

## Meditsiinilise tõenduspõhisuse hinnang

<b>Teenuse nimetus</b>	Kodusünnitusabi teenus
<b>Taotluse number</b>	1067

### 1. Meditsiiniline näidustus teenuse osutamiseks

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

Kodusünnitusabi teenuse näol on tegemist uue teenusega Eesti tervishoius. Ämmaemandusabi kodusünnitusel on Eestis seaduslikult reguleeritud alates 01.08.2014. Planeeritud kodusünnitus on aktsepteeritud sünnitusviis paljudes maailma riikides. Sünnituskoha valiku õigus on üks osa reproduktiivõigustest, seda on tunnustanud mitmed rahvusvahelised organisatsioonid (WHO, FIGO, ICM jt.), samuti Euroopa Inimõiguste Kohus. Kodus toimuvat sünnitust loetakse ema ja lapse jaoks turvaliseks valikuks, kui otsus on tehtud kaalutletult ja kõiki riske adekvaatselt hinnates, kui sünnitusel abistab vastavat litsentsi omav kompetentne ämmaemand ja riigi tervishoiusüsteem toetab kodust haiglasse üleviimise vajaduse tekkimise korral.

Eestis on olemas vastava teemaga seotud ravijuhend, kus on loetletud tingimused, mille täitmisel võib kodusünnitust planeerida („Planeeritud kodusünnitusabi Eestis. Juhend“, 2014, <http://kodusynnitusjuhend.weebly.com>).

### 2. Tõenduspõhisus

#### 2.1. kliiniliste uuringute järgi

Taotluses on esitatud andmed 10 kliinilise uuringu kohta antud teemal. Esitatud uuringutest kolm on tugevalt tõenduspõhised (A), neist üks põhineb metaanalüüsil ja kaks uuringute süstemaatilisel ülevaatel. Seitse esitatud uuringut on retrospektiivsed või prospektiivsed kohordiuuringud. Antud teema käsitlemisel tuleb aga arvestada sellega, et randomiseeritud kontrollitud uuringuid kodusünnituse *versus* haiglasünnituse teemadel läbi viidud ei ole. On olemas vaid üks uuring, kus hinnati põhjusi, miks naised ei ole nõus osalema randomiseeritud kontrollitud uuringus – uuring tehti Hollandis, kus kodusünnituste osakaal on kõrge (30%) (Hendrix *et al.*, 2009). Uurijad olid sunnitud tõdema, et naiste randomiseerimine kodusünnituse ja haiglasünnituse gruppi on võimatu, kuna naised hindavad kõrgelt oma autonoomiat sünnituskoha valikul. Selle tõttu on seisukoht, et kodusünnituse ja haiglasünnituse ohutuse võrdlemisel tuleb toetuda observatsiooniuuringutele ning neid võib pidada tõenduspõhiseks (B). Nii taotluses kajastatud kui ka paljude teiste uuringute andmetel on leitud, et kui tegemist on nn „madala riskiga sünnitajaga“, siis ei ole planeeritud kodusünnituse riskid naisele või lootele/vastsündinule kõrgemad (Johnson ja Daviss, 2005; Lindgren *et al.*, 2008; deJonge *et al.*, 2009; Hutton *et al.*, 2009, Janssen *et al.*, 2009). Kui riskiselektioon puudub ja kodus sünnitavad esmasünnitajad või „kõrge riskiga“ rasedad, siis võib sellel olla negatiivne mõju perinataalsele tulemile (kõrgem perinataalse surma või sünnitrauma risk) (Kennare *et al.*, 2010; Birthplace in England Collaborative Group, 2011) Seega on taotluses esitatud uuringud usaldusväärsed ja asjakohased taotluses esitatud näidustustel.

Taotluses mitte kasutatud, kuid hinnangu koostamisel kasutatud uuringud:

<i>J r k n r.</i>	<i>Uuringu autori(te) nimed</i>	<i>Uuringu kvaliteet</i>	<i>Uuringusse hõlmatud isikute arv ja lühiiseloostus</i>	<i>Uuritava teenuse kirjeldus</i>	<i>Esmane tulemus, mida hinnati, tulemusnäitaja</i>	<i>Muu(d) tulemus(ed), mida mõõdeti / hinnati, ning tulemus-näitaja</i>	<i>Alternatiiv(id) millega võrreldi, tulemus-näitaja</i>	<i>Jälgimise periood</i>
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
1	Hendrix M, van Horck M, et al. (2009). Why women do not accept randomisation for place of birth: feasibility of a RCT in The Netherlands	prospektiivne uuring	107 madala riskiga esmasünnitajat	miks rasedad ei ole nõus osalema sünnituskoha rand. kontr. uuringus	põhjused, miks rasedad keelduvad randomiseerimisest sünnituskoha osas	randomiseerimisega nõustunud rasedate arv	tegurid, mis mõjutavad nõustumist randomiseerimisega	
2	Lindgren HE, Røadestad IJ, et al. (2008). Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study	populatsioonipõhine uuring Rootsi riikliku sünniregistri alusel	897 planeeritud kodus sünnitanud ja 11341 planeeritud haiglas sünnitanud naist ja nende last	kas kodus toimunud sünnituste korral esineb rohkem tüsistusi kui haiglasünnitusel	emade ja laste haigestumus ja suremus, erakorralised olukorrad, operatiivsete ja instrumentaalsete sünnituste arv ning lahkliha rebendite esinemine		tulemusnäitajate võrdlemisel ei leitud statistiliselt olulist erinevust võrreldes kodus ja haiglas toimunud sünnitusi	
3	De Jonge A, Geerts CC et al. (2015). Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases	kohordiuuring Hollandi riikliku perinataalregistri alusel	814 979 naist, neist 466 122 sünnitas planeeritud kodus ja 276 958 planeeritud haiglas	kas kodus toimunud sünnituste korral esineb rohkem tüsistusi kui haiglasünnitusel	sünnitusaegne ja neonataalne surm, Apgari hinded sünnil, hospitaliseerimine laste intensiivravi osakonda 28 päeva jooksul pärast sündi		tulemusnäitajate võrdlemisel ei leitud statistiliselt olulist erinevust võrreldes kodus ja haiglas toimunud sünnitusi kui tegemist oli madala riskiga sünnitajaga ja hea emadushooldusteenuse võrgustikuga	
4	Kennare RM, Keirse MJRC et al. (2010). Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes	populatsioonipõhine uuring Lõuna-Austraalia riikliku sünniregistri alusel		kas kodus toimunud sünnituste korral esineb rohkem tüsistusi kui haiglasünnitusel	sünnitusaegne ja neonataalne surm, sünnitusaegse asfüksia esinemine, Apgari hinne 5.eluminutil alla 7p. hospitaliseerimine laste intensiivravi osakonda, operatiivsete sünnituste arv,		kodusünnituste ohutust saab tõsta rasedusaegse riskide hindamisega, vajaduse tekkel sünnitaja õigeaegse üleviimisega kodust haiglasse ja loote sünnitusaegse jälgimise	

					perineumi vigastused ja sünnitusjärgne verejooks		tõhustamisega	
--	--	--	--	--	--	--	---------------	--

## 2.2. ravijuhiste järgi;

Kodusünnitusabi käsitlevad mitmed rahvusvahelised ravijuhised. Taotluses on olemas viited Euroopas enimkasutatud juhendile (*NICE Clinical Guideline. Intrapartum Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth, 2007*), samuti WHO juhendile, mis käsitleb sünnituskoha valiku põhimõtteid (*WHO. Care in Normal Birth: A Practical Guide, 1999*). Lisaks on olemas viited USA, Kanada ja Austraalia vastavasisulistele juhenditele.

Lisaks taotluses mainitud juhenditele käsitleb kodusünnituse teemat veel RCOG juhend, kus samuti leitakse, et kui jälgitakse riskiselektiooni põhimõtteid ja ämmaemanda oskustele kehtestatud nõudeid, siis on kodusünnitus piisavalt ohutu emale ja lootele/vastsündinule (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives. Home Births: RCOG and Royal College of Midwives Joint Statement No. 2. 2007*).

## 2.3. oodatavad ravitulemused, sealhulgas ravi tulemuslikkuse lühi- ja pikaajaline prognoos; võrdlus hinnangu punktis 2.1. esitatud alternatiividega;

Taotluses on esitatud teenuse oodatavad ravitulemused. Nende kajastamiseks on näitena valitud kõrge tõendus põhiseega süstemaatiline ülevaade (Leslie, MS *et al.*, 2007). Süstemaatilises ülevaates on esitatud uuringud, milles on võrreldud sünde kodus, sünnituskeskuses ja haiglas ning hinnatud perinataalset suremust ja haigestumust ning meditsiinilisi sekkumisi sünnitusel. Tulemusena järeldati, et perinataalne tulem oli sama vaatamata sünnituse toimumise kohale, kuid kodusünnituste korral oli oluliselt väiksem meditsiiniliste sekkumiste ja tõsiste tüsistuste arv. Hinnatud tulemusnäitajad on asjakohased ja kliiniliselt olulised.

Sarased tulemused saadud on ka teiste taotluse koostamisel kasutatud uurimuste alusel. Hutton kolleegidega (Hutton, EK *et al.*, 2009) võrdles emade suremust, perinataalset/neonataalset suremust ja haigestumust ning sünnitusaegseid sekkumisi planeeritud kodusünnitusel võrrelduna madala riskiga naiste haiglasünnitustega. Uuringus osales 6692 madala riskiga sünnitajat. Mõlemas grupis oli väga madal perinataalne ja neonataalne suremus (1/1000), samuti ei leitud erinevusi gruppides perinataalse ja neonataalse tõsise haigestumuse osas (2,4% vs 2,8%, RR [95% CI]: 0.84 [0.68-1.03]). Emasurmasid ei esinenud. Esmasünnitajad sünnitasid harvem kodus kui korduvasünnitajad ja vajasisid sagedamini üleviimist haiglasse sünnituse käigus. Sünnitusaegsete sekkumiste arv oli kodussünnituste puhul madalam, keisrilõigete vajadus oli kodusünnituse korral 5,2%, haiglasünnitusel 8,2% (RR [95% CI]: 0.64 [0.56-0.73]). Urijad järeldasid, et kui kodusünnituse teenust osutav ämmaemand on hästi integreeritud tervishoiusüsteemi, omab juurdepääsu kiirabiteenusele ja võimalust vajadusel sünnitajat haiglasse üle viia, siis madala riskiga sünnitajatel on tulem võrdselt hea nii kodus kui haiglas sünnitades.

Janssen kolleegidega (Janssen, PA *et al.*, 2009) võttis uuringusse kõik naised, kes planeerisid assisteeritud kodusünnitust (n=2889) ja kõik naised, kes planeerisid haiglasünnitust ja sobisid valikukriteeriumidelt kodussünnituse grupiga ning kelle sünnitust haiglas juhtis sarnase kvalifikatsiooniga ämmaemand (n=4752). Lisaks võtsid nad uuringusse planeeritud haiglasünnitusega naised, kelle sünnitust juhtis arst (n=5331). Esmaseks uurimistulemuseks

oli hinnata perinataalset suremust, teiseseks tulemuseks oli sünnitusabialaste sekkumiste arv ning mõju ema ja vastsündinu tervisele. Perinataalsurmade arv 1000 sünnituse kohta kodusünnituse grupis oli 0,35 (95% CI 0.00-1.03), planeeritud haiglasünnituse grupis, kus sünnitust juhtis ämmaemand 0,57 (95% CI 0.00-1.43) ja 0,64 (95% CI 0.00-1.56) haiglasünnituste grupis, kus sünnitust juhtis arst. Kodussünnituse grupi naistel oli võrreldes haiglas sünnitanud naistega (nii ämmaemanda poolt kui arsti poolt juhitud sünnitustel) märkimisväärselt vähem sünnitusaegseid sekkumisi (sh.elektroonne loote monitooring [RR 0.32, 95% CI 0.29-0.36], assisteeritud vaginaalne sünnitus [RR 0.41, 95% 0.33-0.52]) ning ema tervisekahjustusi (sh. III-IV järgu lahkliha rebendid [RR 0.41, 95% CI 0.28-0.59], sünnitusjärgne verejooks [RR 0.62, 95% CI 0.49-0.77]). Kodus sündinud lapsed vajasisid väiksema tõenäosusega elustamist sünnil (RR 0.23, 95% CI 0.14-0.37) ja hapnikravi üle 24 tunni (RR 0.37, 95% CI 0.24-0.59), samuti oli neil vähem mekooniumi aspiratsiooni (RR 0.45, 95% CI 0.21-0.93) kui haiglas sündinud lastel. Uurijad järeldasid, et kui kodussünnitust juhib litsenseeritud ämmaemand, siis ei ole see seotud kõrgema perinataalse suremusega ja suurema vastsündinu tervisekahjustusega kui haiglasünnitus, küll aga on sünnitusel vähem sünnitusabi alaseid sekkumisi.

#### 2.4. ravi võimalikud kõrvaltoimed;

Võimalikud kõrvaltoimed ja tüsistused on taotluses hinnatud eelpool kirjeldatud kõrge tõenduspõhisusega uuringu alusel (Leslie, MS *et al.*, 2007, vt. punkt 2.3). Uuringu tulemusel on leitud, et kodusünnitusel on meditsiiniliste sekkumiste sagedus ja tõsiste tüsistuste esinemissagedus väiksem või sama võrreldes haiglasünnitusega.

Sarnaseid tulemusi on näitatud ka teistes taotluse koostamisel kasutatud uuringutes. Johnsoni ja Davissi uuringus (Johnson, KC ja Daviss, BA, 2005) võeti uuringusse 5418 naist, kes planeerisid assisteeritud kodusünnitust. 655 (12,1%) naistest, kes soovisid sünnitada kodus, viidi sünnitustegevuse käigus üle haiglasse. Meditsiiniliste sekkumiste sagedus oli järgmine: epiduraalanalgeesia vajadus 4,7%, episiootomia vajadus 2,1%, tangisünnitus 1%, vaakumekstraktsioon 0,6%, keisrilõige 3,7%. Need näitajad olid oluliselt madalamad kui madala riskiga sünnitajatel, kes sünnitasid planeeritult haiglas. Sünnitusaegne ja vastsündinu suremus madala riskiga sünnitajatel oli 1,7 surma 1000 kodussünnituse kohta, arvutusest jäeti välja lapsed, kellel oli eluks sobimatu kongenitaalne väärend. Sarnast tulemust on madala riskiga sünnituste korral näidatud ka teistes uuringutes. Emasurmasid ei esinenud. Uurijad järeldasid, et sertifitseeritud ämmaemanda poolt assisteeritud planeeritud kodusünnituse korral ei ole sünnitusaegne või neotaalne surm sagedasem kui madala riskiga sünnitajal haigla tingimustes, kodusünnitusel on meditsiiniliste sekkumiste arv väiksem.

Taotluses ei käsitleta võimalikke tüsistuste ravi.

Taotluses esitatud andmed võimalike teenuse kõrvaltoimete ja tüsistuste kohta on asjakohased.

#### 2.5. teenuse kohaldamise tingimuste vajalikkus

Taotluses on kirjeldatud, millistel tingimustel tohib kodusünnitusabi osutada. Kodusünnitusabi teenust tohib osutada vaid vastavat kodusünnitusabi tegevusluba omav ämmaemand. Tegevusloa saamise kriteeriumid on määratletud sotsiaalministri määrusega (nr.44, 02.07.2014) ning tegevuslubade väljaandmist, kehtivuse kontrolli ja ohutu teenuse osutamise järelevalvet teostab Terviseamet. Eestis kehtiv kodusünnituse juhend („Planeeritud kodussünnitusabi Eestis. Juhend“, 2014) määratleb kodusünnitust välistavad riskid ja kehtestab riskide hindamise korra. Sellega tagatakse teenuse optimaalne ja ohutu kasutamine. Väärkasutamiseks võib pidada seda, kui kodusünnitust planeeritakse ja/või see toimub naisel,

kellel esinevad kodusünnitust välistavad riskid või sünnitust juhib ämmaemand, kellel puudub teenuse osutamiseks vajalik tegevusluba. Teenuse ala- või liigkasutamist ei ole võimalik hinnata, kuna teenuse pakkumine sõltub nõudlusest st. kodusünnitusabi teenuse soovi avaldavate ja kodusünnituseks kvalifitseeruvate rasedate arvust.

Taotluses esitatud andmed teenuse võimaliku vää-, ala- või liigkasutamise kohta on õiged ja asjakohased.

### 3. Eestis kasutatavad alternatiivsed raviviisid

Kodusünnituse teenuse alternatiiviks on Eestis planeeritud sünnitus haiglas, mis on ühtlasi käesoleval ajal tavapraktika. Maailmas on teiseks võimalikuks alternatiiviks nn sünnituskodud e. ambulatoorsed või statsionaarsed ämmaemandate poolt juhitud üksused, mis pakuvad rasedusaegset jälgimist, sünnitusabi ja sünnitusjärgset jälgimist. Eestis sellist teenust ei ole, mistõttu pole võimalik seda hinnata võrreldes kodusünnitusega.

Taotluses on esitatud kümne rahvusvahelise uuringu (tõendus põhisis A või B) alusel erinevad tulemusnäitajad võrreldes kodusünnitust ja haiglas või sünnituskodus toimuvat sünnitust. Hinnatud näitajate hulka kuuluvad üldine sünnitusabi sekkumiste arv ja perinataalne tulem, lisaks on esitatud võrdlus meditsiiniliste sekkumiste (keisrilõike vajadus, episiotoomia teostamine, vaakumekstraktsiooni vajadus, platsentaarperioodi aktiivne juhtimine, medikamentoosne sünnituse valutustamine jt.) ja tüsistuste (III-IV järgu perineumi rebend, vastsündinu madal Apgari hinne, neonataalne suremus, perinataalne suremus jt.) kaupa.

### 4. Tõendus põhisis Euroopas aktsepteeritud ravijuhendite alusel

Taotluses viidatud ravijuhendid on kehtivad ja aktsepteeritud ning käsitlevad muuhulgas ka sünnituskoha valiku teematikat.

Eestis on olemas „Planeeritud kodusünnitusabi Eestis. Juhend“, kus on loetletud tingimused, mille täitmisel võib kodusünnitust planeerida (2014, <http://kodusynnitustjuhend.weebly.com>). Samuti on sotsiaalministri määrusega (nr.44, 02.07.2014) määratletud, kes võib kodusünnitusabi teenust osutada.

### 5. Kogemus maailmapraktikas ja Eestis

Taotluses on esitatud andmed kodusünnituste arvu kohta USA-s, Austraalias, Ühendkuningriikides, Taanis, Norras, Rootsis, Islandis ja Hollandis. Enamikus maailma riikidest on kodusünnitusi 0,5-2,7%, Taanis on see 12% ja Islandil 17%. Teisest riikidest eristub Holland, kus kodus sünnitab ca 30% naistest.

Eestis puudus kuni 2014.aastani legalne võimalus kodusünnituse planeerimiseks. Sellele vaatamata on kodusünnitusi toimunud 0,3-0,4% kõigist sünnitustest. Kodusünnitust käsitlevaid uurimusi Eestis läbiviidud ei ole.

### 6. Teenuse tegevuse kirjeldus

Taotluses on kirjeldatud põhjalikult kodusünnitusabi teenuse osutamist ja sellega seotud tervishoiuteenuseid. Kodusünnitusabi teenuse planeerimine algab antenataalse jälgimise ajal. Kui naine on avaldanud soovi kodusünnituseks, siis läbib ta korduva riskide hindamise. Riskide hindamise ühtlustamiseks on väljatöötatud riskide hindamise vorm, mis on kättesaadav aadressil [www.ammaemand.org.ee](http://www.ammaemand.org.ee), see täidetakse elektroonselt või paberandjal. Riske hinnatakse kas naistearsti või ämmaemanda poolt korduvalt raseduse jooksul, tulemused dokumenteeritakse. Kui esinevad riskid, mille tõttu ei ole lubatav kodussünnituse planeerimine, informeeritakse sellest naist koheselt. Ämmaemandal on õigus keelduda kodusünnitusabi teenuse osutamisest, kui esinevad riskid, mis välistavad kodussünnituse. Kodusünnitusabi teenust osutatakse sünnitaja kodus, teenust osutab vastavat tegevusluba omav ämmaemand. Tegevusloa saamise kriteeriumid on määratletud sotsiaalministri määrusega (nr.44, 02.07.2014) ning tegevuslubade väljaandmist, kehtivuse kontrolli ja ohutu teenuse osutamise järelvalvet teostab Terviseamet. Pärast sünnituse vastuvõtmist kodus toimub 48 tunni jooksul vähemalt üks sünnitusjärgne koduvisiit kodusünnitusabi osutanud ämmaemanda poolt. Vajadusel toimuvad korduvad koduvisiidid. Ämmaemand on kohustatud teavitama sünnitanu ja vastsündinu perearsti toimunud sünnitusest, ta korraldab isikukoodi väljastamise lapsele, sünnitusega seotud vajaliku dokumenteerimise ning informeerib lapsevanemaid vajadusest minna lapsega kolme päeva jooksul peale sünnitust lastearsti vastuvõtule läbivaatuseks, skriininguuringuteks ja vaksineerimiseks. Taotluses on esitatud ka loetelu ravimitest, mis peavad olema sünnitusel kaasas kodusünnitusabi teenust osutaval ämmaemandal. Taotluses esitatud andmed teenuse tegevuse kirjelduse kohta on asjakohased ja õiged.

#### 7. Eestis teenust vajavate patsientide arvu hinnang ja prognoos

Taotluses esitatud andmed teenust vajavate patsientide arvu kohta on adekvaatsed ning prognoos teenust vajavate isikute arvu kohta on õige. Prognoos lähtub haiglaväliste sünnituste arvust Meditsiinilise Sünniregistri ja Raseduskatkestusandmekogu andmetel ([www.tai.ee](http://www.tai.ee)). Kodusünnitusi on Eestis kuni 0,5% kõigist sünnitustest ning lähiaastatel ei ole ette näha kodussünnituste arvu olulist tõusu.

#### 8. Patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele

Taotluses aktsepteeritakse, et sünnitusabi eripära arvestades ei saa võimalike erakorraliste olukordade tekkimises välistada patsiendi eripäradest tulenevat mõju sünnitusele ja sünnitusjärgse perioodi kulule. Kodusünnitusabi teenuse turvalisuse suurendamiseks on vajalik kodusünnituse planeerimine ja korduv riskide hindamine raseduse jälgimise jooksul, samuti hinnatakse naise koostöövalmidust, teadlikkust protsessist ja arusaamist võimalikest riskidest ning sünnituse toimumise koha kaugust lähimast sünnitusabi teenust osutavast haiglast.

#### 9. Teenuse pakkuja valmisoleku, sealhulgas vajalikud meditsiiniseadmed ja personali kvalifikatsioon ning pädevus, võimalik mõju ravi tulemustele

##### 9.1. teenuse osutaja

Kodusünnitusabi teenust võib osutada vaid kodusünnitusabi tegevusluba omav ämmemand. Lubasid väljastab, kehtivuse kontrolli ja ohutu teenuse osutamise järelvalvet teostab Terviseamet. Tegevusloa taotlemise kord on sätestatud sotsiaalministri määrusega (nr.44, 02.07.2014).

## 9.2. infrastruktuur, tervishoiuteenuse osutaja täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu vajadus

Taotluses esitatud kodusünnitusabi teenuse osutamiseks vajaliku infrastruktuuri ning täiendavate ressursside kirjeldus on asjakohane. Põhiliseks probleemiks kodusünnitusabi teenuse osutamisel on naise ja/või vastsündinu üleviimine haiglasse kui tekivad kõrvalekalded sünnituse kulus, tüsistused sünnitusel või sünnitusjärgses/sünnijärgses perioodis. Lisaks peab kodusünnitusabi teenust osutav ämmaemand suutma teha head koostööd kiirabiga, sünnitusosakonna personaliga, lastearstidega ja perearstidega. Nõuded kodusünnitusabi teenust osutavale ämmaemandale ja vormid ema/vastsündinu jälgimiseks on olemas kodusünnitusabi käsitlevas Eesti ravijuhendis („Planeeritud kodussünnitusabi Eestis. Juhend, 2014, <http://kodusynnitusjuhend.weebly.com>).

## 9.3. personali täiendava väljaõppe vajadus

Taotluses on näidatud, millistele nõuetele hariduse, oskuste ja täiendõppe osas peab vastama kodusünnitusabi teenust osutav ämmaemand. Andmed on õiged ja asjakohased.

## 9.4. minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks

Taotluses on näidatud, millisele kutsevalifikatsiooni tasemele peab vastama kodusünnitusabi teenust osutav ämmaemand ning milline peab olema tema eelnev praktilise töö kogemus. Andmed on õiged ja asjakohased.

## 9.5. teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele

Taotluses on kirjeldatud protsessi, kuidas hinnatakse riske kodusünnitust planeerival naisel, kuidas toimub kodusünnituse teenuse planeerimine, millised on teenuse osutamise etapid ja kuidas neid dokumenteeritakse. Samuti on näidatud, millistele nõuetele peab vastama kodusünnitusabi teenuse osutaja (ämmaemand). Taotluses on adekvaatne hinnang sellele, et vastavatest kehtestatud nõuetest mitte kinni pidamine, ämmaemanda ebapiisav ettevalmistus ja ebapiisav toimetulek kriitilistes situatsioonides võivad olla fataalse tagajärjega nii sünnitajale kui lootele/vastsündinule.

## 10. Teenuse seos kehtiva loeteluga, sealhulgas uue teenuse asendav või täiendav mõju kehtivale loetelule

„Kodusünnitusabi teenus“ on esmakordselt esitatav teenusetaotlus. Teenus ei asenda ühtegi varasemat teenust, kuid on alternatiiviks haiglas toimuvale sünnitusabiteenusele. Tegemist on väljaspool haiglat osutatava teenusega, mida osutatakse sünnitaja kodus. Teenuse osutamine on seotud ambulatoorse ämmaemandusteenusega (ämmaemanda esmane ja korduv visiit raseduse jälgimisel, ämmaemanda sünnitusjärgne esmane ja korduv koduviit) ja ambulatoorse eriarstiteenusega (naistearsti esmane ja korduv visiit raseduse jälgimisel), seega nende teenuste hinna muutus võib mõjutada kodusünnitusabi teenuse hinda.

## 11. Teenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjelduse asjakohasus ja õigsus

Taotluses ei ole esitatud detailset kuluarvestust kodusünnitusabi teenusele, kuna Haigekassa planeerib korrigeerida sünnitusabi ja günekoloogia teenuste hindasid korraga, mitte üksikute teenuste põhised. Taotluses on esitatud andmed rahvusvahelistest uuringutest, kus kulutõhusust on käsitletud ning mis näitavad, et kodusünnituse kulud on väiksemad haiglas toimuva sünnituse kuludest. Ühes esitatud uuringus oli kulude hindamisel arvestatud muu

hulgas ka kulusid võimaliku haiglasse üleviimise vajadusel korral – kulud jäid siiski väiksemaks haiglasünnituse kuludest.

Sotsiaalministri määruse „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajale makstava tasu arvutamise meetodika“ Lisa 14 alusel tuleks arvestada teenuse hinna arvestamisel hinnata järgmisi tegureid: kulu tööajale, teenust osutava ämmaemanda koolituskulud, kodusünnitusel kasutatavatele seadmetele tehtavad kulutused, seadmete remondile ja hooldusele tehtavad kulutused, ühekordsetele meditsiiniseadmetele ja ravimitele tehtavad kulutused, muud kulutused (sh transpordikulud, kütusekulud), asjaajamiste ja kodusünnitusega seotud kulud ning sünnitaja võimaliku haiglasse üleviimise vajadusega seotud kulud.

## 12. Kokkuvõte

	<b>Vastus</b>	<b>Selgitused</b>
<b>Teenuse nimetus</b>	Kodusünnitusabi teenus	
<b>Ettepaneku esitaja</b>	Eesti Ämmaemandate Ühing	
<b>Teenuse tõenduspõhisus taotluses esitatud näidustustel võrreldes alternatiivi(de)ga</b>	Tõenduspõhine (B)	
<b>Senine praktika Eestis</b>	Teenust ei ole Eestis varem kasutatud, tegemist on esmase taotlusega	
<b>Vajadus</b>	Patsientide arv, kes planeerivad kodusünnitust on hinnanguliselt 2016.a. 50, 2017.a. 60, 2018.a.70, 2019.a.80. Teenuste mahu prognoos nimetatud aastatel on võrdne patsientide arvuga	
<b>Muud asjaolud</b>	Täiendavaid asjaolusid ei ole	
<b>Kohaldamise tingimuste lisamine</b>	Kohaldamise tingimusi ei ole	

## 13. Kasutatud kirjandus



American College of Obstetricians and Gynecologists. Planned home birth. Committee Opinion No. 476. *Obstet Gynecol.* 2011;117:425–428.

<http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co476.pdf?dmc=1&ts=20141024T1821262040>

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.* 2011 Nov 23;343:d7400,

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3223531/pdf/bmj.d7400.pdf>

De Jonge A, Geerts CC, va der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. (2015). Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*, 2015 Apr; 122(5):720-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25204886>

Eesti Ämmaemandate Ühing „Planeeritud kodusünnitusabi Eestis. Juhend. 2014. <http://kodusynnitusejuhend.weebly.com>

Hendrix M, van Horck M, Moreta D, Nieman F, Nieuwenhuijze M, Severens J. et al. (2009). Why women do not accept randomization for place of birth: feasibility of a RCT in the Netherlands. *BJOG*, Mar;116(4):537-42; discussion 542-4.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19250365>

Hutton EK, Reitsma A, Kaufman K. (2009). Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth* 2009, Sep;36(3):180-9

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19747264>

Hutton EK, Reitsma, A, Thorpe J, Brunton G, Kaufman K. (2014) *Syst Rev*; 3:55 Protocol: systematic review and meta-analyses of birth outcomes for women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4046441/>

Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ* Sept 15; 181(6-7):377-83. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19720688>

Johnson KC, Daviss BA. (2005). Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*, Jun 18; 330(7505):1416.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15961814>

Kennare RM, Keirse MJRC, Tucker GR, Chan A. (2010). Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *Med J Aust.* 2010 Jan 18;192(2):76-80.

<https://www.mja.com.au/journal/2010/192/2/planned-home-and-hospital-births-south-australia-1991-2006-differences-outcomes>

Leslie MS, Romano A. (2007). Appendix: Birth can safely take place at home and in birthing centers. Journal of perinatal Education, 16 (1-Supplement) 81S-88S  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2409129/pdf/JPE16081S.pdf>

Lindgren HE, Røadestad IJ, Christensson K, Hildingsson IM. (2008). Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. Acta Obstet Gynecol Scand 2008; 87(7):751-9.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18607818>

Nove A, Berrington A, Matthews Z. (2012). The methodological challenges of attempting to compare the safety of home and hospital birth in terms of the risk of perinatal death. Midwifery. Oct. 2012, Vol. 28, Issue 5, pages 619-626.  
[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00137-4/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00137-4/pdf)

Olsen O, Clausen J.(2012). Planned hospital birth versus planned home birth. Cochrane Database of Systematic Reviews.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238062/pdf/emss-57065.pdf>

Olsen O.(1997). Meta-analysis of the safety of home birth. Birth, 1997,Mar;24(1):4-13  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9271961>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives. Home Births: RCOG and Royal College of Midwives Joint Statement No. 2. (2007).  
[https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/home\\_births\\_rcog\\_rcm0607.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/home_births_rcog_rcm0607.pdf)

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

Sotsiaalministri määrus nr.9 „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajale makstava tasu arvutamise meetodika“, 19.01.2007. <https://www.riigiteataja.ee/akt/125112011004?leiaKehtiv>

Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. (2010). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital birth: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2010; 203 (3):243.e1-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20598284>

## **Kulutõhususe ja ravikindlustuse eelarve mõju hinnang**

<b>Teenuse nimetus</b>	
<b>Taotluse number</b>	

1. Teenuse kulude (hinna) põhjendatus;
2. Kulude võrdlemine alternatiivsete teenuste kuludega
  - 2.1. teenuse kulude võrdlus alternatiivse teenusega
  - 2.2. patsiendi poolt tehtavad kulutused
  - 2.3. tulemuste hindamine ja võrdlemine alternatiivsete teenuste tulemustega
  - 2.4. kulutõhususe uuringud taotletava teenuse kohta
3. Teenuse lühi- ja pikaajaline mõju ravikindlustuse kulude eelarvele, sealhulgas tuuakse eraldi välja mõju tervishoiuteenuste, ravimite ja töövõimetushüvitiste eelarvele;
4. Teenuse mõju teenust osutavatele erialadele planeeritavatele rahalistele mahtudele ja seos teiste erialadega;
5. Teenuse väär- ja liigkasutamise majanduslikud mõjud
6. Teenuse optimaalse kasutamise tagamise võimalikkus läbi kohaldamise tingimuste.
7. Kokkuvõte

Esitatakse lühikokkuvõtte koos hindaja selgituste ja põhjendustega tabelkujul:

	<b>Vastus</b>	<b>Selgitused</b>
<b>Teenuse nimetus</b>		
<b>Ettepaneku esitaja</b>		
<b>Teenuse alternatiivid</b>		
<b>Kulutõhusus</b>		
<b>Omaosalus</b>		
<b>Vajadus</b>		
<b>Teenuse piirhind</b>		
<b>Kohaldamise tingimused</b>		
<b>Muudatusest tulenev lisakulu ravikindlustuse eelarvele aastas kokku</b>		
<b>Lühikokkuvõtte hinnatava teenuse kohta</b>		

8. Kasutatud kirjandus

**Hinnang ühiskonnale vajalikkuse ja riigi tervishoiupoliitikaga kooskõla kohta**

taotlus nr	<i>Taotlus nimetus</i>	teenuse vastavus tervishoiu arengukavadele	kindlustatud isikute omaosaluse kohaldamise lubatavus teenuse eest tasumisel lähtudes „Ravikindlustuse seaduse“ § 31 lõikes 3 sätestatud tingimustest	teenuse vastavus Eestis aktsepteeritud eetikaprincipidele	teenuse osutamiseks vajaliku infrastruktuuri olemasolu jätkusutlikkuse ja kvaliteedi tagamiseks;	teenuse võimalik mõju töötajate väljaõppele ja koolitusvajadusele ning loetelu muutmise ettepanekus esitatulolulus eriala arengu seisukohalt.			teenuse tervishoiu poliitiline prioriteetsus	Märkuseid
	<i>vastab/ei vasta tervishoiu arengukavadele</i>	<i>saab/ei saarakendada omaosalust</i>	<i>vastab/ei vasta eetikaprincipidele</i>	<i>osutamiseks infrastruktuur on/ei oleolemas</i>	<i>nõuab/ei nõua tervishoiutöötajate täiendavat väljaõpet</i>	<i>mõjutab/ei mõjuta tervishoiutöötajate koolitust ellimust</i>	<i>oluline/vähemoluline eriala arengu seisukohalt</i>	<i>prioriteetne/ vajalik/või vajalikkuskaheldav</i>		