

**EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE ALGATAMISEKS
VAJALIKUD ANDMED**

1. Taotluse algataja	
Organisatsiooni või ühenduse nimi	Eesti Ämmaemandate Ühing
Postiaadress	Mardi 3, Tallinn, 10145
Telefoni- ja faksinumber	+372 5067938
E-posti aadress	siiri.pollumaa@kliinikum.ee
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	Siiri Põllumaa, EÄÜ president, +372 5067938; siiri.pollumaa@kliinikum.ee

2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)	
2.1. Teenuse nimetus	Ämmaemandusabi teenus, mis jaguneb: <ul style="list-style-type: none"> • Ämmaemanda esmane vastuvõtt • Ämmaemanda korduv vastuvõtt • Ämmaemanda koduviit
2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus (edaspidi loetelu) olemasoleva teenuse korral	Alates 1.01.2012 kehtestati Haigekassa nõukogu ettepanekul uued teenuse koodid: <ul style="list-style-type: none"> • 3037 - ämmaemanda iseseisev vastuvõtt; • 3038 - ämmaemanda koduviit. <p>EÄÜ taotleb ämmaemanda iseseisva vastuvõtu puhul esmase ja korduva vastuvõtu eristamist, vastavate koodide ja uute piirhindade kehtestamist (ABC-metoodikast lähtuv visiitide hinnaarvestus on tehtud haigekassa eksperdi poolt 2010.a. taotluse menetlemise käigus).</p> <p>Võrreldes 2012.a. esitatud taotlusega on käesolevas taotluses muutunud esmase ambulatoorse ja koduviidi aeg ning sellest lähtuvalt ka visiidi hind.</p> <p>Koduviidi puhul eristamise vajadust esmaseks ja korduvaks ei ole.</p>
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	Iseseisev ämmaemandusabi (ante- ja postnataalne jälgimine, kontratsepsiooninõustamine) sobib normaalse raseduse ja madala kuni keskmise rasedusriski või normaalse sünnitusjärgse perioodi korral. <p>Kõrge rasedusriski, kaasuvate haiguste ja meditsiiniliste probleemide korral on vajalik raseda jälgimine/konsultatsioonid naistearsti või perearsti poolt.</p>

2.4. Ettepaneku eesmärk	<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse (edaspidi teenuse) lisamine loetellu¹ <input checked="" type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmine² <input type="checkbox"/> Teenuse kohaldamise tingimuste muutmine ³ <input type="checkbox"/> Teenuse nimetuse muutmine ⁴ <input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust ⁵ <input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmine ⁶ <input type="checkbox"/> Muu (selgitada) Selgituseks: - tinglikult nähakse uue teenusena ämmaemanda iseseisva esmase ja korduva visiidi eristamist, - teenuse piirhinna muutmise taotlus lähtub visiitide hinnaarvutusest tabelis 7, mis selgitab esmase ja korduva visiidi erisust.
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 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"/> Veretooted ja protseduurid veretoodetega <input type="checkbox"/> Hambaravi <input type="checkbox"/> Kompleksteenused <input checked="" type="checkbox"/> X Ei oska määrata/ Muu (selgitada) Tõenäoliselt oleks aega hakata asju nimetama õigete nimedega, so. ei ole põhjust näidata ämmaemandusabi eriarstiabi alt, kui teenus seda sisuliselt ei ole. Lahutamise oleks põhjendatud ka adekvaatse statistika saamise seisukohalt. Ettepanek - eraldi rea moodustamine loendisse "Ämmaemandusabi" Sarnaselt oleks põhjust eristada ka õendusabi.

3. Tõendus põhisisus ja näidustused 3.1. teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks;

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

² Kui teenuse piirhinna muutmise tingib uue meditsiiniseadme, ravimi vm lisamine teenuse kirjeldusse, täidetakse taotluses uue ressursi kohta kõik väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja juurde, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita. Kui piirhinna muutmise tingib ressursi maksumuse muutus, täidetakse vähemalt väljad 1-3 ning 10.1.

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

⁴ Täidetakse punktid 1-3 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse nimetuse muutmise vajalikkuse kohta.

⁵ Täidetakse taotluse punktid 1-3 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse kustutamise kohta.

⁶ Täidetakse punktid 1-3, 7, 11 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus omaosaluse muutmise kohta.

Peamine meditsiiniline näidustus ambulatoorse ämmaemandusabi teenuse osutamiseks on:

- rasedusaegne jälgimine madala ning keskmise riskiga raseduse korral,
- sünnitanu ja vastündinu sünnitusjärgne jälgimine, hooldus ning nõustamine.
- reproduktiivtervise alane nõustamine/ennetustegevus - raseduse planeerimine, kontratseptsioon, günekoloogiline ennetustegevus.

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

Tabel 1

<i>Jrk nr.</i>	<i>Uuringu autori(te) nimed</i>	<i>Uuringu kvaliteet⁷</i>	<i>Uuringusse hõlmatud isikute arv ja lühiseloostus</i>	<i>Uuritava teenuse kirjeldus</i>	<i>Esmane tulemus, mida hinnati</i>	<i>Muu(d) tulemus(ed), mida mõõdeti/hinnati</i>	<i>Alternatiiv(ide) millega võrre</i>
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Hatem jt.	31 uuringut, süstemaatiliselt analüüsitud neist 11 (A)	12 276 rasedat	Raseduse jälgimine kas: -ainult ämmaemand -ainult arst -jagatud hooldus	Teenuse turvalisus, perinataalne lõpe	Sünnituse tulem	Raseduse jälgimine ka -ainult naistearst -jagatud hooldus
2	Waldenström Turnbull	Emadushoolduse efektiivsuse süstemaatiline ülevaade(A)	9148 naist	Raseduse jälgimisevõrdlus - standardteenus (arst või arst/ämmaemand) või ämmaemandateenus	Seksumiste tase, klientide rahulolu	Ä. teenuse puhul sekkumiste tase väiksem ja kliendirahulolu suurem	Standardtee v. ämmaemandateenus
3	Petrou	Kulude minimiseerimise analüüs (B)	228+231 sünnitusjärgset naist	Sünnitusjärgsete koduvisiitide kuluefektiivsus	Varane kojukirjutamine + ämmaemanda koduvisiit versus trad.haiglas viibimine	Kogukulude sääst Ä. teenuse puhul ilma kliiniliste näitajate halvenemiseta	

Ämmaemand on tunnustatud emadushoolduse teenuse pakkujaks nii Euroopas kui maailmas. Ämmaemanda rolli ja iseseisvat tegevust normaalse raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgses perioodis abiandmisel on tunnustanud FIGO, ICM ja WHO.

Ämmaemandusabi teenuse efektiivsuse, ohutuse, tulemuslikkuse hindamiseks on viidud läbi mitmeid uurimistöid, sh randomiseeritud kliinilisi uuringuid, mis on võrrelnud ämmaemanda teenust võrreldes teiste teenusepakkujatega (raseda jälgimine naiste- või perearsti poolt või jagatud jälgimine).

Hatem jt. (2009) viisid läbi süstemaatilise analüüsi, vaadates üle 31 uuringu tulemused, süstemaatiliseks

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),

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

D – muu, selgitada.

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

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

D – muu, selgitada.

analüüsiks valiti välja 11 kliinilist katset (andmed 12 276 naise kohta). Nende katsete käigus randomiseeriti rasedad ja neile pakuti antenataalset jälgimist ja sünnitusabi ainult ämmaemanda või arsti poolt või jagatud abi. Peamine järeldus oli, et enamusele naistele tuleks pakkuda jälgimist ämmaemanda juures, ettevaatusega tuleb suhtuda siis, kui esinevad meditsiinilised probleemid. Uuringu käigus hinnati ka erinevaid ämmaemandusabi teenuse vorme. Ämmaemandusabi teenusega seoses ei leitud mingeid ohtlikke mõjusid ja perinataalne lõpe ei olnud halvem kui jagatud teenusel. Rasedad, kes kasutasid ämmaemanda teenust, vajasisid vähem hospitaliseerimist, sünnitusel regionaalanesteesiat ja episiotomiat. Kahe rühma vahel (ämmaemandusabi *versus* teised mudelid) ei olnud statistilist erinevust loote ja vastsündinu surmas (RR 0,83; 95% CI 0,70-1,00).

Waters on leidnud, et emadushoolduse pakkumisel on oluline, et naisel oleks valikuvõimalus kuhu ja kelle juurde pöörduda, tagatud järjepidev hooldus ja jälgimine ning olemas ravijuhendid, kus käsitletud muuhulgas rasedusriskide hindamist ning edasisuunamise põhimõtteid. Olulise tegurina antenataalse abi efektiivsuse hindamisel peetakse järjepidevust, valiku- ja kontrollivõimalust (*continuity, choice, control*). Turvatunnet ja rahulolu suurendab usaldusväärne teenusepakkuja, kelle jälgimisel ollakse kogu raseduse ajal ja ka sünnitusjärgses perioodis.

Waldenström ja Turnbull võrdlesid 1998.a. emadushoolduse kliinilist efektiivsust käsitlevas süstemaatilises ülevaates antenataalse hoolduse standardteenust (arst või arst+ämmaemand) alternatiivse ämmaemandushooldusega. Valimi suurus oli 9148 naist. Kokkuvõtvalt leiti, et ämmaemandusabi iseloomustab väiksem sekkumiste tase ja suurem klientidepoolne rahulolu võrreldes standard-teenusega.

Petrou jt. töö eesmärk oli hinnata võrdlevalt sünnitusjärgsete koduviitide kulu-efektiivsust peale varast kojukirjutamist ja standardset haiglasviibimist Genfi Ülikooli Haiglas. Meetodina kasutati kulude minimeerimise analüüsi. Valim jagunes teenuse iseloomu järgi kaheks:

- varane kojukirjutamine ja ämmaemanda koduviidid (n=228);
- traditsiooniline haiglasviibimine (n=231).

Varane kojukirjutamine andis märkimisväärse haiglakulude kokkuhoiu, kulud suurenesid mõnevõrra esmatasandil. Kokkuvõtteks leiti, et varane kojukirjutamine kombineerituna ämmaemanda koduviitidega andis märkimisväärse kogukulude säästu ilma ema või lapse kliiniliste näitajate halvenemiseta.

Alternatiivne teenus iseseisvale ämmaemandushooldusele (antenataalsele jälgimisele) on jagatud teenus/hooldus (*shared care*), kus enamus visiitidest tehakse ämmaemanda juurde ja kaks-kolm visiiti arsti (naistearsti või perearsti juurde) või kus ämmaemand ja naistearst jälgivad rasedat koos. Eestis enamikel juhtudel on ämmaemandushooldus siiski planeeritud jagatud hooldusena, kus enamus antenataalsetest visiitidest on ämmaemanda iseseisvad visiidid ja lisaks toimub 2-4 naistearsti konsultatsiooni/visiiti. Rasedate jälgimine toimub vastavalt Eesti Naistearstide Seltsi (ENS) ja EÄÜ 2012.a. kehtivale juhendile, mis arvestab tõendus põhise meditsiini seisukohti (www.ens.ee; www.ammaemand.org.ee).

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

Üks põhjalikumaid antenataalse jälgimise ravijuhendeid on välja antud RCOGi (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) ja koostatud NCC-WCH (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2008) poolt. Selles on leitud, et normaalse raseduse korral võivad rasedat jälgida ämmaemand ja perearst. Rutiinne jälgimine naistearsti poolt vs naistearsti sekkumine ainult kõrvalekallete puhul - perinataalne lõpe ei erine [tõendus põhisis A].

Oluline on jälgimise järjepidevus. Antenataalne hooldust peaksid pakkuma väikesed spetsialistide grupid, kellega naine on tuttav ja turvaline suhe. [A] (NCC-WCH, 2008).

Tööjõu kasutamist emadushoolduses on käsitletud King's Fund oma dokumendis, rõhutades, et õiged inimesed peaksid tegema õigeid asju õigel ajal. Vajalik on ülesannete jaotamine pädevate inimeste (personali) vahel nn *skill mix*. On leitud, et ämmamemandad võivad üle võtta rea tööülesandeid, ilma et kannataks teenuse kvaliteet ja patsiendi ohutus. Ämmamemandusabi korral võib saada parema tulemust normaalse raseduse (madal kuni keskmine rasedusrisk) jälgimisel kui jagatud meditsiinilise abi korral.

Hoolduse järjepidevus (*continuity of care*) kas ämmaemanda või naistearsti poolt omab suurt tähtsust heade tulemuste saavutamisel (King's Fund, 2011).

ENSi, EÄÜ ja EPS ühise antenataalse jälgimise ravijuhendi koostamisel on lähtunud allpool toodud ravijuhenditest, mis käsitlevad ämmaemandat kui üht võimalikku teenusepakkujat:

- Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Women, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG062NICEguideline.pdf>
- Health Care Guideline, Routine Prenatal Care, Fourteenth Edition, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2010, http://www.icsi.org/prenatal_care_4/prenatal_care_routine_full_version_2.html
- Antenatal Shared Care Guidelines for General Practitioners, Fourth Edition, King Edward Memorial Hospital, Australia, 2003, uuendatud 2010, <http://wnhs.health.wa.gov.au/development/manuals/guidelines/2577.pdf>
- Antenatal Care Schedule-Routine Low Risk, The Royal Women's Hospital, Victoria, Australia, 2006, <http://www.thewomens.org.au/>
- Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care, A Guide for Essential Practice, World Health Organization, Geneva, 2006, http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924159084X_eng.pdf
- WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model, World Health Organization, Geneva 2002, http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf
- Three Centres Consensus Guidelines on Antenatal Care, 2001, <http://www.health.vic.gov.au/maternitycare/anteguide.pdf>
- Routine antenatal anti-D prophylaxis for women who are rhesus D negative, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12047/41690/41690.pdf>
- External Cephalic Version (ECV) and Reducing the Incidence of Breech Presentation, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Green Top Guideline N20a, 2006, <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT20aExternalCephalica2006.pdf>
- Rh-prophylaxis, Anti-D-immunoglobulin, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Green Top Guidelines, N22, 2002, <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/use-anti-d-immunoglobulin-rh-prophylaxis-green-top-22>
- Obstetric Cholestasis, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Green Top Guidelines N43, 2006, <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT43ObstetricCholestasis2006.pdf>
- Severe Pre-Eclampsia/Eclampsia, Management, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Green Top Guidelines, N10A, 2006, <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/management-severe-pre-eclampsiaeclampsia-green-top-10a>
- Group B Streptococcal Disease, Early Onset, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Green Top Guidelines, N36, 2003, <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/prevention-early-onset-neonatal-group-b-streptococcal-disease-green->
- Kirkham C, Harris S, Grzybowski S: Evidence-Based Prenatal Care: Part I. General Prenatal Care and Counselling Issues, American Family Physician, Apr., 2005, <http://www.medicinesfamiliale.uottawa.ca/Documents/AcademicDay/Evidence-based-PN-Care1-DrJolandaTurley-Aug-22-2008.pdf>
- Kirkham C, Harris S, Grzybowski S: Evidence Based Prenatal Care: Part II. Third Trimester Care and Prevention of Infectious Diseases, American Family Physician, 2005, <http://www.medicinesfamiliale.uottawa.ca/Documents/AcademicDay/Evidence-based-PN-Care2-DrJolandaTurley-Aug-22-2008.pdf>
- Bernloehr A, Smith P, Vydellingum V: Antenatal Care in the European Union: a survey on guidelines in all 25 member states of the Community, European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 122 (2005), 22-32

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

ICM (Rahvusvaheline Ämmaemandate Konföderatsioon), FIGO (Rahvusvaheline Günekoloogide ja Sünnitusabiariistide Föderatsioon) ja WHO on ühiselt tunnustanud ämmaemandat kui parimat spetsialisti emadushooldusteenuse (maternity care) pakkumiseks - ämmaemand on kõige sobivam ja tasuvam abiandja normaalse raseduse ja sünnituse korral ning sünnitusjärgses perioodis, sh riskide hindamine ning komplikatsioonide tuvastamine.

FIGO XIII Maailma Kongressi Üldassamblee poolt tunnustatud soovitusel on järgmised:

- et abi oleks naistele hästi kättesaadav, peaks iga sellealane tegevus olema teostatud kõige perifeersel tasemel, kus see on võimalik ja ohutu;
 - et olemasolevaid inim- ja rahalisi ressursse kõige tõhusamalt kasutada, peaks iga sünnitusabialast tegevust teostama väikseima väljaõppega isikud, kes on võimelised seda tegema ohutult ja efektiivselt;
- Need soovitusel viitavad ämmaemandale kui põhilisele sünnitusabi (e. ämmaemanduabi) andjale väikestes tervisekeskustes, kodudes ning haiglates.

Paljudes arenenud Euroopa riikides osutavad ämmaemandad esmatasandi emadushooldust (70 - 80% osutatava teenuse mahust). Samuti on see väga levinud praktika Austraalias, Uus-Meremaal jm. Neis maades omavad ämmaemandad suurt autonoomsust, töötades iseseisvalt esmatasandi ämmaemanduskeskustes. Hollandis on ligi 90% emadushooldusest ämmaemandate kanda. Samas USA-s, kõrgelt medikaliseerunud hooldustüübi juures on perinataalhäitajad oluliselt madalamad (8; 9). Sünnitusjärgse emadushoolduse pikkus on erinevates maades varieeruv, kõikides 11st päevast kuni kuue nädalani. Kuna sünnituse järgselt haiglas viibimise aeg on lühike, on paljudes riikides sisse seatud koduhoolduse programmid.

Hollandi tervishoiusüsteem baseerub ülesannete ja vastutuse selgepiirilisel jagamisel esmatasandi ja haigla vahel. Tervishoiusüsteem ja ühiskond käsitlevad rasedust, sünnitust ja emadust kui loomulikke elusündmusi, mille puhul abi peab olema tagatud esmatasandil. Esmatasandi emadushooldust osutatakse erapraksises töötavate ämmaemandate ja/või perearstide poolt. Kõrge riskiga raseduse või raseduspuhuste komplikatsioonide korral suunatakse rase naistearstile. Esimese 8-10 sünnitusjärgse päeva jooksul teeb sünnitusjärgseid koduvisiite ämmaemand, kes jälgis ka rasedust. Hooldusperioodi lõpetab visiit ämmaemanda juurde kuus nädalat pärast sünnitust. Emadushooldust osutavad ka vähesed perearstid, kas perinataalselt või ainult ante- ja postnataalselt.

UK-s osutavad perearstipraksistega seotud kogukonna-ämmaemandad (community midwives) nii ante- kui postnataalset hooldust. Kõrge riskiga rasedaid jälgitakse haiglas günekoloogide ja ämmaemandate poolt nii ante-, intra- kui postnataalselt. Siiani on suur hulk perearste haaratud „jagatud hooldusse” ante- ja postnataalselt, eriti kõrge riskiga raseduste puhul. 1992.a. avaldati Winterton Report, mis omistas suurt tähelepanu emadushoolduse sotsiaalsele kontekstile ja ebavõrdsusele tervishoiusüsteemis. Valitsuse ekspertkomitee analüüsis valikuvõimaluste mitmekesisuse, jätkuvuse ja naise informeeritud valiku teemasid emadushoolduses ning andis liidrirolli emadushoolduses kogukonna ämmaemandatele. Loodi naisekeskne, hoolduse jätkuvuse printsiipi arvestav hooldusmudel, mis osutus efektiivseks nii meditsiiniliselt kui rahaliselt.

Rootsis osutavad antenataalset hooldust peamiselt emaduskliinikutes (maternity clinics) töötavad ämmaemandad, konsulteerides vajadusel günekoloogi või perearstiga, komplikatsioonide korral saadab raseda edasi. 6 - 10 sünnitusjärgse nädala jooksul toimuvaid koduvisiite teevad emaduskliinikute ämmaemandad. Sageli on emaduskliinik pere- või esmatasandi keskuse osa (Family Centre, Primary Care Centre), mis võimaldab spetsialistidel kommunikeeruda, samuti on naistel hea juurdepääs vajalikele spetsialistidele. Lisaks perinataalsele hooldusele osutavad Rootsi ämmaemandad reproduktiivtervisealast nõustamist, mis sisaldab seksuaalkasvatust, günekoloogilist läbivaatust ja analüüside võtmist, abordinõustamist, menopausialast nõustamist, nõustamist sugulisel teel levivate haiguste osas ning vastavat ravi, kontratseptsioonialast nõustamist. Rootsi ämmaemandatel on retseptiõigus oma pädevuse piires.

Saksamaal 1911.a. vastu võetud The National Insurance Code andis igale naisele õiguse saada raseduse ajal ämmaemandusabi teenust ning 1938.a. vastu võetud seadus andis ämmaemandale õiguse olla esmane abiandja igal sünnitusel. Viimasel kümnel aastal on üha rohkem ämmaemandaid asunud madala riskiga rasedusi jälgima iseseisvas praksises. Osa rasedaid käib ainult eraämmaemanda juures, osa ämmaemanda ja

naistearsti jagatud praksises. Sünnitusjärgset hooldust haiglas osutavad ämmaemandad, arstid ja õed. Sünnitusjärgne kodune hooldus toimub enamasti eraämmaemandate toel. 6. nädala sünnitusjärgne viisiit toimub günekoloogi juurde, samas läheb ka see teenus järjest enam ämmaemandate kätte.

Prantsusmaa emadushooldust iseloomustab väga lai erinevate mudelite varieeruvus - nõ „kõik kombinatsioonid on võimalikud”. Antenataalseks jälgimiseks võib naine valida ämmaemanda, günekoloogi või sünnitusabiari. Samuti on antenataalse jälgimisega tegevad perearstid. Sünnitusabi andmise õigus on vaid ämmaemandatel ja sünnitusabi arstidel. Samuti osutavad sünnijärgset hooldust haiglas ning teevad sünnijärgseid koduviite ämmaemandad.

Austraalia emadushooldusteenused baseeruvad peamiselt haiglatel ja on osutatud erinevate tervishoiutöötajate poolt. Enamus naisi kohtub perinataalperioodi vältel ämmaemanda, naistearsti kui ka perearstiga. Järjest enam on hakatud tähelepanu pöörama hoolduse jätkuvuse printsiibile ning nägema ämmaemandat peamise emadushoolduse pakkujana.

Alates 1990.a. on Austrias ämmaemandate iseseisev vastuvõtt ja nõustamistegevus riigi poolt tunnustatud ja doteeritud. Iseseisvad ämmaemandad teevad tihedat koostööd günekoloogide, sotsiaaltöötajate ja perearstidega.

Eestis on ämmaemanda poolt osutataval tervishoiuteenusel pikaajalised ajaloolised traditsioonid ja sisuliselt osutatakse ämmaemandusabiteenust ka praegu paljudes Eesti tervishoiuasutustes. Kuni 90ndate keskpaigani töötasid ämmaemandad kõigis maa-ambulaatoriumides ja velsker-ämmaemandapunktides, jälgides rasedaid, tehes koduviite rasedatele ja sünnitusjärgsetele naistele, viies läbi terviseõpetuse tunde koolides, teostades günekoloogiliste haiguste ennetustööd.

Ka praegu töötavad ämmaemandad naistenõuandlates ja haiglate juures, jälgides rasedaid, viies läbi perede ettevalmistust raseduseks, sünnituseks ja lapsevanemarolliks ning nõustades kontratsepsiooni ja pereplaneerimise alasel. Samuti leiavad ämmaemandad rakendust Eesti Seksuaaltervise Liidu noortenõustamiskeskustes ja –kabinettides.

Põhjalikuma ülevaate antenataalsest ämmaemandusabist saab 2013.a. HK poolt tellitud ja EÄÜ läbiviidud ambulatoorse ämmaemandusabi auditist
http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Kokkuvote_iseseisva_antenataalse_kvaliteet_02082013.pdf

Esmakordselt kajastub ämmaemandate poolt tehtav töö realses mahus tervishoiustatistikas 2012.aasta haigekassa statistikas, kuna ämmaemanda vastuvõtukoodid lahutati õe omadest alles 2012.a.

				Arvete arv	Teenuse hulk
Eriarst	Ambulatoorne	3037	Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt	67 740	91 572
Eriarst	Ambulatoorne	3038	Ämmaemanda koduviit	101	135
Eriarst	Ennetus	3037	Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt	22 997	23 312

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

Vastavad uuringud puuduvad.

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

Alates 1.01.2012 kehtestati Haigekassa poolt uued ämmaemandusabi teenuse koodid:

- 3037 - ämmaemanda iseseisev vastuvõtt;
- 3038 - ämmaemanda koduviit.

Taotletava uue teenusena nähakse

- **ämmaemanda iseseisva esmase ja korduva visiidi eristamist** (analoogselt eriarsti ambulatoorse visiidiga, koodid 3002 ja 3004)
- vastavate **koodide kehtestamist** (ABC-metoodikast lähtuv visiitide hinnaarvestus on tehtud haigekassa eksperdi poolt 2010.a. taotluse menetlemise käigus).

Koduvisiidi puhul eristamise vajadust ei ole.

Teenuse **piirhinna muutmise taotlus** lähtub visiitide hinnaarvutusest tabelis 3, mis näitab juba esmase ja korduva visiidi erisust.

3.7. teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega;

Teenuse osutamine kuulub ka naistearsti (eriarsti esmane või korduv visiit) ja perearsti pädevusse.

2012.a. valminud "Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020" ütleb, et sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengu üldised prioriteedid on sätestatud WHO, EBCOGi (*European Board and College of the Obstetrics and Gynaecology*) ja FIGO (*International Federation of Obstetrics and Gynaecology*) väljatöötatud dokumentides. Põhirõhk langeb pakutava tervishoiuteenuse parema ja ühtlasema kvaliteedi tagamisele, milleks tuleks lähtuda muuhulgas järgnevast:

- patsiendikeskse teenuse pakkumine;
- teenuse võrgustiku optimeerimine, arvestades abi kättesaadavust, järjepidevust ja ühtlast kvaliteeti, sh ämmaemandate iseseisva rolli tõus jagatud emadushoolduses normaalse raseduse jälgimisel, sünnitusjärgse hoolduse ja pereplaneerimise alasel nõustamisel; ambulatoorse sünnitusabi ja günekoloogia teenuse (esmatasandi abi, rasedusaegne jälgimine) osutamine elukoha lähedal.

Lahendamist vajava probleemina nähakse arengukavas kvaliteetse ambulatoorse teenuse tagamiseks kõikjal Eestis haiglavälises abis (eeskätt maapiirkondades) vajadust rakendada rohkem perearstide ja ämmaemandate potentsiaali (rasedate jälgimine, sünnitusjärgne jälgimine, haiguste ennetus, kontratsepsioon). Esmatasandi abi oluliseks osaks on noorte nõustamiskeskuste võrgustik.

Esmatasandi tegevuste hulka kuuluvad: normaalse kuluga raseduse jälgimine, sünnitusjärgne jälgimine ja imetamise nõustamine, kontratsepsiooni ja hormoonravi jätkamine, patsientide üldine tervise-nõustamine, samuti teatud ennetustegevus. Need ülesanded on jõukohased lahendada perearstile või ämmaemandale. Raseduse vältel toimub reeglina kümnekond külastust. Jagatud emadushoolduse korral oleksid neist kaks soovituslikult naistearsti juurde. Käesoleval ajal viibib kõigest paar protsenti rasedaist perearsti jälgimisel. Lähitulevikus tuleb luua tingimused, kus lisaks jagatud emadushooldusele koos naistearstidega, oleksid ämmaemandid motiveeritud osutama tervishoiu-teenust iseseisvalt või perearsti praksiise osana, seda peamiselt maapiirkondades. On oluline, et sagedamini kasutatavad teenused, sh naistearsti ambulatoorne abi, emadushooldus (antenataalne jälgimine), sünnitusjärgne hooldus ning haiguste ennetus, oleks tagatud võimalikult elukoha lähedal.

Seoses iseseisva ämmaemandusabi regulatsiooniga on viimastel aastatel antenataalsete visiitide maht oluliselt muutunud, tabel 2 kajastab visiitide hulka võrdlevalt aastael 2010 - 2012.

Tabel 2. Sünnitajate rasedusaegne arstiabi maakonna järgi (www.tai.ee, sünniregister)

	külastused			perearst			naistearst			ämmaemand		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Eesti	154150	145336	139054	846	534	395	94224	78700	69244	59080	66102	69415
Harju maakond	73119	70128	66315	482	267	106	33776	27390	25206	38861	42471	41003
..Tallinn	51737	51661	48935	369	221	71	24786	20540	19088	26582	30900	29776

Hiiu maakond	944	931	502	5	1	0	858	875	455	81	55	47
Ida-Viru maakond	13346	12699	13534	225	210	232	12665	11949	11771	456	540	1531
Jõgeva maakond	2856	2599	2431	0	0	0	2718	2182	1835	138	417	596
Järva maakond	3174	3091	2647	1	1	0	1896	1624	1319	1277	1466	1328
Lääne maakond	2350	2277	1955	14	5	11	1505	1114	907	831	1158	1037
L-Viru maakond	6752	6214	6167	35	11	2	2868	2466	2573	3849	3737	3592
Põlva maakond	2505	2340	2340	9	0	0	1922	1691	1477	574	649	863
Pärnu maakond	9419	8722	8356	15	7	0	2746	2380	1914	6658	6335	6442
Rapla maakond	4466	3832	3291	12	14	2	3028	2527	2068	1426	1291	1221
Saare maakond	3540	3431	3159	3	0	5	3445	3325	2456	92	106	698
Tartu maakond	20607	18776	18090	18	17	25	18146	13407	10133	2443	5352	7932
..Tartu	14159	12888	12496	0	16	20	12364	9145	7030	1795	3727	5446
Valga maakond	2543	2678	2542	8	0	0	2071	2016	1744	464	662	798
Viljandi maakond	5060	4462	4616	19	1	12	4189	3651	3580	852	810	1024
Võru maakond	3469	3156	3109	0	0	0	2391	2103	1806	1078	1053	1303

4. Teenusest saadav tulemus ja kõrvaltoimed

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

Tabel 3. Teenuse oodatavad tulemused

Väide	Selgitus
Ämmaemandate poolt jälgitud rasedate arv suureneb	Iseseisva ämmaemandusabi teenuse rakendamine võimaldab oluliselt suurendada ämmaemanda juurde tehtud visiitide arvu (tabel 2). EMSR andmetel toimus 2009.a. keskmiselt 6,9 raseda visiiti naistearsti juurde, 2012.a. oli vastav näitaja juba 5,1; tõenäoliselt väheneb naistearsti juurde tehtud visiitide arv lähiaastatel veelgi.
Arvelevõtmine enne 12. rasedusnädalat suureneb	EMSR andmetel tuli 2009.a. rasedusega arvele enne 12. rasedusnädalat 82,6% rasedatest, 2012.a. juba 85,7%, % on pidevalt kasvanud (1992.a. tulid enne 12 RN arvele vaid ligi pooled rasedatest) (www.tai.ee). Suurem varane hõlmatus võib olla mõjutatud sellest, et rasedad pääsevad kiiremini ämmaemanda vastuvõtule.
Osalus perekoolis suureneb	Kuna ämmaemanda viivad ise läbi perekooli loenguid ja nõustavad, siis tõenäoliselt osalus suureneb. Hinnangu saamiseks on käigus rakendusuuring.
Klientide rahulolu informatsiooni ja teenusega suureneb	Rahulolu mõjutab kliendi valikuvõimalus ja järjepidevus (nt sama ämmaemand pakub nii ante- kui postnataalset teenust). Mitmed uuringud on näidanud mõnevõrra suuremat rahulolu ämmaemandushooldusega kui muu hooldusega, siiski metaanalüüsis ei ole neid tulemusi kasutatud, kuna uuringud on eri disainiga, kasutatud on eri mõõdikuid, vastamismäär ei ole piisav (Hattem et al, 2009). Morgan ja kaasautorid on näidanud, et naiste

	<p>poolt on aktsepteeritud nii iseseisev ämmaemanda hooldus kui jagatud hooldus. Suuremat tähtsust kui see, kes on teenusepakkuja, omab teenusepakkuja sõbralikkus, toetus, hea suhtlemisoskus ja raseda kaasamine otsustusprotsessi (Morgan et al, 1998).</p> <p>Ämmaemanda vastuvõtu eeliseks on, et vastuvõtul on rohkem aega raseda kuulamiseks, nõustamiseks ning vähem keskendutakse ainult meditsiinilistele probleemidele. Samas osadele rasedatele annab turvatunnet jälgimine naistearsti juures ja oodatakse meditsiinilistele probleemidele tähelepanu pööramist.</p> <p>Klientide rahuolu mõjutab kindlasti lühem ooteaeg vastuvõtule pääsemiseks. Rahuolu tõstab ka hoolduse järjepidevus, st ante- ja postnataalne jälgimine sama ämmaemanda poolt, nt ämmaemanda koduviisidid ja nii vastsündinu kui ema hooldus.</p>
Instrumentaalsed vaginaalsed sünnitused vähenevad	Randomiseeritud kliinilised uuringud on näidanud, et ämmaemandushooldust saavatel naistel on vähem instrumentaalset sünnitust (10 uuringut=11 724, RR 0,86, 95% CI 0,78-0,96) (Hatem et al, 2009).
Medikamentoosete valuvaigistite kasutamine väheneb	Randomiseeritud kliinilised uuringud on näidanud, et ämmaemandushooldust saavad sünnitajad vajasisid vähem regionaalset analgeesiat/aneesteesiat (11 uuringut=11724, RR 0,81, 95% CI 0,73-0,91). Nii 2009. kui 2012.a. kasutati Eestis epiduraal/spinaalanesteesiat 27,6% sünnitajatest (www.tai.ee); Soomes kasutatakse epiduraalanalgeesiat ligi pooltel sünnitajatest.
Varajane sünnitusjärgne kojulubamine suureneb	Senisest varasemat sünnitusjärgset kojukirjutamist on võimalik rakendada siis, kui on kättesaadav postnataalne ämmaemandushooldus. Väide vajab ITKs töös oleva rakendusuringu tulemusi (2014?)
Imetamise kestus suureneb	Kliinilise uuringu põhjal on teada, et imetamise alustamise tõenäosus on suurem neil naistel, kes saavad ämmaemandushooldust (1 uuring=405, RR 1,35, 95% CI 1,03-1,76) (Hadem et al, 2009). Ämmaemandushooldus (ante- ja postnataalne nõustamine) mõjutab suure tõenäosusega imetamist positiivselt (nii alustamist kui jätkamist).
4.2. teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused, nende võrdlus punktis 5.2 esitatud alternatiivide kõrvaltoimetega:	
Kuna ravi ei teostata, siis ei kirjeldata ka ravi kõrvaltoimeid.	
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 ei teostata, siis ei kirjeldata ka ravi kõrvaltoimeid.	
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;	
Kuna teenuse osutamine toimub jagatud hooldusena, siis on vajalik eriarstiteenus. Samuti vajatakse teenuse osutamisel labori - ja radioloogiateenuseid.	
4.5. teenuse võimalik väär-, ala- ja liigkasutamine; teenuse optimaalse ja ohutu kasutamise tagamiseks teenusele kohaldamise tingimuste seadmise vajalikkus;	
Iseseisev ämmaemandusabi (ante- ja postnataalne jälgimine) sobib normaalse raseduse ja madala kuni keskmise rasedusriski või normaalse sünnitusjärgse perioodi korral. Kõrge rasedusriski, kaasuvate haiguste ja meditsiiniliste probleemide korral on vajalik raseda jälgimine/konsultatsioonid naistearsti või perearsti poolt. Samas vajab ka kõrge	

rasedus- või sünnitusjärgse riskiga naine ämmaemandusabi teenust (valmistumine sünnituseks, imetamisnõustamine jne.)

4.6. patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele;

Patsiendi isikupära võimalik mõju ämmaemandusabi tulemustele on seotud tema ootustega teenusele. Kui teenus on ootusi arvestav, paindlik, turvaline ja osutatud pädeva teenusepakkuja poolt, tagatakse ilmselt ka rahulolu osutatava teenusega.

Kuna ämmaemandusabi sihtgrupp on sageli terved noored naised (pered), kes on haritud ja informeeritud ning omavad selget nägemust ootustest teenusele, siis seab see kõrgendatud nõudmised ka teenuse osutajale. Järjest suurenev hulk nõ „säästliku maailmavaatega inimesi“ soovib senist praktikast arvestades loobuda osaliselt pakutavast standardsest teenusest (näiteks UH jmt rasedusaegsed uuringud jne.).

On tõenäoline, et sihtgrupp, kes on seni harjunud saama günekoloogi poolt pakutavat antenataalset teenust, võib jääda seda eelistama.

5. Vajadus

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

Eelarvemõjude hindamisel on haigekassa eksperdi poolt aluseks võetud 2010.a. taotluses esitatud rasedate jälgimisel osutatava ämmaemandusabi teenuste hulkade prognoos, mis lähtub arvestusest, et Eestis on aastas ligikaudu 15 000? sünnitust (ja sündimus ei lange) ning 1 raseduse jooksul toimub keskmiselt 9 ambulatoorset visiiti. Hulkade suurenemine tuleneb sellest, et aasta-aastalt peaks järjest enam norm. rasedaid liikuma ämmaemanda jälgimise alla, mistõttu võib mõnevõrra väheneda günekoloogide vastuvõttude arv.

Tabelis 4 on toodud eelarve mõju prognoos järgneva 4 aasta lõikes. Tabel ei kajasta neid patsiente, kes pöörduvad ämmaemandusabi teenuse saamiseks sünnitusjärgse perioodi või kontratseptsiooni tõttu, kuna selliste pöördumiste mahu registreerimist riiklik statistika seni ei võimalda.

Tabel 4	Aasta	2012	2013	2014	2015
Hulk	Esmane visiit	13 000	16 000	17 500	18 500
	Korduvvisiit	59 000	68 000	72 500	77 500
	Koduvisiit	12 000	14 000	15 000	16 000
Kogukulu aastas, €	Esmane visiit	138 190	170 080	186 025	196 655
	Korduvvisiit	463 150	533 800	569 125	608 375
	Koduvisiit	154 920	180 740	193 650	206 560
	KOKKU	756 260	884 620	948 800	1 011 590
Lisanduv kulu aastas, €	Esmane vv	79 300	97 600	106 750	112 850
	Korduv vv	195 880	225 760	240 700	257 300
	Koduvisiit	50 640	59 080	63 300	67 520
	KOKKU	325 820	382 440	410 750	437 670

Tabel 5. Potentsiaalne teenust vajavate patsientide hulk aastate lõikes juhul, kui sünnituste arv aastas on püsivalt 15 000 ja ämmaemanda jälgivad ~50 % rasedatest. Sünnitusjärgseid visiite vajavate patsientide hulk sõltub

töökorralduse planeerimisest esmatasandil, kuid sünnitusjärgseid ambulatoorseid visiite (1-2 naise kohta) vajavad kõik need, kes olid ämmaemanda jälgimisel raseduse ajal. Sama hulk patsiente vajab ka kontratsepsiooninõustamist.

Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal t^* 2013	Patsientide arv aastal $t+1$ 2014	Patsientide arv aastal $t+2$ 2015	Patsientide arv aastal $t+3$ 2016
1	2	3	4	5
antenataalne visiit	7500	7500	7500	7500
postnataalne visiit	7500	7500	7500	7500
kontratsepsioonialane visiit	5000?	5000?	5000?	5000?

* t – taotluse menetlemise aastale järgnev aasta;

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

Tabelis 4(kordus) kajastub haigekassa eksperdi poolt aluseks võetud 2010.a. taotluses esitatud rasedate jälgimisel osutatava ämmaemandusabi teenuste (raseda jälgimine ja sünnitusjärgne) hulkade prognoos.

Tabel 4	Aasta	2012	2013	2014	2015
Hulk	Esmane visiit	13 000	16 000	17 500	18 500
	Korduvvisiit	59 000	68 000	72 500	77 500
	Koduvisiit	12 000	14 000	15 000	16 000
Kogukulu aastas, €	Esmane visiit	138 190	170 080	186 025	196 655
	Korduvvisiit	463 150	533 800	569 125	608 375
	Koduvisiit	154 920	180 740	193 650	206 560
	KOKKU	756 260	884 620	948 800	1 011 590
Lisanduv kulu aastas, €	Esmane vv	79 300	97 600	106 750	112 850
	Korduv vv	195 880	225 760	240 700	257 300
	Koduvisiit	50 640	59 080	63 300	67 520
	KOKKU	325 820	382 440	410 750	437 670

Tabelis 6 kajastub HK statistika ämmaemandate poolt osutatud tervishoiuteenuse kasutuse kohta 2012.a.

	Tabel 6			Arvete arv	Teenuse hulk
Eriarst	Ambulatoorne	3037	Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt	67 740	91 572
Eriarst	Ambulatoorne	3038	Ämmaemanda koduvisiit	101	135
Eriarst	Ennetus	3037	Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt	22 997	23 312

6. Taotletava teenuse kirjeldus

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

Nõuded ämmaemandusabi iseseisvaks osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele. Määrus kehtestatakse «Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse» § 262 lõike 4 alusel. Määrus on jõustunud 1. aprillil 2010. a.

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

Patsiendi ettevalmistamise ja premedikatsiooni vajadus puudub.

6.3. teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes;

Ämmemandusabi teenuse sisu reguleerib Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Iseseisvalt osutatavate tervishoiuteenuste loetelu on kehtestatud Sotsiaalministri määrusega (vastu võetud 19.03.2010.a., <https://www.riigiteataja.ee/akt/13289780?tegevus=telli-teavitus>)

Selgituseks esmase ja korduva ambulatoorse visiidi eristamise vajaduse kohta: eristamise vajadus tuleneb visiidi sisust ja visiidi käigus teostatavate tegevuste hulgast ja iseloomust (tabel 7). Esmane visiit on ajamahukam, eriti arvestades esmast anamneesi kogumist ja dokumenteerimise spetsiifikat (vajadus raseda jälgimise andmed dubleerida paralleelselt asutuse vormi ja naise käes olevasse rasedakaarti).

Sisuline erisus esmase ja korduva visiidi osas kehtib kõigi ämmaemandusabi ambulatoorsete visiitide kohta:

- antenataalne,
- postnataalne,
- pereplaneerimine ja kontratseptsioon.

Tabel 7

tegevus	esmane visiit	korduv visiit
Anamneesi ja kaebuste kogumine	Põhjalik anamneesi kogumine ja dokumenteerimine kui adekvaatse riskiselektiooni alus	Täiendavate asjaolude ilmumine anamneesist, kaebuste lisandumine, nende dokumenteerimine
Jälgimise ajakava, uuringud/analüüsid/toimingud	Planeerimine, selgitamine ja tegemine	Vastavalt tulemustele jälgimise edasine planeerimine
Riskide analüüs	Analüüs lähtuvalt anamneesist ja kaebustest	Jätkuv analüüs igal visiidil lähtuvalt uuringute/analüüside tulemustest ja kaebustest
Nõustamine	Vastavalt raseduse/sünnitusjärgse perioodi kulule, kaebustele ja vajadustele. Võib olla väga ajamahukas, eriti kui tegemist on esmasrasedaga või riskirasedaga.	Vastavalt raseduse/ sünnitusjärgse perioodi kulule, kaebustele ja vajadustele.
Dokumentatsioon	Dokumentatsiooni alustamine - kogu dokumentatsioon täidetakse	Dokumentatsiooni täpne jätkuv täitmine (kommentaar sama)

	ühe inimese poolt mitmekordse dubleerimisega (raseda puhul elektrooniline/paberkanjal rasedakaart ja naise vahetuskaart).	
--	---	--

Visiitide sisu lähtub naise/pere vajadusest, reproduktiivtervisest, raseduse, sünnitusjärgse perioodi kulu iseärasustest, kehtivatest kokkulepetest (juhenditest) teenuse sisu ja kvaliteedi osas. Uus raseda jälgimise juhend kajastab ante- ja postnataalse nõustamise soovituslikke teemasid, mis visiitide käigus peaksid saama naise/perega läbi räägitud, soovitatavalt ämmaemanda poolt algatatuna, mitte jäädes lootma küsimustele.

Kaasaegse nõustamise üheks põhialuseks on kliendi õigus teha informeeritud valikuid, mille tegemisel vajab iga klient talle arusaadaval viisil esitatud tõendus põhise teavet. Nõustamisel on oluline tagada võimalus ja aeg küsimuste esitamiseks ja diskussiooniks; veenduda, et naine mõistab edastatud informatsiooni korrektselt; anda aega otsuste tegemiseks. Nõustamise soovituslikud teemad ja ajastus kajastuvad nii tervishoiuteenuse dokumenteerimise määruuses kui raseda jälgimise juhendis.

Sünnitusjärgse emadushoolduse eesmärk on välja selgitada varased tervisega seotud probleemid nii emal kui ka lapsel, soodustada rinnaga toitmist ja võimestada vanemaks olemist (Spurgeon jt 2001, Wiegers 2006).

Eristatakse varast sünnitusjärgset visiiti, mis võiks olla enamasti teostatud koduviisiidina ning ambulatoorset, mida soovitatakse ajastada 6-8 nädalat peale sünnitust. Selle visiidi sisuks on enamasti naise füüsilise taastumise ja psüühilise toimetuleku hindamine, toimetulek lapsehooldusega ning imetamine, samuti kontratseptsiooninõustamine.

Postnataalse tegevuse osas ühtset, kõiki teenusepakkujaid haaravat juhendit Eestis ei ole. Kehtiv juhend 0-18-aastase lapse jälgimiseks katab valdkonna vajadustest väga väikese lõigu, so osaliselt lapsega seonduva, naise sünnitusjärgset jälgimist ei ole seni käsitletud ükski juhend. EÄÜ algatusel on koostöös perearstide ja õdedega, neonatoloogide ja naistearstidega algatud sünnitusjärgse kompleksse juhendi koostamine, mis käsitleb nii ema kui lapsega seotud tegevusi ja nõustamist. Hetkel on juhendi koostamine tööprotsessis.

S.Kõvermägi (2011) uuringust Tartus selgus, et sünnitusjärgse visiidi toimumise koha osas eelistasid 47,6% vastanutest, et sünnitusjärgne visiit toimuks nende kodus. Koduviisiidi teostajana eelistati enim perearsti (44,6%) ja ämmaemandat (43,5%) vastanutest.

7. Nõuded teenuse osutajale

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

Ämmaemandusabi on ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutab ämmaemand koos pere- või eriarstiga või iseseisvalt.

Iseseisvalt võib ämmaemandusabi osutada sellekohase tegevusloaga äriühing, sihtasutus või füüsilisest isikust ettevõtja. Iseseisvalt võib ämmaemandusabi osutada vaid ambulatoorselt. [RT I 2009, 29, 176- jõust. 01.04.2010]

Igal ämmaemanda õppekava lõpetanud ja diplomit omaval ning tervishoiutöötajana registreeritud isikul on õigus osutada iseseisvat ämmaemandusabiteenust.

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

Ämmaemandad tagavad efektiivse, turvalise ja tõendus põhise emadushoolduse, tehes koostööd

- naistearstidega,
- diagnostikateenistustega (UH, labor),
- perearstide ja -õdedega,
- sotsiaaltöötajatega,
- teiste vajalike spetsialistidega.

7.3. personali (täiendava) väljaõppe vajadus;

Põhikoolituse läbinud ja ämmaemanda diplomi omandanud isik on pädev iseseisvalt ämmaemandusabi teenuseid osutama.

Seaduse järgselt on igal ämmaemandal õigus erialasele täiendkoolitusele vähemalt 60 tunni ulatuses aastas. Kutsekvalifikatsiooni süsteem eeldab 300 täiendkoolituse tunni läbimine 5 aasta jooksul.

EÄÜ tegeleb süstemaatiliselt ämmaemandate täiendkoolituse pakkumisega. Iga aasta sügisel viiakse läbi küsitlus koolitusvajaduse hindamiseks, tulemusi kasutatakse järgmise aasta koolituskava koostamisel. 2013.a. koolituskava asub aadressil <http://www.ammaemand.org.ee/eau-koolituskalender-2013>, 2014.a. koolituskava avaldatakse samas.

7.4. minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;

Vastavalt EÄÜ kutsekvalifikatsiooninõuetele (www.ammaemand.org.ee - kutsenõuded) on teenuse osutamise minimaalsed mahud kvaliteedi tagamiseks järgmised - täidetud praktilise töökogemuse nõuded viie aasta jooksul:

- vähemalt 150 raseda nõustamine, mis sisaldab vähemalt 500 sünnieelset läbivaatust;
- vähemalt 150 sünnitanud naise ja vastsündinu jälgimine, mis sisaldab vähemalt 500 ema ja lapse läbivaatust ning nõustamist;
- vähemalt 150 kliendi reproduktiivterviseteemaline nõustamine.

7.5. teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele.

Uurimused on tõestanud, et ämmaemandusabi kliiniline efekt antenataalse hoolduse osas on:

- sama turvaline kui naistearsti poolt pakutav,
- kompleksne ja järjepidev,
- kliendi vajadusi arvestav,
- odavam kui alternatiivid.

8. Kulutõhusus

8.1. teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused:

Hetkel kehtiv hinnakiri on ühine õe ja ämmaemanda iseseisva visiidi puhul, piirhinnad vastavalt:

- Õe või ämmaemanda iseseisev vastuvõtt (kood 3037) - **4.79€**
- Õe või ämmaemanda koduvisiit (kood 3038) - **9.22€**.

Taotluses esitatud planeeritavad piirhinnad on seni kehtivatest kõrgemad:

- Ämmaemanda esmane vastuvõtt – **13,41€**
- Ämmaemanda korduv vastuvõtt – **7,85€**
- Ämmaemanda koduvisiit – **17,77€**

Kõrgemate piirhindade põhjendus:

- ämmaemanda iseseisvuse ja sellega seotult vastutuse määr on ajas oluliselt suurenenud;
- sisuliselt on ämmaemanda iseseisev tegevus seotud kõrgema vastutuse määra ja iseseisvate jälgimis-ja raviotsustega kui õe vastuvõtt;
- teenuse, seega ka visiitide sisule esitatavad nõudmised on muutunud komplitseeritumaks;
- ämmaemand teeb üldjoontes samu tegevusi ja võtab vastu iseseisvaid otsuseid nagu arst;
- teenuse sisust kvaliteediotustest lähtuvalt kulub kõigi oluliste tegevuste tegemiseks senisest enam aega, mis pikendab visiidi kestvust;
- antenataalsel visiidil on sisuliselt tegemist pooleteise kliendiga, postnataalsel visiidil kahe kliendiga, sest

nii ema kui lapse probleeme tuleb käsitleda eraldi, lisaks veel ühise teemana imetamine;

- senine ämmaemanda visiidi hind on viinud tervishoiuasutused olukorda, kus visiidi teeb sisuliselt küll ämmaemand iseseisvalt, kuid arvel kajastatakse kallim, arsti visiit. See viib omakorda olukorrani, kus andmed tegeliku ja aruandluses sisalduva osas ei kajasta tegelikkust;
Väidet kinnitab 2013.a. haigekassa tellimisel läbi viidu antenataalse ämmaemandusabi kvaliteedi audit.
- hinnanguliselt ei suurenda ämmaemandate visiitide hinna tõstmise tervishoiukulusid, kui vastavalt väheneb arstide poolt tehtavate visiitide hulk;
- senised visiidihinnad ilmselgelt ei motiveeri ämmaemandaid iseseisva ettevõtjana tegevusluba hankima ja teenust pakkuma, mida näitab ka siiani väljastatud ämmaemandusabi tegevuslubade statistika.

Järgnevalt (tabel 8) on toodud ämmaemanda ambulatoorse vastuvõtu ning koduviisi hindna-arvestus lähtudes ABC metoodikast (esialgselt koostatud HK eksperdi poolt EÄÜ 2010.a taotluse menetlemise protsessis) ning taotleja poolt esitatud kuluandmetest. Täpsem kuluarvestuse fail asub HK valduses.

Käesoleva taotluse koostamise protsessis 2013.a.on esmase visiidi aega pikendatud varasemas taotluses esitatud 45 minuti asemel 60 min., vastavalt on muutunud ka hind. Muudatuse põhjuseks on esmase visiidi sisu erinevus, vt. tabel 7.

Ämmaemanda esmane vastuvõtt						Tabel 8
Kood	Ressurss	Ühik	Kogus	Ühiku hind, €	€	Kulu,
PER0502	Ämmaemand	min	60	0,1620		9,72
PIN	Vastuvõtukabinet_ämmaemand	min	60	0,0230		1,38
YKM	Günekoloogilise läbivaatuse komplekt	tk	1	1,3055		1,31
KKM	Günekoloogilise läbivaatuse instrumentarium	kord	1	0,1282		0,13
OST	Patsiendi haldus	tk	2	0,4350		0,87
Hind						13,41

Ämmaemanda korduv vastuvõtt						
Kood	Ressurss	Ühik	Kogus	Ühiku hind, €	€	Kulu,
PER0502	Ämmaemand	min	30	0,1620		4,86
PIN	Vastuvõtukabinet_ämmaemand	min	30	0,0230		0,69
YKM	Günekoloogilise läbivaatuse komplekt	tk	1	1,3055		1,31
KKM	Günekoloogilise läbivaatuse instrumentarium	kord	1	0,1282		0,13
OST	Patsiendi haldus	tk	2	0,4350		0,87
Hind						7,85

Ämmaemanda koduvisiit						
Kood	Ressurss	Ühik	Kogus	Ühiku hind, €	€	Kulu,
PER0502	Ämmaemand	min	90	0,1620		14,58
OST4403	Med transport	€	20	0,0640		1,28
YKM	Günekoloogilise läbivaatuse komplekt	tk	0,7	1,3055		0,91
KKM	Günekoloogilise läbivaatuse instrumentarium	kord	1	0,1282		0,13
OST	Patsiendi haldus	tk	2	0,4350		0,87
Hind						17,77

Ämmaemanda vastuvõtu alternatiiviks on günekoloogi vastuvõtt. Uuringud (2010.a. taotluse MTHs käsitletud) on näidanud, et normaalse raseduse jälgimisel ei ole leitud statistiliselt olulist erinevust ämmaemanda töötulemustes võrreldes günekoloogi töötulemustega.

Tabelis 9 on võrdlevalt toodud eriarsti vastuvõtu ja ämmaemanda vastuvõtu kestvused ning planeeritavad hinnad. Võrreldes 2012.a. esitatud taotlusega on käesolevas taotluses muutunud ämmaemanda esmase vastuvõtu aeg 45lt minutilt 60le ja sellega seoses ka vastuvõtu hind. Samuti on muutunud koduvisiidi aeg, varasemalt 60lt minutilt 90le.

Tabel 9	Teenus	Kestvus (min)	Hind, €
	Eriarsti esmane vastuvõtt	20	15,32
	Ämmaemanda esmane vastuvõtt	60	13,41
	Eriarsti korduv vastuvõtt	15	9,98
	Ämmaemanda korduv vastuvõtt	30	7,85
	Eriarsti koduvisiit	40	15,66
	Ämmaemanda koduvisiit	90	17,77

Lähtudes teenuse hinnast (tabel 8) on kulutõhusam suunata normaalsed rasedusega patsiendid ämmaemanda jälgimise alla võrreldes olukorraga, kus norm. rasedat jälgib günekoloog.

Ämmaemanda koduvisiit, mis üldjuhul tehakse sünnitusjärgsele naisele ja vastsündinule, on planeeritud senisest

pikemana ning eriarsti koduviisidist kulukamana.

Tegemist on kahe väga tundlikus etapis patsiendiga, kellel on kummalgi oma spetsiifilised probleemid ning ühise teemana imetamine, mis vajab asjatundlikku nõustamist ja aega protsessi jälgimiseks, et vajadusi mõista ja kvaliteetset abi osutada.

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;

Ei ole võimalik kirjeldada.

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

Ei ole võimalik kirjeldada.

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

Ravikindlustusega hõlmatud isikule osutatud iseseisva ämmaemandusabi eest tasutakse riigieelarves ravikindlustuseks ettenähtud vahenditest ulatuses, mille eest tasumise kohustuse on üle võtnud Eesti Haigekassa. Ravikindlustusega hõlmamata isik tasub iseseisva ämmaemandusabi eest ise.

9. Omaosalus

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

Vajadust teenuse eest ise tasuda ei ole, kuna nii rasedal kui sünnitusjärgsel kliendil on õigus haigekassa kindlustusele.

Ise teenuse eest tasumise vajadus tuleb kõne alla ravikindlustust mitteomavate patsientide reproduktiivtervisealaste visiitide puhul.

10. Esitamise kuupäev

22.12.2013

11. Esitaja nimi ja allkiri

Siiri Põllumaa, allkirjastatud digitaalselt

12. Kasutatud allikad

- Care in normal birth: A practical guide. WHO, Geneva. 1996.
- Council of Europe, EU directives.
- Dowswell, T., Renfrew, M., Hevison, J., A Gregson, B. (2001). A review of the literature on the midwife and community – based maternity care. // Midwifery, 2(17). Churchill Livingstone, 94-99.
- ENS. (2012) Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020.
- EÄÜ. (2001) Ämmaemanduse arengukava aastateks 2002 – 2015.
- Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for

childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD004667. DOI:10.1002/14651858.CD004667.pub2.

- Kateman H, Herschderfer K. Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project: Current Practice in Europe and Australia. A descriptive study. International Confederation of Midwives. Multidisciplinary Collaborative International Report. Primary Maternity Care Project; 2005.
- Kõvermägi, S. (2012). Naiste vajadused emadushoolduses seoses sünnitusjärgse koduvisiidiga ja nende vajaduste rahuldatus. TÜ Õpetaduse osakond, magistritöö.
- Martius, G. Heidenreich, W. 1999. Hebammenlehrbuch. Stuttgart: Hippokrates Verlag, 766.
- Oudshoorn C. Developments in the Dutch model of midwifery care. *Midwives* 2003; 6(10): 428-30.
- Petrou S, Bouvain M, Simon J, et al. Home-based care after the shortened stay versus hospitalbased care postpartum: an economic evaluation. *BJOG* 2004;111(8):800-806.
- Spurgeon, P., Hicks, C., Barwell, F. (2001). Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care. *Midwifery*, 17, 123–132.
- Stewart, M., McCandlish, R., Henderson, J., Brocklehurst, P. 2004. Review of evidence about clinical, psychosocial and economic outcomes for women with straightforward pregnancies who plan to give birth in a midwife-led birth centre, and outcomes for their babies. Report of a structured review of birth centre outcomes. December 2004. University of Oxford, Headington, NPEU: Oxford.
- Waldenström U, Nilsson CA. A Randomised Controlled Study of Birth Center Care versus Standard Maternity Care: Effects on Women's Health. *Birth* 1997; 24(1):17-26.
- Waldenström U, Turnbull D. A Systematic Review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998;105(11):1160-70.
- Waters DL, Picone D, Cooke H, et al. Midwifery-led care: finding evidence for an antenatal model. *Journal of the Australian College of Midwives* 2004;17(2):16-20.
- WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the implementation of The New Model, Geneva 2002 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf)
- Wiegers, T. A. (2006). Adjusting to motherhood. Maternity care assistance during the postpartum period: How to help new mothers cope. *Journal of Neonatal Nursing*, 12, 163–171.
- Wiegers TA. Workload of primary - care midwives. *Midwifery* 2007;23:425-32.