

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS

1. Taotluse algataja	
Organisatsiooni või ühenduse nimi	Eesti Ämmaemandate Ühing
Postiaadress	Mardi 3, Tallinn, 10145
Telefoni- ja faksinumber	+372 5067938
E-posti aadress	juhatus@perekool.ee
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	Siiri Põllumaa juhatus liige siiri.pollumaa@kliinikum.ee; 50 67938
2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)	
2.1. Teenuse nimetus	1. Kodusünnitusabi teenus
2.2. Teenuse kood tervishoiuteenuste loetelus olemasoleva teenuse korral	Ei ole
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	1. Kodusünnitusabi teenuse osutamine ämaemanda poolt
2.4. Ettepaneku eesmärk	<input type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse (edaspidi teenuse) lisamine loetellu¹ <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmine ² <input type="checkbox"/> Teenuse kohaldamise tingimuste muutmine ³ <input type="checkbox"/> Teenuse nimetuse muutmine ⁴ <input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust ⁵ <input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmine ⁶ <input type="checkbox"/> Muu (selgitada)
2.5. Peatükk loetelus, kus teenus	<input type="checkbox"/> Üldarstiabi

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 1-2 ning 8.1.

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

⁴ Täidetakse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse nimetuse muutmise vajalikkuse kohta.

⁵ Täidetakse taotluse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse kustutamise kohta.

⁶ Täidetakse punktid 1-2, 4.6, 9 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus omaosaluse muutmise kohta.

peaks sisalduma	<input 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 type="checkbox"/> <u>Ei oska määrata/ Muu (selgitada) Ämmaemandusabi</u> EÄÜ on korduvalt viidanud vajadusele täiendada loendit ämmaemandusabi jaotusega, selguse huvides. Samuti puudub ka rubriik "iseseisev õendusabi".
-----------------	--

3. Tõenduspõhisus ja näidustused

3.1. teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks;

Ämmaemandusabi kodusünnitusel on esmakordselt Eestis seaduslikult reguleeritud alates 1.08.2014, seega on tegemist uue teenusega Eesti tervishoius.

Planeeritud kodusünnitus (ing. *planned home birth*) on raseduse plaanikohase ja tervikliku jälgimise ajal raseda soovil planeeritud, visiitide käigus eelnevalt kokku lepitud, väljaspool haiglat kodustes tingimustes ämmaemanda poolt vastuvõetud sünnitus. (Sotsiaalministri määrus nr. 44, 02.07.2014).

Kodusünnituse protsessi tervikuna kirjeldab "Planeeritud kodusünnitusabi Eestis. Juhend. 2014." <http://kodusynnitusejuhend.weebly.com>

Näidustus.

Kodusünnitust võib planeerida terve naine, kui

1. ta on avaldanud soovi kodusünnituse planeerimiseks;
2. raseduse kulgu on jälgitud vastavalt kehtivale raseduse jälgimise juhendile, riske on hinnatud ämmaemanda ning vajadusel naistearsti poolt, (lepingu lisa);
3. vastavalt riskide hindamise tulemusele
 - on käesolev rasedus normaalse kulu ja madala riskiga,

- varasemate raseduste ja sünnituste kulus ei ole esinenud oodatavat sünnitust komplitseerida võivaid seisundeid või olukordi, varasemad rasedused ja sünnitused on olnud tuisistusteta,
 - oodatav sünnitus on madala riskiga,
4. naine omab tõendus põhised ja tasakaalustatud teavet raseduse, sünnituse (nii haiglas kui kodus toimuva) ja sünnitusjärgse perioodi kohta informeeritud valikute tegemiseks,
 5. keskkond ja sotsiaalne tugivõrgustik toetavad kodusünnitust,
 6. sünnituskoht asub lähimast sünnitusosakonnast lähemal kui 30 kilomeetrit.

Kodusünnituse planeerimiseks peavad kõik punktides 1 - 8 toodud tingimused olema täidetud.

Kodusünnituse reguleerimisel Eestis lähtutakse WHO normaalse sünnituse definitsioonist: "Normaalne sünnitus algab iseeneslikult, sünnitus on madala riskiga nii selle alguses kui ka läbi kogu sünnituse protsessi. Laps sünnib iseeneslikult peaseisus 37. ja 42. rasedusnädala vahel. Peale sündi on ema ja vastündinu heas seisundis."

Sünnituskoha valiku õigus on üks osa reproduktiivõigustest, mida on tunnustanud WHO, FIGO, ICM ja teised rahvusvahelised organisatsioonid, samuti Euroopa Inimõiguste Kohus. Skandinaaviamaades toimub kodus planeeritult 0,5 - 3% sünnitustest, Eestis 0,5% (Eesti Sünniregister, www.tai.ee, tabel1).

Kodus toimuv sünnitus on ema ja lapse jaoks turvaline valik, kui otsus on tehtud kaalutletult ja riske adekvaatselt hinnates, kui sünnitusel abistab kompetentne ämmaemand ja tervishoiusüsteem toetab haiglasse ülemineku korral.

3.2. teenuse tõendus põhised avaldatud kliiniliste uuringute alusel taotletud näidustuste lõikes;

<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(id) millega võrreldi</i>	<i>Jälgimise periood</i>
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Olsen, O., Clausen, J. A. (2012).	A	comparing planned home	The selection	The authors report a	Authors conclude	They recommend	

⁷ Märgitakse järgmiselt:

A – tugevalt tõendus põhised (põhineb süstemaatilisel ülevaatel kõigest asjakohastest randomiseeritud kliinilistest uuringutest ja/või metaanalüüsil);

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

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

D – muu, selgitada.

	<p>Planned hospital birth versus planned home birth.</p> <p>Cochrane Database of Systematic Reviews, doi: 10.1002/14651858.CD000352.pub2.</p>	<p>An updated systematic review of randomized controlled trials (RCTs)</p>	<p>births to planned hospital births among women with uncomplicated pregnancies.</p>	<p>criteria were rigorous; only one trial met the inclusion criteria (n=11).</p>	<p>continued dearth of evidence from RCTs about the safety of home compared to hospital birth.</p>	<p>that evidence from increasingly well-designed observational studies suggests that low-risk women who plan a home birth experience significantly fewer interventions and complications than low-risk women who deliver in hospital. They provide a detailed discourse analysis of differing approaches to risk assessment, including the ethical application of clinically meaningful evidence, and the interaction of model of care with access to choice of birth place.</p>	<p>that all countries facilitate evidence-based integration of home birth services into the health care system and inform all low-risk women of the option of planned home birth.</p>	
2	<p>Leslie, M.S., Romano, A. (2007). Appendix: Birth can safely take place at home and in birthing centers. J Perinat Educ, 16(Suppl 1):81S-88S, doi: 10.1624/105812407X173236.</p>	<p>A Systematic review of home birth and birth center safety studies</p>	<p>The evidence for each outcome is graded for quality, quantity and consistency</p>	<p>The authors followed standard systematic review methods, including reporting levels of evidence, disclosure of inclusion and exclusion criteria and search strategies Drawing on data from numerous studies, the authors compare incidence of interventions and perinatal outcomes between hospital births and home births and between hospital births and birth center births</p>	<p>This review reported that out-of-hospital births had similar perinatal outcomes to hospital births and fewer interventions.</p>			

3	Olsen O. (1997). Meta-analysis of the safety of home birth. Birth, 24(1):4-13.	A Meta-analysis of observational, comparative, original studies that met criteria for rigorous methodology and investigated Multivariate statistical analysis controlled for obstetrical background and perinatal factors.		Differences in perinatal mortality and morbidity between planned home births and planned hospital births	Analysis revealed no statistical difference in mortality between planned home and planned hospital birth and the confidence interval did not allow for extreme excess risks in any of the groups (OR=0.87, 95% CI=0.54-1.41).	There were significantly fewer medical interventions, fewer severe lacerations, fewer operative births, and fewer low Apgar scores in the home birth groups.		
4	Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M., & Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home births with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. CMAJ, 181(6-7):377-83, doi: 10.1503/cmaj.081869.	B Cohort study	Prospective, five-year long cohort study comparing outcomes among midwife-attended planned home births (n=2802), midwife-attended planned hospital births (n=5984), and physician-attended hospital births (n=5985). Women in all three groups of the study met eligibility criteria for home birth, and thus had comparable maternal and fetal risk profiles. Women in the home birth group who needed intrapartum transfer to the hospital were retained in their original cohort.		This study reported similarly low rates of perinatal death in all three cohorts, and similar or reduced rates of adverse outcomes in the planned home birth group. Women in the planned home birth group had significantly fewer intrapartum interventions, including narcotic or epidural analgesia, augmentation or induction of labour, and assisted vaginal or caesarean delivery.	Women in the home birth group were less likely to suffer from postpartum hemorrhage, pyrexia, and 3rd or 4th degree tears. Babies of women planning a home birth were less likely to have Apgar scores of < 5 at one minute and the babies were less likely to need drugs for resuscitation. These differences were associated with planned place of birth and persisted regardless of actual place of birth.		
5	Hutton, E. K., Reitsma, A. H., & Kaufman, K. (2009).	B	Hutton et al. used the Ontario Ministry of		The primary outcome was a composite	Results suggest that Ontario midwives		2003-2006

	<p>Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006.</p> <p>Birth, 36(3):180-89, doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00322.x.</p>	Retrospective cohort study	<p>Health Midwifery Program (OMP) database to compare outcomes of all women planning home births from 2003-2006 (n=6692) with a matched sample of women planning a hospital birth (n=6692.)</p>		<p>measures of perinatal and neonatal mortality or serious morbidity, i.e. the presence of one or more of the following: death (stillbirth or neonatal death 0–27 days, excluding lethal anomalies and fetal demise before the onset of labor); Apgar score of less than 4 at 5 minutes of age; neonatal resuscitation requiring both positive pressure ventilations and cardiac compressions; admission to a neonatal or pediatric intensive care unit with a length of stay greater than 4 days; or birthweight less than 2,500 g.</p> <p>The home birth group had lower rates of caesarean section (RR 0.64), and neonatal morbidity/mortality (RR 0.84) compared to low risk women who planned a hospital birth.</p>	provide adequate screening and safe care for women planning home births.		
6	<p>Johnson, K. C., Daviss, B. A. (2005). Outcomes of planned home birth with certified professional midwives: large prospective study in North America. BMJ, 330:1416.</p>	B Cohort study	<p>A prospective study of 5418 planned home births in a single year of mandatory data collection for all Certified Professional Midwives (CPMs)</p>	<p>Comparison group for rates of intervention was a composite of low risk term hospital births as reported by the National Center for Health Statistics in 2000, and intrapartum</p>	<p>Sample of planned home births attended by CPMs, the transfer rate was 12%, the caesarean section rate was 3.7%, the neonatal mortality rate was 1.7/1000, and the intervention rates were lower</p>			2000

				and neonatal death rates were compared with those in other North American studies of at least 500 births that were either planned out of hospital or low risk hospital births.	among women who planned a home birth than low risk women who delivered at hospital in the US.			
7	Janssen, P. A., Lee, S. K., Ryan, E. M., Etches, D. J., Farquharson, D. F., Peacock, D., & Klein, M. C. (2002). Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. CMAJ, 166(3):315-23.	B	Compared outcomes of 862 planned home births attended by midwives with hospital births attended by either midwives (n=571) or physicians (n=743).	The study reports reasons for transfer, methods of transfer, and time spent in transfer. Investigators also collected data on the process of midwifery care, on prenatal and obstetric history, and rates and indications for consultation or referral.	Women in the home birth group were less likely to have epidural analgesia, experience induction or augmentation of labour compared to women in the physician attended group. Women in both midwife-attended groups had similar rates of obstetric procedures.	There were no significant differences between home and hospital groups for the following outcomes: perinatal mortality, 5-minute APGAR scores, meconium aspiration syndrome, and need for specialized newborn care.		
8	Birthplace in England Collaborative Group. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ 343:d7400.	B Prospective cohort study	64 538 low-risk women with a singleton pregnancy at term. When the sample was split into nulliparous and multiparous women, the adverse outcome measures during planned home birth were higher than for hospital birth for nulliparous, but not for multiparous women.	The primary study outcome was a Composite Index combining intrapartum stillbirth, early neonatal death, neonatal encephalopathy meconium aspiration syndrome, and birth related injuries including brachial plexus	Compared perinatal and maternal outcomes and interventions by planned place of birth at the onset of care during labour (planned home birth, freestanding midwifery birth centers, alongside midwifery units and obstetric units). The study concludes	For low-risk women birthing in an obstetric unit, the odds of receiving augmentation, epidural, spinal analgesia, general anesthesia, vacuum or forceps delivery, caesarean section, episiotomy, and active management of third stage were higher than all other settings.	Of women who started labour in obstetrical units, 20% had at least one complicating condition compared with less than 7% in other settings. There was no evidence of a difference in adverse outcomes for freestanding or alongside midwifery units compared to	2008 - 2010

				injury, fractured humerus or clavicle.	that for healthy women with low risk pregnancies, the incidence of adverse perinatal outcomes is low in all settings and therefore the results support offering healthy low-risk nulliparous and multiparous women a choice of birth setting.		obstetric units.	
9	<p>Van der Kooy, J., Poeran, J., de Graff, J. P., Birnie, E., Denktass, S., Steegers, E. A. P., & Bonsel, G. J. (2011).</p> <p>Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies.</p> <p>Obstet Gynecol 118(5):1037-46.</p>	B Retrospective cohort study	<p>679 952 low risk women from the Netherlands Perinatal Registry.</p> <p>Two methods for analyzing data: a 'per protocol analysis', or 'perfect guideline approach', which examined outcomes from only those low risk women who were eligible for planned home birth according to Dutch guidelines (n= 602,331) and a 'natural prospective approach', which looked at outcomes for all women who planned a home birth under the care of midwives (n=679,952)</p>	Analyzed to compare intrapartum and early neonatal mortality rates (0-7 days after birth) of planned home versus planned hospital births attended by midwives.	Results revealed a significantly decreased risk of intrapartum and early neonatal mortality in the home birth cohort, using the natural prospective approach (RR = 0.80; 95% CI: 0.71-0.91).		When the authors calculated RRs using the perfect guideline approach, and adjusted ORs using either approach, they found no increased risk/odds of intrapartum and early neonatal death in the home versus the hospital setting.	2000-2007
10	<p>Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America</p> <p>Kenneth C Johnson, Betty-Anne Daviss</p> <p>BMJ Online First bmj.com</p>	B Prospective cohort study	<p>All home births involving certified professional midwives across the United States (98% of cohort) and Canada.</p> <p>All 5418 women expecting to deliver in 2000 supported by midwives with a common certification and who planned to deliver at home when labour began.</p>	To evaluate the safety of home births in North America involving direct entry midwives, in jurisdictions where the practice is not well integrated into the healthcare system.	Intrapartum and neonatal mortality, perinatal transfer to hospital care, medical intervention during labour, breast feeding, and maternal satisfaction.	655 (12.1%) women who intended to deliver at home when labour began were transferred to hospital. The intrapartum and neonatal mortality among women considered at low risk at start of labour, excluding deaths concerning life threatening congenital	Medical intervention rates included epidural (4.7%), episiotomy (2.1%), forceps (1.0%), vacuum extraction (0.6%), and caesarean section (3.7%); these rates were substantially lower than for low risk US women having hospital births.	2000

						<p>anomalies, was 1.7 deaths per 1000 planned home births, similar to risks in other studies of low risk home and hospital births in North America.</p> <p>Planned home birth for low risk women in North America using certified professional midwives was associated with lower rates of medical intervention but similar intrapartum and neonatal mortality to that of low risk hospital births in the United States.</p>	No mothers died. No discrepancies were found for perinatal outcomes independently validated.	
11	<p>Outcomes of Care for 16 924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project</p> <p>Melissa Cheyney, Marit Bovbjerg, Courtney Everson, Wendy Gordon, MPH, Darcy Hannibal, Saraswathi Vedam,</p> <p>J Midwifery Womens Health 2014;59:17–27_c 2014 by the American College of Nurse-Midwives.</p>	B Cohort study	Between 2004 and 2010, the number of home births in the United States rose by 41%, increasing the need for accurate assessment of the safety of planned home birth.	Outcomes of planned home births in the United States.	<p>Among 16 924 women who planned home births at the onset of labor, 89.1% gave birth at home. The majority of intrapartum transfers were for failure to progress, only 4.5% of the total sample required oxytocin augmentation and/or epidural analgesia. The rates of spontaneous vaginal birth, assisted vaginal birth, and cesarean were 93.6%, 1.2%, and 5.2%, respectively. Of the 1054 women who attempted a vaginal birth after cesarean, 87% were successful. Low</p>	<p>For this large cohort of women who planned midwife-led home births in the United States, outcomes are congruent with the best available data from population-based, observational studies that evaluated outcomes by intended place of birth and perinatal risk factors. Low-risk women in this cohort experienced high rates of physiologic birth and low rates of intervention without an increase in adverse outcomes.</p>		2004 - 2009

					<p>Apgar scores (<7) occurred in 1.5% of newborns. Postpartum maternal (1.5%) and neonatal (0.9%) transfers were infrequent. Excluding lethal anomalies, the intrapartum, early neonatal, and late neonatal mortality rates were 1.30, 0.41, and 0.35 per 1000, respectively.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Euroopa enimkasutatud juhenditest kajastub kodusünnitus NICE juhendis.

- Intrapartum Care Care Of Healthy Women And Their Babies During Childbirth. 2007. NICE Clinical Guideline
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49388/>

WHO juhend kajastab muuhulgas ka sünnituskoha valiku põhimõtteid.

- World Health Organisation 1999. *Care in Normal Birth: A practical guide.* Geneva, WHO
http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1

Aktsepteeritud Euroopa-välistest juhenditest on aktsepteeritud USA, Kanada ja Austraalia juhendid.

- Clinical Guideline South Australian Perinatal Practice Guidelines – Planned Birth at Home in South Australia. 2013
<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/76aaf1004f3219c488eefd080fa6802e/Planned+Home+Birth+Policy+and+brochure13082013.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=76aaf1004f3219c488eefd080fa6802e>
- College Of Midwives Of British Columbia. Required Equipment And Supplies For Home Birth Setting
- Home birth handbook for midwifery clients. 2010. College of midwives of British Columbia.
<http://www.cmbc.bc.ca/pdf.shtml?Registrants-Handbook-13-07-Handbook-for-Midwifery-Clients>
- Standard for planned out of hospital birth. College of Midwives of Manitoba.
http://www.midwives.mb.ca/policies_and_standards/standard-planned-out-of-hospital-birth-july2011.pdf
- Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement By ACNM, MANA, NACPM [1], May 14, 2013.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647729/>

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

Ameerika Ühendriikides toimub aastas umbes 25 000 kodusünnitust (0,6%), ligikaudu üks neljandik neist on planeerimata või assisteerimata. Wax

JR, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births. Am J Obstet Gynecol 2010;202:152.e1,152.e5.

Austraalias toimus 2009. aastal 863 ja 2010.aastal 1345 kodusünnitust (0,5% sünnitustest). <http://homebirthaustralia.org/statistics>

Ühendkuningriikides toimus 2011.a. 2,4% ja 2012.a. 2,3% sünnitustest kodus. <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/vsob1/characteristics-of-birth-2--england-and-wales/2012/sb-characteristics-of-birth-2.html>

Skandinaavias (Taani, Norra, Rootsi, Island) toimuvate kodusünnituste sagedust ja muid asjaolusid kirjeldab "Birth place study. Praxis and guidelines for PHB in four Nordic countries", (Lindgren, Kjaergaard, Olafsdottir, Blix 2011).

riik	PKS sagedus	PKS aastas	Juhendi olemasolu
Taani	12/1000	700-800	on
Island	18/1000	90	?
Norra	1,7/1000	90-100	on
Rootsi	0,6/1000	60-70	ei ole

Hollandis sünnitusabi süsteem on maailmas unikaalne, seal toimub kolmandik kõigist sünnitustest kodus. (tabel: The Dutch obstetrical system: Vanguard of the future in maternity care. Raymond De Vries, Therese Wiegers et al.)

Sünnikoht Hollandis, 1995-2002 (%)			
	Polikliinik (ämmaemand või perearst)	Kodu (ämmaemand või perearst)	Haigla (naistearst)
1995	11.7	31.6	56.6
1996	11.1	30.3	58.5
1997	10.5	29.6	59.8
1998	10.7	29.1	60.1
1999	10.6	30.8	58.6
2000	10.2	30.3	59.4
2001	10.5	28.9	60.4

2002	11.2	29.4	59.4
------	------	------	------

Eestis on kuni 1. augustini 2014 puudunud leaalne võimalus kodusünnitusabi osutamiseks.

Sellele vaatamata on planeeritud kodusünnitused toimunud, sagedust iseloomustavad sünniregistri andmed (Lisa 1, www.tai.ee).

2013.a. toimus Eestis 37 planeeritud kodusünnitust, so. 0,3% kõigist sünnitustest. 2012.a. toimus vastavalt 67 (0,5%); 2011.a. 56 (0,4%) ja 2010.a. 71 (0,4%) planeeritud kodusünnitusi.

Kodusünnituse legaalse osutamise ettevalmistus on toimunud alates 2001.aastast, protsess on ajaliselt veninud erinevate asjaolude tõttu, peamiseks põhjuseks tuleb pidada erinevate otsustajate ebakindlust kodusünnituse kui sellise turvalisuse osas ning marginaalseid kasutajainumbreid arvestades ka kaheldavat vajadust teenuse reguleerimiseks. Kaasatud on olnud ämmaemandad, naistearstid ja lastearstid.

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

Alternatiiviks planeeritud kodusünnitusele Eestis on planeeritud sünnitus haiglas (0,3% versus 99,4%).

Rahvusvaheliselt on küllalt levinud alternatiiviks ka ämmaemandate poolt juhitud nn. sünnituskodud, so. väikesed ambulatoorsed või statsionaarsed üksused, kus osutatakse nii ante- intra kui postnataalset teenust. Eestis kirjeldatud teenust ei osutata.

Uuringu nimetus (punktis 3.2 toodud järjestuses)	1. Teenusest saadav tulemus 2. Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused	Alternatiiv 1 - HAIGLA	Alternatiiv 2 - KODU
1	2	3	4
Uuring 1	sünnitusabi sekkumiste arv	suurem	vähem
Uuring 2	perinataalsed tulemused	sama	sama
	sünnitusabi sekkumised	rohkem	vähem
Uuring 3	perinataalne suremus	suurem	vähem
	sünnitusabi sekkumised	rohkem	vähem
	3 - 4. järgu perineumi rebendid	rohkem	vähem
	keisrilõike vajadus	suurem	vähem
	madal Apgari hinne	rohkem	vähem
Uuring 4	sünnitusabi sekkumised	rohkem	vähem
	episiotomia	rohkem	vähem
	assisteeritud vaginaalne sünnitus	rohkem	vähem
	keisrilõike vajadus	suurem	vähem

	sünnitusjärgne verejooks	rohkem	vähem
	3 - 4. järgu perineumi rebendid	rohkem	vähem
Uuring 5	neonataalne suremus	suurem	väiksem
	keisrilõike vajadus	rohkem	vähem
Uuring 6	neonataalne suremus	suurem	väiksem
	keisrilõike vajadus	rohkem	vähem
Uuring 7	perinataalne suremus	suurem	väiksem
	madal Apgari hinne	rohkem	vähem
	mekooniumi aspiratsiooni sündroom	rohkem	vähem
	vastsündinu intensiivravi vajadus	suurem	väiksem
Uuring 8	medikamentoosne valutustamine	rohkem	vähem
	vaakumektraktsiooni vajadus	suurem	väiksem
	episiotomia	rohkem	vähem
	platsentaarperioodi aktiivne juhtimine	rohkem	vähem
Uuring 10	vaakumektraktsiooni vajadus	suurem	väiksem
	keisrilõike vajadus	rohkem	vähem
	medikamentoosne valutustamine	rohkem	vähem
	episiotomia	rohkem	vähem

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

Esmakordselt esitatav teenusetaotlus.

Teenusel ei ole asendavat ega täiendavat mõju kehtivale loetelule, kuid teenust ettevalmistavate ämmaemanda/naistearsti ambulatoorsete visiitide hinna muutumine mõjutab kodusünnitusabi teenuse hinda.

3.7. teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega;

Teenusel ei ole seost teiste erialade teenuse tüüpidega.

Kodusünnitusabi teenus on alternatiiviks haiglasünnitusele.

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)

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

Teenuse oodatavad tulemusi kajastab uuring "Birth Can Safely Take Place at Home and in Birthing Centers. The Coalition for Improving Maternity Services: Leslie M., Romano A. Journal of Perinatal Education, 16(1–Supplement), 81S–88S, doi: 10.1624/105812407X173236

<u>Rationale for Compliance Evidence Grade</u> Compared with a similar population of women having hospital births, planned home births with a qualified attendant resulted in the following maternal outcomes (including mothers who intended to give birth at home at the onset of labor but were transferred to the hospital at some time during or after labor)	A good; B fair; C weak; NA not applicable;	Quality - aggregate of quality ratings for individual studies Quantity - magnitude of effect, numbers of studies, and sample size or power Consistency - the extent to which similar findings are reported using similar and different study designs
induktsioonide sagedus väiksem või sama	Janssen, 2002; Johnson, 2005; Olsen, 1997; Weigers, 1996	Quality: A. Quantity: A Consistency: A
stimulatsioonide sagedus väiksem või sama	Janssen, 2002; Johnson, 2005; Olsen, 1997; Weigers, 1996	Quality: A. Quantity: A Consistency: A
avanemisperioodi aktiivse faasi pikenemine korduvsünnitajal - sagedus väiksem	Wiegers, 1996	Quality: A. Quantity: C Consistency: NA*
intravenoosse infusiooni vajadus väiksem	Johnson, 2005	Quality: B. Quantity: A Consistency: NA*
amniotoomia sagedus väiksem	Janssen, 2002; Johnson, 2005	Quality: A. Quantity: A Consistency: A
loote südamegevuse häired - sagedus sama	Wiegers, 1996; Woodcock, 1994	Quality: B. Quantity: B Consistency: A
loote jätkuva elektroonilise monitooringu kasutamise sagedus väiksem	Janssen, 2002; Johnson, 2005	Quality: A. Quantity: A Consistency: A
liikumise ja sünnitusasendite vaba valiku võimalus suurem	Ackermann-Liebrich, 1996	Quality: A. Quantity: B Consistency: NA*
analgeesia kasutamine sünnitusel väiksem	Ackermann-Liebrich, 1996; Janssen, 2002	Quality: A. Quantity: A Consistency: A
väiksem epiduraal/spinaalanesteesia vajadus	Janssen, 2002; Johnson, 2005	Quality: A. Quantity: A Consistency: A
vähem vaginaalseid intrumentaalseid sünnitusi	Janssen, 2002; Johnson, 2005; Olsen, 1997	Quality: A. Quantity: A Consistency: A
keisrilõigete sagedus väiksem või sama	Janssen, 2002; Johnson, 2005; Olsen, 1997; Wiegers, 1996	Quality: A. Quantity: A Consistency: A
vähem keisrilõikeid esmasünnitajatel	Janssen, 2002	Quality: A. Quantity: B Consistency: NA*

vähem keisrilõikeid korduvsünnitajatel	Janssen, 2002	Quality: A. Quantity: A Consistency: NA*
vähem keisrilõikeid sünnitegevuse ebapiisava progressi tõttu	Janssen, 2002	Quality: A. Quantity: B Consistency: NA*
vähem või võrdselt erakorralisi keisrilõikeid, sh. loote distressi tõttu	Woodcock, 1994; Janssen, 2002	Quality: B. Quantity: B Consistency: A
vähem lahkliha traumasid ja rohkem intaktset perineumi	Ackermann-Liebrich, 1996; Janssen, 2002	Quality: B. Quantity: A Consistency: A
episiotoomia sagedus väiksem	Janssen, 2002; Johnson, 2005; Olsen, 1997; Wiegers 1996	Quality: A. Quantity: A Consistency: A
anaalsfinkteri rebendeid vähem või samas määras	Olsen, 1997; Wiegers, 1996	Quality: A. Quantity: A Consistency: A
vereülekande vajadus väiksem	Wiegers, 1996	Quality: B. Quantity: B Consistency: NA*
vähem infektsioone antibiootikumravi vajadust	Janssen, 2002; Wiegers, 1996	Quality: A. Quantity: A Consistency: A

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

Kõrvaltoimeid ja tüsistuste ravi siinkohal ei kirjeldata, selleks on vastavad sünnitusabi juhendid.

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

1. Teenuse osutamise planeerimine algab **rasedusaegse ambulatoorse visiidiga** sünnitusriskide hindamiseks.

Sünnitusriskide hindamine on osa kodusünnituse planeerimise protsessist. Riskide hindamise aluseks on riskide hindamise vorm, mis on planeeritud kodusünnitusel ämmaemandusabi osutamise lepingu osa (juhend, lisa 1). Riskide hindamise vorm on leitav aadressil www.ammaemand.org.ee. Vorm täidetakse elektrooniliselt või paberkandjal, mõlemal juhul peab olema tagatud selle täiendamise ja taasesitamise võimalus.

Riskide hindamisel tuleb kirjeldada:

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

Riskide hindaja võib olla:

- 1) rasedust jälgiv ämmaemand, kes osaleb kodusünnitusel;
- 2) rasedust jälgiv ämmaemand, kes ei osale kodusünnitusel;

3) rasedust jälgiv naistearst.

Riske hinnatakse ja hinnang dokumenteeritakse raseduse jooksul korduvalt:

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

Haiguse või seisundi esinemisel anamneesis või käesoleva raseduse kulus märgitakse diagnoos koos RHK koodiga vastavasse lahtrisse, vajadusel lisatakse selgitus haiguse esinemise aja vms. kohta. Otsuses antakse anamneesist, käesoleva raseduse kulust ja planeeritavast sünnituse keskkonnast tulenev summaarne hinnang kodusünnituse riskide kohta. Riskide summeerumist hinnatakse sisuliselt, võttes arvesse iga riski iseloomu ja potentsiaalset mõju.

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

2. Madala sünnitusriskiga naise puhul tema soovil toimub **kodusünnitus** (toimub pt. kodus), mille juures viibib ja abistab sünnitajat vastava litsentsiga ämmaemand.

3. **Sünnitusjärgne koduviit.** Ämmaemand teeb planeeritud kodusünnituse järel emale ja vastsündinule vähemalt ühe koduviisi 48 tunni jooksul, vajadusel toimuvad korduvad koduviisiidid.

Ämmaemand teavitab sünnitanu ja vastsündinu perearsti esimesel võimalusel, edastades perearstile väljavõtte sünnitusloost. Kui naisel ja vastsündinul on erinevad perearstid, siis edastatakse info mõlemale perearstile.

Ämmaemand teavitab sünnitanut ja tema peret vajadusest ja võimalustest minna kolme päeva jooksul peale sünnitust vastsündinuga lastearsti vastuvõtule vastsündinu läbivaatuseks, skriining-uuringuteks ja vaksineerimiseks.

Ämmaemand korraldab isikukoodi andmise lapsele ja muu vajaliku dokumenteerimise.

Kodusünnitusabi osutamiseks peavad ämmaemandal olema kodusünnitusel kaasas järgmised ravimid:

- 1) ATC kood A03BA01 atropiin (esmaabiravim süstelahusena);
- 2) ATC kood B05X intravenoosete lahuste lisandid (0,9% naatriumkloriidilahus, vajadusel verekaotuse asendamiseks);
- 3) ATC kood C01CA24 epinefriin ehk adrenaliin (esmaabiravim süstelahusena);
- 4) ATC kood N01B lokaalanesteetikumid (välispidine ja süstitav lokaalanesteetikum sünnitusteede terviklikkuse taastamise valutustamiseks);
- 5) ATC kood G02A emakasse toimivad ained (sünnitusjärgse verejooksu raviks) ja laktogeensed vahendid sünnitusjärgseks kasutamiseks (rinnapiima väljutamise stimuleerimiseks);
- 6) ATC kood H01BB oksütotsiin ja selle analoogid (sünnitusjärgse verejooksu raviks);

7) ATC kood B02BA01 fütomenadioon (K-vitamiin) vastsündinule manustamiseks;

Enamasti kasutatakse füsioloogiliselt kulgeva kodusünnituse juures vaid K-vitamiini, sedagi vaid juhul, kui vanemad sellega nõus on. Vähestel juhtudel on vaja kasutada intravenoosseid lahuseid verekaotuse asendamiseks, kontraktsioonivahendeid verejooksu raviks ja lokaalanesteetikume sünnitusteede traumade õmblemisel valutustamiseks. Epinefriin ja atropiin on elustamisel kasutatavad ravimid ja nende vajadus on marginaalne.

Näidustused ravimite kasutamiseks, kasutusjuhend jms. on kajastatud ravimite juhendis, link www.ammaemand.org.ee.

Ravimite nõuetekohase säilitamise ja utiliseerimise eest vastutab ämmaemand.

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

Teenust võib osutada ainult kehtiva kodusünnitusabi tegevusloaga ämmaemand.

Teenuse optimaalse ja ohutu kasutamise tagamiseks minimaalset kodusünnitusabi osutamise kordade arvu aasta jooksul ei kohandata. Määrusest tulenevalt on tegevusloa saamise üks tingimusi dokumenteeritud vähemalt 150 sünnituse vastuvõtmise kogemus tervishoiuteenuse osutaja juures.

Tegevuslubade väljaandmist, kehtivuse kontrolli ja ohutu teenuse osutamise järelvalvet teostab Terviseamet.

Teenuse väärkasutuseks tuleb lugeda kodusünnituse planeerimist ja toimumist naise puhul, kellel esinevad kodusünnitust välistavad riskid, vt. kodusünnituse juhend.

Ala- ja liigkasutamist ei defineerita, pakkumine sõltub nõudmisest, so. sünnitaja poolt sünnituskoha valikust.

4.6.patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele;

Sünnitusabi eripära ja erakorralist iseloomu arvestades ei saa välistada patsiendi eripäradest tulenevat mõju sünnituse ning sünnitusjärgse perioodi kulule.

Kodusünnituse turvaline kulgemine on sõltuv paljudest asjaoludest, sh.:

- eelnev adekvaatne rasedus- ja sünnitusriskide hindamine;
- teadlikkus protsessidest ja neid mõjutavatest asjaoludest;
- koostöövõime ja tahe abistajatega jne.

Kodusünnituse juhend kirjeldab sünnitusriskide hindamise protsessi ja loetleb erinevaid kodust haiglasse üleviimise näidustusi sünnituse erinevates etappides, mida ämmaemand protsessi käigus selgitab ja millest arusaamist ja aktsepteerimist kinnitab poolte vahel allkirjastatud

leping.

Kõige olulisemaks isikupära mõjuks tulemusele tuleb lugeda tahte puudumist/suutmatust riske aktsepteerida ning õigeaegselt tegutseda.

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

Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal 2016	Patsientide arv aastal 2017	Patsientide arv aastal 2018	Patsientide arv aastal 2019
1	2	3	4	5
Kodusünnitus naise soovil, hinnatud madal risk	50	60	70	80

*t – taotluse menetlemise aastale järgnev aasta;

Prognoos lähtub planeeritud haiglaväliste sünnituste hulgast sünniregistri andmetel, www.tai.ee, Lisa 1.

Kodusünnituste arvu olulist tõusu ette näha ei ole, tõenäoliselt ei ületa see 100 kodusünnitust aastas.

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

Teenuse näidustus	Teenuse maht aastal 2016	Teenuse maht aastal 2017	Teenuse maht aastal 2018	Teenuse maht aastal 2019
1	2	3	4	5
Kodusünnitus naise soovil, hinnatud madal risk	50	60	70	80

6. Taotletava teenuse kirjeldus

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

Teenust osutatakse patsiendi kodus.

Lähtuvalt naise, vastsündinu ja pere vajadustest hindab kodusünnituse ämmaemand planeeritava sünnituskoha keskkonna turvalisust ja privaatsust. Hindamine toimub kokkuleppel naise/perega sobival ajal.

Ämmaemand hindab:

- keskkonna sobivust, vajalike vahendite ja tingimuste olemasolu kodusünnituseks;
- turvalisuse ja privaatsuse tagamise võimalusi naisele ja lapsele;
- sünnituskoha asukohta ja juurdepääsu tingimusi.

Vajadusel annab ämmaemand soovitusi planeeritava sünnituskoha ettevalmistamiseks ja vahendite hankimiseks (p12.2).

Keskkonna hindamise info ja antud soovitused kajastab hinnatud ämmaemand riskide hindamise dokumendi vastavas lõigus.

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

Kodusünnitust võib planeerida terve naine, kui

1. ta on avaldanud soovi kodusünnituse planeerimiseks;
2. raseduse kulgu on jälgitud vastavalt kehtivale raseduse jälgimise juhendile, riske on hinnatud ämmaemanda ning vajadusel naistearsti poolt, (lepingu lisa);
3. vastavalt riskide hindamise tulemusele
 - on käesolev rasedus normaalse kulu ja madala riskiga,
 - varasemate raseduste ja sünnituste kulus ei ole esinenud oodatavat sünnitust komplitseerida võivaid seisundeid või olukordi, varasemad rasedused ja sünnitused on olnud tüsistusteta,
 - oodatav sünnitus on madala riskiga,
4. naine omab tõenduspõhist ja tasakaalustatud teavet raseduse, sünnituse (nii haiglas kui kodus toimuva) ja sünnitusjärgse perioodi kohta informeeritud valikute tegemiseks,
5. keskkond ja sotsiaalne tugivõrgustik toetavad kodusünnitust,
6. sünnituskohas asub lähimast sünnitusosakonnast lähemal kui 30 kilomeetrit.

Kodusünnituse planeerimiseks peavad kõik punktides 1 - 8 toodud tingimused olema täidetud.

6.3.teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes;

Tegevus	ajastus	sisu	aeg	tegija	kood	Hind 2015
1. Riskide hindamine, ambulatoorne visiit	1.1. Esmasel pöördumisel	Juhendi ja protsessi tutvustamine. Esmase riskide hindamine	60 min	Rasedust jälgiv või kodusünnituse ämmaemand	3037 3002	7.25€ 18.49€
	1.2. 36+6	Korduv riskide hindamine.	60 min	Rasedust jälgiv või kodusünnituse	3037 3002/3004	7.25€ 18.49€/12.22€

		Lepingu sõlmimine		ämmaemand, vajadusel naistearst		
	1.3. Korduv hindamine	Korduv riskide hindamine	60 min	Rasedust jälgiv või kodusünnituse ämmaemand, vajadusel naistearst	3037 3004	7.25€ 12.22€
2. Sünnituseelne koduviit	36+6	Keskkonna ja vahendite hindamine	90 min	Kodusünnituse ämmaemand	3038	11.08€
3. Kodusünnitus	Kokkuleppel perega	Abistamine sünnitusel ja varapuerpeeriumis	vajadus- põhine	Kodusünnituse ämmaemand	puudub	väljatöötamisel
4. Kodusünnituse vahendite komplekt ämmaemandale			kompl ekt		puudub	väljatöötamisel
5. Sünnitusjärgne koduviit	5.1. esmane	Vähemalt 1 visiit 48 tunni jooksul peale sündi	120 min	Kodusünnituse ämmaemand	3038	11.08€
	5.2. korduv	vajadusel	60 min	Kodusünnituse ämmaemand	3038	11.08€
6. Transport	6.1. Sünnituseelne koduviit	alati			?	?
	6.2. Kodusünnitus	alati			?	?
	6.3. Sünnitusjärgne koduviit	alati			?	?
	6.4. Üleviimine haiglasse	vajadusel			?	?
kokku						

7. Nõuded teenuse osutajale

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

Kodusünnitusabi võib osutada ainult Terviseameti tegevusloaga ämmaemand.

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

Kõrvalekallete korral sünnituse või sünnitusjärgse perioodi kulus või naise, loote või vastsündinu seisundis kutsub ämmaemand abi ja korraldab üleviimise lähimasse sünnitusabi osutavasse haiglasse, vajaduse korral tegutseb iseseisvalt või koostöös teiste tervishoiutöötajatega vastavalt olukorrale. Ämmaemand kaasab võimalusel pereliikmed ja teised abilised üleviimise korraldamisse ja abistamisse.

Sõltuvalt üleviimise näidustustest ja asjaoludest kutsub ämmaemand kiirabi või sõidetakse haiglasse ämmaemanda või pere transpordiga. Kiirabi-transpordi korral abistab ämmaemand võimalusel kiirabitöötajaid.

Ämmaemand teavitab sünnitanut ja tema peret vajadusest ja võimalustest minna kolme päeva jooksul peale sünnitust vastsündinuga lastearsti vastuvõtule vastusündinu läbivaatuseks, skriining-uuringuteks ja vaksineerimiseks.

7.3.personali (täiendava) väljaõppe vajadus;

Kodusünnitusabi võib osutada ämmaemand, kellel on

- * läbitud vastavat eriala esindava erialaühenduse tunnustatud vastsündinu elustamise teoreetiline ja praktiline koolitus vähemalt seitsme tunni ulatuses üks kord aastas;
- * läbitud vastavat eriala esindava erialaühenduse tunnustatud täiskasvanu elustamise teoreetiline ja praktiline koolitus vähemalt kuue tunni ulatuses üks kord iga kahe aasta tagant.

7.4.minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks;

Tegevusloa saamise nõudeks on dokumentaalselt tõendatud sünnitusabi praktilise töö kogemus sünnitusabi osutaja juures vähemalt 150 sünnituse vastuvõtmisena viimase viie aasta jooksul või sellele vastav kutsekvalifikatsiooni tase.

7.5.teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele.

Teenuse osutaja ebapiisav valmisolek või toimetulek kriitilistes situatsioonides kodusünnitusel (riskide adekvaatne hindamine, tegevuste ajastamine, ületoomise näidustuste üle otsustamine, transpordi korraldamine jne) võivad olla fataalsete tagajärgedega nii sünnitajale kui lootele/vastsündinule.

8. Kulutõhusus

8.1.teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused;

Haigekassa on teada andnud soovist üle vaadata ja korrigeerida kogu sünnitusabi ja günekoloogia erinevate teenuste hinnad korruga, mitte üksikute teenuste põhiselt, alustades günekoloogi eriala kaasajastamist 2016. aastal eesmärgiga rakendada uued kirjeldused 2017. aastal.

Seetõttu ei esitata käesoleva taotluse raames detailset kuluarvestust kodusünnitusabi teenusele, vaid seda tehakse komplekselt koos muude sünnitusabi teenustega koostöös Haigekassaga. Vt. tabel p. 6.3.

Kodusünnituse ja alternatiivsete võimaluste kulutõhusust hinnanud uuringutest selgub, et kulud kodusünnitusele on oluliselt väiksemad kuludest haiglasünnitusele.

Schroeder jt. andsid oma 2012. aastal tehtud uuringus hinnagu kodusünnituse kulutõhususele rahvuliku sünnituskoha uuringu kohordi kohta. Ajavahemikul 2008 - 2010 hinnati 142 kodusünnitusabi teenust osutavat üksust, 53 iseseisvat ämmaemandusabi osutavat sünnitusosakonda, 43 ämmaemandusabi osakonda haigla juures ning 36 sünnitusosakonda haiglas, kokku 64 538 madala sünnitusriskiga naist enne sünnitegevuse algust. Tulemused: korrigeerimata keskmine kulu ühele sünnitusele oli vastavalt £1066, £1435, £1461 ja £1631 kodusünnituse, iseseisva ämmaemandusabi osutava sünnitusosakonna, haigla juures asuva ämmaemandusabi osakonna ning haigla sünnitusosakonna kohta. Uurijad järeldasid, et madala riskiga korduvsünnitajale on kodusünnitus kõige kulutõhusam valik. Schroeder E, Petrou S, Patel N et al. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ 2012; 344

Inglismaal tehtud uuringust selgus, et võrreldes haiglaga on kulud madala risikiga sünnitajale kodus oluliselt väiksemad (sh. ravikulud üleviimisel). Kodusünnituse hind on 367£ võrra väiksem kui haiglasünnituse hind. Research digest. **June 2012 Issue 3. Overview** Birthplace in England – new evidence.

Availability, safety, processes, and costs of different settings for birth. Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis. Birthplace Research Programme. Final report part 5. NIHR Service Delivery and Organisation programme; 2011. www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR5_08-1604-140_V02.pdf

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;

Vt. p. 8.1.

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

Ei ole

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

Vt. p. 8.1.

9. Omaosalus
9.1.hinnang patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult
Patsiendil tuleb tasuda ise kulud seoses ämmaemanda osalemisega kodusünnitusel. Kui selline valmisolek puudub, siis kodusünnitusabi teenust ei osutata ja alternatiivina sünnitatakse haiglas.

10. Esitamise kuupäev	30.12.2014
11. Esitaja nimi ja allkiri	Siiri Põllumaa, EÄÜ juhatuse liige

12. Kasutatud kirjandus
<p>Allikad</p> <p>Birthplace in England Collaborative Group. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. <i>BMJ</i> 343:d7400.</p> <p>Cheyney, M., Bovbjerg, M., Everson, C., Gordon, W., Hannibal, D., Vedam, S. Outcomes of Care for 16 924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project. <i>J Midwifery Womens Health</i> 2014;59:17–27_c 2014 by the American College of Nurse-Midwives.</p> <p>Hutton, E. K., Reitsma, A. H., & Kaufman, K. (2009). Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006. <i>Birth</i>, 36(3):180-89, doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00322.x.</p> <p>Janssen, P. A., Lee, S. K., Ryan, E. M., Etches, D. J., Farquharson, D. F., Peacock, D., & Klein, M. C. (2002). Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. <i>CMAJ</i>, 166(3):315-23.</p> <p>Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M., & Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home births with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. <i>CMAJ</i>, 181(6-7):377-83, doi: 10.1503/cmaj.081869.</p> <p>Johnson, K. C., Daviss, B. A. (2005). Outcomes of planned home birth with certified professional midwives: large prospective study in North America. <i>BMJ</i>, 330:1416.</p>

Leslie, M.S., Romano, A. (2007). Appendix: Birth can safely take place at home and in birthing centers. *J Perinat Educ*, 16(Suppl 1):81S-88S, doi: 10.1624/105812407X173236.

Lindgren, Kjaergaard, Olafsdottir, Blix.(2011) Birth place study. Praxis and guidelines for PHB in four Nordic countries.

Olsen O. (1997). Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth*, 24(1):4-13.

Olsen, O., Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi: 10.1002/14651858.CD000352.pub2.

Overview Birthplace in England – new evidence. Availability, safety, processes, and costs of different settings for birth. Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis. Birthplace Research Programme. Final report part 5. NIHR Service Delivery and Organisation programme; 2011. www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR5_08-1604-140_V02.pdf. Research digest. June 2012 Issue 3.

Schroeder, E., Petrou, S., Patel, N., Hollowell, J. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2012;344:e2292 doi: 10.1136/bmj.e2292 (Published 19 April 2012) 1 - 13

The Dutch obstetrical system: Vanguard of the future in maternity care. Raymond De Vries, Therese Wieggers, Beatrijs Smulders and Edwin van Teijlingen

Van der Kooy, J., Poeran, J., de Graff, J. P., Birnie, E., Denktass, S., Steegers, E. A. P., & Bonsel, G. J. (2011). Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies. *Obstet Gynecol* 118(5):1037-46.

Wax JR, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202:152.e1,152.e5.

WHO 1996. World Health Organization. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in Normal Birth: a Practical Guide (WHO/FRH/MSM/96.24). WHO; Geneva: 1996.

Juhendid

EÄÜ. Planeeritud kodusünnitusabi Eestis. Juhend 2014. <http://kodusynnitusejuhend.weebly.com/>

Intrapartum Care Care Of Healthy Women And Their Babies During Childbirth. 2007. NICE Clinical Guideline.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49388/>

World Health Organisation 1999. *Care in Normal Birth: A practical guide*. Geneva, WHO. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1

Clinical Guideline South Australian Perinatal Practice Guidelines – Planned Birth at Home in South Australia. 2013
<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/76aaf1004f3219c488eefd080fa6802e/Planned+Home+Birth+Policy+and+brochure13082013.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=76aaf1004f3219c488eefd080fa6802e>

College Of Midwives Of British Columbia. Required Equipment And Supplies For Home Birth Setting Home birth handbook for midwifery clients. 2010. College of midwives of British Columbia. <http://www.cmbc.bc.ca/pdf.shtml?Registrants-Handbook-13-07-Handbook-for-Midwifery-Clients>

Standard for planned out of hospital birth. College of Midwives of Manitoba. http://www.midwives.mb.ca/policies_and_standards/standard-planned-out-of-hospital-birth-july2011.pdf

Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement By ACNM, MANA, NACPM [1], May 14, 2013.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647729/>

Muud allikad

Sotsiaalministri määrus nr 44 "Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord", 02.07.2014; <https://www.riigiteataja.ee/akt/109072014023>

<http://homebirthaustralia.org/statistics>

<http://www.ons.gov.uk/ons/rel/vsob1/characteristics-of-birth-2--england-and-wales/2012/sb-characteristics-of-birth-2.html>

LISA 1. Sündide statistika sünnikoha järgi 2001-2013. Sünniregister, www.tai.ee.

Sünnikoht (kõik sünnid, elussünnid ja surnultsünnid), 2001–2013	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		
	VS	%	VS	%	VS	%	VS	%	VS	%	VS	%	VS	%	VS	%	VS	%	VS	%	VS	%	VS	%	VS	%	
Kõik sünnid																											
Haiglas	12636	99,6	12997	99,5	13002	99,4	13991	99,7	14361	99,6	14852	99,5	15765	99,4	16001	99,3	15751	99,2	15883	99,3	14845	99,4	14318	99,3	13907	99,4	
Teel haiglasse	15	0,1	20	0,2	23	0,2	10	0,1	6	0,0	13	0,1	14	0,1	15	0,1	13	0,1	9	0,1	15	0,1	11	0,1	6	0,0	
Haiglast väljaspool planeeritult	5	0,0	5	0,0	12	0,1	13	0,1	21	0,1	28	0,2	45	0,3	58	0,4	76	0,5	71	0,4	56	0,4	67	0,5	37	0,3	
Haiglast väljaspool planeerimatult	34	0,3	39	0,3	45	0,3	23	0,2	32	0,2	32	0,2	40	0,3	35	0,2	32	0,2	29	0,2	25	0,2	19	0,1	34	0,2	
Elussünnid																											
Haiglas	12571	99,6	12924	99,5	12940	99,4	13930	99,7	14275	99,6	14797	99,5	15702	99,4	15939	99,3	15671	99,2	15816	99,3	14785	99,4	14273	99,3	13855	99,4	
Teel haiglasse	14	0,1	20	0,2	23	0,2	9	0,1	6	0,0	13	0,1	14	0,1	15	0,1	13	0,1	9	0,1	15	0,1	11	0,1	6	0,0	
Haiglast väljaspool planeeritult	5	0,0	5	0,0	12	0,1	13	0,1	21	0,1	28	0,2	45	0,3	58	0,4	76	0,5	71	0,4	56	0,4	67	0,5	37	0,3	
Haiglast väljaspool planeerimatult	31	0,2	38	0,3	43	0,3	23	0,2	31	0,2	31	0,2	37	0,2	33	0,2	32	0,2	28	0,2	25	0,2	19	0,1	34	0,2	
Surnultsünnid																											
Haiglas	65	94,2	73	98,6	62	96,9	61	98,4	86	98,9	55	98,2	63	95,5	62	96,9	80	100	67	98,5	60	100	45	100	52	100	
Teel haiglasse	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Haiglast väljaspool planeeritult	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Haiglast väljaspool planeerimatult	3	4,3	1	1,4	2	3,1	0	0,0	1	1,1	1	1,8	3	4,5	2	3,1	0	0,0	1	1,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	