

## EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS KOOS TÄITMISJUHISTEGA

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

1. Taotluse algataja	
1.1 Organisatsiooni nimi (taotleja) <i>Tervishoiuteenuste loetelu muutmise ettepaneku (edaspidi taotlus) esitava organisatsiooni (edaspidi taotleja) nimi<sup>1</sup>. Kui taotlus esitatakse mitme erialaühenduse poolt, märgitakse taotluse punktis 1.1 taotluse algatanud erialaühenduse nimi ning seejärel kaasatud erialaühenduse ehk kaastaotleja nimi punktis 1.6.</i>	MTÜ Eesti Ämmaemandate Ühing
1.2 Taotleja postiaadress	Puusepa 8, Tartu
1.3 Taotleja telefoninumber	
1.4 Taotleja e-posti aadress	juhatas@perekool.ee
1.5 Kaastaotleja	
1.6 Kaastaotleja e-posti aadress	
1.7 Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi	Marge Mahla
1.8 Kontaktisiku telefoninumber	
1.9 Kontaktisiku e-posti aadress	Marge.Mahla@kliinikum.ee
2. Taotletav tervishoiuteenus	
2.1. Tervishoiuteenuse kood tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse korral	Ämmaemandatel on praegu võimalus kontaktvastuvõtude kodeerimisel kasutada teenuse koodi 3111 ja 3112, mis hõlmavad väga erinevaid tegevusi ja toiminguid. Üks sellistest teenustest on imetamisnõustamine, mis vajab eristamist teistest ämmaemandusabi teenustest.
2.2 Tervishoiuteenuse nimetus	Vastsündinu ja imiku toitmisnõustamine
2.3. Taotluse eesmärk <i>Märkida rist ühe, kõige kohasema taotluse eesmärgi juurde. Risti lisamiseks vajutada sobilikul ruudul parempoolsele hiireklahvile ning avanenud menüüst valida „Properties“ – „Default value“ – „Checked“</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse lisamine loetellu <input type="checkbox"/> Uue ravimiteenuse lisamine loetellu <input type="checkbox"/> Uue ravimikomponendi lisamine olemasolevasse ravimiteenusesse <input type="checkbox"/> Uue tehnoloogia lisamine loetelus olemasolevasse teenusesse <input type="checkbox"/> Olemasolevas tervishoiuteenuses sihtgrupi muutmine (sh. laiendamine või piiramine) <input type="checkbox"/> Eriala kaasajastamine (terve ühe eriala teenuste ülevaatamine) <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse piirhinna muutmine, mis ei tulene uue ravimikomponendi või tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse (nt. teenuses olemasoleva kulukomponendi muutmine) <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kohaldamise tingimuste muutmine, mis ei tulene uue	

<sup>1</sup> Vastavalt Ravikindlustuse seaduse § 31 lõikele 5 võib taotluse esitada tervishoiuteenuste osutajate ühendus, erialaühendus või haigekassa.

<sup>2</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 6

ravimikomponendi või uue tehnoloogia lisamisest olemasolevasse teenusesse ega teenuse sihtgrupi muutmisest (nt. teenuse osutajate ringi laiendamine, teenuse kirjelduse muutmine)<sup>3</sup>

Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse kindlustatud isiku omaosaluse määra, haigekassa poolt kindlustatud isikult ülevõetava tasu maksmise kohustuse piirmäära muutmise<sup>4</sup>

Loetelus olemasoleva tervishoiuteenuse nimetuse muutmise<sup>5</sup>

Tervishoiuteenuse väljaarvamine loetelust<sup>6</sup>

Üldkulude ühikuhindade muutmise vastavalt määruse „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“ § 36 lõikele 2<sup>7</sup>

## 2.4 Taotluse eesmärgi kokkuvõtlik selgitus

Süsteemset vastsündinu toitmisnõustamist viiakse läbi sünnitusabiteenust osutavate asutuste struktuuriüksustes, siiski on teadmata, mil määral teenust osutatakse, milline on teenuse maht, kuidas on tagatud teenuse kättesaadavus esmatasandil ja piirkondlikult, sest puudub vastav teenuskood.

Taotluse eesmärk on eristada ämmaemandate pädevusse kuuluv tegevus ja koguda statistikat ämmaemandate poolt osutatavate teenuste mahu kohta erinevatel tervishoiu tasanditel. Samuti on ämmaemandusabi teenuste jätkusuutlikkuse tagamiseks, piisava ämmaemandate vajaduse prognoosimiseks, väljaõppe ja töökoormuse alaste otsuste tegemiseks teenuseid vajalik eristada teenuskoodidega.

Kasutusel olevate teenuskoodidega 3111 ja 3112 tähistatud tervishoiuteenused ei võimalda paraku seda eesmärki saavutada.

Haigekassa (Tervisekassa) vaates võimaldab teenuskoodide eristamine saada selgem ülevaade osutatud teenuste mahust, piirkondlikust kättesaadavusest ning teenuse osutamisest kvalifitseeritud spetsialistide poolt.

## 3. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus

### 3.1 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus

Teenusele pöörduvad antenataalselt naised, kes vajavad toetust rinnaga toitmise alustamiseks, eelneva negatiivse kogemuse arutelu ning enesekindluse suurendamist.

Sünnitusjärgselt on pöördumise põhjusteks vastsündinu ja imiku toitmisega seotud ema või lapsepoolsetel põhjustel tekkinud probleemid:

imetamise alustamise raskused;

imetamise jätkamise raskused;

kombineeritud toitmine;

alternatiivne toitmine;

lusikatoidule üleminek;

ema võimekuse hindamine rinnaga toitmiseks,

imetamise enesetõhusus;

erinevad rinna seisundid;

imetamise lõpetamine;

tervise ja toimetuleku nõustamine.

<sup>3</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2 ja 12 ning kui on kohaldatav, siis ka 7 ja 8

<sup>4</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1, 2, 5.1, 11.4 ja 12.

<sup>5</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1-2

<sup>6</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1-2 ja 5.1

<sup>7</sup> Vajalik on täita taotluse punktid 1 ja 2 ning seejärel esitada kuluandmed meetodika määruse lisades 12 ja 13 toodud vormidel: „Tervishoiuteenuse osutaja kulud ressursside kaupa“ ja „Tervishoiuteenuse osutaja osutatud teenuste hulgad“

<p>3.2 Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus RHK-10 diagnoosikoodi alusel (kui on kohane)</p>	<p>Z39.1 Imetava ema hooldus ja läbivaatus  Z39.1 Imetamise järelvalve  Z04.8 Läbivaatus ja jälgimine teistel täpsustatud põhjustel  O92.0 Sünnitusega seotud sissetõmbunud rinnanibu  O92.1 Sünnitusega seotud lõhenenud rinnanibu  O92.2 Sünnitusega seotud rinna muud ja täpsustamata haigusseisundid  O92.3 Piimatus e agalaktia  O92.4 Vaegpiimasus e hüpogalaktia  O92.5 Laktatsioonipeetus  O92.6 Piimavoolus e galaktorröa  O92.7 Muud ja täpsustamata laktatsioonihäired  B37.8 Muude paikmete kandidiaas rinnanibudel.</p>
<p>3.3 Näidustuse aluseks oleva haiguse või tervise seisundi iseloomustus</p>	
<p>Vastsündinu ja imiku toitmisnõustamist (imetamisnõustamist) erinevate seisundite tõttu vajab hinnanguliselt vähemalt <math>\frac{2}{3}</math> sünnitusjärgsetest ja vastsündinu või imikuga naistest, mille peamiseks osutajaks on ämmaemand sünnitusabiteenust osutava tervishoiuasutuse ambulatoorses osakonnas. Teadaolevalt osutatakse teenust ka esmatasandi tervisekeskustes töötavate ämmaemandate poolt. Paraku puudub teenuse osutamise mahu hindamiseks eristav statistika.</p> <p>Tänane praktika kinnitab, et pereõdedel ei ole teenuse osutamiseks piisavalt ajaressurssi ning asjakohast ettevalmistust. Lähtudes riiklikust rinnaga toitmise statistikast võib järeldada, et teenuse kättesaadavus, eriti rinnaga toitmise ajal, on tagasihoidlik, mistõttu on rinnaga toidetud laste osakaal Eestis madal. Eestis vähenes ainult rinnapiimatoidul olnud laste osatähtsus 2020. aastal eelnevaga võrreldes kõikides vanuserühmades (1 nädal, 1, 3 ja 6 kuud) keskmiselt kolm protsenti. Ühenädalaselt oli eranditult rinnapiimatoidul 82 %, ühekuuselt 75 %, kolmekuuselt 62 % ja kuuekuuselt 20 % ühe aasta vanustest lastest (Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasis (tabelid SR90 ja SR91).</p> <p>Allpool toodud teenusele pöördumise põhjuste lahendamata jätmise või nendele mitte tähelepanu pööramine viib piiratud aja jooksul rinnaga toimisest loobumiseni, vastsündinu ja imik ei saa soovitud vanuseni rinnapiima ning lapsevanem valides alternatiivsete toitmiseviiside vahel võib langetada lapse tervist ja heaolu mõjutava ebasoodsa otsuse. Pikemas vaates on teenuse kättesaadavuse tagamine investering tulevikku, pikalt rinnaga toidetud lapsed vajavad hilisemas elus vähem sekkumisi ning kulutused tervishoiuteenustele on tulevikus madalamad.</p> <p>Teenusele pöördumise peamised põhjused (esinevad sageli kombineerituna)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rinnapiima vähesus või ebapiisav rinnapiima kogus, ema imetamise enesetõhususe ja tervisliku seisundi hindamine.</li> <li>2. Vähenenud kaaluiv, lapse tervisliku seisundi hindamine, vajadusel teiste spetsialistide kaasamine, suunamine ravile.</li> <li>3. Valulik imetamine - rinnanibulõhed, turse, areooli dermatiit või lööve.</li> <li>4. Lapse asendite eripärad rinnal ja ebaefektiivne imemine rinnalt, ebatõhus imetamine.</li> <li>5. Enneaegse ja haige lapse imetamine/toitmine.</li> <li>6. Vastsündinu toitmise juhendamine erinevate abivahenditega.</li> <li>7. Erinevate imetamise abivahendite korrektse kasutamise vajaduse hindamine ja õpetus.</li> <li>8. Rinnaga toitmise juhendamine erikujuliste nibude korral.</li> <li>9. Laktogeneesi II hiline mine, põhjuste analüüs, nõustamine.</li> <li>10. Keelekida olemasolu hindamine, <i>frenulectomia</i> järgne juhendamine.</li> <li>11. Refluksiga lapse toitmine, soovitus ja jälgimine.</li> <li>12. Nõustamine rinnapiima üleproduktiooni korral.</li> </ol>	

13. Toitmise nõustamine liigse õhu neelamise ja koolikate korral.
14. Huule ja/või -suulaelõhega lapse toitmise juhendamine.
15. Lapse rinnaga toitmine vastavalt lapse vanusele ja arengule.
16. Kestev piimapais - hindamine, leevendusviisid ja nõustamine.
17. Ummistunud piimajuhad - põhjuste analüüs, ravi, nõustamine.
18. Galaktotseele – diagnoosimine, suunamine ultraheli uuringule, nõustamine.
19. Rinnanibulõhed- põhjuste analüüs, ravi, juhendamine ja nõustamine.
20. Vasospasm – diagnoos, nõustamine, ultraheliteraapia teostamine, tulemuste hindamine, edasise plaani koostamine.
21. Rinna seenpõletik – diagnoosimine, ravi (emal ja lapsel), nõustamine.
22. Piimavill - ennetamine ja ravinõustamine
23. Mastiit – diagnoosimine, analüüside ja ravi korraldamine, ravijärgne kontroll ja nõustamine.
24. Imetamine ema krooniliste haiguste korral.
25. Imetamine erinevate rinnalõikuste järgselt, sh ühe rinnaga toitmine.
26. Ema toitumuse analüüs, soovitusel ja nõustamine.
27. Vastsündinu või imikuga ema ja pere psühholoogiline toetusvajadus edukaks toitmiseks.
28. Erinevas vanuses lapse imetamise lõpetamine ja üleminek eakohasele toitmisele.
29. Lapse võõrutamine rinnalt.
30. Lisatoiduga alustamine.
31. Tandem imetamine.
32. Mitmikute toitmisenõustamine.
33. Rasedusaegne rinna kontroll, soovitusel ja nõustamine.
34. Rinnaga toitmise eneseabistamise võimalused ema füüsiliste eripärade korral.
35. Piimasegude valmistamise, kasutamise ning lapse toitmise juhendamine.
36. Rinnapiima kogumise ja säilitamise juhendamine.
37. Erinevate rinnapiima sõõrutamise võimaluste juhendamine.
38. Proovitoitmise teostamine erinevate ema- ja/või lapsepoolsete põhjuste hindamiseks, analüüsimiseks, nõustamisplaani koostamiseks ja rakendamiseks.  
Ema toimetuleku hindamine vastsündinu/imiku eest hoolitsemisel ja toitmisel ning toetav juhendamine.
39. Isa kaasamine lapse toitmisse.
40. Korduva nõustamise vajaduse hindamine, korduvnõustamine kontakt vastuvõtul, telefoni või e-nõustamine, lisa koduviisi vajaduse hindamine.

#### 4. Tervishoiuteenuse tõenduspõhisus

##### 4.1 Teaduskirjanduse otsingu kirjeldus

Teaduskirjanduse otsingu aluskriteeriumiteks oli kättesaadavus täistekstidena, mis on avaldatud alates 1.01.2015.a. Infootsingut teostati andmebaasides

1. Up to Date (<https://www.uptodate.com/contents/search>)
2. PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>).
3. Google Scholar (<https://scholar.google.com>).
4. Web Of Science (<https://webofscience.com>).
5. Science direct (<https://sciencedirect.com>).

Otsingusõnadena kasutati newborn and infant feeding, breastfeeding, lactation, human/breast milk, counseling, intervention, perinatal care, education, Baby Friendly Hospital Initiative, lactation consultant, breastfeeding self-efficacy ja nende kombinatsioone.

Päringu sõnastamisel kasutati Boole'i loogikaoperaatoreid **AND** ja **OR**

Taotluses on kajastatud nelja metaanalüüsi ja 11 uuringut.

##### 4.2 Tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüsides alusel

<p><b>McFadden et al (2019) metaanalüüs</b>  4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv  uuringugruppide lõikes  <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv  uuringugrupi lõikes ning nende  lühiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi  jm.</i></p>	<p>Metaanalüüsis analüüsiti 63 teadustööd, mille eesmärgiks oli leida tõendusmaterjali rinnaga toitmise nõustamise tõhususe kohta.  Kaasatud osalejate arv kõikide analüüsitud uuringute lõikes oli 33073 naist ja nende vastsündinud/imikud kokku 26 erinevast riigist.</p>
<p>4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus</p>	<p>63 uuringus kasutati laia variatsiooniga sekkumisi, mis hõlmasid ühe osana patsiendiõpetuse komponenti, samuti soodustati küsimuste esitamist ning murede väljendamist. Paljud sekkumised sisaldasid rinnaga toitmise tehnilise teabe ja toe pakkumist, näiteks soovitusi lapse tõhusaks toitmiseks või toitmisprobleemide lahendamiseks.</p>
<p>4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus</p>	<p>Juhuslikud kontrollitud uuringutes võrreldi imetamisnõustamist rinnaga toitmise nõustamise puudumise või erinevate nõustamisvormidega. Võrdlusstandardiks loeti lähtumist WHO/UNICEF akrediteeritud haiglate standardist (Beebisõbraliku haigla standard).</p>
<p>4.2.4 Uuringu pikkus</p>	
<p>4.2.5 Esmane tulemusnäitaja  <i>Uuritava teenuse esmane mõõdetav tulemus /väljund</i></p>	<p>Nõustamisest sekkumise rakendamine vähendas riski lõpetada rinnaga toimine esimese 4-6 nädala jooksul 15% võrra. Eranditult rinnaga toitmise korral oli efekt suurem, 21%.  Tõhusamaks osutusid nõustamisest sekkumised, mida tehti nii antenataalselt kui sünnitusjärgselt. Näiteks 15 uuringu põhjal, milles osales 5411 naist, vähendasid sünnituseelselt ja -järgselt teostatud nõustamisest sekkumised riski lõpetada rinnaga toimine enne lapse 6 kuu vanuseks saamist 29% võrra (RR 0,71, CI 0,55, 0,93).</p>
<p>4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus</p>	<p>Nõustamisest sekkumiste koondmõju jaotati vastavalt sellele, kas nõustamiskordi oli kuni neli või neli ja enam korda. Neli või enam korda tehtud sekkumised näitasid statistiliselt olulist mõju nii kombineeritud kui ka eranditult rinnaga toitmisele. Mõju oli suurem eranditult rinnaga toitmise korral, kui rinnaga toitmise katkestamise risk 4–6 sünnitusjärgse nädala jooksul oli 31% (RR 0,69, CI 0,58, 0,82) väiksem. Kuni neli korda teostatud nõustamiste korral oli sama tulemuse võrdlev vähenemine 8% (RR 0,92, CI 0,88, 0,97).  350 uuritava uuringus tõendati, et neli ja enam nõustamisest sekkumist vähendasid imikute pudeliga toitmise riski 23% võrra.</p>
<p>4.2.7 Teised tulemusnäitajad  <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i></p>	
<p>4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused</p>	

<p><b>Sinha et al (2015) süstemaatiline ülevaade ja metaanalüüs</b>  4.2.1 Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes  <i>Märkida uuringusse kaasatud isikute arv uuringugrupi lõikes ning nende lühiiseloostus, nt. vanus, sugu, eelnev ravi jm.</i></p>	<p>Metaanalüüsi eesmärk oli leida põhjalikke tõendeid nõustamissekkumiste mõju kohta rinnaga toitmise alustamisele, eranditult rinnaga toitmise ja selle jätkumise määrale, võttes arvesse viis võimalikku mõjutavat tegurit: tervishoiusüsteem ja tervishoiuteenus, kodukeskkond, kogukond, töökeskkond, regulatsioonid või eelmainitute kombinatsioon.  23977 pealkirjast, mis tuvastati süstemaatilise infootsinguga andmebaasidest PUBMED, <i>Cochrane</i> ja CABI, kaasati analüüsi 195 artiklit.</p>
<p>4.2.2 Uuringu aluseks oleva ravi/ teenuse kirjeldus</p>	<p>Kaasati kõik uuringud, mis käsitlesid sekkumisi rinnaga toitmise parandamiseks, mis viidi läbi sünnituseelisel või -järgsel perioodil või mõlemal ajal. Kaasati ka uuringud, mille käigus tõhustati imetamise edendamise meetmeid peredele, kogukonnale, tervishoiutöötajatele ja teistele sidusrühmadele.</p>
<p>4.2.3 Uuringus võrdlusena käsitletud ravi/teenuse kirjeldus</p>	<p>Võrdlusstandardiks loeti lähtumist WHO/UNICEF akrediteeritud haiglate standardist (Beebisõbraliku haigla algatuse standard).</p>
<p>4.2.4 Uuringu pikkus</p>	
<p>4.2.5 Esmane tulemusnäitaja</p>	<p>Beebisõbraliku haigla algatuse põhimõttel teostatud tugisekkumised tervishoiusüsteemis avaldasid rinnaga toitmise edendamisele suurimat mõju (RR 1,66, 95% CI 1,34–2,07). Nõustamine või patsiendiõpetus, mida viidi läbi kas tervishoiusüsteemis (RR 1,47, 95% CI 1,29; 1,68) või koduses keskkonnas (RR 1,17, 95% CI 1,08–1,27) või tervishoiusüsteemis ja kodus (RR 1,23, 95% CI 1,08) 1.40) avaldasid märkimisväärset mõju rinnaga toitmise edendamisele, kuid see mõju oli kõige silmatorkavam tervishoiusüsteemis. Imetamist suurendas ka haiglate tervishoiutöötajate erikoolitus ja panustamine (RR 1,33, 95% CI 1,07–1,67).</p>
<p>4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus</p>	<p>Eksklusiiivse rinnaga toitmise edendamiseks on uuritud sekkumiste hulgas tõenäoliselt kõige võimsam nõustamissekkumine tervishoiusüsteemis ja tervise teave/patsiendiõpetus kogukonnas (kasv 152%). Individuaalsed sekkumised, st nõustamine tervishoiusüsteemis või kogukonnas, avaldasid eraldi uurimisel märkimisväärset, kuid väiksemat mõju eranditult rinnaga toitmise määradele, kuid kombineerituna leiti sünergistlik mõju.</p>
<p>4.2.7 Teised tulemusnäitajad  <i>Uuritava teenuse olulised teised tulemused, mida uuringus hinnati</i></p>	
<p>4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused</p>	<p>Rinnaga toitmise jätkamise määra parandamiseks tundusid kõige tõhusamad patsiendiõpetusega seotud sekkumised tervishoiusüsteemis ja kodus (kasv 34%). Nõustamise või patsiendiõpetuse mõju eraldiseisvalt</p>

	antud kahes olukorras oli märkimisväärne, kuid madalam võrreldes kombineeritud mõjuga rinnaga toitmise jätkamise määra parandamiseks. Kodus ja peres ning kogukonnas tehtud sekkumised avaldasid samuti suurt mõju jätkuvale rinnaga toitmise määrale.
--	--

*Maksimaalselt palume kajastada kuni 5 teaduslikku uuringut.*

4.3 Tervishoiuteenuse tõendus põhise andmed ravi ohutuse kohta	
4.3.1. Kõrvaltoimete ja tüsistuste iseloomustus	
Kõrvaltoime/ tüsistuse esinemissagedus	Kõrvaltoime/ tüsistuse nimetus
Väga sage ( $\geq 1/10$ )	
Sage ( $\geq 1/100$ kuni $< 1/10$ )	
Rasked kõrvaltoimed	
Võimalikud tüsistused	
4.3.2 Kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi	
<i>Kirjeldada, milliseid teenuseid ja ravimeid on vajalik patsiendile osutada ning millises mahus, et ravida tekkinud kõrvaltoimeid ning tüsistusi.</i>	
<i>Nt: Perifeersete dopamiinergiliste toimete põhjustatud kõrvaltoimeid (iiveldus, oksendamine ja ortostaatiline hüpotensioon) saab kontrolli all hoida domperidooni manustamisega kuni tolerantsuse tekkimiseni 3-6 nädala jooksul pärast subkutaanse apomorfiinravi alustamist, mille järel võib domperidooni manustamise lõpetada.</i>	
Ei ole kohane	

#### 4.4. Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas

Rinnaga toitmist toetav praktika tervishoius ja ühiskonnas on lapse toitmise, varajase arengu, tervise ning heaolu nurgakiviks. Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) ja ÜRO Lastefond (UNICEF) soovivad alustada rinnaga toitmist lapse esimese elutunni jooksul pärast sündi, pakkuda eranditult rinnapiima lapse esimese 6 elukuu jooksul ning jätkata rinnaga toitmist vähemalt kuni kahe aasta vanuseni koos eakohase toidu pakkumisega (WHO, 2009). Rinnaga toitmine tõhustab ema ja imiku vahelist kiindumussuhet, aitab saavutada optimaalse kasvu ja arengu, kaitseb infektsioonhaigustesse haigestumise eest ning omab kasutegureid emade tervisele (Factsheet, 2014).

Hoolimata pingutustest on rinnaga toitmise määr endiselt madal ja viimastel aastakümnetel on täheldatud selle minimaalset paranemist. Emade, imikute ja väikelaste toitmise rakenduskava eesmärk on suurendada eranditult rinnaga toitmise määra esimesel kuuel elukuul vähemalt 50%-ni aastaks 2025.

Rinnaga toitmise loobumise peamiste põhjustena nimetatakse valulikku imetamist, rinnapiima koguse tunnetuslikku vähesust ja lapse madalat kaaluivet. Rinnaga toitmise enneaegse lõpetamise üheks põhjuseks enne kolme sünnitusjärgset kuud on ka ema imetamise enesetõhususe puudumine, mis viitab ema vähesele usule oma võimesse last rinnaga toita ja väljendub mures lapse õige toitmise pärast (Dennis, 1999). Ema enesekindlus rinnaga toitmise osas ennustab oluliselt, kas ta valib lapse toitmisviisiks rinnaga toitmise ning kui palju ta imetamisega vaeva näeb. Nagu selgub Blyth *et al.* (2002) töö tulemustest jätkasid kõrge imetamise enesetõhususega emad pärast sünnitust imetamist oluliselt suurema tõenäosusega võrreldes emadega, kelle imetamise enesetõhusus oli madal. Sarnaselt leidsid Henshaw *et al.* (2015) oma töös, et kõrge imetamise enesetõhusus kaks päeva pärast sünnitust ennustas eksklusiivset rinnaga toitmist kuus kuud pärast sünnitust. Imetamise enesetõhusus ennustab ka seda, kuidas ema emotsionaalselt reageerib imetamisraskustele ja kas tal on enesekindlust toetavad või ennast hävitavad mõttemustrid. Ema enesekindlust ja enesetõhusust rinnaga toitmisel võivad õhnestada tavalised vastsündinuga seotud mured nagu imiku sage nutt või ärrituvus ja rahutus, tajutav nälg ning suutmatus oma imikut rahustada (Howard *et al.* 2006). Siiski tuleb rõhutada, et ema enesekindlus rinnaga toitmise ja vastsündinu hoolduse osas on üks potentsiaalselt mõjutatav tegur imetamise edukuse suurendamiseks ja ema toimetuleku parandamiseks Yang *et al.* (2016). Imetamise enneaegne lõpetamine võib paljudel juhtudel olla ka sünnitusjärgsel perioodil suurenenud ärevuse ja depressiooni tagajärg (Ystrom, 2012). Davey *et al.* (2011) tulemused viitavad, et depressiooni sümptomitega emad jätkasid rinnaga toitmist kaks kuni neli kuud pärast sünnitust väiksema tõenäosusega võrreldes emadega, kellel depressiooni sümptomeid ei olnud. Henshaw *et al.* (2015) tööst selgus, et toitmisenõustamist vajavate emade seas olid kõige sagedamini nimetatud stressi põhjustena imetamine, unepuudus, sotsiaalse toetuse puudumine ja kõrged nõudmised vanema rolliga kohanemiseks. Figueiredo *et al.* (2014) täheldasid depressiooni skooride olulist langust alates sünnitusest kuni kolmanda kuuni pärast sünnitust naiste seas, kes jätkasid rinnaga toitmist kauem kui kolm kuud. See leid võib viidata, et eranditult rinnaga toitmise toetamine võib aidata vähendada depressiooni sümptomite avaldumist alates sünnitusest kuni kolmanda sünnitusjärgse kuuni.

Vastsündinu ja imiku toitmisenõustamine sisaldab nõustamisest, mis käsitlevad ema ja last terviklikuna ning lähtuvad vajadusest leida tõhusaid rinnaga toitmise edendamise sekkumisi (mis hõlmavad tervet hulka kaitse-, edendamise- ja tugisekkumisi ja annavad emadele võimaluse ning võimekuse jätkata rinnaga toitmist või olla toetatud valima sobiv toitmisviis oma lapsele. Sekkumised, nagu beebisõbraliku haigla algatus, toitmisenõustamisteenuse kättesaadavus, nõustamine sünnitusjärgsetel koduvisiitidel, telefonitugi, rühmanõustamine, kogukonna teadlikkuse parandamise kampaaniad ja erinevate terviseprogrammide tõhusust on tõendatud paljudes teadustöodes (Ahmad *et al.* 2012).

Nõustamisest on oluline mõju rinnaga toitmisele kahel hinnatud ajahetkel: 4–6 nädalat ja 6 kuud pärast sünnitust. Optimaalse nõustamise ajastuse ja sageduse osas leiti tõhus olevat vähemalt

neljal korral teostatud sekkumisnõustamine (sünnieelse komponendiga või ilma) võrreldes vaid sünnituseelisel perioodil ja/või vähem kui neli korda teostatud nõustamisega. Kontaktnõustamine on võrreldes telefoninõustamisega tõhusam nii esmas- kui korduvsünnitajate puhul (McFadden *et al* 2019).

Mitmetes süstemaatilistes ülevaadetes on uuritud konkreetsete sekkumiste, nagu sünnituseelse patsiendiõpetuse, nõustajate või tervishoiutöötajate poolt teostatud toitumisnõustamise, telefonitoetuse, kogemusnõustaja ja töökoha toetuse mõju rinnaga toitmise määrale. Jõuti järeldustele, et patsiendiõpetuse ja sekkumisnõustamise abil saab märkimisväärselt parandada rinnaga toitmise määra ja naise toimetulekut sünnitusjärgsel perioodil (Lumbiganon *et al.* 2016, Spiby *et al* 2009, Lavender *et al* 2013, Jolly *et al* 2012, Hall, 2011, Haroon *et al.* 2013).

Seega võib öelda, et rinnaga toitmise ja imiku toitmisnõustamine on tõhus rahvatervise sekkumine, et suurendada rinnaga toitmise ja eriti eranditult rinnaga toitmise määra kuni lapse 6 kuu vanuseks saamiseni, pakkuda toetust lapse eakohaseks toitmiseks üldiselt ning toetada naise kohanemist sünnitusjärgse perioodiga (Bhutta *et al.* 2008; Dewey & Adu-Afarwuah, 2008; Fabrizio, van Liere, & Pelto, 2014; Imdad, Yakoob, & Bhutta, 2011; Shi & Zhang, 2011; Sinha *et al.* 2015, McFadden *et al.* 2019).

Maailmapraktikas on leida tõendusmaterjali imetamisnõustamise kui nõustamis-sekkumiste integreerimise kohta tervishoiusüsteemi ja kogukonnapõhisesse programmidesse, mille tulemused kinnitavad pikaajalise panustamise vajalikkust rahvatervise näitajate paranemiseks.

## 5. Tõenduspõhisus võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega

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

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

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

Ravijuhise nimi	Ravijuhise ilmumise aasta	Soovitused ravijuhises	Soovituse tugevus ja soovituse aluseks oleva tõenduspõhisuse tase
		<i>Soovitused taotletava teenuse osas</i>	
		<i>Soovitused alternatiivse raviviisi osas</i>	
1. Ei ole kohane			

5.3 Kokkuvõtte tõenduspõhisusest võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega  
*Esitada kokkuvõtvalt teenuse oodatavad lühi- ja pikaajalised tulemused tervisele. nt. surmajuhtumite*

vähenev, haigestumisjuhtude vähenemine, elukvaliteedi paranemine, kõrvaltoimete sageduse vähenemine, tüsistuste sageduse vähenemine.

Lisaks selgitada, kas uus teenus on samaväärne alternatiivse raviviisiga. Väites uue teenuse paremust, tuleb välja tuua, milliste tulemuste osas omab taotletav teenus eeliseid.

Ei ole kohane.

## 6. Tervishoiuteenus osutamiseks vajalike tegevuste kirjeldus

### 6.1 Teenuse osutamise kirjeldus

Koodiga 3111 tähistatud tervishoiuteenus sisaldab erinevaid tegevusi.

Vastsündinu- ja imiku toitmisnõustamine sisaldab teenusena minimaalselt järgmisi komponente:

1. ema tervise ja sünnitusabi anamneesi kogumine, füüsilise ja vaimse seisundi hindamine, terviseriskide ja nende mõju hindamine enese ja lapse eest hoolitsemisele (sh objektiivne staatus ja läbivaatus jm);

2. ema enda hinnang vastsündinu/imiku toitmisega toimetulekule ja pöördumise põhjuseks olevad probleemid (toitmisviis, selle valik, jätkamine, imetamise enesetõhusus jm);

2. vastsündinu üldseisundi ja adaptatsiooni hindamine (sh. kaaluiive);

3. toitmisprobleemide ja nende põhjuste objektiivne tuvastamine;

4. proovitoitmine (asendite korrigeerimine, kaalumine, kaaluiibe analüüs, toitmisplaani koostamine, edasise jälgimise planeerimine);

5. rinna seisundite diagnoosimine, uuringutele suunamine, ravi- ja sekkumisplaani koostamine, ravinõustamine; kõrvalekallete ilmnemisel teiste tervishoiutöötajate kaasamine;

6. ema juhendamine vastsündinu/imiku toitmise osas (imetamise toetamine, edendamine, eakohased ja alternatiivsed toitmisviisid jm);

7. ema tervisenõustamine (toitumine, puhkerežiimi rakendamine, toidulisandite ja vitamiinide kasutamine, üldise taastumise toetamine);

8. ema ja vajadusel pereliikmete kaasav nõustamine, sh. vajadusel vaimse tervise spetsialisti kaasamine;

9. ämmaemandustegevuse dokumenteerimine (anamneesi kogumine, plaani koostamine, sekkumise ja ämmaemandusabi tulemuste hindamine, epikriisi koostamine, andmete töötlemine tervise infosüsteemis, tervishoiuteenus osutamise seotud dokumentide väljastamine).

Standardina on imetamise/toitmisnõustamiseks ettenähtud aeg 60 min (3111). Rinna tervise hindamine ja raviks UH teraapiaga (vasospasm, piimapais) min 30 min (3112).

Sageli on vajalik terviknõustamine (ema ja lapse füüsilise ja vaimse seisundi hindamine ja toetamine, toitmisega seotud seisundi diagnoosimine, proovitoitmine, abivahendite vajaduse hindamine ja rakendamine ning dokumenteerimine), mille ajakulu kokku 90 min.

## 7. Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenus osutamiseks

7.1 Tervishoiuteenus osutaja	Kõikidel tervishoiuteenus osutamise tasanditel, peamiseks osutajaks on ämmaemand.
------------------------------	---

7.2 Kas tervishoiuteenust osutatakse ambulatoorselt, statsionaarselt, ja/või päevaravis/päevakirurgias? Loetleda sobivad variandid.	Teenuse on enamasti ambulatoorne. Statsionaarselt osutatuna kuulub sünnitusabi teenuse juurde.
---	--

7.3 Raviarve eriala Nimetada, milliste erialade raviarvete peal antud teenus sisaldub lähtudes ravi rahastamise lepingust.	Sünnitusabi ja günekoloogia eriala, täpne maht teadmata. Esmatasandil osutatava teenuse kohta puuduvad andmed.
---	---

7.4 Minimaalne tervishoiuteenus osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks.	Keskmine tervishoiuteenus osutamise kordade arv on 3-5. Lähtudes varasemast kogemusest ning teenust
---	--

	<p>osutava tervishoiuasutuse profiilist võib eristada teenuse osutamise kordade arvu ja visiitide sisu järgnevalt:</p> <p><b>1 vastuvõtt:</b> pöördumise põhjuseks on vähesed teadmised, ebakindlus või negatiivne eelnev vastsündinu/imiku toitmis kogemus või murelikkus oma lapse toitmise viisi osas raseduse ajal või on pöördumise põhjuseks vähesed toitmiskogemused ja toetusvajadus.</p> <p><b>Sagedaseim 3-5 vastuvõttu:</b></p> <p>1 põhivastuvõtt seisundi hindamiseks (sh soor, mastiit, rinnanibulõhed)</p> <p>2-4 korduvat vastuvõttu 7-päevase sammuga ravi või olukorra paranemise/halvenemise hindamiseks, soovitude andmiseks, nõustamiseks.</p> <p>või</p> <p>2-4 korduvat vastuvõttu 3-5-päevase sammuga (nt. segatoitmiselt eranditult rinnapiimale ülemineku puhul, soori ravi jt), ema ja pere toetamiseks, esialgse sekkumis-/raviplaani ümberhindamiseks/muutmiseks ja rakendamiseks.</p> <p>5. või viimane korduvvastuvõtt patsiendile kindlustunde tagamiseks ja olukorra stabiilsuse hindamiseks ja nõustamiseks 1-2 nädala möödumisel lähtudes olukorrast või patsiendi soovist.</p> <p>Kuni 10 vastuvõttu juhul kui vastuvõtt sisaldab lisaks tavapärasele toitmisenõustamisele vasospasmi ravi ultraheliteraapiaga, kas 1-3 seansi 3-5 päevase vahega, 4-8 seansi 5-7 päevase vahega, 9-10 seansi 7 päevase vahega.</p>
--	---

#### 7.5 Personali (täiendava) väljaõppe vajadus

Vastsündinu ja imiku toitmisenõustamist teostab ämmaemanda põhiõppe läbinud tervishoiutöötaja, kes:

1. on läbinud imetamis- ja imiku toitmisenõustamise baaskoolituse 2 EAP
2. omab erialast töökogemust vastsündinuid ja imikuid toitvate emade ja peredega vähemalt 4 kuud
3. on osalenud ja osaleb jooksvalt, vähemalt 1-2 kord aastas, imetamist ja imiku toitmist käsitlevatel jätkukoolitustel;
4. on saanud praktilise väljaõppe imetamis- ja toitmisenõustamise ambulatoorses vastuvõtus vähemalt 160 tundi, mis on juhendatud töötavate imetamisenõustajate poolt;
5. on teostanud vähemalt 40 tundi iseseisvat toitmisenõustamist sünnitusjärgses osakonnas.

#### 7.6 Teenuseosutaja valmisolek

Tegemist on toimiva teenusega, milleks on juba loodud vajalikud tingimused nii töökorralduse, vahendite kui personaliga seonduva osas.

### 8. Teenuse osutamise kogemus Eestis

8.1 Kas teenust on varasemalt Eestis osutatud?

Teenust osutatakse ämmaemandusabi teenuse osana.

8.2 Aasta, millest alates teenust Eestis osutatakse	Imetamis- ja toitmisnõustamise osutamise algusaeg on piirkondlikult erinev. Teadaolevalt alustati sisukirjeldusele vastava teenusega aastast 1995. Viimastel aastatel on ämmaemandusabi teenuse osana teenuse osutajate ring märkimisväärselt laienenud eelkõige piirkondlikku kättesaadavust silmas pidades.
8.3 Eestis teenust saanud isikute arv ja teenuse osutamise kordade arv aastate lõikes	Puudub statistika, sest teenust ei ole võimalik eristada teistest ämmaemanda poolt osutatud teenustest.
8.4 Eestis teenust osutanud raviasutused	Teenust osutatakse peaaegu kõikide sünnitusabi- ja/või ämmaemandusabi teenust osutavate tervishoiuasutuste ambulatoorsetes osakondades. Sünnitusjärgsel ajal pöördumiseks on ambulatoorseks pöördumiseks avatud vastuvõtte samade asutuste poolt, kuid ka asutuste poolt, kus pakutakse vaid ämmaemandusabiteenust günekoloogia- ja sünnitusabi teenuse osana. Teadaolevalt pakutakse teenust: Ida-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus, Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinikus, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinikus, Lõuna-Eesti haiglas, Kuressaare haiglas, Rakvere haiglas, Pärnu haiglas, Ida-Viru Keskhaiglas, Põlva haiglas, Valga haiglas ja mitmetes erakliinikutes.
8.5. Tervishoiuteenuste loetelu koodid, millega tervishoiuteenuse osutamist on raviarvel kodeeritud	3111, 3112
8.6 Ravi tulemused Eestis	Ei ole võimalik hinnata, sest puudub statistika, mis võimaldaks seostada näiteks imetamisnäitajaid teenuse osutamise mahu ja piirkondliku kättesaadavusega.

<b>9. Eestis tervishoiuteenust vajavate isikute ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes</b>			
9.1 Keskmine teenuse osutamise kordade arv ravijuhu (ühele raviarvele kodeerimise) kohta		Keskmiselt 3-5	
9.2 Tervishoiuteenust vajavate isikute arv ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes			
9.2.1 Aasta	9.2.2 Isikute arv <i>arvestades nii lisanduvaid isikuid kui ravi järgmisel aastal jätkavaid isikuid</i>	9.2.3 Ravijuhtude arv 1 isiku kohta aastas <i>arvestades asjaolu, et kõik patsiendid ei pruugi lisanduda teenusele aasta algusest</i>	9.2.4 Teenuse osutamise kordade arv aastas kokku
1. aasta			<i>arvutustehe:</i> $9.1 * 9.2.2 * 9.2.3$
2. aasta			
3. aasta			
4. aasta			
9.3 Prognoosi aluse selgitus			

<i>Esitatakse selgitused, mille põhjal on teenust vajavate patsientide arvu hinnatud ning selgitused patsientide arvu muutumise kohta aastate lõikes.</i>		
Arvestades, et 2021. aastal oli elussündide arv 13272, kelle emadest, kogemusele tuginedes, vähemalt 2/3 vajavad vastsündinu- ja/või imikueas toitmise nõustamist, on ligikaudne patsientide arv, kes vajavad vähemalt ühte nõustamisvisiiti 10 000. Statistika puudumisel ei ole võimalik täpsemalt prognoosida ei arvu ega jaotumist tervishoiuasutuste vahel.		
9.4 Tervishoiuteenuse mahtude jagunemine raviasutuste vahel <i>Tabel on vajalik täita juhul, kui tervishoiuteenuse ravijuhud tuleb planeerida konkreetsetesse raviasutustesse, st. tegu on spetsiifilise tervishoiuteenusega, mida hakkaksid osutama vähesed raviasutused.</i>		
9.4.1 Raviasutuse nimi	9.4.2 Raviarve eriala raviasutuste lõikes	9.4.3 Teenuse osutamise kordade arv raviarve erialade lõikes

<b>10. Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusle</b>	
10.1 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda <u>samal</u> raviarvel kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ja teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i>	Ei ole kohane
10.2 Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule <i>Loetleda alternatiivse tervishoiuteenuse <u>samal</u> raviarvel kajastuvate tervishoiuteenuste koodid ning teenuse osutamise kordade arv sellel raviarvel.</i>	Ei ole kohane
10.3 Kas uus teenus asendab mõnda olemasolevat tervishoiuteenust osaliselt või täielikult? <i>Kui jah, siis loetleda nende teenuste koodid ning selgitada, kui suures osakaalus asendab uus teenus hetkel loetelus olevaid teenuseid (tuua välja asendamine teenuse osutamise kordades).</i>	Täpsustab teenust 3111.
10.4 Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhudega? Kas teenuse kasutusse võtmine tähendab uute ravijuhude lisandumist või mitte? Kui jah, siis mitu ravijuhut lisandub?	Teenuse kasutusse võtmisega ei lisandu uusi ravijuhute.
10.5 Taotletava tervishoiuteenusega kaasnevad samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt vajalikud nende lähedaste toimetulekut füsioloogiliste, sotsiaalsete ja psühholoogiliste tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u> . <i>Kirjeldatakse täiendavad teenused, ravimid ja/või meditsiiniseadmed, mis on vajalikud kas teenuse määramisel, teostamisel, edasisel</i>	Ei ole kohane

jälgimisel: kuidas kasutatakse (ravimite puhul annustamisskeem), ravi kestus/kuuride arv, ravi alustamise ja lõpetamise kriteeriumid. Diagnostilise protseduuri puhul esitatakse andmed juhul, kui protseduuri teostamise järel muutub isiku edasises ravis ja/või jälgimisel kasutatavate tervishoiuteenuste ja ravimite kasutus. Juhul kui muutust ei toimu, esitada sellekohane selgitus.	
10.6 Alternatiivse raviviisiga kaasnevad (samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed <u>isiku kohta ühel aastal</u> . Vastamisel lähtuda punktis 10.5 toodud selgitustest.	Ei ole kohane
10.7 Kas uus tervishoiuteenus omab teaduslikult tõendatult erinevat mõju töövõimetuslehel taotletava teenuse korral ning mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel alternatiivse raviviisiga? Kas töövõimetuslehel taotletava teenuse kestuse osas on publitseeritud andmeid teaduskirjandusest ning kas raviviiside vahel saab väita erinevust?	Ei ole kohane
10.8 Kui jah, siis mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel taotletava teenuse korral ning mitu päeva viibib isik töövõimetuslehel alternatiivse raviviisi korral?	Ei ole kohane

11. Kulud ja kulutõhusus		
11.1 Taotletava tehnoloogia või ravimi maksumus		
Ei ole kohane		
11.2. Tervishoiuökonoomilise analüüsi kokkuvõte		
Ei ole kohane		
11.3 Rahvusvahelised kulutõhususe hinnangud taotletava teenuse (v.a ravimid) näidustuse lõikes <i>Maksimaalselt palume kajastada 6 hinnangut.</i>		
11.3.1 Kulutõhususe hinnangu koostanud asutuse nimi	11.3.2 Hinnangu avaldamise aasta	11.3.3 Lühikokkuvõtte kulutõhususest <i>Kas raviviis on hinnatud kulutõhusaks? Palume välja tuua, milline on taotletavast teenusest saadav lisakas. Näiteks mitu täiendavat eluaastat (life year gained, LYG) või kvaliteedile kohandatud eluaastat (quality adjusted life year, QALY) võidetakse taotletava teenusega või kui palju tüsistusi või meditsiinilise probleemi taasteket võimaldab uus teenus ära hoida. Milline on täiendkulu tõhususe määr (ICER) võidetud tervisetulemi kohta?</i>
Ei ole kohane		
11.4 Hinnang isiku omaosaluse põhjendatusele ja isikute valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult		

Ei ole kohane

## 12. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus ning kohaldamise tingimused

12.1 Tervishoiuteenuse väärkasutamise tõenäosus <i>Esitatakse andmed teenuse võimaliku väärkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. risk, et tervishoiuteenust kasutatakse valel patsiendil, mitte piisavat erialast kompetentsi omava tervishoiutöötaja või tugispetsialisti poolt.</i>	Ei ole tõenäoline
12.2 Tervishoiuteenuse liigkasutamise tõenäosus <i>Esitatakse andmed teenuse võimaliku liigkasutamise kohta (kas on võimalik, mil moel). Nt. ravi ei lõpetata progressiooni ilmnemisel, ravi alustatakse varem, kui eelnevad ravimeetodid on ära proovitud.</i>	Ei ole tõenäoline
12.3 Patsiendi isikupära ja eluviisi võimalik mõju ravi tulemustele <i>Kas patsiendi sugu, vanus, eluviis vms omab mõju ravi tulemustele? Kui jah, tuua välja faktor ja tema mõju.</i>	Eduka vastsündinu ja imiku toitmisnõustamise tulem on lapse eakohane toitmine sh. eranditult rinnapiimaga toidetud laste osakaal vähemalt lapse kuue kuu vanuseks saamiseni. Oluliseks teguriks on abi kvaliteet ja kättesaadavus, ema ja pere motivatsioon langetada lapse tervise ja heaolu tagamiseks soodsaid otsuseid.
12.4 Kas tervishoiuteenuse ohutu ja optimaalse kasutamise tagamiseks on vajalik kohaldamise tingimuste sätestamine	Ei
12.5 Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused <i>Kui 12.4 on vastatud jaatavalt, palume sõnastada teenusega seotud rakendustingimused, mis aitaksid tagada tervishoiuteenuse ohutut ja optimaalset kasutust.</i>	
Ei ole kohane	

## 13. Kasutatud kirjandus

Ahmad, M. O., Sughra, U., Kalsoom, U., Imran, M., & Hadi, U. (2012). Effect of antenatal counselling on exclusive breastfeeding. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 24(2), 116-119.

Blyth R, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*. Dec;29(4):278-84. doi: 10.1046/j.1523-536x.2002.00202.x. PMID: 12484390.

Common problems of breastfeeding and weaning. [https://www.uptodate.com/contents/common-problems-of-breastfeeding-and-weaning?search=lactation%20consultation&source=search\\_result&selectedTitle=4~27&usage\\_type=default&display\\_rank=4](https://www.uptodate.com/contents/common-problems-of-breastfeeding-and-weaning?search=lactation%20consultation&source=search_result&selectedTitle=4~27&usage_type=default&display_rank=4)

Factsheet, W. (2014). Infant and Young Child Feeding. *Geneva: WHO*.

Figueiredo B, Canário C, Field T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med*. Apr;44(5):927-36. doi: 10.1017/S0033291713001530. Epub 2013 Jul 3. PMID: 23822932.

Gillespie, S., Menon, P., Heidkamp, R., Piwoz, E., Rawat, R., Munos, M., ... Requejo, J. (2019). Measuring the coverage of nutrition interventions along the continuum of care: Time to act at scale.

BMJ Global Health, 4 (Suppl 4), e001290. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001290>

Hall J.(2011). Effective community-based interventions to improve exclusive breast feeding at four to six months in low- and low-middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials. *Midwifery*. Aug;27(4):497-502. doi: 10.1016/j.midw.2010.03.011. Epub 2010 May.

Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA.(2013). Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health*.13 Suppl 3(Suppl 3):S20. doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S20. Epub 2013 Sep 17. PMID: 24564836; PMCID: PMC3847366.

Henshaw EJ, Fried R, Siskind E, Newhouse L, Cooper M. (2015). Breastfeeding Self-Efficacy, Mood, and Breastfeeding Outcomes among Primiparous Women. *J Hum Lact*. Aug;31(3):511-8. doi: 10.1177/0890334415579654. Epub 2015 Mar 31. PMID: 25829478.

Jolly K, Ingram L, Khan KS, Deeks JJ, Freemantle N, MacArthur C.(2012). Systematic review of peer support for breastfeeding continuation: metaregression analysis of the effect of setting, intensity, and timing. *BMJ*. Jan 25;344:d8287. doi: 10.1136/bmj.d8287. PMID: 22277543.

Lavender T, Richens Y, Milan SJ, Smyth RM, Dowswell T. (2013). Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(7):CD009338. doi: 10.1002/14651858.CD009338.pub2. PMID: 23881662; PMCID: PMC8078598.

Lumbiganon, P., Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M. R., Ho, J. J., & Hakimi, M. (2016). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).

McFadden, A., Siebelt, L., Marshall, J.L. *et al.*(2019). Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J* **14**, 42. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0235-8>

Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. (2009). A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery*. Feb;25(1):50-61. doi: 10.1016/j.midw.2007.01.006. Epub 2007 Apr 5. PMID: 17418464.

Shi, L., & Zhang, J. (2011). Recent evidence of the effectiveness of educational interventions for improving complementary feeding practices in developing countries. *Journal of Tropical Pediatrics*, 57(2), 91–98. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmq053>

Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, Rollins N, Bahl R, Bhandari N. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015 Dec;104(467):114-34. doi: 10.1111/apa.13127. PMID: 26183031.

Yang, X., Gao, L., Ip, W-Y., Chan, W.CS. (2016). Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery* vol.41, p. 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.011>

WHO. Infant and Young Child feeding. Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization; 2009.

Taotluse esitamise kuupäev	30.11.2022
Taotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri <i>Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument</i>	Marge Mahla

<i>digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	
<i>Kaastaotleja esindusõigust omava isiku nimi ja allkiri Kui taotlus esitatakse mitme erialatühenduse poolt, tuleb taotlus allkirjastada ka kaastaotleja poolt. Elektroonsel esitamisel allkirjastatakse dokument digitaalselt ning nime alla lisatakse järgmine tekst "(allkirjastatud digitaalselt)".</i>	