulenevalt teha järgmised järeldused:

- teenust on võimalik rakendada Eesti tervishoiusüsteemis, kuid eeldab rakendusaktide ajakohastamist ja olukorraga vastavusse viimist;
- on loodud vajalik strateegia sünnituskodu loomiseks sh ämmaemandusabiteenus sünnitusel on kulutõhus ja odavam kui hetkel kehtiv hinnakiri.

Töö autorid teevad ettepaneku seadusandlikul tasandil luua võimalus iseseisva ämmaemandusabiteenuse loomiseks ja sünnituskodu käivitamiseks.

KASUTATUD KIRJANDUS

Allvee, K., & Karro, H. (2017). *Estonian Medical Birth Registry 1992-2016 Estonian Abortion Registry 1996-2016*.

Ämmaemanduse arengukava. (2019).

Christensen, L. F., & Overgaard, C. (2017). Are freestanding midwifery units a safe alternative to obstetric units for low-risk, primiparous childbirth? An analysis of effect differences by parity in a matched cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1208-1>

Coates jt. (2018). A postgraduate Optimum Birth module to increase midwives' readiness to work in midwifery-led settings: A mixed-methods evaluation. *Birth*, (June), 1–7. <https://doi.org/10.1111/birt.12399>

Deery, R. (Professor in maternal health), Denny, E., & Letherby, G. (2015). *Sociology for midwives*. Retrieved from <https://www.wiley.com/en-am/Sociology+for+Midwives-p-9780745662817>

Eesti Ämmaemandate Ühing. (2014). *Planeeritud kodusünnitusabi Eestis*.

Eesti Tervishoiu Arengusuunad... (2020). Retrieved from https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf

Ehurst, Pb., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., ... Stewart, M. (2012). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ (Online)*, 343(7840). <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>

ICM. *International Code of Ethics for Midwives*. , (2005).

Kutsestandard, Ämmaemand, tase 6. *KUTSESTANDARD Ämmaemand, tase 6*. , (2018).

National Institute for Health and Clinical. (2019). *Intrapartum care for healthy y women and babies*.

Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030. (2019). Retrieved from https://www.sm.ee/sites/default/files/rta_2020-2030_22.01_visioonidokument.pdf

Riigiteataja (RT I, 09.07.2014, 23). (2014). *Iseseisvalt osutada...*,2014.

Riigiteataja (RT I, 17.01.2014, 4). (n.d.). *Õendushaiglas iseseisvalt ...* ,2014. Retrieved from <https://www.riigiteataja.ee/akt/117012014004>

Rocca-Ihenacho, L., Batinelli, L., Thaels, E., Rayment, J., Newburn, M., & McCourt, C. (2018). *MUNET-Standards*. Retrieved from <http://online.pubhtml5.com/exv1/enjx/#p=8>

Pöllumaa, S., & Kaoküla, I. *Planeeritud kodusünnitusabi*. , (2014).

Sammut-Bonnici & Glea. (2015). PEST analysis. *Wiley Online Library*.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781118785317.weom120113>

Sandall, J., Soltani, S., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwifeled continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 4, pp. 46–67. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

Schroeder jt. (2014). Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth : decision analytic model . Birthplace in England research programme . Final report part 7 . *National Institute for Health Research*, 1–119. Retrieved from http://www.nets.nihr.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0016/116026/FR7-08-1604-140.pdf

Soosaar, A. (2016). *Medistiinieetika* (Tartu Ülikooli Kirjastus, Ed.). Retrieved from <https://www.digar.ee/id/nlib-digar:294891>

Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020. (2012). Retrieved from https://www.ammaemand.org.ee/wp-content/uploads/2013/09/Sünnitusabi_günekoloogia_arengukava.2012.pdf

Sutcliffe, K., Caird, J., Kavanagh, J., Rees, R., Oliver, K., Dickson, K., Thomas, J. (2012). Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: A systematic review of reviews. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2376–2386. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05998.x>

Tervishoiuteenuste korraldamise.... (2001). Retrieved from <https://www.riigiteataja.ee/akt/110032011009?leiaKehtiv>

Van Teijlingen, E. (2005). A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. *Sociological Research Online*, 10(2). <https://doi.org/10.5153/sro.1034>

Walsh, D., & Newburn, M. (2002). Towards a social model of childbirth: part two. *British Journal of Midwifery*, 10(9), 540–544. <https://doi.org/10.12968/bjom.2002.10.9.10606>

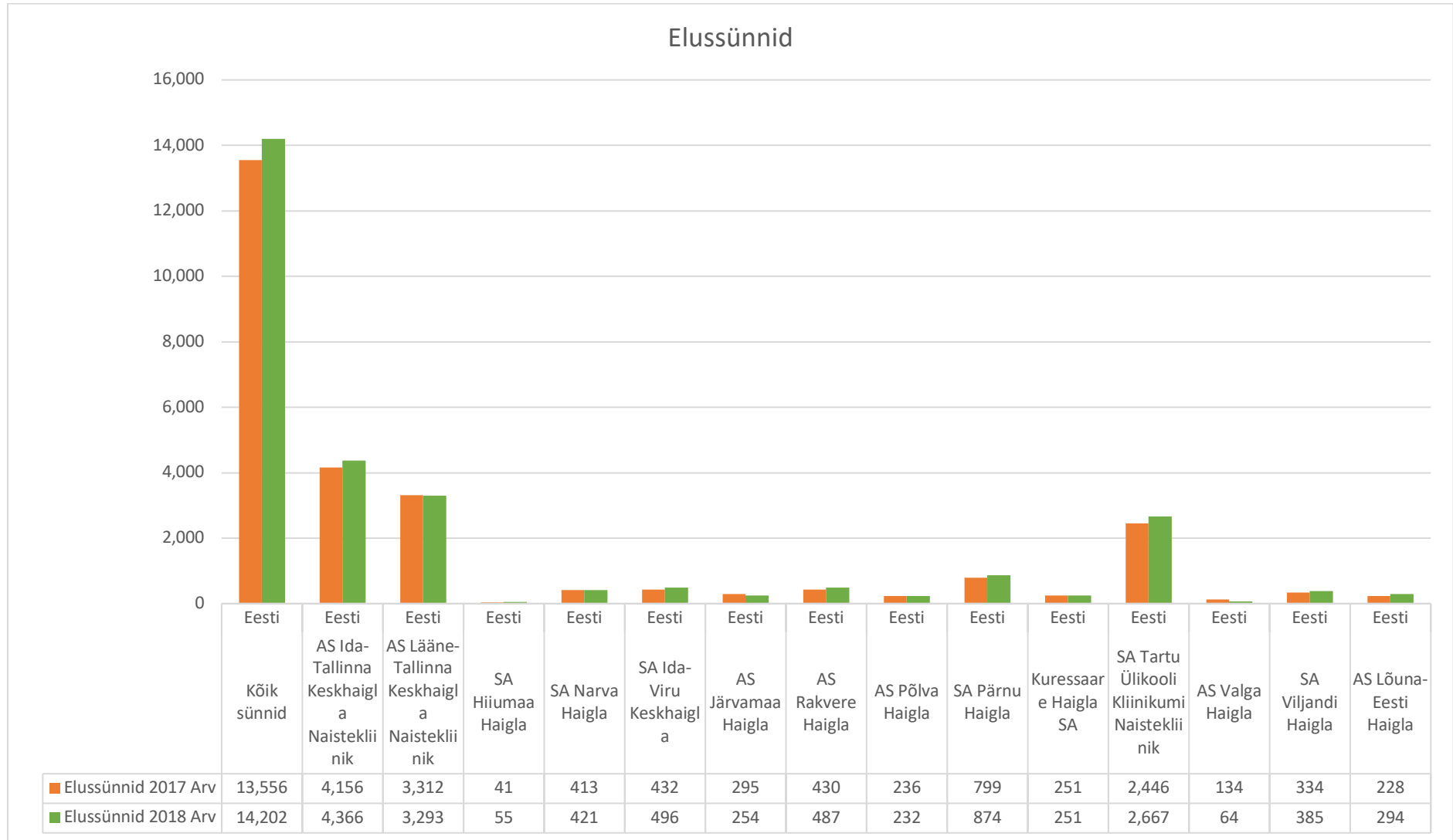
World Health Organization. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Ämmaemandusabi teenust osutava sünnituskodu hinnakujundus

Teenuse nimetus	Ressursi kood	Ressursi nimetus	Kogus	Hind	Ühik	Opt. kasutus	Maksumus
Füsioloogiline sünnitus	KKM28KO07	Günekoloogia instrumentide komplekt	0,64085	0,84	kirjeldamata	1	0,538314
Füsioloogiline sünnitus	KKM28KO08	Prolapsi komplekt	0,64	22,04	kirjeldamata	1	14,1056
Füsioloogiline sünnitus	KKM28KO14	Sünnituse komplekt	1	0,93	kirjeldamata	1	0,93
Füsioloogiline sünnitus	OST4401	Toitlustamine	2	5,113	voodipäev	1	10,226
Füsioloogiline sünnitus	OST4402	Pesupesemine	5	1,278	kilogramm	1	6,39
Füsioloogiline sünnitus	OST4404	Sterilisatsioon	0,734	7,861	tükk	1	5,769974
Füsioloogiline sünnitus	OST4405	Jäätmekäitlus	2,14096	1,278	kilogramm	1	2,736147
Füsioloogiline sünnitus	OST4405	Jäätmekäitlus	6,16	1,278	kilogramm	1	7,87248
Füsioloogiline sünnitus	OST4413	Patsiendi haldus	0,5	0,924	määratlemata	1	0,462
Füsioloogiline sünnitus	OST4413	Patsiendi haldus	7,555	0,924	määratlemata	1	6,98082
Füsioloogiline sünnitus	OST4415	IT ressursid	1	0,1855	kirjeldamata	1	0,1855
Füsioloogiline sünnitus	OST4415	IT ressursid	25,97	0,1855	kirjeldamata	1	4,817435
Füsioloogiline sünnitus	OST4426	Digitaalse pildi arhiveerimine	0,2	0,082	Eurot	1	0,0164
Füsioloogiline sünnitus	PER0117	Laboriarst/spetsialist	1,12	0,5129	minut	91800	0,574448
Füsioloogiline sünnitus	PER0118	Lastearst	80	0,5141	minut	91800	41,128
Füsioloogiline sünnitus	PER0118	Lastearst	120	0,5141	minut	91800	61,692
Füsioloogiline sünnitus	PER0201	Hooldustöötaja	208,068	0,1609	minut	91800	33,47814
Füsioloogiline sünnitus	PER0201	Hooldustöötaja	287,9	0,1609	minut	91800	46,32311
Füsioloogiline sünnitus	PER0502	Ämmaemand	45	0,2722	minut	91800	12,249
Füsioloogiline sünnitus	PER0502	Ämmaemand	838,49	0,2722	minut	91800	228,237

Füsioloogiline sünnitus	PER0506	Laborant/bioanalüütik	4	0,2722	minut	91800	1,0888
Füsioloogiline sünnitus	PER0509	Õde	43,6	0,2722	minut	91800	11,86792
Füsioloogiline sünnitus	PIN253005	Ultraheliuuringute ruum	3,6	0,0295	minut	120000	0,1062
Füsioloogiline sünnitus	PIN283002	Sünnitustuba	960	0,0866	minut	260000	83,136
Füsioloogiline sünnitus	PIN283501	Palat - ema/vastsündinu palat	2	15,6795	voodipäev	292	31,359
Füsioloogiline sünnitus	PIN993301	Vastuvõturuum	90	0,027	minut	120000	2,43
Füsioloogiline sünnitus	PIN993906	Protseduurituba - statsionaaris	0,2	33,4621	voodipäev	292	6,69242
Füsioloogiline sünnitus	RAVIM285005	Sünnituse ravimikomplekt	1	8,54	kirjeldamata	1	8,54
Füsioloogiline sünnitus	SDM101052	Veregaaside analüsaator I	2	2,5857	protseduur	3500	5,1714
Füsioloogiline sünnitus	SDM251402	Värvidoppleriga UH aparaat	3,6	0,1066	minut	120000	0,38376
Füsioloogiline sünnitus	SDM251501	Konveksandur	3,6	0,0332	minut	72000	0,11952
Füsioloogiline sünnitus	SDM281002	Kardiotokograaf	148,2	0,0517	kirjeldamata	120000	7,66194
Füsioloogiline sünnitus	YKM10AB04	Ühekordsete vahendite komplekt	1,2	0,068	Eurot	1	0,0816
Füsioloogiline sünnitus	YKM10RE05	Reaktiivide baaskomplekt	1,98	0,068	Eurot	1	0,13464
Füsioloogiline sünnitus	YKM25KO02	Ultraheli baaskomplekt	1,196	0,26	tükk	1	0,31096
Füsioloogiline sünnitus	YKM28KO10	Sünnituse ühekordsete materjalide komplekt	1	9,37	kirjeldamata	1	9,37
Füsioloogiline sünnitus	YKM32KO03	Uroloogia protseduuride baaskomplekt	0,5	4,009	tükk	1	2,0045
Füsioloogiline sünnitus	YKM32KO04	Kateeterite komplekt	0,85	1,699	tükk	1	1,44415
Füsioloogiline sünnitus	YKM99AB02	Protseduuri abivahendite komplekt	0,185	1,3597	tükk	1	0,251545
Füsioloogiline sünnitus	YKM99HO01	Teraapia voodipäeva hooldusvahendite komplekt	4	0,476	voodipäev	1	1,904
Füsioloogiline sünnitus	YKM99KO01	Teraapia voodipäeva meditsiinitarvikute komplekt	4	1,223	voodipäev	1	4,892
							663,66

Elussünnid Eestis 2017 – 2018



Riskihindamise tabel

Planeeritud kodusünnitusabi Eestis (väljavõtte juhendist)

1.3 Sünnitusriskide hindamine

Sünnitusriskide hindamine on osa kodusünnituse planeerimise protsessist. Riskide hindamise aluseks on riskide hindamise vorm, mis on planeeritud kodusünnitusel ämmaemandusabi osutamise lepingu osa (Lisa 1). Riskide hindamise vorm on leitav aadressil www.ammaemand.org.ee. Vorm täidetakse elektrooniliselt või paber kandjal, mõlemal juhul peab olema tagatud selle täiendamise ja taasesitamise võimalus. Paber kandjal vorm asub rasedakaardi vahel, elektrooniline dokument kas elektroonilises rasedakaardis või tagatakse andmevahetus e-posti teel.

Riskide hindamisel tuleb kirjeldada:

- kelle poolt, millal ja mille alusel riskid on hinnatud;
- otsused ja konsultatsioonivajadus.

Riskide hindaja võib olla:

1. rasedust jälgiv ämmaemand, kes osaleb kodusünnitusel;
2. rasedust jälgiv ämmaemand, kes ei osale kodusünnitusel;
3. rasedust jälgiv naistearst.

Riske hinnatakse ja hinnang dokumenteeritakse raseduse jooksul korduvalt:

1. esmasel pöördumisel kodusünnituse planeerimiseks;
2. hiljemalt 36+6 rasedusnädala täitumisel;
3. asjaolude muutumisel või riskide lisandumisel vahemikus 37+0 kuni 41+6 rasedusnädalat.

Kui riske hindavad ämmaemand ja/või naistearst, kes ei osale kodusünnitusel, tagatakse nende poolt riskihindamise otsuse jõudmine kodusünnitusel osaleva ämmaemanda ja naiseni kas elektrooniliselt või paber kandjal.

1.3.1. Vastunäidustused kodusünnituseks

Olukorrad, kui kodusünnitus ei ole naisele ja lapsele turvaline ning ei ole seepärast lubatud:

Üld- ja sünnitusabi/günekoloogilise anamneesi põhjal:

- rasked haigused või kliinilised seisundid (organpuudulikkusega kulgevad haigused, transplantatsioonijärgne seisund, kaasasündinud või omandatud südamerikked, insuliinsõltuv diabeet jt);
- alkoholi- ja narkosõltuvus;
- keisrilõige eelmise sünnituse lõppena;
- emaka väärarendid, varasemad operatsioonid emakal;
- anamneesis raseduse ajal raske preeklampsia või HELLP sündroom;
- eelmisel sünnitusel platsenta irdumise häired, sünnitusjärgne verekaotus üle 1000 ml

- eelmisel sünnitusel loote õlgade düstookia;
- perinataalne surm;
- intensiivravi vajanud vastsündinu.

Käesoleva raseduse kulu põhjal:

- jälgimata rasedus;
- mitmikrasedus;
- loote vaagnaotsseis, risti- või põikiseis;
- platsenta eesasetsus ja teised platsentatsioonihäired
- sünnitustegevuse käivitumine enne 37+0 ja pärast 41+6 rasedusnädalat;
- rasedusaegne hüpertensioon ja preeklampsia, HELLP-sündroom;
- diabeet ja gestatsioonidiabeet;
- äge genitaalherpes sünnituse käivitumisel;
- HIV, B-hepatiit, Rh-negatiivsed naised juhul, kui ei ole tagatud kohene sünnitusjärgne ravi/profülakтика naisele ja vastsündinule;
- loote makrosoomia või üsasisene kasvupeetus;
- oligo- ja polühüdramnion;
- sünnieelselt diagnoositud loote väärarendid ja haigused;
- loote antenataalne surm;
- aneemia (Hgb 90 g/l ja vähem).

1.3.2 Riskide hindamise vorm

Haiguse või seisundi esinemisel anamneesis või käesoleva raseduse kulus märgitakse diagnoos koos RHK koodiga vastavasse lahtrisse, vajadusel lisatakse selgitus haiguse esinemise aja vms. kohta. Otsuses antakse anamneesist, käesoleva raseduse kulust ja planeeritavast sünnituse keskkonnast tulenev summaarne hinnang kodusünnituse riskide kohta. Riskide summeerumist hinnatakse sisuliselt, võttes arvesse iga riski iseloomu ja potentsiaalset mõju. Ei ole oluline, mitu riskitegurit tuvastatakse, vaid kas üks või mitu riski koosmõjus seavad kahtluse alla normaalse sünnituse toimumise.

Näiteks: muu on anamneesis ja raseduse kulus üldjoontes korras, aga punkt 55 - pere koostöövalmiduse puudumine ämmaemandaga, näit. keeldub aktsepteerimast absoluutseid vastunäidustusi või üleviimise näidustusi vms., on piisav põhjus ämmaemanda poolt protsess pooleli jätta. Samas - kui näiteks summeeruvad 17 - muud emakaoperatsioonid (näit. diagnostiline laparoskoopia anamneesis ja 26 - sünnituse kulu häired 1. sünnitusel (väljutuse nõrkus ja stimulatsioon), siis olulist riskitõusu ei ole.

Kui esmasel pöördumisel kodusünnituse planeerimiseks või jätkuvatel riskihindamistel selgub asjaolusid, mis välistavad kodusünnituse (vt. vastunäidustused p.1.3.1), siis informeeritakse naist nendest koheselt. Sellisel juhul on ämmaemandal õigus keelduda kodusünnitusabi teenuse osutamisest ja anda perele tasakaalustatud infot haiglas sünnitamise kui turvalisema võimaluse kohta.

A	Anamneesist tulenevad riskid	Riskide hindamine		
		1. Esmane pöördumine	2. 36+6 rasedusnädalal	3. Vajadusel riskide lisandumisel või ülekandluse tekkimisel
		Hindaja/kuupäev/ rasedusnädal	Hindaja/kuupäev/ rasedusnädal	Hindaja/kuupäev/ rasedusnädal
1.	Alkoholism ja narkomaania			
2.	Südame- ja vereringehaigused, sh. hüpertensioon			
3.	Endokrinoloogilised haigused (diabeet ja gestatsioonidiabeet, hüper- ja hüpotüreosis)			
4.	Neeruhaigused (neerufunktsiooni langusega)			
5.	Maksahaigused (maksafunktsiooni langusega)			
6.	Aktiivne hepatiit			
7.	Kopsuhaigused (astma, tsüstiline fibroos, spontaanne pneumotooraks anamneesis, äge tuberkuloos)			
8.	Neuroloogiline haigus (epilepsia, müasteenia, tserebrovaskulaarne haigus, tuumor)			
9.	Vaimuhaigused (depressioon, ärevushäire, äge psühhootiline seisund jms.)			
10.	Autoimmuunsed haigused (süsteemne luupus, sklerodermia jm)			
11.	Sirprakuline aneemia			
12.	Skeletianomaaliad või genitaaltrakti kaasasündinud			

	anomaaliad, mis võivad häirida sünnitusprotsessi			
13.	Hematoloogilised probleemid (hemoglobinoopatiad, tromboemboolilised tüsistused)			
14.	Tromboemboolia või flebotromboos			
15.	Fenüülketonuuria			
16.	Keisrilõige eelmise raseduse lõppena (KL näidustus)			
17.	Muu emakaoperatsioon			
18.	Emaka ja genitaaltrakti väärarendid			
19.	Preeklampsia või eklampsia			
20.	Antikehade tiiter tõusnud reesus-negatiivsel rasedal			
21.	Emal haigusest tulenevalt eelnevalt sündinud hüpotoofiline laps (alla 2500g), surnultsünd või lapse surm neonataalperioodis			
22.	2 või rohkem enneaegset sünnitust või väikesekaalulise lapse sündi			
23.	Surnultsünd või vastsündinu surm			
24.	Sünnikahjustus eelmisel lapsel			
25.	Intensiivravi vajanud vastsündinu			
26.	Sünnituse kulu häired eelmisel sünnitusel			
27.	Platsenta irdumise ja väljutamise häired eelmisel sünnitusel			
28.	Verekaotus üle 1000 ml eelmisel sünnitusel, vereülekannet vajanud			

	raseduse ja sünnitusega seotud verejooks			
29.	Sünnitusteede septilised tüsistused eelmise sünnituse järgselt			
30.	Muud tõsised meditsiinilised probleemid või kaasasündinud anomaaliad, mis mõjutavad rasedust ja sünnitust			
31.	Muud seisundid, mis ämmaemanda arvates võivad takistada sünnituse füsioloogilist kulgu			
B	Käesoleva raseduse ajal ilmnenu riskid	1. Esmane pöördumine	2. 36+6 rasedusnädalal	3. Vajadusel riskide lisandumisel või ülekannduse tekkimisel
32.	Mitmikrasedus			
33.	Loote väärseisud, sh vaagnaotsseis			
34.	Preeklampsia, eklampsia			
35.	Rasedusaegne hüpertensioon			
36.	Diabeet ja gestatsioonidiabeet			
37.	Neuroloogilise geneesiga krampid			
38.	Platsenta eesasetus			
39.	Platsenta enneaegne irdumine või sellele viitavad sümptomid			
40.	Loote väärarend või selle kahtlus, mis võib vajada kohest sünnijärgset diagnostikat ja/või ravi			
41.	Raseda hemoglobiini väärtus alla 90 g/l 36+6 rasedusnädalal			
42.	Mittevastavus loote oletatava massi ja raseduse kestuse vahel,			

	ebaselge raseduse kestus			
43.	Enneaegne sünnitus (sünnituse käivitumine enne 37+0 nädalat)			
44.	Sünnitustegevuse käivitumine pärast 41+6 rasedusnädalat			
45.	Hüpotroofilise või väiksekaalulise loote kahtlus (alla 2500 g)			
46.	Makrosoomse loote kahtlus (üle 4500 g)			
47.	Lootevete puhkemine üle 24 tunni			
48.	Polü- või oligohüdramnion			
49.	Rh-antikehade esinemine			
50.	Esmakordne genitaalherpese episood raseduse ajal			
51.	Infektsioonid (tuberkuloos, HIV, toksoplasmoos, C- ja B-hepatiit, klamüdioos, süüfilis), GBS-positiivne tupekülv			
52.	Kehamassi indeks (KMI) üle 35			
53.	Sünnitushirm			
54.	Rasedust ei ole jälgitud vastavalt juhendile			
C	Muud asjaolud	1. Esmane pöördumine	2. 36+6 rasedusnädalal	3. Vajadusel riskide lisandumisel või ülekandluse tekkimisel
55.	Pere koostöövalmidus ämmaemandaga			
56.	Kõik seisundid, mis ämmaemanda arvates võivad takistada normaalset kodusünnitust			

57.	Sünnituse toimumise koht kaugemal kui 30 km lähimast sünnitusabi osutavast haiglast			
58.	Sünnituse keskkond, turvalisus, asukoht, juurdepääs			
59.	Vajalike vahendite olemasolu			
Otsused (riskitegurid ja konsultatsiooni vajadus, soovitusel)				Nimi, allkiri, kood, kontakt
N: anamneesist tulenev risk madal/kõrge; käesoleva raseduse risk madal/kõrge; muudest asjaoludest tulenev risk madal/kõrge; Kodusünnitus soovitatav/mittesoovitatav				
esmane hindamine				
korduv hindamine				