

# EESTI ÄMMAEMANDATE ÜHING

## Ämmaemanduse arengukava aastateks 2002-2015

10.02.2010

## SISUKORD

1. Kutse kirjeldus
  - 1.1 Kutseala definitsioon, kasutatavad mõisted ja lühikirjeldus
    - 1.1.1. Ämmaemanda määratlus
    - 1.1.2. Ämmaemanda kutse kirjeldus
    - 1.1.3. Nõuded ämmaemanda kutsele
    - 1.1.4. Ämmaemanduseetika
    - 1.1.5. Põhimõisted
  - 1.2 Tervishoiuteenust vajava sihtgrupi kirjeldus vanuselise struktuuri alusel
    - 1.2.1 Sihtgrupi vanuseline jaotus
    - 1.2.2 Sihtgrupi kirjeldus
2. Tervishoiuteenuse planeerimine
  - 2.1 Kutseala hetkeseis tervishoiuteenuse osutamisel (olukorra analüüs 2002.aastani)
    - 2.1.1 osutatavad tervishoiuteenused
    - 2.1.2 kutsealane/erialane ettevalmistus (koolitus, täiendkoolitus, vajalik kvalifikatsioon)
    - 2.1.3 personalipoliitika (optimaalne töökoormus, personali hõive, ämmaemandate-eriarstide suhe, ämmaemandate patsientide suhe)
  - 2.2 Kutseala arenguvision ja tervishoiuteenuste planeerimine (2005, 2010, 2015) lähtuvalt osutatavate tervishoiuteenuste võimaluste muutustest, arengust, kvaliteedipoliitikast ja ämmaemandust reguleerivates EU direktiividest
    - 2.2.1 tervishoiuteenuste prognoos koos põhjendusega (teenuste jaotus statsionaarse ja ambulatoorse tervishoiuteenuse vahel)
    - 2.2.2 prognoos ja põhjendus iseseisva tervishoiuteenuse osutamise võimalustest koos planeeritava teenuse mahuga
    - 2.2.3 nõuded iseseisvaks tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile
  - 2.3 Personali planeerimine
    - 2.3.1 personali vajadus ja hõive (absoluutarvudena ja suhtearvuna 10 000 elaniku kohta), personali optimaalne töökoormus
3. Olemasoleva kutseala regulatsioon ja ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks
4. Koolitus ja kutsealase pädevuse säilitamine ja parandamine
  - 4.1 Ülevaade koolitusest (põhiõpe, tasemeõpe, tööalane koolitus, akadeemiline koolitus)
  - 4.2 Ämmaemandusalase koolituse lähtekohad ja koolituse arengu prognoos aastani 2015
  - 4.3 Riikliku koolitustellimuse prognoos aastani 2015 koos põhjendusega
  - 4.4 Kutsealase pädevuse säilitamine ja kvalifikatsiooninõuete kriteeriumid
    - 4.4.1 pädevusnõuete loetelu/kvalifikatsiooninõuete struktuur (nõutav ettevalmistus antud kutsealal töötamiseks, koolitus või muu tegevus, mis on vajalik kvalifikatsiooni säilitamiseks),
    - 4.4.2 nõuded kvalifikatsiooni hindamiseks ja säilitamiseks
5. Kirjandus
6. Lisad

## **Sissejuhatus**

Käesolev arengukava on loodud Sotsiaalministeeriumi tellimusel ja toetub rahvusvahelistele ämmaemanda tööd käsitlevatele dokumentidele, sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukavale Eestis aastateks 2001 - 2015, õendusala arengukavale Eestis aastateks 2002-2015, Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa statistikale ning EU direktiividele 80/154/EEC ja 80/155/EEC (21.01.1980). Kasutatud on Scandinavian Care Consultants AB ja SWECO International AB poolt valmistatud "Estonia Hospital Master Plan 2015", Eesti sünniregistri, Eesti raseduskatkestuse andmekogu ja ENS andmeid. Arengukavas on ämmaemandust käsitletud kliendi ja talle osutatava teenuse seisukohalt.

## **1. Kutse kirjeldus**

### **1.1. Kutseala definitsioon, kasutatavad mõisted ja lühikirjeldus**

#### **1.1.1.Ämmaemanda määratlus**

Ämmaemanda määratlus põhineb rahvusvaheliselt tunnustatud Ämmaemanda määratlusele, mis on koostatud Rahvusvaheline Ämmaemandate Konföderatsiooni (ICM) poolt 1990.a., heaks kiidetud Rahvusvahelise Sünnitusabi- ja Naistearstide Föderatsiooni (FIGO) poolt 1991.a. ning Maailma Tervishoiu organisatsiooni (WHO) poolt 1992.a. (vt. lisa)

Ämmaemand on isik, kes osaledes regulaarselt Eestis seaduslikult heaks kiidetud ämmaemandate koolituses, on nimetatud koolituse edukalt sooritanud ning saanud sel viisil nõutava pädevuse selleks, et teda kantakse Eesti Tervishoiutöötajate Registrisse ämmaemandana ja antakse seaduslik luba praktiseerida ämmaemandana.

Ämmaemanda koolitus sisaldab integreeritult ka üldõe koolituse. Ämmaemandal on Eesti Vabariigis pärast ämmaemanda koolituse edukat sooritamist õigus saada kantud Eesti Tervishoiutöötajate registrisse ka õena ja saada seaduslik luba praktiseerida õena.

#### **1.1.2.Ämmaemanda kutse kirjeldus**

Ämmaemand on seksuaal- ja reproduktiivtervise edendamise ja naistehaiguste hooldustöö spetsialist.

Ämmaemanda kutse kontseptsioon on ürgsest traditsioonilisest naiste üksteise aitamisest sünnituse ajal arenenud tänapäevase kutseni alles viimase 300 aasta jooksul koos meditsiiniteaduse üldise arenguga.

Ämmaemand juhendab, jälgib, hooldab ja nõustab naisi raseduse ja sünnituse ajal, sünnitusjärgsel perioodil ning günekoloogiliste probleemide lahendamisel; juhib sünnitusi omal vastutusel; hooldab ja jälgib vastündinuid ja imikuid. Ta osaleb tervisekasvatuses ja pereplaneerimisel üksikisiku, perekonna ja ühiskonna tasandil.

Ämmaemand korraldab ämmaemandustegevust koostöös kolleegide, arstide, klientide/patsientide ja teiste meeskonna liikmetega.

Ämmaemand omab õigust iseseisvaks tööks nii ämmaemandana kui ka õena.

Ämmaemanda kutse eeldab vastutus-, otsustus-, empaatia-, kohanemis- ja koostöövõimet ning suhtlemisvalmidust.

Ämmaemanda professionaalsed oskused on:

- eetilised ja väärtustamise oskused
- teoreetilised oskused
- kliinilised oskused
- õpetamise ja juhendamise oskused
- tervise edendamise oskused
- meeskonna- ja koostöö oskused
- uurimis- ja arengutöö oskused
- juhtimisoskused
- ämmaemandatöö kultuuriliste erinevuste oskused
- oskused ühiskonnast

Ämmaemand võib praktiseerida ämmaemandana kõikides tervishoiuteenust osutavates valdkondades - haiglates, nõuandlates, tervisekeskustes, kodustes oludes või mujal.

Ämmaemanda kutsealane tegevus on ämmaemandus.

Ämmaemanduse peamised ülesanded:

- kõrgekvaliteedilise ja nõudlust arvestava ämmaemandusteenuse osutamine kogu seda vajavale sihtgrupile
- ämmaemanduse arendamine professionaalse tõenduspõhise abi osutamiseks
- pedagoogiline töö sihtgrupi õpetamise ning tervishoiumeeskonna ja üliõpilaste koolitamise näol
- ämmaemanduse autonoomsuse tagamine läbi kutseala arendamise, seadusloome ja elukestva õppe
- ämmaemandusala juhtimine

### **1.1.3. Nõuded ämmaemanda kutsele**

Ämmaemanda kutse kirjeldus on aluseks Ämmaemand IV kutsestandardile.

Ämmaemand IV kutsestandard on välja töötatud Kutsereformi raames Eesti Kaubandus-Tööstuskoja poolt moodustatud töörühmas Eesti Ämmaemandate Ühingu koostöös Eesti Naistearstide Seltsi ja sünnitusabi osutavate tervishoiuasutuste juhtidega.

Ämmaemand IV kutsestandard on kinnitatud 03.05.2000 ja on aluseks ämmaemanda eriala õppekavadele meditsiini koolides.

Ämmaemand IV kutsestandardi koostamisel on arvestatud ICM poolt 1999.a. välja töötatud rahvusvahelisi pädevusnõudeid ämmaemandale.

Kutsestandardist lähtuvalt omab ämmaemand järgmisi põhioskusi ja –teadmisi:

#### Tervisekasvatuse ja pereplaneerimise

- 1) inimese reproduktiivanatoomia ja -füsioloogia ning neid mõjutavad tegurid
- 2) kaasaegne terviseedendus parema reproduktiivtervise tagamiseks

- 3) reproduktiivsed ja seksuaalsed õigused
- 4) kontratseptsioon
- 5) nõustamine
  - a) soovimatu rasedus
  - b) abort
  - c) infertiilsus
  - d) seksuaalvägivald

#### Ämmaemandus raseduse puhul

- 1) raseduse füsioloogia
- 2) raseduse diagnoosimine, raseduse kestvuse ja sünnitustähtaja määramine
- 3) raseda läbivaatus ja antenataalne jälgimine
- 4) loote seisundi hindamine
- 5) riskiraseduse ja raseduse patoloogia tundmine ning olukorrale vastav tegutsemine
- 6) nõustamine
  - a) raseduspuhused muutused ja ohutunnused
  - b) võimalikud vaevused, nende leevendamine
  - c) hügieen
  - d) seksuaalsus
  - e) toitumine
  - f) liikumine ja töö
  - g) ettevalmistus sünnituseks ja vanemarollik
- 7) funktsionaalne diagnostika
- 8) raseduse kulu dokumenteerimine

#### Ämmaemandus sünnituse puhul

- 1) sünnituse füsioloogia
- 2) sünnitaja läbivaatus ja loote seisundi jälgimine
- 3) normaalse sünnituse jälgimine ja juhtimine
- 4) sünnituse valutustamise võtted
- 5) vastsündinu elustamine
- 6) vastsündinu esmane läbivaatus
- 7) sünnitusteede revisioon ning terviklikkuse taastamine
- 8) sünnituse patoloogia ja tüsistuste tundmine ning olukorrale vastav tegutsemine
- 9) turvalise ja privaatsuse keskkonna tagamine sünnitusel
- 10) sünnitusega seonduva dokumenteerimine

#### Sünnitusjärgne ämmaemandus

- 1) sünnitusjärgse perioodi füsioloogia
- 2) normaalse sünnitusjärgse perioodi juhtimine
- 3) sünnitanu läbivaatus
- 4) vastsündinu anotoomilised ja füsioloogilised iseärasused
- 5) vastsündinu seisundi jälgimine, hindamine ja hooldus; patoloogia tundmine ja olukorrale vastav tegutsemine
- 6) imetusprotsess
- 7) sünnitusjärgse perioodi patoloogia ja tüsistuste tundmine ning olukorrale vastav tegutsemine
- 8) nõustamine
  - a) sünnitusjärgne taastumine ja ohutunnused
  - b) vastsündinu seisund ja ohutunnused

- c) imetamine
  - d) vastsündinu hooldus
  - e) eriolukorrad: surnult sünd, väärarengud, enneaegne vastsündinu, haige vastsündinu.
- 9) sünnitusjärgse perioodi dokumenteerimine

#### Ämmaemandus naistehaiguste puhul

- 1) naistehaiguste ja sugulisel teel levivate haiguste ennetamise, leviku, põhjuste, kliiniliste tunnuste, kulu, diagnostika ja ravipõhimõtete tundmine ning selgitamine; arsti poolt määratud ravi teostamine
- 2) dokumenteerimine

#### Ekstreemsetes olukordades abi osutamine

- 1) vaakumekstraktsioon
- 2) emakaõõne revisioon, platsenta manuaalne eemaldamine
- 3) verejooksud
- 4) mitmikute sünd
- 5) vaagnaotsseisud
- 6) nabaväädi väljalangus
- 7) eklampsia

#### Intensiivravi põhimõtted

##### **1.1.4. Ämmaemanduseetika**

Rahvusvaheline Ämmaemandate Konföderatsioon (ICM) on välja töötanud eetikakoodeksi suunamaks ämmaemandate koolitust, praktikat ja uurimistöid eesmärgiga parandada naiste, laste ja perede hooldust kogu maailmas. See saab toimuda läbi ämmaemanduse arendamise, koolituse ja otstarbeka rakendamise lähtudes naise tervisest kui ühest oma põhieesmärgist.

Koodeksis tunnustatakse naist kui isiksust, taotletakse võrdselt kõigile ühiskonna liikmetele õiglust ja tervisehooldust, mis tugineks vastastikusel austusel, usaldusel ja väärikusel.

Ämmaemandad:

- austavad naise õigust informeeritud valikule ja edendavad naise arusaama, et tehtud valiku tagajärgede eest peab naine ka vastutama.
- töötavad naistega, toetades nende õigust aktiivsele osalusele hooldust puudutavates otsustes ja julgustades naisi rääkima probleemidest, mis mõjutavad naiste ja perede tervist konkreetses ühiskonnas/kultuuris.
- koos naistega teevad koostööd tervishoiupoliitikat ja finantseerimist planeerivate organisatsioonidega, et määratleda naiste terviseteeninduse vajadused ja tagada õiglane ressursijaotus vastavalt prioriteetidele ja võimalustele.
- toetavad üksteist kutsealases tegevuses, nad stimuleerivad iseennast ja teisi aktiivsele eneseväärtustamisele.
- teevad koostööd teiste tervishoiualade esindajatega, vajadusel konsulteerides või naisi edasi suunates juhtudel, kus naise hooldusvajadused on väljaspool ämmaemanda kompetentsi.
- teadvustavad inimeste vastastikust sõltuvust oma tegevusvaldkonnas ja püüavad aktiivselt lahendada konflikte.

Praktilises töös ämmaemandad:

- hoolitsevad lapseootel naiste ja perede eest, suhtuvad lugupidavalt kultuurilistesse eripäradesse ja püüavad vältida konkreetsele kultuurile iseloomulikke kahjulikke tavasid.
- julgustavad naiste realistlikke ootusi seoses raseduse ja sünnitusega konkreetses ühiskonnas, püüeldes selle poole, et naise tervis ei saaks raseduse ja sünnituse käigus kahju.
- kasutavad kutsealaseid teadmisi, et tagada naisele ja lastele turvaline sünnitus kõige erinevates kultuurilistes tingimustes.
- reageerivad naiste psühholoogilistele, emotsionaalsetele vajadustele, kui naine on pöördunud hoolduse saamiseks nende poole, olenemata tingimustest.
- on ise efektiivseks rollimudeliks naiste tervise edendamisel kogu elutsükli vältel.
- arendavad aktiivselt oma individuaalseid, vaimseid ja kutsealaseid võimeid kogu professionaalse tegevuse vältel, kasutades oma teadmisi ja oskusi töös.

Kutsealaselt ämmaemandad:

- osalevad ja arendavad tervishoiupoliitikat, edendamaks kõigi lapseootel naiste ja perede tervist.
- hoiavad saladuses klienti puudutavat informatsiooni, kaitstes igäihe õigust privaatsusele ning väljastavad infot vastavalt vajadusele.
- vastutavad oma otsuste ja tegevuse eest ning kannavad vastutust lõpptagajärgede eest naiste hoolduses.
- võivad keelduda toimingust, mis on neile eetilisel vastuvõetamatud; samas ei tohiks kellegi individuaalsed süümelised otsused jätta naisi ilma olulisest terviseteenusest.

Teadmiste ja praktika arendamiseks ämmaemandad:

- tagavad, et kutsealaste teadmiste arendamise aluseks on toimingud, mis kaitsevad naiste isikuõigusi.
- arendavad ja levitavad kutsealaseid teadmisi väga erinevatel viisidel, näiteks kutsealased perioodilised väljaanded ja uurimistöö.
- osalevad õpilaste ja töötavate kolleegide koolitamisel.

### 1.1.5. Põhimõisted

**Ämmaemand (midwife)** - on isik, kes osaledes regulaarselt Eestis seaduslikult heaks kiidetud ämmaemandate koolituses, on nimetatud koolituse edukalt sooritanud ning saanud sel viisil nõutava pädevuse selleks, et teda kantakse Eesti Tervishoiutöötajate Registrisse ämmaemandana ja õena ning antakse seaduslik luba praktiseerida ämmaemandana ja õena.

**Ämmaemandus (midwifery)** – on ämmaemanda kutsealane tegevus.

**Õendusabi** – on ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad õde ja ämmaemand koos pere-, eri- või hambaarstiga või iseseisvalt. (THTKS; 2001)

**Ämmaemandusabi** - on ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida ämmaemand osutab iseseisvalt ja/või koos pere- ja eriarstiga vastavalt kutsestandardis toodud pädevusele.

**Sünnitusabi** – Sünnitusabi ja günekoloogia on ühtne meditsiinidistsipliin, mis koosneb naissuguelundite haiguste ennetamisest, diagnostikast ja ravist ning günekoloogilisest endokrinoloogiast ja reproduktiivsest meditsiinist. (ENS, Sünnitusabi ja günekoloogia arengukava 2002-2015)

**Perinataalne hooldus** (perinatal care)- naise ja vastsündinud lapse hooldus perinataalperioodis, s.o. raseduse, sünnituse ja puerpeeriumi ajal.

**Emadushooldus** (maternity care) - naise jälgimine, abistamine, nõustamine ja hooldus emaks saamisel ja ema olemisel.

**Reproduktiivtervis** – on täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund ja mitte üksnes haiguse puudumine või nõrk tervis valdkonnas, mis puudutab reproduktiivsüsteemi ning selle talitlusi ja toimimist. Reproduktiivtervis tähendab seega inimeste võimelisust elada rahuldustpakkuvat ja turvalist seksuaalelu ning saada lapsi ja olla vaba otsustama, kas, millal ja kui sageli lapsi saada.(IPPF)

**Reproduktiivne tervis** tähendab, et inimesed on võimelised elama vastutustundlikku, rahuldustpakkuvat ja ohutut seksuaalelu, on võimelised järglasi muretsema ning neil on vabadus otsustada kas, millal ja kui sageli nad neid soovivad. Vabadus seisneb meeste ja naiste õiguses omada ligipääsu ohututele, efektiivsetele, vastuvõetavatele viljakuse kontrolli meetoditele ning omada sellekohast teavet, samuti õiguses kasutada meditsiiniteenuseid, mis võimaldaksid naistele ohutult kulgeva raseduse ja sünnituse ning lapsevanematele terve lapse. (WHO, 1994)

**Pereplaneerimine** – inimõigus, millega kaasneb õigus valida oma laste sündimise aeg ja arv nii, et iga laps oleks soovitud ja oodatud. Pereplaneerimine hõlmab tulevase ema ja isa reproduktiivse ja seksuaalse tervise kaitse ja parandamise, lastetuse profülaktika ja ravi, sugulisel teel levivate haiguste ja soovimatute raseduste profülaktika. (IPPF)

**Seksuaalne tervis** ühendab endas inimese seksuaalse olemise kehalisi, intellektuaalseid ja sotsiaalseid aspekte sellisel viisil, mis positiivse mõjurina rikastavad ja arendavad isiksust, isikutevahelist suhtlemist ja armastust, seega mõiste seksuaalne tervis kätkeb endas positiivset suhtumist inimese seksuaalsusse. Seksuaalse tervise kaitse eesmärgiks on parandada inimeste elukvaliteeti ja rikastada inimestevahelisi suhteid, see ei piirdu vaid järelelijate saamist ja sugulisel teel levivaid haigusi puudutava nõustamise ja arstiabiga. (WHO, 1975)

## 1.2 Tervishoiteenust vajava sihtgrupi kirjeldus vanuselise struktuuri alusel

### 1.2.1.Sihtgrupi vanuseline jaotus

Sihtgrupiks on kõik Eestis elavad naissoost isikud - 781 416 (01.01.1997 seisuga EMSB).

Sihtgrupi võib jagada vanusest lähtuvalt kolme gruppi:

- tüdrukud sünnist puberteedini (141 453),
- fertiilses eas naised (312 634),
- üleminekueas ja postmenopausis naised (327 329).

Sihtgruppi kuuluvad kaudselt ka rasedate, sünnitajate ja sünnitanute pered – s.o. 12 976 peret 2000.aastal.

Tervisekasvatuse seisukohalt on sihtgrupiks kogu Eesti elanikkond – 1 361 242 inimest (Statistikaamet, 01.01.2002)

### 1.2.2. Sihtgrupi kirjeldus

Elanikkonna reproduktiivtervise olukorda hinnatakse mitmete näitajate järgi nagu abortide arv, emade, perinataal- ja imikusuremus, haigestumine sugulisel teel ülekantavatesse haigustesse. Eesti elanike reproduktiivtervise näitajad on viimasel kümnel aastal paranenud, kuid võiksid olla paremad võrreldes naabritega Lääne-Euroopas ja Põhjamaades.



Legaalselt indutseeritud abortide üldarv ja abortide arv 1000 fertiilses eas naise kohta Eestis on viimasel kümnel aastal tunduvalt langenud, kuid ületab siiski elusünni arvu ligi 1,2 kordselt. 1999. a. oli 117 legaalselt indutseeritud aborti 100 elussünni kohta (Tellman et al, 2001). 1980. a. oli Eestis 1000 fertiilses eas naise kohta abortide koguarv 94,0, 1999. a. indutseeritud abortide arv 39,8, (EmsB).

Eestis puudub täpne statistika rasestumisvastaste meetodite kasutamise kohta. Kättesaadavad andmed näitavad rasestumisvastaste vahendite kasutamise suurenemist võrdeliselt abortide arvu vähenemisega. 1996. aasta lõpuks oli 1000 fertiilses eas naise kohta 69,7 suukaudse hormonaalse kontratseptsiooni ja 179,28 emakasisese vahendi kasutajat (EMsB). Kondoomide ja teiste meetodite kasutamise kohta riiklik statistika puudub. Võrreldes arenenud Euroopa riikidega on efektiivsete rasestumisvastaste vahendite kasutamine tagasihoidlik.

1990-ndate aastate esimesel poolel tõusis oluliselt haigestumine sugulisel teel levivatesse infektsioonidesse (STLI). Viimastel aastatel on haigestumise tõus peatunud (v.a. HIV). Enim ohustatud grupp on noored, kuna on teada, et inimese seksuaalpartnerite arv on suurim kuni umbes 25 eluaastani. Eestis oli 1995. a. registreeritud süüfilisse, gonorröasse, klamüdioosi ja trihhomonoosi esmashaigestumus suurim eagrupid 20-24 eluaastat (Vessin, 1997).

Rahvusvahelised uuringud noorte reproduktiivtervisest ja selle seosest seksuaalkasvatusega on näidanud, et nendes maades, kus noorte seksuaalsust aktsepteeritakse, seksuaalkasvatus on integreeritud koolisüsteemi, massiteabevahendites edastatakse objektiivset ja positiivset teavet inimese seksuaalsusest ning selle kõigega kaasnevad hästikorraldatud ning kättesaadavad nõustamisteenistused, on teismeliste hulgas vähe soovimatuid rasedusi ning esineb vähem riskikäitumist, seksuaalelu algus lükkub hilisemasse ikka.

Fertiilses eas naiste arv on vähenemas; sünnituste arv aastate lõikes on läbi elanud suure languse ja viimastel aastatel stabiliseerunud; muutunud on sünnitajate vanuseline struktuur. 1990. a-st on sündimus Eestis järsult langenud, suremus tõusnud ja loomulik juurdekasv muutunud negatiivseks (1997.a. loomuliku iibe üldkordaja – 4,1; EMsB).

1999. a. sündimus veidi tõusis - sündide üldarv oli 12 470 ja sündide arv 1000 fertiilses eas naise kohta 34,0.

2000.a. tõusis sündide üldarv veel pisut ulatudes 13 119 ni. Ajavahemikul 1992-1999 on sünnitajate keskmine vanus tõusnud (25,5 aastalt 26,5 aastani), seda nii esmas- kui korduvsünnitajatel.

Lastetus puudutab igat viiendat kooselavat paari (18% paaridest, kes sooviksid last omada). Lastetuse põhjused on 40% naisepoolsed, 40% mehepoolsed ja 20% tingitud mõlemapoolsest patoloogiast (Nieschlag, 1998). Olukorra kohta Eestis täpseid uuringuid pole tehtud. (Reproduktiivtervise riiklik programm aastateks 2000-2009).

Eluea pikenedes suureneb postmenopausis naiste arv ja järjest enam soovitakse hakata kasutama hormoonasendusravi (HAR) elukvaliteedi parandamiseks ja östrogeenpuudusest tingitud haiguste vältimiseks ja raviks. Kui 2000.a. kasutas HAR-i 3-5% postmenopausis olevatest naistest, siis teiste riikide eeskujul on võimalik HAR-i kasutajate 10 kordne tõus.

Uriinipidamatus on ühiskonnas laialt levinud probleem, mida Eestis on veel vähe teadvustatud. Paljud haigusjuhud on välditavad tervisenõustamisega raseduse, sünnituse ja vahetu sünnitusjärgse aja jooksul. Seoses eluea pikenedes suureneb selle probleemiga naiste arv.

## 2. Tervishoiuteenuse planeerimine

### 2.1 Kutseala hetkeseis tervishoiuteenuse osutamisel (olukorra analüüs aastani 2002)

**Ämmaemandusteenust on Eesti territooriumil osutatud viimased 9000 – 10 000 a.** - ilmselt sama kaua, kui siin on elanud inimesed ja eksisteerinud asustus. Mitmete tuhandete aastate vältel olid kogukonna- ja hiljem külaämmaemandad ainsad nõuandjad, abilised ja ravitsejad naistele raseduse, sünnituse, lapsevoodi ajal ning vastsündinu, imiku ja väikelapse hooldamisel ning kasvatamisel. Tihti olid need inimesed ainsad ravitsejad, tervisenõustajad ja hingehoidjad kogu küla jaoks.

Ämmaemandatele meditsiini-alaste teadmiste andmine algas Eestis 18.-19.sajandil.

**Esimese Eesti Vabariigi ajal olid meil iseseisvalt töötavad ja vastutavad ämmaemandad**, kes jälgisid rasedusi, võtsid vastu sünnitusi ja hoolitsesid sünnitanud naiste ja vastsündinute eest nii haiglates kui ka kodudes nii maal kui ka linnas. Tugeval järjel ämmaemandust peegeldab ka 1927.a. Eesti Ämmaemandate Seltsi moodustamine, mis omas rahvusvahelist tunnustust ja oli üks esimesi Euroopas moodustatud Rahvusvahelise Ämmaemandate Konföderatsiooni (ICM) liikmesorganisatsioone.

**Nõukogude okupatsiooni tingimustes kaotas iseseisvuse ja enesemääramisõiguse ka Eesti ämmaemandus.** Lõpetati rasedatele teenuste osutamine kodus, sünnitajad tsentraliseeriti haiglatesse ning edaspidi piirdus ämmaemanda töö haigla, naiste nõuandla või maal velsker-ämmaemanda punktiga. Inimõigused ja -väärikus kaotasid tähenduse nii naiste kui ka ämmaemandate jaoks. Ühiskondlik aktiivsus lakkas.

Kommunismiootel nõukogude ühiskonnas kasvas igasuguse kvalifikatsiooniga arstide arvukus kiiresti ja viis selleni, et suur osa ämmaemanda tööd kas kadus hoopis või läks üle günekoloogidele. Valdav osa suuremates linnades naistenõuandlates ja haiglates töötavatest ämmaemandatest sattusid alluvateks ja õigusetuteks käsutäitjateks, mis omakorda tõi kaasa kutseoskuste järk-järgulise mandumise.

Iseseisva tööna säilis ämmaemanda teenus ainult väiksemates haiglates ja maal velsker-ämmaemanda punktides. Ämmaemandad tegid seal rasket, kuid väga tänuväärset tööd, mis kohati ületas nende pädevuse piirid, sest arste reeglina kolgastesse ei jagunud ja ei jagu ka praegu.

**Ämmaemandate arvukus on pärast Eesti Vabariigi taasiseseisvumist 90-date alguses ning sellele järgnevatel aastatel järsult langenud.** 1992. – 1993. aastal töötas Eestis üle 700 ämmaemanda (1996.a. – 653), kellest täna töötab ca 550 ämmaemandat, kui sedagi, sest arv langeb pidevalt. Arvukuse osas saame täpsemad andmed teada alles 2005.aastaks seoses EV Tervishoiutöötajate registri moodustamisega. Haiglate koosseisud (just ämmaemandate osas) on langetatud miinimumini, mis teeb ämmaemandus teenuste kvaliteedi tõstmise raskeks. Velsker-ämmaemanda punkte enam praktiliselt ei eksisteeri, mis tähendab, et raseduse jälgimine ja nõustamine on enamuses ämmaemandatelt üle võetud ning tsentraliseeritud linnadesse ja maakonnakeskustesse. Maaelanikkonnal puudub tihti ressursid, et sõita korralisele läbivaatusele, rääkimata elukaaslasega koos perekooli sünnitusettevalmistusele tulekust või vastsündinu toitmise kohta nõu küsimisest. Elanikkonna terviseteadlikkus on madal ning ämmaemandalt on võetud ära võimalused seda mõjutada. Valdavalt arstide poolt osutatav teenus on kallid ja kulukas mitte ainult meditsiinisüsteemile vaid kogu riigile - ka meile, kelle igakuisest palgast sotsiaalmaks laekub.

**Samal ajal väheneb tervishoiuteenuste kvaliteet noorele perele.** Perearsti reform on pooleli ja vajab veel paarkümmend aastat stabiilse kvaliteedi saavutamiseks. Sama-aegne elanikkonna keskmise vanuse tõus määratleb perearsti prioriteetidid lähi-aastakümneteks ning noor pere jääb ikka ja jälle vajaliku hoolduse ja juhendamiseks.

Pere- ja tulevikus ka terviseõde, kelle töö hulka kuuluvad, vähemalt paberil, raseduse jälgimine ja sünnitusettevalmistus – ei oma vastavat ettevalmistust ning ei ole täna veel kaugeltki võimelised neid teenuseid osutama. Siit kerkib tõsine küsimus, kas meil on vaja riigi raha kulutada uute tervishoiutöötajate rühmade koolitamiseks samade professionaalsete oskustega, mis ämmaemandatel juba on.

**Ämmaemandate kutseoskused on viimasel 10-12 aastal kõigest hoolimata siiski tõusnud.** Kutsealased teadmised on kaasajastatud, omandatakse uusi oskusi ja ununenud meenutatakse tasapisi uuesti. Enesetäiendamine ja õppimine on au sees. Koolitusprogrammid on kaasajastatud, õppekavad kõrghariduse tasemel.

Järjest tugevnevad sidemed rahvusvaheliste organisatsioonidega on tõstnud kutseidentiteeti ja inimväärikust ning võimaldanud paljusid rahvusvaheliselt heakskiidetud norme (Rahvusvaheline ämmaemanda määratlus, Ämmaemanduseetika, Pädevusnõuded ämmaemandale) ka Eestis kasutusele võtta. Vahepeal eksisteerimise lõpetanud Eesti Ämmaemandate Selts on 1992.a. taasloodud Eesti Ämmaemandate Ühinguna ja on jälle tugev, ämmaemandaid ühendav organisatsioon, kes on valmis enda kanda võtma kutseala edasist arendamist kõrgema teenuse kvaliteedi suunas. Alates 1996.a. on Eesti Ämmaemandate Ühing taas Rahvusvahelise Ämmaemandate Konföderatsiooni (ICM) liikmesorganisatsioon. Ämmaemandad tahavad ja on valmis tegema ämmaemanda kutsealast tööd, milleks neid on koolitatud.

Ja selles olukorras puudub ämmaemandal – kes on realselt olemas ja maksumaksjate raha eest välja õpetatud - seadusandlik alus ämmaemandus teenuse osutamiseks.

### **2.1.1 osutatavad tervishoiuteenused – olukorra analüüs kutseoskuste kaupa**

Emadushooldus teenused naistele ja nende peredele on 1990 – 2002.a. muutunud märksa kliendikeskemaks, kui nõukogude ajal. Samas oli see protsess väga aktiivne 90.-date esimesel poolel ja on viimasel 7-8 aastal tugevasti pidurdunud.

Eestis on enamus naisi rasedusaegsel jälgimisel naistearsti juures vaatamata sellele, kas on tegemist normaalse või komplitseeritud rasedusega. Naistearst viibib tihti ka füsioloogiliselt kulgevate sünnituste juures. Tihti käsitletakse kõiki rasedusi ja sünnitusi rutiinselt kui potentsiaalselt patoloogilisi, kasutades samu sekkumisi, kui komplitseeritud juhtudel. Kahjuks toob see kaasa terve rea negatiivseid tagajärgi ning mõned neist on väga tõsised. Siia kuuluvad näiteks kulutused ajale, väljaõppele ja varustusele.

Paljusid naisi heidutab sekkumiste kõrge tase ja rutiinsete mittevajalike protseduuride rakendamine ning paljudel on juba kinnistunud arusaamine rasedusest, sünnitusest ja ema rollist, kui ohtlikust tegevusest, mis peegeldub nende suhetes vastsündinud lapsega ja mõjutab tulevikus kogu ühiskonda. Naiste suhtumine emadusse on muutunud ärevmurelikuks ning usk oma võimetesse kõigub tugevasti – need on aga lapsevanemaks olemise alustalad.

Ämmaemanda töö emade ja perede tervisenõustamisel – terved eluviisid nii raseduse planeerimisel, raseduse ajal kui ka pärast sünnitust, ettevalmistus sünnituseks, eneseabi võtted, sünnitusjärgne taastumine, vastsündinu ja imiku toitmine ning hooldamine - on raskesti teostatav, kuna määratlemata on ämmaemandusteenused.

Ebavajalike tegevustega tehakse vahel naistele ja lastele sõna otseses mõttes kahju.

Meditsiinasutuste töö on häiritud, kuna normaalsete raseduste ja sünnituste kõrgtasemel jälgimise tõttu ei jää piisavalt aega ega ressursse tegeleda kiiret professionaalset abi vajavate komplitseeritud juhtudega. Kannatab teenindamine.

Arusaam rasedusest ja sünnitusest, kui valdavalt meditsiinilistest protsessidest tekitab arvamuse, et normaalseid ja komplitseeritud juhtusid tuleks käsitleda ühtemoodi. Niisugusel lähenemisviisil on mitmeid puudusi:

- on võimalus, et naise elu normaalne füsioloogiline sündmus muudetakse meditsiiniliste protseduuride jadaks – haiguseks;
- piiratakse naiste vabadust ja enesemääramisõigust kogeda lapse ootamist ja sündi omal moel ning enda poolt valitud tingimustel;
- muutuvad naiste hoiakud - tekivad ja kinnistuvad väärarusaamad oma kehast, selle funktsioneerimisest, tervise mõistest ja indiviidi rollist oma tervise edendamisel;
- enamus rasedaid koondub tehniliselt võimalikult hästi varustatud haiglate juurde (ka nõuandlatesse) – kulutused suurenevad, sest füsioloogilist protsessi jälgib tiptasemel spetsialist – kõrgeima kvalifikatsiooniga naistearst;
- see viib tarbetute (sageli rutiinsete) sekkumisteni ja täiendavate kulutusteni;
- väheneb eriarstiabi kättesaadavus kõrvalekallete puhul ja pikenevad järjekorrad;
- naiste muutunud hoiakud peegelduvad nende perede ja kasvavate laste hoiakutes ning tähendavad tulevikus üha **kasvavaid kulutusi kogu tervishoius**, sest süveneb inimeste vajadus kõike kontrollida ja mõõta ning lükata vastutus oma tervise eest tervishoiusüsteemile (praegune Soome sündroom – ka palju enamast rahast ikkagi ei jätku)

### **A. Reprodktiivtervise, pereplaneerimise ja tervisekasvatuse alased teenused.**

Ämmaemandad tegutsevad selles valdkonnas ilmselgelt liiga vähe arvestades meie elanikkonna vajadusi ja tervisekäitumist.

#### Ambulatoorne:

1) Eesti Pereplaneerimise Liidu eestvõttel on alates 1996. a. loodud noorte nõustamiskeskusi ja 2002.a. on neid vabariigi eri linnades kokku 16. Keskuste põhitegevus on seksuaalne tervis, pereplaneerimine ja kontratsepsioon ning STLH ennetamine. Töö keskustes toimub individuaalse nõustamise ja loengute vormis. Keskuste loomise käigus on personal saanud täiendkoolitustel kaasajastatud teadmised ning praktilised oskused nii kutsealaselt kui ka terviseedenduseks, nõustamiseks ja tööks rühmadega. 16 keskuses töötab kokku üle 20 ämmaemanda.

2) Koos günekoloogiga nõuandlates ja eravastuvõttudel töötavad ämmaemandad teevad kontratsepsioonialast ja abordipuhust nõustamist ning STLH ennetust väga erineval tasemel ja erinevates mahtudes. Osal neist ämmaemandatest ei ole selliseks tööks kunagi võimalusi olnud ja nad on kaotanud oma professionaalsed oskused; teised on tegutsenud, töötanud, ennast täiendanud ja säilitanud kutseoskused.

3) Pereõe staatuses koos perearstiga töötavad ämmaemandad on tekkinud viimasel 7-8 aastal ning kui nad ei ole viimasel viiel aastal ämmaemandana töötanud ega end kutsealaselt täiendanud, siis nende ämmaemandusalased kutseoskused on praktiliselt kadunud.

4) Osa ämmaemandaid, tundes muret kasvava põlvkonna terviseteadlikkuse ja tulevaste sünnitajate reprodktiivtervise pärast, teevad tervisekasvatusalast tööd ka lihtsalt vabatahtlikena juhuslikes elanikkonna rühmitustes - lasteaedades, koolides ja sõpruskondades, omamata võimalust saada oma töö eest väärilist tasu.

Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt ja terviseedenduslik töö ei kajastu raviteenuste loetelus. Töö dokumenteerimine, arvete esitamine haigekassale ja tasustamine toimuvad eriarsti teenusena, siis on siinkohal tegemist ülemäärast kulutustega tervishoius. Sellest olukorrast tulenevalt ei ole ämmaemandatel ka retsepti kirjutamise õigust.

### B. Teenused rasedatele

#### Ambulatoorne:

- 1) Enamus ambulatoorsest rasedate jälgimisest tehakse täna naistearsti poolt, kes sageli võtab vastu koos ämmaemandaga, kuid viimane ei pruugi seejuures teha kutsealast tööd. Ämmaemanda diplomiga tööjõudu kasutatakse vahel ka lihtsalt sekretäritöö tegemiseks.
- 2) Sõltuvalt töökorraldusest on tervishoiuasutusi, kus ämmaemand võtab rasedaid vastu iseseisvalt (Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik, Fertilitas, Rakvere). 2000. aastal on statistika järgi 9% rasedatest külastanud ämmaemandat raseduse ajal vähemalt 1 kord. Tegelik number on suurem, kuna ämmaemanda töö ei kajastu statistikas adekvaatselt.
- 3) Vähesel määral käivad rasedad arvel perearsti juures. 4% rasedatest külastab perearsti vähemalt üks kord raseduse jooksul. Perearstikeskustes töötavad vahel ämmaemanda haridusega pereõed, kuid jällegi pole teada, kas ja kuidas nad oma kutseoskusi saavad rakendada. Pereõena töötavad ämmaemandad kaotavad üldjuhul 5 aasta jooksul oma professionaalsuse, kuna nad ei saa oma töös kasutada oma ämmaemanduslaseid kutseoskusi või saavad nii vähesel määral, et see ei ole piisav kvalifikatsiooni säilimiseks.
- 4) Ämmaemandad nõustavad peresid raseduse ajal, valmistavad neid ette, sünnituseks ja lapsevanema rolliks. Perekooli tegevus toimub väga erinevas mahus ja vormis enamuse tervishoiuasutuste juures, mis asuvad sagedasti maakonnakeskustes. Ettevalmistusega on hõivatud põhiliselt linnades elavad pered ja ka mitte igal pool ja kõik. Maaelanikkonna hulgas on osavõtt väga väike.

Statsionaarne: raseduspuhuste haiglaravi nõudvate kõrvalekallete ilmnemisel osutavad ämmaemandad ööpäevaringset hooldust, osalevad ravi- ja diagnostikaprotseduuride läbiviimisel sünnieelsetes, naiste- jm. osakondades. 1999. a. oli Eestis avatud 131 raseduspatoloogia voodit ja keskmine ravikestvus oli 3,5 voodipäeva.

Rasedusaegsete riskitegurite ja tüsistuste hulgas on suurenenud aneemia, ähvardava raseduse katkemise, varasema keiserlõike osatähtsus; vähenenud on hüpertooniatõve ja preeklampsia osatähtsus.

Kuigi ämmaemandal on pädevus rasedusega arvele võtmiseks, füsioloogiliselt kulgevate raseduste jälgimiseks, rasedate nõustamiseks, perede ettevalmistamiseks raseduseks, sünnituseks ja lapsevanema rolliks, ei sisaldu see tegevus ämmaemandusteenusena raviteenuste loetelus. Ämmaemanda juures arvel olnud rasedate arv ei kajastu seetõttu ka statistikas, sest see fikseeritakse õigusetu seisundi tõttu arsti visiidina. Kuna ka arvete esitamine haigekassale ja tasustamine toimuvad vastavalt, siis on siinkohal tegemist ülemäärast kulutustega tervishoius.

### C. Sünnitusabi teenused

#### **Eestis toimub sünnitustest**

- **99,5% haiglas,**
- **0,1% teel haiglasse,**
- 0,1% planeeritult väljaspool haiglat
- **0,4% planeerimatult väljaspool haiglat või andmed puuduvad** (EMSR 2001).

Need (1999.a.) näitajad on olnud suhteliselt muuutatud 1992.a. alates.

**2000.aasta sünnitusabi üldandmed:**

	Sünnituste arv	Vastsündinute arv
Hiiumaa	72	74
Läänemaa	195	195
Keila	211	211
Rapla	234	234
Põlva	255	261
Jõgeva	281	281
Valga	295	297
Kuressaare	295	300
Järvamaa	322	325
Tln.	323	327
Nõmme		
Võru	343	345
Viljandi	486	492
Puru	546	548
Rakvere	723	733
Pärnu	787	794
Narva	889	893
Tartu	1873	1900
Lääne-Tln.	2008	2029
Keskh.SM		
Ida-Tln.	2838	2869
Keskh.NK		
<b>KOKKU</b>	<b>12 785</b>	<b>13 108</b>

Voodikohti sünnitusabi osutavates haiglates oli 1999.a. avatud 314. Keskmine ravikestvus oli sünnitusosakonnas 4,2 (2,9-6,8) voodipäeva.

Statsionaarne: Valdav enamus sünnitusabist 99,5% on seega statsionaarne. Peamine sünnitusprotsessi jälgija ja abistaja sünnitusel on ämmaemand.

**Muutunud on sünnitusabiasutuste töökorraldus.** 2001. aastani oli n.n. II etapi sünnitusosakondades naistearst n.ö. koduses valves, ämmaemand juhtis iseseisvalt füsioloogilisi sünnitusi ja vastavalt vajadusele kutsus naiste- või lastearsti ja/või tegutses ise olukorrast lähtuvalt.

Suuremates haiglates, kus naistearst oli statsionaarses valves, sõltus konkreetse asutuse töökorraldusest, kas naistearst osales füsioloogilise sünnituse juhtimisel igal juhul või kutsuti ta vajadusel.

III etapi sünnitusosakondades, kuhu suunati sünnitama piirkonna kõrge riskiga rasedad, oli üldjuhul tegemist naistearsti statsionaarse valvega, mis tähendas enamasti, aga mitte sugugi alati ka naistearsti füüsilist kohalviibimist sünnituse juures. Samal ajal, moodustasid valdava enamuse sünnitajatest ka neis haiglates siiski oma piirkonna madala riskiga rasedad, kellele piisas ämmaemanda hooldusest ja abist.

Alates 2001.a. on nõue, et “sünnituse ajal peab olema tagatud statsionaarne naistearsti järevalve”, mis tähendab, et naistearst osaleb igal juhul ka füsioloogiliste sünnituste juhtimisel. Sellest tulenevalt:

- on suurenenud kulutused sünnitusabiasutuste ülalpidamiseks
- väikesi haiglaid ähvardab sulgemine
- ämmaemandaid ähvardab kutsealase töö kaotamine, töötus
- teenuste kättesaadavus klientidele langeb
- ämmaemanda kutsealane professionaalsus iseseisev töö on takistatud ja ei kajastu adekvaatselt sünnitusabi dokumentatsioonis
- takistatud on meeskonnatöö

**Sünnitusabi kvaliteedi näitajad on viimasel 10 aastal paranenud.** Enneaegsete sünnituste osakaal on ligi 6%. Perinataalne suremus on aastatel 1992-1998 Eestis langenud: 1992 oli perinataalsuremus-kordaja 1000 sünni kohta 20,1 ja 1999.a.- 10,8.(EMSR 2001). 2000.a.

Perinataalse suremuse vähendamiseks on tehtud koostööd Eesti Perinatoloogia Seltsis, mis ühendab kõiki perinataalperioodiga seotud spetsialiste – naiste- ja lastearste, ämmaemandaid, lasteõdesid. On välja koostöölustatud ühtsed ravijuhised.

**Positiivseteks muutusteks sünnitusabis** on kindlasti emade ja perede teadlikkuse tõus ja aktiivsünnituse põhimõtete jõudmine sihtgrupini. Nende rakendamine sünnitusel, asendite vaba valik sünnituse erinevates perioodides, soovitatavalt vertikaalsete asendite kasutamine, mittemedikamentoossete valutustamise meetodite eelistatud kasutamine, ema ja vastsündinu varane nahk-naha kontakt ja varase imetamise soodustamine on uuringutega tõestatud positiivse toimega nii ema-lapse seisundile sünnitusel ja puerpeeriumis kui ema hilisemale rahulolule oma sünnituskogemusega.

Sünnitusabi on viimasel kümnendil muutunud kliendikeskseks. Peresünnituste osakaal on kiiresti tõusnud, sõltuvalt sünnitusosakonna poliitikast, sihtgrupi ettevalmistusest ja kultuurilistest eripäradest on see 40 – 80%.

Eestis on seni vaid ühele haiglale (“Fertilitas”) omistatud UNICEFi Beebisõbraliku haigla staatus (2000.a). Sama eesmärk peaks olema ka kõigi teiste emadushooldust pakkuvatel üksustel Eestis.

**Viimasel kümnel aastal on kasvanud sekkumiste arv sünnitusabis.** 1992-1999 on toimunud märgatavad muutused sünnitamise viisis - vähenenud on vaginaalsete sünnituste ja suurenenud keiserlõigete osatähtsus. 1992. a. tehti keiserlõige 6,4%-le sünnitajatest, 1999.a. juba 14,1%-le sünnitajatest.

Tõusnud on epiduraal/spinaalanesteesia kasutamine sünnitusabis (1992. a. - 0,2% sünnitajatest, 2000. a. - 11,25%).

**(Ambulatoorne): 0,5% sünnitustest ei toimu haiglas.** Väljaspool haiglat sünnitavate naiste abistamine on raskendatud ämmaemanda töö reguleerimatuse tõttu. Seega 0,5% sünnitustest toimub ilma professionaalse abistaja – ämmaemanda – juuresolekuta. Haiglate arengukava Masterplani järgi näeb ette väikeste sünnitusosakondade sulgemise, mis ilmselt tõstab selliste ilma professionaalse abita (ämmaemanda osaluseta) sünnituste arvu veelgi. Sünnitusosakond Läänemaa haiglas on juba suletud, kvalifitseeritud ämmaemandad laiali saadetud ning need naised, kes ei jõua sünnituse kiire kulu tõttu teistesse haiglatesse sünnitavad kohapeal ilma kvalifitseeritud abita. Edaspidi on oht, et väheneb professionaalse abi kättesaadavus veelgi ja võib kannatada sünnitajate turvalisus.

#### **D. Sünnitusjärgsed teenused**

Statsionaarne:

- 1) sünnitusjärgne ema ja vastsündinu jälgimine, hooldamine, abistamine ning nõustamine toimub põhiliselt valveämmaemanda poolt;
- 2) mõnel juhul teevad seda osaliselt ka naiste- ja lastearstid, mis muudab teenuse sisu ning ei võimalda ämmaemandal töötada oma pädevuse piirides;
- 3) abi andmine kõrvalkallete ilmnemisel toimub igal pool meeskonnas koostöös naiste- ja lastearstide, vajadusel ka anestezioloogidega, anestesistidega, kirurgidega jt.;
- 4) suuremates haiglates on säilinud veel ka lasteõed, kes hooldavad vastsündinuid; ämmaemandate ja lasteõdede tööülesanded on osaliselt kattuvad;
- 5) hoolduspersonal tihti puudub;
- 6) töökorraldus on asutustes erinev, osakonnad erineva suurusega
- 7) varase kojumineku puhul on ema ja vastsündinu jälgimine ja nõustamine korraldamata

#### Ambulatoorne:

- 1) sünnitusjärgses perioodis on naise ja lapse jälgimine ja hooldus pandud peremeditsiini ülesandeks. Praktika ja uuringud näitavad, et antav abi on sageli väga lapsekeskne ja sünnitusjärgne naine on praktiliselt hoolduseta;
- 2) kui on tegemist varase sünnitusjärgse kojuminekuga, siis on perearst ja -õde enamasti ettevalmistuseta ning riskid emale ja lapsele veelgi suuremad;
- 3) 6-8 nädalat pärast sünnitust tuleb naine sünnitusjärgsele kontrollile nõuandlasse, vastavalt töökorraldusele teeb seda naiste- või perearst. Vastuvõtuabilisena võib viibida juures küll ka ämmaemand, kuid sellise töökorralduse juures saab ta oma kutseoskusi vähe rakendada.
- 4) imetamise nõustamine, milleks ämmaemandal on selles meeskonnas ainsana põhjalikum ettevalmistus ei ole võimalik, sest ämmaemand ja ema ei kohtu enam pärast kojuminekut;

Teenus ei vasta sünnitusjärgse naise, tema pere ja vastsündinu spetsiifilistele vajadustele selles eluperioodis. Puuduvad kooskõlastatud juhendid sünnitusjärgseks ema ja lapse jälgimiseks ja koostöö erinevate spetsialistide vahel on vähene.

#### **E. Teenused günekoloogilisele patsiendile**

##### Ambulatoorne:

- 1) ämmaemandad abistavad naistenõuandlas naistearsti günekoloogiliste patsientide vastuvõtul ja raviprotseduuride läbiviimisel,
- 2) naistehaiguste ennetamisel (skriining ja tervisenõustamine) ning lihtsamate raviprotseduuride läbiviimisel töötavad praegu vaid üksikud ämmaemandad noorte-, tervise- ja perearstikeskustes.

##### Statsionaarne:

- 1) Enamasti töötavad günekoloogiliste haigetega spetsialiseerumiseta üldõed.
- 2) Günekoloogiliste patsientidega töötavad ämmaemandad on üldjuhul tööl samuti õena ja paljud neist on aja jooksul kaotanud oma ämmaemandusalased teadmised, oskused ja hoiakud.
- 3) Õed ja ämmaemandad viivad läbi arsti poolt määratud raviprotseduure, hooldavad ja jälgivad günekoloogilisi patsiente.
- 4) Günekoloogilisel patsiendil puudub haiglas olles võimalus saada ämmaemanda abi, aga günekoloogiliste haigete hulgas on patsiente, kes seda väga vajavad. Sellised on patsiendid
  - raseduse katkemisega
  - raseduse katkestamisega
  - hilisheidenditega
  - viljakuse probleemidega
  - pere- jm. vägivalda probleemidega.



Seega saavad patsiendid statsionaaris küll vajalikku ravi ja protseduure, kuid hooldus ei vasta hetkel kaasaja nõuetele ega patsientide vajadustele.

### **2.1.2 kutsealane/erialane ettevalmistus (koolitus, täiendkoolitus, vajalik kvalifikatsioon)**

Ämmaemandate koolitus on algselt toimunud oskuste ja teadmiste suulise ja kogemusliku edasiandmise teel põlvest põlve, emalt tütrele, õpetajalt õpilasele.

Ämmaemandate meditsiiniteadusel põhinev kutsealane koolitus Eestis on ca 200 aastat vana. Ämmaemandaid on Eestis koolitatud alguses Tartus Ülikooli juures ja Tallinnas Priihospitali juures. Hiljem paralleelselt Tallinna ja Tartu Meditsiinkoolides.

Nõukogude ajal on õpetuse aluseks olnud nii 2- kui 2,5-aastased õppekavad. Kooli lõpetanud on saanud kesk-erihariduse ja õiguse töötada nii õe kui ämmaemandana. Väike osa ämmaemandaid said pärast II Maailmasõda ka kutsehariduse põhikooli baasil, kuid enamusest neist on juba pensioni-ealised ja ei tööta enam kutsealal. Koolitatud on ka velsker - ämmaemandaid.

Pärast Eesti Vabariigi taasiseseisvumist õpetati ämmaemandaid mõnda aega ka 3-aastase õppekava järgi. Tervishoiuamaastiku korraldamatuse tõttu ei leidnud paljud diplomiga ämmaemandaid sel ajal erialast tööd ja on asunud tööle õdedena või väljaspoole tervishoiusüsteemi. Kuna selline liikumine on Eestis registreerimata, siis puudub ülevaade muudel erialadel töötavatest diplomeeritud ämmaemandatest.

Kaasaja nõuetele vastav õpe käivitus mõlemas koolis 1997, mil kinnitati uued õppekavad. 2002. a. veebruaris lõpetas mõlemas koolis esimene lend (kokku 17 üliõpilast) 4,5-aastase õppeajaga kutsekõrghariduse saanud ämmaemandaid.

Alates 2002.a. on avatud tasemeõpe ämmaemandatele, mis võimaldab töötavatel kesk-eriharidusega ämmaemandatel omandada kutsekõrghariduse.

Täiendkoolitust on korraldanud nii meditsiinkoolid kui suuremad haiglad. Täiendkoolitus on reguleerimata ja korraldamata. Pole alati selge, milliseid koolitusi on vaja, millised on ämmaemandusalased ja milliseid vastavalt arvestada kutsealase täiendusena.

Kuni 2002.aastani toimus ämmaemandate atesteerimine vastavalt SM määrusele. Ämmaemandate Ühingu roll ja kaasaaratus atesteerimisse kasvas pidevalt ning tänu sellele suurenes atesteerimisel kutsealaste oskuste ja teadmiste hindamise osakaal. Hetkel on atesteerimine lõpetatud.

Nõuded ämmaemanda kvalifikatsioonile on pärast taasiseseisvumist ühtlustatud ja võrdsustatud rahvusvaheliste nõuetega:

- Rahvusvaheline ämmaemanda määratlus (ICM, WHO, FIGO)
- Pädevusnõuded ämmaemandale (ICM)
- EU direktiiv 80/155/EEC, artikkel 4.

Alates 03.05.2000 on nõuded ämmaemanda kutsele lahtikirjutatud Ämmaemand IV kutsestandardis. Kutsestandard ei erista erinevaid ämmaemanduse erialasid. Kutsestandardile vastava hariduse saanud ja praktilise kutsealase tööga kogemusi omandanud ämmaemand ongi kvalifitseeritud ämmaemand.

Kvalifikatsiooni saavutamine ja säilitamine on raske, sest ämmaemandate praegune tööerakendamine tervishoius ei võimalda praktilisi kogemusi kogu kutsestandardi piires. Kuna kutsealase töö kogemus jääb osaliseks, siis ei saa ka kvalifikatsioon olla täielik.

### **2.1.3 personalipoliitika (optimaalne töökoormus, personali hõive, ämmaemandate-eriarstide suhe, ämmaemandate patsientide suhe)**

**Personalihõive.** Praegusel hetkel puudub täpne ülevaade Eestis elavate ja töötavate ämmaemandate arvukusest, paiknevusest ja vanuselisest koosseisust, kuna juba aastaid ei ole statistika ämmaemandaid eraldi käsitletud. Tervishoiutöötajate registri loomine peaks selle olukorra lähiaastatel lahendama.

Siiski on teada, et viimase 12 aasta jooksul on toimunud ämmaemandate arvukuse järsk vähenemine. Esimene suur koondamiste laine toimus kohe 90-ndate alguses, 1996.aastal oli ämmaemandaid jäänud 653 ning hiljem on lisandunud tervishoiuasutuste sulgemisi ja ühendamisi, mille käigus on ämmaemandate arv veelgi vähenenud. Osa sellistest koondamistest on seotud sündivuse langusega ja sünnitusosakondade töö vähenemisega. Samas on jäetud kasutamata võimalus ämmaemandate adekvaatseks rakendamiseks esmatasandi tervishoius ning tervisekasvatases.

1999.a. oli Eestis 554 ämmaemandat, sealhulgas ka need, kes ei tööta enam ämmaemandana, kelle kutsealane pädevus sellest tulenevalt aasta aastalt langeb ning keda nii ehk teisiti ei kanta tervishoiutöötajate registrisse ämmaemandana, kuna nad ei tööta alal. Eesti Ämmaemandate Ühingu ligikaudsel hinnangul on Eestis praegu ligi 450 kutsealal töötavat ämmaemandat. 1992/93 aastal ulatus ämmaemandate arv üle 700, millest järeldub, et arvukuse langus on ligi 35%.

Samal ajal on riiklik tellimus ja sellest tulenevalt ämmaemandate väljaõpe vähenenud üle 50%. Seoses üleminekuga uutele õppekavadele, mis on varasemast erineva kestvusega ei lõpetanud aastatel 2000 - 2001 Eestis ühtegi ämmaemandat. Seega jätkub ämmaemandate arvukuse vähenemine praeguste vastuvõtuarvude juures ka edaspidi.

Kõigest hoolimata on ämmaemandatel juba 10 aastat probleeme kutsealase töö leidmisega, kuna töökohtade arv väheneb pidevalt ning paljud ämmaemanda töö valdkonnad on põhjendamatult hõivatud teiste erialade spetsialistide poolt (naistearstid, perearstid, pereõed, lasteõed). Vastavalt kutsestandardile kuulub ämmaemanda pädevusse iseseisvalt jälgida ja juhtida füsioloogilisi rasedusi, sünnitusi, sünnitanud naisi ja vastsündinuid. Nende tegevuste suunamine teistele spetsialistidele toob kaasa kahe-suunalisi nihkeid. Osadel juhtudest käsitletakse füsioloogiliste protsesside (rasedus, sünnitus) jälgimist arstliku tegevusena üld- või eriarstiabis, mida see sisuliselt ei ole ja mis toob kaasa ülediagnoosimised, arstlike sekkumiste kasvu, elanikkonnas süveneva hirmu ja abituse ning suurenenud kulutused riiklikule tervishoiusüsteemile. Teistel juhtudel saavad erivajadustega patsiendid (sünnitusjärgses perioodis naine ja vastsündinu) üldarstiabi, mis ei vasta nende ootustele ja spetsiifilistele vajadustele ning toob omakorda kaasa õigeaegse abi puudumise või hilinemise juhud, eriarstiabi väärkasutamise (kui patsient saadetakse haiglasse "igaks juhuks") ning sellest tingitud hilisemad suuremad kulutused tervishoius.

**Personalipoliitika** hetkel puudub. Paljudes maakonnahaiglates on osakondade ühendamise tulemusena tekkinud ämmaemanda kvalifikatsiooni toetav töökeskkond – ühe ämmaemanda jälgimise all on nii ravi vajavad rasedad, sünnitajad, sünnitanud naised kui ka vastsündinud. Mõnel juhul lisanduvad neile veel ka günekoloogilised patsiendid.

**Optimaalse töökoormuse näitajaid ämmaemandale** seni välja töötatud ja rakendatud ei ole. Küll on aga selge, et sünnitav naine, eriti sünnituse aktiivses faasis, vajab ämmaemanda järgitult hoolt ja pühendumist. Selle kõrvalt osakonnas viibivaid patsiente (ka kirurgilisi patsiente) jälgida, raviprotseduure läbi viia, emasid nõustada, vastsündinute eest hoolitseda, uusi sünnitajaid vastu võtta (mis tähendab anamneesi võtmist, läbivaatuse sooritamist ja olukorra hindamist) ja sünnitanud naisi koju saata (neid enne adekvaatselt nõustades), ei ole otstarbekas ja võimalik. Paratamatult langeb ämmaemandushoolduse ja osutatava teenuse kvaliteet. Eelpool toodud olukord on reaalsus paljudes väikestes haiglates ja tuleb ka ette, et uue sünnitaja saabudes on ainuke valveämmaemand eelmise sünnitajaga teises majatiivas operatsioonitoas keiserlõikel ning kogu osakond sel ajal ilma adekvaatse abi ja jälgimiseta. Olukorda niisugusel puhul ei leevenda ka hoolduspersonali olemasolu osakonnas, sest hooldusõe ettevalmistus ei ole piisav toimetulekuks võimalike kõrvalekallete puhul.

**Ämmaemandate suhe patsientidega langeb ämmaemandate arvu vähenemise tõttu.** 1996.a. oli Eestis 4,4 ämmaemandat iga 10 000 elaniku kohta. Aastal 1999 oli 554 ämmaemandat ehk 4,0 iga 10 000 elaniku kohta, kuid arvestama peab, et need ei ole kõik kutsealal töötavad ämmaemandad. Kvalifitseeritud kutsealal töötavate ämmaemandate arv on praegu ligikaudu 3,3 iga 10 000 elaniku kohta ja väheneb kiiresti.

**Ämmaemandate suhe eriarstidega langeb ämmaemandate arvu vähenemise tõttu.**

Arstide ja õendusalatöötajate suhe teistes arenenud riikides on: Soomes 1:7; Iirimaa 1:7,5; Norras 1:4,5; Rootsis 1:2,6; Taanis 1:2,5. Soovituslikuks peetakse suhet 1:4.

1999.a. töötas Eestis 4426 arsti, 6818 õde, 746 velskrit ja 554 ämmaemandat ning arsti ja õendusalatöötaja suhe oli 1 : 1,8.

Arvestama peaks, et peale naistearstide on emadushooldus meeskonnas ka lastearstid ja perearstid ning see muudab personali omavahelist suhet:

- Lasteõdede töö tehakse tänapäeval paljudes kohtades ämmaemandate poolt ning kuna lasteõde edasine spetsialiseerumine puudub ning ämmaemandal on vastav ettevalmistus olemas, siis selline tendents jätkub. Seega tuleb arvestada ka ämmaemandate arvu lastearstide kohta.
- Osa ämmaemandaid (554-st) töötab õdedena ja on kaotanud või kaotamas oma ämmaemandusalast kvalifikatsiooni ning tuleb arvesse võtta õdede suhtes arstidega.

Kuna mõjutused on kahesuunalised ja teineteist üldjoontes tasakaalustavad, siis edaspidi võtame ämmaemandate arvukuse analüüsimisel arvesse ainult suhte naistearstidega.

1999.a. oli suhe 1 naistearsti kohta 2 ämmaemandat. Kvalifitseeritud ämmaemandate suhe naistearstidega on ligikaudu 1 : 1,65. Eestis on tegemist järjest süveneva ämmaemandate puudusega, mis on tingitud kutsealase tegevuse piirangutest ja sellest tulenevast vähesest tööhõivest ja sellest omakorda tulenevast väikesest riiklikust tellimusest.

## **2.2 Kutseala arenguvision ja tervishoiuteenuste planeerimine (2005, 2010, 2015) lähtuvalt osutatavate tervishoiuteenuste võimaluste muutustest, arengust, kvaliteedipoliitikast ja ämmaemandust reguleerivates EU direktiividest**

Ämmaemanda kutse kontseptsioon on füsioloogiliste protsesside toetamine ja jälgimine, kõrvalekallete äratundmine ning adekvaatse abi hankimine.

Raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi füsioloogilise kulu jälgimine, selle toetamine, kõrvalekallete õigeaegne avastamine ning adekvaatne edasisuunamine on ämmaemanda töö ja seda tuleb käsitleda vastava ämmaemandus teenusena.

Riskirühma kuuluvad erinevate uuringute hinnangutel vaid 15 - 30% rasedatest.

Riskirühma määramisel on tegemist riski ehk "sünnituspotentsiaali" hindamisega, mis on iga turvalise sünnituse lähtepunkt ja vajab individuaalset ning spetsiaalset lähenemist. Tavatult paljud naised on määratletud "riskigrupi" kuuluvaiks, millega nad kinnistatakse arstlikule jälgimisele ja millega kaasneb suur sekkumiste oht sünnitusel. Samas ei piisa alati riski määramisest, et välja selgitada kõiki naisi, kes tõeliselt vajavad abi komplikatsioonide korral – komplikatsioonid esineb ka madala või olematu riskiga rasedatel. Paljudel "kõrge riskiga" naistel on seejuures täiesti normaalne sünnitus.

Riski tuleb hinnata nii algselt kui jätkuvalt, et hoida ära ja/või määratleda komplikatsioonide algus ning teha vajalikud otsused, et tagada vajalik abi.

**Riski hindamine pole ühekordne, vaid pidev protsess läbi kogu raseduse ja sünnituse. Igal hetkel võivad esile kerkida varased komplikatsioonid ja võib tekkida vajadus viia naine üle sünnitusabi kõrgemale tasemele. (MTO, 1996)**

Riskirase ei tohiks mingil juhul ilma jääda ämmaemanda toest ja nõustamisest. See tähendab tavapärasest tihedamat koostööd igal üksikul juhul naistearsti, perearsti ja ämmaemanda vahel, et leida parim võimalik viis optimaalse tulemuse saavutamiseks. Ämmaemand on selles meeskonnas ainus, kes omab füsioloogiakeskset suhtumist ja tasakaalustab sellega osutatavat teenust. Ämmaemand on harjunud töötama multiprofessionaalses meeskonnas koos üld- ja eriarstidega ning õdedega ja teab, et tema klientide heaolu sõltub vahel abi järele pöördumise võimalustest ja kiirusest, kuid teab ka seda, et alati ei ole kogu võimalikku abi vaja. Samas on ämmaemand selles meeskonnas ainus, kes tahab ja suudab pakkuda adekvaatset ettevalmistust sünnituse ning lapsevanema rolliga hakkama saamiseks.

Normaalse sünnituse mõiste defineerimisel tuleks arvesse võtta kahte asjaolu: rasedusriski taset ja sünnituse kulgu.

**Normaalne sünnitus algab iseeneslikult, sünnitus on madala riskiga nii selle alguses kui ka läbi kogu sünnituse protsessi. Laps sünnib iseeneslikult pikiseisus 37. ja 42. rasedusnädala vahel. Peale sündi on ema ja vastsündinu heas seisundis.**

Sünnituste hulk, mida saab pidada normaalseks sõltub paljuski regionaalsest ja kohalikust riski hindamisest ja kõrgemas etappi üle viimise määrast. Arenenud maades tehtud uurimused "alternatiivse sünnitusabi" kohta annavad sünnituse ajal üleviimiste protsendiks 20%. Sama suur arv naisi viidi üle raseduse ajal. Korduvsünnitajate osas on üleviimiste arv palju väiksem kui esmasünnitajate osas (Mac Vicar 1993, Hundley 1994, Waldenström 1996.) Nende uurimuste käigus hinnatakse riski väga hoolikalt, mis tähendab, et kõrgemas etappi saadetakse palju selliseid naisi, kelle rasedus lõpeb normaalse sünnitusega. Teistes tingimustes võib edasisuunamiste arv olla väiksem.

Üldiselt võib 70-80 % kõikidest rasedatest pidada sünnitustegevuse algul madalariskilisteks ja sel juhul on oodata füsioloogilist sünnitust. Abi eesmärk on tagada terve ema ja laps vähima võimaliku vahelesegamiste tasemega. Selline lähenemisviis tähendab, et

**Normaalse sünnituse korral peaks olema tõsine põhjus, et vahele segada loomulikule protsessile.**

Abiandja 4 ülesannet:

- naise, tema partneri ja perekonna toetamine sünnituse ajal ja ka sünnitusjärgsel perioodil.
- sünnitaja jälgimine, loote ja vastsündinu seisundi monitooring, riskifaktorite hindamine, kõrvalekallete varane avastamine.
- vajadusel mõnede väheste sekkumiste teostamine (amniotoomia, episiotoomia), vastsündinu hooldus peale sündi
- suunamine kõrgemasse etappi, kui ilmnevad riskifaktorid või komplikatsioonid, mis õigustavad seda.

Ämmaemand on kõige sobivam ja tasuvam abiandja tüüp, kes on määratud hoolitsema normaalse raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi eest. Siia kuuluvad ka riski hindamine ning komplikatsioonide tuvastamine (WHO).

FIGO XIII Maaailma Kongressi Üldassamblee (Singapur 1991) poolt tunnustatud soovitusel on järgmised:

- Et sünnitusabi oleks naistele hästi kättesaadav, siis peaks iga sellealane tegevus olema teostatud kõige perifeelsemal tasemel, kus see on võimalik ja ohutu.
- Et olemasolevaid inim- ja rahalisi ressursse kõige tõhusamalt kasutada, peaks iga sünnitusabialast tegevust teostama väikseima väljaõppega isikud, kes on võimelised seda tegema ohutult ja efektiivselt.
- Paljudes maades vajavad väikestes tervisekeskustes töötavad ämmaemandad ühiskonnapoolset toetust kõrgemal tasemel, et anda efektiivset sünnitusabi.

Need soovitusel viitavad ämmaemandale kui põhilisele sünnitusabi andjale väikestes tervisekeskustes, kodudes ning haiglates (WHO, 1996).

Naised ja nende pereliikmed vajavad teadmisi, oskusi, tuge ja nõustamist seoses raseduse, sünnituse, sünnitusjärgse perioodi ja lapsevanema rolliga ja ämmaemand on sobivaim spetsialist selle teenuse pakkumiseks.

Rasedus on eriline aeg terviseteadete jagamiseks. Naised on vastuvõtlikumad ja motiveeritumad, kui kunagi varem elus. Neil on kõrge vajadus uute teadmiste ja oskuste vastu kiiresti muutuvas olukorras toimetulekuks. Sellel eluperioodil omandatud ja kasutatud terviseharjumused omavad pika-ajalist mõju nii ema, pere kui ka sündiva ja kasvava lapse tervisele ning heaolule. Samas sõltub naise teadmiste tasemest õigeaegne abi järele pöördumine võimalike kõrvalekallete puhul.

Ämmaemanda tervisenõustamine rasedale ja tema perele sisaldab järgmisi teemasid:

- tervislikud eluviisid ja harjumused raseduse ajal ja edaspidi
- raseduse füsioloogia, rasedusaegsed vaevused, nendega toimetulek, ohuseisundite äratundmine
- loote areng ja tema seisundi tajumine
- peresuhted ja lapsevanema rolli kujunemine
- positiivse hoiaku kujundamine sünnitamiseks ja imetamiseks
- sünnituse füsioloogia ja sünnituse alguse selgitamine, enese abistamise viiside õpetamine sünnitamiseks, tugiisiku rolli selgitamine
- sünnitusjärgse perioodi füsioloogia ja taastumise selgitamine, ohuseisundite äratundmine emal ja vastsündinul
- vastsündinu ja imiku areng, hooldamine ja toitmine,
- imetustehnika õpetamine,

Sünnituseks ettevalmistavad treeningud (võimlemine rasedatele, vesivõimlemine, sünnitusasendite, hingamise, keskendumise ja tugiisikuga koostöö harjutamine) on samuti ämmaemanda töö, mis toetab raseduse ja sünnituse füsioloogilist kulgemist ning loob paremad tingimused sündivale lapsele.

**Kõigil naistel on õigus olla informeeritud ning teha optimaalseid valikuid enese ja oma tulevase lapse tervise huvides saades selleks nõu ja toetust ämmaemandalt.**  
**Kõigil naistel olenemata rasedusriskist on õigus ämmaemandusabile - riski ja kõrge riskiga rasedad vajavad lisaks eriarstiabile ka ämmaemanda tähelepanu ja hoolt, et olla valmis eelolevaks sünnituseks ja lapsevanema rolliks.**  
**Ämmaemand on kompetentne sünnitusabi andja, keda on eelkõige ette valmistatud normaalse sünnituse vastuvõtmiseks.**  
**Kõigil naistel on õigus arstiabile.**  
**Kõigil emadel ja nende peredel on õigus saada informeeritud ning teha optimaalseid valikuid vastsündinu eest hoolitsemiseks.**

Ämmaemandaid koolitatakse Eesti riigi s.t. meie kõigi rahadega. Ämmaemandatest tööjõu mittesihipärane kasutamine on meie riigi praeguses olukorras lubamatu luksus. Paljude arenenud riikide uuringud näitavad, et kõrgel tasemel sünnitusabi näitajad on reeglina neis riikides, kus on tugev ämmaemandus teenus (Põhjamaad).

Ämmaemandus teenus on odavam kui eriarstiabi ja vähendab kulutusi tervishoius nii otseselt (tööjõukulu) kui ka kaudselt (tervisedendamise ja ennetus).

Praegu on osa ämmaemandusteenuseid seotud komplekshinna sisse, mis võimaldab ämmaemanda töö varjamist. Paljudes kohtades kirjutatakse ämmaemandate poolt tehtud töö eriarstiabi arvele. Teenused tuleb tasustada arvestades reaalse isikute poolt realselt tehtud tööd. Ämmaemandus teenused tuleb kehtestada arvestades EU direktiivi 80/155/EEC artikkel 4 nõudeid. Komplekshinnad tuleb sellisel kujul kaotada ja töötada välja ämmaemandus teenuste hinnad.

Tervishoiukorraldus peaks tunnustama emadust (rasedust, sünnitust, sünnitusjärgset aega) kui naise organismi füsioloogiat (mis üldjuhul ei vaja arstlikku järelvalvet) ja ämmaemandat kui professionaalset teenuse pakkujat.

Hädavajalik on tegevusvaldkondade kaardistamine ämmaemandate, günekoloogide ja perearstide poolt, et teenuse pakkumisel oleks arvestatud

- abi andja kvalifikatsiooni ja pädevust
- rahalist otstarbekust
- abi turvalisust ja vastavust kvaliteedinõuetele
- kliendi vajadusi ja arvamust.

Tervishoiu arengusuunad maailmas on:

- ambulatoorse võrgu osakaalu suurendamine, esmatasandi arstiabi edendamine
- haiglaravi osakaalu vähendamine ja haiglaravi kestvuse märgatav lühendamine

Vajadus ämmaemandate järele tõuseb lähemal kümnendil seoses:

- töö- ja puhkeaja seaduse rakendamisega
- naistearstide seniste tööülesannete osalise liikumisega ämmaemandatele ja perearstidele
- naistearstide arvu planeeritava vähenemisega
- tööülesannete lisandumisega statsionaaris töötavatele ämmaemandatele seoses õigusega iseseisvalt juhtida normaalset sünnitust ja sünnitusjärgset perioodi
- vajadusega tagada kvaliteetne postnataalne hooldus emadele ja vastsündinutele, mida ei taga perearstisüsteem
- noortenõustamiskeskuste võrgu laienemisega ja vajadusega reproduktiivtervise riikliku programmi eduka rakendamise järele

Tuleb luua võimalused iseseisvate teenuste osutamiseks ämmaemanduse valdkonnas. Kasvab ämmaemandate arv, kes osutavad ämmaemandusteenust füüsilisest isikust ettevõtjana. Tekivad ämmaemandusteenust osutavad äriühingud – ämmaemanduskeskused.

Personalipoliitika peaks võimaldama ämmaemandal töötades maksimaalselt kasutada oma kutseoskusi. Loomulikult on raske korraldada, et ämmaemanda töö sisaldaks nii rasedate jälgimist, sünnituste vastuvõtmist kui ka sünnitusjärgset hooldust ja lisaks sellel tervisekasvatust. Rotatsioon tervishoiuasutustes erinevates osakondades ja iseseiva töötamise õigus lahendavad selle kitsaskoha. Iseseivalt töötavad ämmaemandad on motiveeritud teenindama oma kliente kõikides ämmaemandus teenuse vajadustes. Mudeleid sellistest töötamise viisidest võib arenenud ämmaemandusega riikidest tuua mitmeid.

Ainult niiviisi saame rääkida tugevast, konkurentsivõimelisest ja arenevast ämmaemandusest ning stabiilselt tõusvast ämmaemandus teenuse kvaliteedist.

2005.aastaks:

- ämmaemandusala reguleeriva seadusandluse väljatöötamine
- optimaalse emadushooldusteenuse identifitseerimine kõigil tasanditel
- ämmaemandus teenustele haigekassa hindade kehtestamine
- ämmaemandate kvalifikatsiooni tõus ja arvu suurenemine
- rotatsiooni käivitumine ämmaemandusteenust pakkuvates tervishoiuasutustes
- kvalifitseeritud ämmaemandate töötamine esmatasandil
- võimaluse loomine iseseisvate teenuste osutamiseks ämmaemandate poolt
- ämmaemandusala õpetajad meditsiini koolides on kutsekõrgharidusega ämmaemandad
- esimeste kutsekõrgharidusega ämmaemandusjuhtide rakendamine sünnitusabiasutustes
- arsti ja kvalifitseeritud ämmaemanda suhtarvu tõus 1:2,5
- ämmaemandaid puudutavate registriandmete täpsem analüüsimine
- ämmaemandate koolitusvajaduse ja tööjõu täpsem planeerimine, reguleerimine ja statistiline arvestus

### **2010. aastaks:**

- **koostöö erinevate tasandite vahel emadushoolduses abi jätkuvuse tagamiseks**
- **ämmaemandusabi individualiseerimine - areng kliendikesksuse suunas**
- **ämmaemandusjuhtimise arenemine - ämmaemandusjuhid on 100% kõrgharidusega**
- **iseseisvate ämmaemandusteenuste arenemine: kasvab FIE-na teenust osutavate ämmaemandate arv; rajatakse esimesed äriühingud - ämmaemanduskeskused**
- **suureneb tööjõu vaba liikumine EU liikmesriikide vahel**
- **antakse välja ämmaemandusõpikuid ja muud kutsealast kirjandust**
- **avatakse ämmaemanduse magistriõpe Eestis**
- **meditsiinikoolides on esimesed akadeemilise kutseharidusega õppejõud**
- **ämmaemandate aktiivne osalemine emadushooldust puudutavate seadusaktide väljatöötamisel**
- **arst ja ämmaemanda suhtarvu tõus 1:3,5**

### **2015.aastaks:**

- **valdav osa 80% ämmaemandaid on kutsekõrgharidusega**
- **ämmaemandusjuhtide haridus on valdavalt magistri tasemel**
- **ämmaemandusala õppejõud valdavalt magistritasemel**
- **kõrgel tasemel ja konkurentsivõimeline ämmaemandusteenus**
- **arsti ja ämmaemanda suhtarvu tõus 1:4**

2.2.1 tervishoiuteenuste prognoos koos põhjendusega (teenuste jaotus statsionaarse ja ambulatoorse tervishoiuteenuse vahel)



Ämmaemanda poolt osutatav ehk ämmaemandusteenus jaguneb vastavalt ämmandakutse valdkondadele:

1. Ämmaemandus tervisekasvatases ja pereplaneerimises
2. Ämmaemandus raseduse puhul
3. Ämmaemandus sünnituse puhul
4. Ämmaemandus sünnitusjärgsel perioodil
5. Ämmaemandus naistehaiguste puhul

Ämmaemanduse tervishoiuteenuseid võib ämmaemand osutada

- ämmaemandusteenuse tegevusluba omava tervishoiuasutuse koosseisus töövõtjana,
- ämmaemandusteenuse tegevusluba omavas äriühingus
- iseseisvalt ämmaemandusteenuse tegevusluba omava füüsilisest isikust ettevõtjana.

**A. Ämmaemandusteenus tervisekasvatases ja pereplaneerimises sisaldab:**

- 1) Turvalise ja privaatses keskkonna tagamine lähtuvalt kliendi/patsiendi individuaalsetest vajadustest
- 2) Seksuaalsuse- ja arengualane nõustamine
- 3) Reproduktiooni- ja kontseptsioonialane nõustamine
- 4) Kontratseptsioonialane nõustamine ja kontratseptiiviresepti väljakirjutamine
- 5) Nõustamine enne ja pärast raseduse katkestamist ning raseduse katkemise järgselt
- 6) Sugulisel teel levivate haiguste ennetamine (sh. profülaktilise günekoloogilise läbivaatuse teostamine )
- 7) Arsti poolt määratud ravi teostamine
- 8) Antibakteriaalse ravi ja ravimite määramine vastavalt ämmaemanda pädevusele (kandidoos, vaginoos, ...)
- 9) Naistehaiguste ennetamine, üleminekueas naiste nõustamine (sh. HAS retsept)
- 10) Nõustamine seksuaalvägivalla korral
- 11) Seksuaalhariduslik töö gruppidega

Vajadusel suunatakse ravile ja edasistele uuringutele ning konsulteeritakse naistearstiga.

Ämmaemandal on õigus väljastada retsepti vastavalt oma pädevusele.

Ambulatoorne:

1. Ämmaemanda visiit
2. Terviseedenduslik töö rühmades erinevate elanikkonna gruppidega

**B. Ämmaemandusteenus rasedale sisaldab:**

- 1) Turvalise ja privaatses keskkonna tagamine lähtuvalt kliendi/patsiendi individuaalsetest vajadustest
- 2) Anamneesi kogumine, läbivaatus
- 3) Raseduse diagnoosimine, raseduse kestvuse ja sünnitustähtaja määramine
- 4) Füsioloogilise raseduse kulu jälgimine, raseda läbivaatus
- 5) Loo te seisundi hindamine (vajadusel KTG)
- 6) Rasedusaegsete analüüsides ja uuringute teostamine ja määramine (UHD eriväljaõppe olemasolul)
- 7) Raseduse patoloogia tundmine ja rasedusriski hindamine ning olukorrale vastav tegutsemine
- 8) Ravi ja ravimite määramine vastavalt ämmaemanda pädevusele (kerge aneemia, soor, vaginoos...)
- 9) Arsti poolt määratud ravi teostamine
- 10) Raseda ja tema pere nõustamine järgnevas:
  - h) raseduspuhused füsioloogilised muutused ja ohutunnused

- i) võimalikud vaevused, nende leevendamine
  - j) hügieen
  - k) seksuaalsus
  - l) toitumine
  - m) liikumine ja töö (sealh. ka liikumisravi läbiviimine rasedale eriväljaõppe olemasolul)
- 11) Pere ettevalmistamine sünnituseks ja lapsevanema rolliks
- 12) Raseduse kulu dokumenteerimine

Raseduse füsioloogilise kulu puhul võib naine käia jälgimisel ka ainult ämmaemanda juures – see olgu tema vaba valik.

Oluline on naise õigus pöörduda raseduse jälgimiseks ämmaemanda poole ilma naiste- või perearsti suunamiseta.

Ämmaemandal peab riski suurenemisel või kõrvalekallete tekkimisel olema alati võimalus suunata rase naistearsti jälgimisele ja konsultatsioonile.

#### Ambulatoorne:

##### 1. Ämmaemanda visiit:

1) Raseduse tuvastamine, anamneesi võtmine, arvele võtmine, riski määramine, analüüside võtmine ja uuringutele suunamine 1 x raseduse jooksul

2) Raseduse kulu jälgimine, riski korduv hindamine, analüüside võtmine, uuringutele suunamine ja raseda nõustamine vast. osutatud teenustele

##### 2. Terviseedenduslik töö rühmades erinevate elanikkonna gruppidega sealh. Perekool rasedatele ja tugiisikutele

- tervisenõustamine 6 korda raseduse jooksul
- sünnituseks ettevalmistavad treeningud 10 korda raseduse jooksul

Statsionaarne: raseduspuhuste haiglaravi nõudvate kõrvalekallete ilmnemisel osutavad ämmaemandid ööpäevaringset hooldust, osalevad ravi- ja diagnostikaprotseduuride läbiviimisel sünnieelsetes, naiste- jm. osakondades.

#### **C. Ämmaemandusteenus sünnitajale sisaldab:**

- 1) Turvalise ja privaatses keskkonnas tagamise lähtuvalt kliendi/patsiendi individuaalsetest vajadustest
- 2) Anamneesi kogumise
- 3) Sünnituse füsioloogilise kulu jälgimise, sünnitaja läbivaatuse:
  - a) Sünnitaja üldseisundi jälgimise
  - b) Kõhu välise vaatluse, mõõtmise ja palpatsiooni
  - c) Täieliku vaginaalse vaatluse
  - d) Sünnitustegevuse hindamise ja dokumenteerimise (partogramm).
- 4) Loote seisundi jälgimise sünnituse ajal (stetoskoop, KTG)
- 5) Sünnitaja abistamise, sünnituse juhtimise ja vastuvõtmise
- 6) Sünnituse valutustamise mittemedikamentoossete võtete kasutamise
- 7) Sünnituse patoloogia ja tüsistuste tundmise ning olukorrale vastav tegutsemise. Kõrvalekallete avastamisel kiire ja adekvaatne tegutsemise koostöös teiste medikutega
  - veenitee rajamine
  - ravimite manustamine
  - üleviimise (transpordi) korraldamine
  - esmaabi võtete rakendamine vastavalt olukorrale
  - elustamine
- 8) Vastsündinu seisundi hindamise (Apgari hinne)

- 9) Vastsündinu esmase hoolduse ja läbivaatuse
  - hingamisteede puhastamine vajadusel
  - kehatemperatuuri säilitamise eest hoolitsemine
  - nahk-naha kontakti soodustamine
  - varase imetamise algatamine
- 10) Vastsündinu elustamise ja kogu muu vajaliku initsiatiivi võtmise vajadusel
- 11) Verejooksu profülaktika (varase imetamise soodustamise, vajadusel oksütotsiini kasutamise)
- 12) Platsenta ja lootekestade terviklikkuse hindamise
- 13) Sünnitusteede revisiooni ja terviklikkuse taastamise (v.a. III ja IV järk)
- 14) Arsti poolt määratud ravi ja medikamentoosse valutustamise teostamise (induktsioon, stimulatsioon, tokolüüs, intensiivravi jne.)
- 15) Arsti abistamise sünnitusabioperatsioonide teostamisel
- 16) Ekstreemsetes olukordades abi osutamise nagu
  - a. vaakumekstraktsioon
  - b. emakaõõne revisioon, platsenta manuaalne eemaldamine
  - c. verejooksud
  - d. mitmikute sünd
  - e. vaagnaotsseisud
  - f. nabaväadi väljalangus
  - g. eklampsia
- 17) Dokumenteerimise
  - a. sünnituse kulu dokumenteerimine.
  - b. sünnitusega seotud dokumentide väljastamine.
  - c. dokumentatsiooni nõuetekohane säilitamine.

Statsionaarne: Valdav enamus sünnitusabist osutatakse jätkuvalt statsionaarsetes tingimustes.

Ämmaemand on füsioloogilise sünnituse spetsialist ja sünnituse füsioloogilise kulu puhul on ämmaemandusabi piisav.

Igal naisel on õigus oma ämmaemandale. Ämmaemandusabi peab olema kättesaadav igale sünnitajale.

Kõrvalekallete tekkimisel sünnituse füsioloogilisest kulust on vajalik eriarstiabi. Sel juhul on ämmaemanda kohus informeerida koheselt valves olevat naistearsti ja vajadusel ka teisi spetsialiste ning kutsuda kokku vajalik meeskond sünnitaja abistamiseks. Igal sünnitajal on õigus eriarstiabile.

Ämmaemandal on õigus väljastada ja allkirjastada sünnitusega seotud dokumente, mis kajastavad tema tööd (nagu sünnitõend, sünnikaart)

Ämmaemandusabi dokumenteeritakse ämmaemandusloos kooskõlas sünnituslooga.

Ämmaemandal on õigus väljastada lihtsamaid retsepte vastavalt oma pädevusele.

Ambulatoorne: Ambulatoorest sünnitusabiteenust osutatakse madala rasedusriskiga ja füsioloogilise sünnituse kuluga patsientidele nende nõudmisel. Ambulatoorset sünnitusabi teenust osutatakse kas patsiendi kodus või ämmaemanduskeskuses vastavalt projekti *Kodusünnituse rakendamise võimalused Eestis* tingimustele. Ambulatoorse sünnitusabi osutamiseks peab olema tegevusluba.

#### **D. Ämmaemandusteenus sünnitusjärgses perioodis naisele ja vastsündinule sisaldab:**

- 1) Turvalise ja privaate keskkonna tagamise lähtuvalt kliendi/patsiendi individuaalsetest vajadustest
- 2) Sünnitusjärgse perioodi füsioloogia tundmise, sünnitanu läbivaatuse, seisundi jälgimise ja hindamise

- 3) Sünnitanu nõustamise ja juhendamise füsioloogilise sünnitusjärgse perioodi ning taastumise korral, informeerimise võimalikest ohutunnustest
- 4) Sünnitusjärgse perioodi patoloogia ja tüsistuste tundmise, nende ilmnemisel olukorrale vastava tegutsemise
- 5) Vastsündinua iseärasuste tundmise, läbivaatuse, seisundi hindamise ja jälgimise, vajadusel toitmise ja hooldamise
- 6) Vanemate nõustamise vastsündinu ja imiku füsioloogilise arengu, toitmise ja hooldamise osas, informeerimise võimalikest ohutunnustest
- 7) Vastsündinute patoloogia tundmise ja olukorrale vastava tegutsemise
- 8) Imetusprotsessi füsioloogia tundmise ning vanemate nõustamise vastsündinu ja imiku imetamisel
- 9) Vanemate nõustamise sünnitusest taastumise, imetamise ja vastsündinu osas eriolukordades (väärarengud, surnult sünd, enneaegne vastsündinu, haige vastsündinu)
- 10) Sünnitusjärgse perioodi dokumenteerimise
- 11) Sünnitusjärgsel perioodil arsti poolt määratud ravi teostamise nii emal kui ka vastsündinul, teatud juhtudel lihtsama ravi määramise.

Statsionaarne:

Sünnitusjärgne ema ja vastsündinu jälgimine, hooldamine, abistamine ning nõustamine toimub valveämmaemanda poolt;

Naiste- või lastearst kutsutakse välja kõrvalekallete ilmnemisel. Abi andmine toimub meeskonnas ämmaemand koostöös naiste- ja lastearstide, vajadusel ka anestezioloogide, anestesistide, kirurgide jt.;

Vastsündinute hooldamine ja ema ning pere nõustamine imetamisel ja teistes lapsega seotud küsimustes on ämmaemanda töö.

Sünnitanud naiste ja vastsündinute erivajaduste tõttu on vajalik emadushoolduskoolitusega hooldusõe olemasolu osakonnas.

Varase kojumineku puhul 24 tundi pärast sünnitust korraldab tervishoiuasutus ämmaemandusabi selliselt, et oleks garanteeritud ämmaemandushooldus samal tasemel, kui tervishoiuasutuses viibivale emale, tema perele ja vastsündinule. See tähendab ämmaemanda kahte koduviiti teisel-kolmandal ja neljandal-viiendal päeval pärast sünnitust. Ema ja vastsündinu seisundi hindamist ja kõrvalekallete puhul adekvaatse abi hankimist koostöös eriarstide ja teiste spetsialistidega.

Ambulatoorne:

1. Ämmaemanda esmane sünnitusjärgne koduviit kõigile sünnitanud naistele vahemikus 6-10 päeva pärast sünnitust ema ja vastsündinu seisundi hindamiseks, imetamisprotsessi hindamiseks ja nõustamiseks varaste imetamisprobleemide puhul.
2. Ämmaemanda korduv visiit (kodune või ambulatoorne) kuni sünnitusjärgse perioodi lõpuni 6 nädalat pärast sünnitust.

**E. Ämmaemandusteenus günekoloogilistele patsientidele sisaldab**

- 1) Naistehaiguste ja sugulisel teel levivate haiguste ennetamise, leviku, põhjuste, kliiniliste tunnuste, kulu, diagnostika ja ravipõhimõtete tundmise ning selgitamise patsiendile.
- 2) Arsti poolt määratud ravi teostamise ja antibakteriaalse ravi ja ravimite määramise vastavalt ämmaemanda pädevusele (kandidoos, vaginoos, ...)
- 3) Nõustamise ja vajadusel adekvaatse suunamise järgmistel juhtudel
  - kontratseptsioon
  - üleminekuiga ja naise elu perioodid (sealh. hormoonasendusravi jälgimine)
  - seksuaalvägivald
  - raseduse katkestamise eelselt ja järgselt
  - raseduse katkemise järgselt

4) Sugulisel teel levivate haiguste ennetamise sh. profülaktilise günekoloogilise läbivaatuse teostamise (sealh. emakakaela ja rinnanäärme pahaloomuliste kasvajate varajaseks avastamiseks)

5) Dokumenteerimine

Ambulatooriumis: Valdav enamus ennetavast tööst (pereplaneerimise ja suguhaiguste vältimise osas) tehakse tulevikus perearstide ja ämmaemandate poolt (ENS).

Vajalik ämmaemanda iseseisva vastuvõtu ja retsepti kirjutamise õigus.

Statsionaaris: Ämmaemandad koos õdedega ja teiste meeskonna liikmetega töötavad günekoloogia osakondades ja viivad läbi arsti poolt määratud raviprotseduure, hooldavad, jälgivad ja abistavad günekoloogilisi patsiente. Omavaheline tööjaotus on patsiendikeskne ja lähtub ämmaemandusabi vajadusest.

Ämmaemanda abi vajavad tingimata patsiendid:

- raseduse katkemisega
- raseduse katkestamisega
- hilisheidenditega
- viljakuse probleemidega
- pere- jm. vägivalda probleemidega.

Günekoloogia osakonna puhul on vajalik statsionaarne ämmaemanda ööpäevane valve, mis peab olema tagatud 2005.aastaks.

#### **Ämmaemandusteenuste loetelu:**

##### Ämmaemandusteenused ambulatooriumis ja/või kodus:

Ämmaemanda vastuvõtt rasedale esmane

Ämmaemanda vastuvõtt rasedale korduv

Ämmaemanda sünnitusabi

Ämmaemanda varane sünnitusjärgne vastuvõtt (ema ja vastsündinu)

Ämmaemanda sünnitusjärgne vastuvõtt (ema ja vastsündinu) esmane

Ämmaemanda sünnitusjärgne vastuvõtt (ema ja vastsündinu) korduv

Ämmaemanda profülaktiline vastuvõtt (koos kontratseptsiooninõustamisega vajadusel)

Ämmaemanda terviseedenduslik töö rühmades.

##### Ämmaemandusteenused statsionaaris:

Ämmaemandusabi kõikidele statsionaarset ravi vajavatele rasedatele

Ämmaemandusabi kõikidele sünnitajatele

Ämmaemandusabi kõikidele sünnitanutele ja vastsündinutele

Ämmaemandusabi osale günekoloogilistest patsientidest

Ämmaemanda terviseedenduslik töö rühmades

##### Ämmaemandal on õigus iseseisvalt retsepti välja kirjutada järgmistel juhtudel:

- 1. esmane ja korduv peroraalse hormonaalse kontratseptsiooni retsept (sh. hädaabikontratseptsioon)**
- 2. hormoonasendusravi korduvretsept** (Patsientide riskiselektsioonil arvestatakse olemasolevaid ENS ja EPPL poolt välja töötatud juhendeid).
- 3. preparaadid tupepõletike raviks ühekordse ravikuurina** (Toimub vastavalt STLI ravijuhendile.)
- 4. antibiootikumid ühekordse ravikuurina**
- 5. emakakontraktsioonivahendid**

Ämmaemandal ei ole õigust välja kirjutada alljärgnevat ravimeid ja aineid:

- **narkootilised ravimid**

- **uinutid**
- **rahustid**
- **immunoloogilised ravimid**
- **radiofarmatseutilised ravimid**

Antibakteriaalseid ravimeid on ämmaemandal õigus välja kirjutada ühe ravikuuri ulatuses.

### **2.2.1 prognoos ja põhjendus iseseisva tervishoiuteenuse osutamise võimalustest koos planeeritava teenuse mahuga**

Igal ämmaemandal on õigus osutada iseseisvaid tervishoiuteenuseid oma kutsealal.

Ämmaemandal on õigus moodustada selleks äriühinguid või tegutseda FIE-na oma kutsealal.

Iseseisva ämmaemandusteenuse osutamiseks on vajalik ämmaemanduse tegevusloa olemasolu. Tegevusloa taotlemise aluseks on kutsealane pädevus – kvalifikatsioon.

Ämmaemand lähtub oma iseseisvas kutsealases tegevuses EV seadustest, teistest õigusaktidest ja headest tavadest.

Esimesed iseseisva töötamise õigusega – tegevusloaga - ämmaemandad tekivad niipea, kui luuakse vastav määrustik, kuid ilmselt ei ületa nende arvukus esialgu 1-2% ämmaemandate koguarvust.

Põhimõtteliselt on võimalik kogu ämmaemandusabi viia iseseisvate teenuste osutamiseni. Seda enam, et ämmaemanda töö oma olemuselt on enamasti iseseisev koostöös teiste spetsialistidega. Koostööd on võimalik sätestada lepingutes, mida ämmaemandusteenust osutavate tervishoiuasutuste juhid võivad sõlmida ämmaemandate kui FIE-dega. Sellisel viisil oleks loodud parimad tingimused kutsealase kvalifikatsiooni säilimiseks ja tõusmiseks.

Esialgu jääb enamus ämmaemandaid siiski tööle ämmaemandusteenust osutavate tervishoiuasutustesse töövõtjatena. Aastaks 2015 ei ületa iseseisvalt töötavate ämmaemandate arv ilmselt 15% ämmaemandate koguarvust, kuid seda ei tule võtta piiranguna. Tööturg tuleb ämmaemanda jaoks vabastada, see toob kaasa nii ämmaemandusteenuse kvaliteedi tõusu kui ka teenuse osutajate töö- ja palgatingimuste paranemise.

### **2.2.2 nõuded iseseisvaks tervishoiuteenuse osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile**

Käesolev dokument sätestab nõuded ambulatoorse ämmaemandusteenuse iseseisvaks osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile.

#### **A. Nõuded ruumidele**

**Asukoht.** Ämmaemanda tegevuskoha ruumid võivad paikneda kas tervishoiuteenuste osutamiseks projekteeritud ja ehitatud ruumides või muus avaliku otstarbega hoones. Ruumid peavad olema ämmaemanda tegevusele vastava funktsionaalse lahendusega. Elumajadesse lubatakse planeerida ruume eraldatud eluruumidest tingimusel:

- ruumidesse on sissepääs eraldi eluruumide sissepääsust

- on olemas kõigi korteriomanike või korteriühistu kirjalik nõusolek ühise sissekäigu kohta.

**Ruumid.** Ämmaemanda tegevuskohas peavad olema vähemalt järgmised vajalikud ruumid:

Ruumi nimetus	Pindala, m <sup>2</sup>
Vastuvõturuum	12 x 2 või 16
Ooteruum	9
WC	3
Abiruum	2x2

Ruumide pindala võib olla kuni 5% väiksem lubatud suurusest.

Vastuvõturuum ei tohi paikneda hoone keldrikorrusel.

Ruumidesse peab olema võimalus siseneda ratastoolis.

Ruum peab võimaldama privaatsust ja konfidentsiaalsust.

Ruumides on lubatud kasutada neid ehitus- ja viimistlusmaterjale, mille tootja sertifikaadi on aktsepteerinud Tervisekaitseinspeksioon.

Ruumide kõik pinnad peavad olema siledad, vett mitteimavast materjalist, et võimaldada niisket koristust ja desinfektsiooni.

Ruumides peab olema sooja ja külma vee varustus, kanalisatsioon ja väljatõmbeventilatsioon.

Kõikides ruumides on nõutav tehisvalgustus. Vastuvõturuumides ja ooteruumis peab olema ka loomulik valgustus.

Vastuvõturuumis peavad olema ühendusvõimalused side- ja arvutivõrguga.

## B. Nõuded sisseseadele

Ämmaemanda tegevuskohas peavad olema:

- 1) ämmaemanda töölaud ja tool
- 2) toolid kliendi ja tema saatja(te) jaoks
- 3) tööpinnaga kapp töövahendite paigutamiseks ja instrumentide laud
- 4) meditsiiniline kushett
- 5) günekoloogiline tool
- 6) imiku läbivaatuslaud
- 7) täiskasvanute kaal
- 8) imikukaal (soovitavalt kaasaskantav)
- 9) arvuti ja printer
- 10) teisaldatav kohtvalgusti
- 11) külmkapp analüüside säilitamiseks

Vastuvõturuumis peab olema kliendile riietumiseks eraldatud ruumiosa.

Ämmaemanda tegevuskoha sisseseade ja aparatuuri paigaldus ning kasutamine peab olema tööohutusnõuete kohane.

Sisseseade vajadus oleneb ka osutatava teenuse liigist. Teenuseid, mis ei vaja spetsiaalset sisseseadet ja aparatuuri (raseda antenataalne jälgimine teatud kordadel ning ema ja vastsündinu postnataalne visiit), võib ämmaemand osutada kliendi kodus võttes kaasa vajalikud töövahendid.

## C. Nõuded vahenditele

Ämmaemanda tegevuskohas peavad olema:

- 1) vahendid visiitide dokumenteerimiseks elektroonilisel ja/või paber kandjal
- 2) vererõhumõõtja ja fonendoskoop
- 3) stetoskoop või käsidoopler (KTG-aparaat teatud juhtudel)
- 4) mõõdulint
- 5) termomeeter
- 6) läbivaatuseks vajalikud instrumendid ja vahendid
- 7) günekoloogiliste analüüside võtmiseks vajalikud vahendid ja rasedustestid

**D. Ämmaemanda varustus kodusünnitusel (vastavalt ENS, EÄÜ ja EKTÜ ühisprojektile):**

Mobiiltelefon

Sünnituse dokumentatsioon

Vererõhu mõõtmisaparaat ja fonendoskoop, stetoskoop või dopler loote südamelöökide auskuldeerimiseks.

termomeeter

steriilsed kindad (5)

sünnituse vastuvõtmise komplekt

aspiratsioonisüsteem või väike balloon vastsündinu suu puhastamiseks

nabakumm või -klemm

ühekordsed süstlad

veenikanüülid (erinevad suurused)

tilkinfusiooni süsteem

õmblusmaterjal ja nõelad

tutikud

kinnitusplaastrid

kilekindad

mõõdulint

imikukaal

Instrumendid:

- 4 klemmi
- kuultangid
- korntangid
- 3 käärid
- sünnitusjärgsed tupepeeglid
- nõelahoidja

Ravimid:

- Sol. NaCl 0,9% 500,0 2 orig.
- Sol. Gelafusin või Rheomacrodex`i 1 orig.
- Sol. Oxytocini 1ml No 5 1 orig.
- MgSO4 24% - 10,0 1 orig.
- Sol. Diazepam 1 orig.
- desinfitseerimiseks piiritust ja Bacilloli vms.des.vahendit
- Anti-D globuliin Rh negatiivse naise puhul profülaktika teostamiseks
- Elustamisvahendid anafülaktilise shoki puhuks ning AMBU vastsündinule ja hapnik

**2.3 Personali planeerimine - personali vajadus ja hõive (absoluutarvudena ja suhtearvuna 10 000 elaniku kohta), personali optimaalne töökoormus**



**Ämmaemandate soovituslik suhe eriarstidega: 4 ämmaemandat 1 günekoloogi kohta.**

Aastaks 2015 on planeeritud naistearste 1,4 10 000 elaniku kohta (absoluutarvus 193), seega ootuspärane ämmaemandate arv selleks ajaks on 5,6 iga 10 000 elaniku kohta ehk absoluutarvuna 772 ämmaemandat. Seda muidugi juhul, elanike arv jääb ligikaudu samaks, ämmaemandad saavad õiguse kutsealaseks tegevuseks kõikides valdkondades ning ämmaemandate töö tervishoiuasutustes saab reguleeritud ja normeeritud.

**Ämmaemandate optimaalne absoluutarv:**

1999 a. oli Eestis 554 ämmaemandat, asustus oluliselt tihedam just suurtes linnades. 2015 aastaks on planeeritud 772 ämmaemandat lähtuvalt ämmaemanduse ees seisvatest ülesannetest, naistearstide absoluutarvust 193 ja arstide ämmaemandate soovituslikust suhtest 1:4.

Ämmaemandate absoluutarvu kasv on järk-järguline:

2005 a. – 550 eriarstidega suhtes 1:2,5

See tähendab esialgu kvalifitseeritud ämmaemandate arvu suurendamist ja õena töötavate ämmaemandate tagasitoomist kutsealale.

2010 a. – 676 eriarstidega suhtes 1:3,25

2015 a. – 772 eriarstidega suhtes 1:4

Ämmaemandate arvu suurenemine on võrdeline naistearstide arvu vähenemisega.

**Ämmaemandate optimaalne töökoormus**

Statsionaaris:

Ämmaemand/patsient suhe -

	päeval	öösel
Intensiivravi III aste	1:1	1:1
II aste	1:2	1:2
I aste	1:4	1:4
Sünnitusosakond	1:2	1:2
Sünnitusjärgne osakond	1:8	1:12

Eesmärgiks on iga aktiivses faasis sünnitaja jaoks 1 ämmaemand. Tavaliselt on suuremates sünnitusosakondades erinevas faasis sünnitajad ja rohkem ämmaemandaid, mis võimaldab töökoormuse ühtlustamist.

Sünnitusjärgses osakonnas tuleb arvestada, et kui ämmaemanda hoole all on ka vastsündinud, siis tuleb neid lugeda erivajadustega patsientideks, kes vajavad täiskasvanutest enamgi hoolt ja tähelepanu. Ema ja vastsündinu on eraldi patsiendid.

Ühendatud osakondades tuleb arvestada, et kui ämmaemandal on aktiivses faasis sünnitaja, siis peab osakonna teiste patsientide jaoks olema teine ämmaemand.

Ambulatoorne töö:

Optimaalseks tuleks pidada ämmaemandate võimalikult kombineeritud töölerakendamist:

- rasedate antenataalsed visiidid
- töö sünnitusosakonnas ja intensiivis
- töö sünnitusjärgsetes osakondades ja postnataalsed visiidid
- profülaktilised visiidid
- tevisedenduslik töö rühmades

mis tagab kõige paremini kutsealase kõrge kvalifikatsiooni.

Optimaalne töökoormus ambulatooriumis on 2 patsienti tunnis, mis teeb 16 patsienti päevas, 80 töönädala jooksul ning umbes 3000 ambulatoorset visiiti aastas ühe ämmaemanda kohta, kui ta tegeleb ainult ambulatoorse tööga.

Ühele kliendile osutatav ideaalne teenuste pakett:

- 1 raseda esmane vastuvõtt
- 7 x korduvad vastuvõttud
- Tervise-edenduslikud loengud rühmas x 6
- Sünnitusettevalmistus treeningud rühmas x 10
- Sünnitus
- Varane sünnitusjärgne hooldus (esimesed 6 tundi)
- 2 sünnitusjärgset varast visiiti II ja III päeval pärast sünnitust
- 1 esmane sünnitusjärgne visiit kodus
- 2 korduvat sünnitusjärgset visiiti
- 1 profülaktiline vastuvõtt koos kontratsepsiooninõustamisega esmane
- 1 korduv profülaktiline vastuvõtt

Kogupakett ühele kliendile sisaldab ämmaemanda tööaega keskmiselt 30 tundi. Sellisel on aastas võimalik teenindada 64 klienti, kui töökoormus on 1,0 kohta ja ei esine töövõime ajutist kaotust.

**Ämmaemandate töökoormuse soovituslikud ajalised normatiivid:**

Ambulatoorne töö:

	<b>esmane visiit</b>	<b>korduv visiit</b>
• <b>Profülaktiline visiit, (koos kontratsepsiooninõustamisega)</b>	30 min. 45 min.	15 min.
• <b>Raseda antenataalne jälgimine</b>		30 min.
- arvelevõtmine	60 min.	
• <b>Sünnitusjärgne visiit (kodus)</b>	60 min.	30 min.

**3. Olemasoleva kutseala regulatsioon ja ettepanekud vajalikeks muudatusteks ja täiendusteks**

Kutseala regulatsioon Eestis on puudulik. Ämmaemanda kutse ja ämmaemandusabi ei ole adekvaatselt defineeritud ning sellest tulenevalt kannatavad ämmaemandate kvalifikatsioon, tööhõive ja kutseala areng.

Eesti on teel Euroopa Liidu liikmesriigiks. Ämmaemandakutse on Euroopas direktiividega rangelt sätestatud. Mitmete dokumentidega on fikseeritud, kes ja millise ettevalmistusega spetsialist on ämmaemand ning millist tööd ta peab tegema. Mõnedes Euroopa riikides on eraldi Ämmaemanda seadus, mis sätestab töövaldkonnad ja pädevustasemed.

2002.a. veebruaris toimunud Eesti tervishoiukorralduse hindamine TAIEX'I ekspertide poolt konstanteeris ämmaemanduse olukorrast kokkuvõtlikult järgmist: ehkki on olemas Tervishoiuteenuse korraldamise seadus, ei ole olemas spetsiifilist ämmaemandust reguleerivat seadusandlust; täiendkoolitusel ei ole seadusega reguleeritud alust; ämmaemanda roll on defineerimata, mis takistab autonoomset praktiseerimist; puudub

kutsealane kraadiõpe. Kõik see ei ole vastavuses EU nõuetega ämmaemanda kutsele ja takistab nii Eesti vastu võtmist liikmesriigiks, kui ka tööjõu vaba liikumist.

9. mail 2001. a vastu võetud Tervishoiuteenuste korraldamise seadus käsitleb ämmaemandat, kui tervishoiutöötajat, kes peab olema registreeritud Tervishoiuametis ja saab seeläbi õiguse osutada tervishoiuteenuseid registreeritud eriala piires.

Seadus ei käsitle ämmaemanda tegevust ämmaemandusabi osutajana. Ämmaemandusabi pole selle seaduse järgi olemaski.

Seadus käsitleb ämmaemandaid õendusala töötajatena ja õendusabi osutajatena. Selline käsitlus on küll ka vajalik arvestades ämmaemandate õigust töötada ka õena, kuid pole piisav.

Tegemist on kahe erineva kutsega - õde ja ämmaemand. Õed tegelevad õendusega ja omavad sellel laial alal ka vastavaid spetsialiseerumisi (intensiivraviõed, lasteõed, psühhiaatriaõed jne.) ning ämmaemandad tegelevad ämmaemandusega ja vahel harva ka õendusega, aga viimast tuleb käsitleda pigem erijuhtumina, mis rakendub siis, kui elukoha ligiduses pole võimalik sobivat kutsealast tööd leida.

Ka vastav rahvusvaheline terminoloogia - õde-nurse, õendus-nursing; ämmaemand-midwife, ämmaemandus-midwifery - erineb Eestis kasutatavast. Rahvusvaheliselt pole olemas sellist terminit nagu õendusala, mida näete praeguses Tervishoiuteenuste korraldamise seaduses.

Ämmaemandatel on Eestis praegu ja on olnud viimased 50 aastat õigus töötada ka õena, kuid see on pigem teisejärguline. Ämmaemandatöö ise nõuab hoopis teistsugust ja spetsiifilisemat kvalifikatsiooni. Ise oleme valmis pigem loobuma ülaltoodud õigusest, kui et kaotama oma kutseidentiteedi ja oskused. Just nimelt need on reaalsed ohud juba praegu, sest uuest seadusest lähtuvalt on ämmaemandaid võimalik käsitleda kui eriõenduse spetsialiste, millega me ei saa nõustuda, sest kannataks väljaõpe, ämmaemandusteenuse ja seega kogu emadushoolduse kvaliteet Eesti Vabariigis. Ämmaemanda kutsealal töötades on vastutuse määr (kahe inimese elu) liiga suur, et jätta see reguleerimata või nii ebamääraseks nagu ta praegu on.

Ämmaemanda tegevus vajab reguleerimist seadundlike aktidega ja vastavusse viimist EU direktiiviga 80/150/EEC, et ämmaemandad saaksid seda tööd teha, milleks nad on koolitatud. Ämmaemanda töö ja kutseoskuste kirjeldus on juba riiklikult fikseeritud Ämmaemand IV kutsestandardis (Kaubandus-Tööstuskoda, [www.koda.ee](http://www.koda.ee)).

#### **Ettepanekud:**

A. muuta kas olemasolevat tervishoiuteenuste korraldamise seadust

B. või töötada välja täiesti uus omaette ämmaemanda seadus,

Mõlemal juhul tuleb defineerida, kehtestada ja reguleerida järgmised valdkonnad:

- ämmaemanda mõiste
- nõuded tema koolitusele
- ämmaemandusabi mõiste
- ämmaemandusabi tervishoiuteenuste loetelu vastavalt EU direktiivile 80/150/EEC, artikkel 4
- ämmaemandusabi osutamine
- nõuded ämmaemandusabi osutajale
- nõuded ämmaemandusabi osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile

- ämmaemandusabi riiklik rahastamine

Seoses vajadusega kehtestada ämmaemandatele retseptiõigus, tuleks sisse viia järgmised täiendused:

I - Sotsiaalministri määrusele nr. 138 26. novembrist 2002 “Ravimite väljakirjutamise ja apteekidest väljastamise kord ning retsepti vorm”

## § 2. Ravimite väljakirjutamine

Ravimeid võivad meditsiinilistel ja teise isiku ravimise eesmärgil kasutamiseks välja kirjutada ainult Eesti Vabariigis tervishoiuteenuse osutamise õigust omavad arstid, hambaarstid ja **ämmaemandad** nende poolt ravitavate isikute ambulatoorseks raviks.

Ämmaemandal ei ole õigust välja kirjutada alljärgnevat ravimeid ja aineid:

- **narkootilised ravimid**
- **uinitid**
- **rahustid**
- **immunoloogilised ravimid**
- **radiofarmatseutilised ravimid**

**Antibakteriaalseid ravimeid on ämmaemandal õigus välja kirjutada ühe ravikuuri ulatuses.**

Ravimeid soodustusega võivad välja kirjutada “Ravikindlustuse seaduse § 41 lõige 2 nimetatud isikud: sealh. ämmaemandad

## II - “Ravikindlustuse seadusele” § 41 lõige 2:

Retsepti väljakirjutamise õigus on perearsti nimistu alusel tegutseval perearstil, tegevusluba omaval eriarstil, hambaarstil ja **ämmaemandal** ning eriarstiabi osutamise tegevusluba omava tervishoiuteenuse osutaja juures töötaval arstil (välja arvatud kiirabi osutamisel), hambaarstil ja **ämmaemandal**. Retsepti väljastanud arst, hambaarst ja **ämmaemand** vastutavad retsepti väljastamise põhjendatuse ja õigusaktidele vastavuse eest.

## **4. Ämmaemandate koolitus ja kutsealase pädevuse säilitamine ning parandamine**

### **4.1 Ülevaade koolitusest (põhiõpe, tasemeõpe, tööalane koolitus, akadeemiline koolitus)**

**Põhiõpe.** Ämmaemanda põhihariduse omandamine toimub keskkhariduse baasil Tallinna ja Tartu Meditsiiniõppesõprade ühingu vastavalt EV Sotsiaalministeeriumi ja Haridusministeeriumi poolt kinnitatud rakenduskõrghariduse õppekavale, mille läbimisel saavad üliõpilased ämmaemanda rakenduskõrgharidust tõendava diplomi ja õiguse töötada nii ämmaemanda kui üldõena. Ämmaemanda põhikoolituse nominaalne kestvus on 4,5 aastat, so. 180 AP ja õppekava sisaldab integreeritult ka üldõe põhikoolituse nõutavas mahus. Õppetöö toimub täiskoormusega õppena ja lõpeb diplomitöö (8 AP) avaliku kaitsmisega.

Kaasaja nõudeid arvestav ämmaemandate põhikoolituse õppekava valmis 1997.a. Õppekava arvestab ämmaemandate koolituse kvaliteedinõudeid ja EV Kõrgharidusstandardi nõudeid ning vastab EU direktiividele (80/154/EEC ja 80/155/EEC).

Ämmaemand IV kutsestandardi valmimise järgselt 2000.a. mais on õppekava viidud vastavusse ka kutsestandardiga.

Ämmaemandate põhikoolituse õppekava on kooskõlastatud Eesti Ämmaemandate Ühingu, Eesti Naistearstide Seltsis ja EV Sotsiaalministeeriumis, kinnitatud EV Haridusministeeriumis ning kantud õppekavade registrisse.

Eesti taotleb Euroopa Liidu liikmesriigi staatust. Sellega seoses hinnati 2002.a. veebruaris ka ämmaemandate õppekava vastavust EU direktiividele. Põhimõttelisi vastuolusid ei leitud.

**Tasemeõpe.** Ämmaemandate tasemeõppe eesmärk on võimaldada 2,5 või 3-aastase õppekava alusel lõpetanud kesk-eri haridusega ämmaemandatel omandada rakenduskõrgharidus tasemeõppe kaudu, arvestades Ämmaemand IV kutsestandardit ja tuginedes ämmaemanda põhikoolituse õppekavale (kinnitatud EV Haridusministeeriumis) ning ämmaemandate koolitust sätestavatele EU direktiividele. Õppekava koostamisel on arvestatud erinevusi eelnevates õppekavades, need on viidud vastavusse ämmaemanda rakenduskõrghariduse õppekavaga.

Praktikaõpet planeerides on arvestatud ühelt poolt töötavate ämmaemandate praktilise töö kogemusega ja teiselt poolt EU direktiivide ning õppekava nõuetega.

Neile ämmaemandatele, kes on omandanud:

- ämmaemanda kesk-erihariduse 3 aastaga, on tasemeõppe nominaalne õppeaeg 1,5 aastat, (s.o. 60 õppenädalat e. 2400 tundi e. 60 ainepunkti (AP)).
- ämmaemanda kesk-erihariduse 2,5 aastaga, on tasemeõppe nominaalne õppeaeg 2 aastat, ( s.o. 80 õppenädalat e. 3200 tundi e. 80 ainepunkti (AP)).

Ämmaemandad, kes erinevatel põhjustel töötavad õe erialal, võivad soovi korral astuda ämmaemandate tasemeõppesse. Ämmaemandad, kes soovivad astuda õe tasemeõppesse, peavad olema kantud õdede kutseregistrisse (Tartu).

Tasemeõpe toimub täiskoormusega õppena. Praktikaõpe moodustab vähemalt 30% teooriaõppest ning praktikaõppest vähemalt 50% toimub töökeskkonnas juhendaja juhendamisel. Tasemeõpe lõpeb diplomitöö avaliku kaitsmisega (maht on 8.0 AP).

Ämmaemandate tasemeõpe toimub nii Tallinna kui Tartu Meditsiinkoolis. Esimesed riigieelarvelised õppegrupid avati 2002/2003 õppeaasta sügisel, mil vastavalt õppeajale jagunesid grupid järgmiselt:

Õppeaeg	Tallinna Meditsiinkool	Tartu Meditsiinkool
1,5 a. 60 AP	-	7
2 a. 80 AP	19	13

**Tööalane ehk täiendkoolitus.** Täiendkoolitust pakuvad mitmed Haridusministeeriumi koolitusluba omavad ja Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Ämmaemandate Ühingu poolt tunnustatud tervishoiu- ja koolitusasutused. Ämmaemandate täiendkoolituse osas puudub regulatsioon koolitusvajaduse ja õppe sisu osas. Vajalik on koostöö täiendõpet pakkuvate asutuste ja EÄÜ vahel.

**Akadeemiline koolitus** ämmaemandusalal ei ole Eestis hetkel võimalik vastava haridusega spetsialistide puudumise tõttu. Akadeemilise kutsealase hariduse puudumine on ühtlasi takistuseks kutseala edasisele arengule.

Kutsekõrghariduse omandanud ämmaemandal on võimalik jätkata õpinguid ämmaemanduse magistrikraadi omandamiseks välismaa vastavates õppeasutustes.

#### **4.1 Ämmaemandusalase koolituse lähtekohad ja koolituse arengu prognoos aastani 2015**

Ämmaemandate koolituse eesmärgid:

- Annab ämmaemandatele kõrghariduse ja kvalifikatsiooni, mis võimaldab töötada tervishoiu kõigil tasanditel meeskonnas ja iseseisvalt
- Annab ämmaemandatele valmiduse tõendus põhise abi osutamiseks elanikkonnale, arvestades iga indiviidi eripära
- Käsitleb emadust kui naise organismi füsioloogiat ja tunnustab naise õigust teha informeeritud valikuid tervise ja osutatava tervishoiuteenuse osas
- Soodustab ämmaemandate personaalset ja professionaalset arengut läbi elukestva õppe, mis on oluline kvalifikatsiooni ja kompetentsuse säilitamisel ja arendamisel ning võimaldab olla kursis ühiskonnas ja tervishoius toimuvate muutustega

Euroopas on ämmaemandate koolituses kasutusel valdavalt kaks skeemi:

- Otsene sisenemine ämmaemanda koolitusse ehk nn. “direct entry”: 3-4 aastane kursus, mis ei eelda eelnevalt omandatud üldõe baasharidust.
- Vähemalt 18 - kuuline ämmaemanduskursus, mis eeldab eelnevalt omandatud üldõe baasharidust.

Uuringud näitavad, et nii õppurid ise, koolitajad kui tööandjad eelistavad valdavalt esimest varianti.

“Direct entry” e. eesti keeles “otse ämmaemandaks” eelis on eelkõige kõrge kutseidentiteet ja sellest tulenevad positiivsed mõjutused. Otsene sisenemine ämmaemanduse programmi koos laiapõhjalise ettevalmistusega sünnitusabis ja sellega seotud erialadel on tunnustatud tasuvaks ning on eriliselt keskendunud tervisekasvatusele, reproduktiivmeditsiinile, rasedate, sünnitajate ning vastsündinute vajadustele.

Arvestades Eesti rahvaarvu, sündivust, tervishoiukorralduse hetkeseisu ja EU direktiive praktikaõppele esitatavate nõudmiste osas ei ole otstarbeks rakendada 18-kuulist ämmaemandaõpet, sest jätkuvalt madala sündimuse ja ämmaemandate alarakendatuse tingimustes ei ole üliõpilastel võimalik omandada praktiliseks tööks vajalikke oskusi vaid pooleteise aasta jooksul.

Samuti on meie tervishoiusüsteemis toimuvate suurte ja kiirete muutuste tõttu vajalik ämmaemandale säilitada võimalus töötada õena.

#### **Koolituse arengu prognoos aastani 2015.**

- ämmaemandaid koolitavad õppeasutused on akrediteeritud ja omavad kvaliteedikontrolli süsteemi;
- suurendatakse tasemeõppe võimalusi töötavatele ämmaemandatele, et viia nende haridus vastavusse EU direktiivide ja Ämmaemand IV kutsestandardiga;
- koostöö õppeasutuste, kutseühingu ja õppebaaside vahel tööalase täiendkoolituse paremaks läbiviimiseks;

- täiendkoolituse planeerimisel arvestatakse ämmaemandate personaalsete ja professionaalsete vajaduste, sihtgrupi vajaduste ja ootuste ning töandja vajadustega;
- koostöös asjaomaste instantsidega reguleeritakse praktikaõppe korraldamine ja finantseerimine arvestades asjaolu, et üliõpilaste tööpanus praktikaõppe jooksul on oluliselt suurem (eriti vanematel kursustel), kui neile tehtud kulutused.

**Järgnevatel aastatel tõuseb vajadus ämmaemandate järele oluliselt arvestades:**

- planeeritavat naistearstide arvu vähenemist (SG arengukava)
- võimalikku sündimuse tõusu
- pereplaneerimise- ja kontratseptsioonilase nõustamise üleminekut naistearstidelt perearstidele ja ämmaemandatele
- kasvavat ämmaemandate haaratust antenataalses hoolduses
- kasvavat ämmaemandate haaratust postnataalses hoolduses
- ämmaemandate rolli suurenemist tervisekasvatuses ja -edenduses
- iseseisvate ämmaemandusteenuste pakkumist: ämmaemanduskeskuste loomist
- muutusi tööjõu liikumises: Eesti liitumisel EL-ga siirdub osa ämmaemandaid (ilmselt nooremaid) tööle Euroopasse

**Põhiõpe** toimub jätkuvalt meditsiinikoolide tasemel, mis on omandanud rakenduskõrgkooli staatuse. Õppe jätkumine Tallinnas ja Tartus on oluline regionaalpoliitilistel kaalutlustel. Põhiõppe nominaalne kestvus on jätkuvalt 4,5 aastat. EV Haridusministeerium käsitleb ämmaemandaõpet kutsekõrghariduses erijuhuna.

**Tasemeõpe** jätkub, et osutada tänapäeva nõuetele vastavat, konkurentsivõimelist ning heal tasemel ämmaemandus teenust elanikkonnale. Tasemeõpe ei ole üksikute väljavalitute privileeg vaid kvaliteedi tõstmise tööriist. Jätkub tasemeõppe riigieelarveline finantseerimine.

Tasemekoolitusse tuleb kaasata praegu töötavad spetsialistid alates sünniaastast 1951. Varasema sünniaastaga ämmaemandad saavad aastaks 2015, kui lõpeb üleminekuperiood pensioni-ealisteks.

Tasemeõpe võimaldab ka ämmaemandus valdkonda tagasi pöörduda sellel osal ämmaemandatest, kes 90.ndatel ei saanud erialast tööd.

Aastaks 2015 on endistest kesk-eriharidusega ämmaemandatest 80% omandanud kutsekõrghariduse. Seega vajab tasemekoolitust ca 320 ämmaemandat, mis tähendab keskmiselt 15 aasta jooksul igal aastal 25 üliõpilase koolitamist. Tasemeõpet tuleks planeerida suurema rõhuga lähiaastatele, et võimaldada ämmaemandatel kutsealasele tööle tagasi pöörduda.

**Kraadiõpe.** Tuleb luua võimalused ämmaemandusalaseks kraadiõppeks Eestis. Kraadiõpe on hädavajalik ämmaemandusõpetajate ja ämmaemandusjuhtide koolitamiseks ning kutseala arengu tagamiseks.

**Täiendõpe.** Ämmaemandate täiendkoolitus toimub ka tulevikus Haridusministeeriumi koolitusluba omavates ja Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Ämmaemandate Ühingu poolt tunnustatud tervishoiu- ja koolitusasutustes.

Vajalik on erialane täiendkoolitus mahuga vähemalt 40 tundi iga 5 aasta järel. Korraldatud on koostöö EÄÜ ja täiendõpet pakkuvate asutuste vahel koolitusvajaduse ja õppe sisu osas.

**Ämmaemandate koolituse ees seisvad ülesanded aastani 2015:**

- ämmaemandate koolituse kvaliteedi analüüs
- ämmaemandate õppe material-tehnilise baasi vastavus EL nõuetele
- koolidevahelise sisulise koostöö parandamine
- koostöö parandamine koolide ja praktikabaaside vahel
- eestikeelse ämmaemandusõpiku väljaandmine
- ämmaemandusõpetajate kraadiõpe
- ämmaemandusjuhtide (vanem- ja ülemämmaemandad) kraadiõpe
- ämmaemandate ja tööandjate vajadusi arvestava täiendõppe korraldamine

**4.2 Riikliku koolitustellimuse prognoos aastani 2015 koos põhjendusega**

**Koolitustellimuse prognoos 2003-2005:**

Praegu on tööturul 554 ämmaemandat. 2005. aastaks tahame seda säilitada ja saavutada registreeritud ämmaemandate absoluutarvuks 550.

Põhikoolituse lõpetavate ämmaemandate arv selles perioodis on ligikaudu teada, sest koolitus on juba alanud. Need ei ole suured arvud – vastavalt riiklikule tellimusele peaks 2003., 2004. ja 2005.a. kokku lõpetama 90 ämmaemandat.

	Lõpetajate arv	Ämmaemandate Arv koos lõpetanutega	5% väljalangevust	Prognoositav reaalne ä.e.arv	Vajadus
2003	30	554 + 30 = 584	- 29	555	
2004	30	585	- 29	556	
2005	30	586	- 29	557	550

Loomulik tööjõu liikumine – töölt lahkumised, pensionile jäämised, sünnitus- ja lapsehoolduspuhkused, invaliidistumised, surm jm. – on üldkehtiva tava kohaselt 5% aastas.

Suur väljalangevus põhikoolitusest raskendab selle eesmärgi saavutamist. Ämmaemandate riikliku tellimuse täitmine koolide poolt sellises mahus on küsitav. Ämmaemandate ja õdede riikliku tellimuse käsitlemine ühtsena ei võimalda olukorda adekvaatselt käsitleda.

Kuna põhikoolituse lõpetanute arvu suurendamine annab juurdekasvu alles 5 a. möödudes, siis on selles perioodis tähtis taseme- ja täiendõppe kaudu võimalikult palju ämmaemandaid kutsealale tagasi tuua. Selleks tuleb juba järgmisel aastal suurendada tasemeõppe riiklikku tellimust ja reguleerida ämmaemandusalaste täienduste korraldamine.

Protsessi aitab hinnata registri loomine, mis selgitab registreeritud ämmaemandate arvu lõplikult 2005.aastaks.

**Prognoos 2006-2010:**

Esimesel võimalusel tuleb lõpetajate arvu tõsta, aga see on võimalik alles 2008.a. alates. Enne seda kahel aastal lõpetavad ämmaemandusüliõpilased on oma õpinguid praeguseks juba alustanud ja prognoositav on heal juhul 45 uue ämmaemanda tööturule sisenemine aastas.

Selles perioodis 2005 – 2010 tuleb olukorda analüüsida ja vajadusel strateegiat muuta.



EESTI ÄMMAEMANDATE ÜHING – ARENGUKAVA 2002 - 2015

	Lõpetajate arv	Ämmaemandate Arv koos lõpetanutega	5% väljalangevust	Prognoositav reaalne ä.e.arv	Vajadus
2006	45	550 + 45 = 595	30	565	
2007	45	610	31	579	
2008	65	644	32	612	
2009	65	677	34	643	
2010	65	708	35	673	676

**Prognoos 2011-2015:**

2015. aastaks on saavutatud soovitatav ämmaemandate arv.

Vajalik olukorra uus analüüs ja koolituse planeerimine vähemalt järgneviks viieks aastaks.

	Lõpetajate arv	Ämmaemandate arv koos lõpetanutega	5% väljalangevust	Prognoositav Reaalne ä.e.arv	Vajadus
2011	60	673 + 60 = 733	37	696	
2012	60	756	38	718	
2013	60	778	39	739	
2014	60	799	40	759	
2015	55	814	41	773	772

**Vastuvõtu planeerimine:**

Vastuvõtu aasta põhiõppesse	Põhiõppes tellitud ja planeeritud lõpetajate arv	Lõpetamise aasta nii põhi- kui ka tasemeõppes	Lõpetajate arv tasemeõppes	Ülikoolis kraadiõppes alustamise aasta ja arv
1998/1999	<b>30</b>	2003	-	
1999/2000	<b>30</b>	2004	<b>39</b>	2004 – 2
2000/2001	<b>30</b>	2005	60	2005 – 2
2001/2002	<b>45</b>	2006	60	2006 – 5
2002/2003	<b>45</b>	2007	40	2007 – 5
2003/2004	65	2008	40	2008 – 5
2004/2005	65	2009	20	2009 – 5
2005/2006	65	2010		2010 – 5
2006/2007	60	2011	20	2011 – 5
2007/2008	60	2012		2012 – 5
2008/2009	60	2013	20	2013 – 5
2009/2010	60	2014		2014 – 5
2010/2011	55	2015	20	2015 – 5
2011/2012	55	2016		2016 - 5
2012/2013	55	2017		2017 - 5
2013/2014	55	2018		2018 - 5
2014/2015	55	2019		2019 - 5

### 4.3 Kutsealase pädevuse säilitamine ja kvalifikatsiooninõuete kriteeriumid

Ämmaemandad on olnud 50 aastat kindlatesse funktsioonidesse surutud – sünnitustuppa või nõuandlasse arstile abiliseks, mille tulemusena on tunduvalt langenud ämmaemanda kutseoskused ja kvalifikatsioon.

Registrisse kandmine ei selgita olukorda, sest kvalifikatsiooni selle käigus ei hinnata.

Ämmaemanda kvalifikatsiooni all tuleb tänapäeval mõelda dokumentaalselt tõestatud ämmaemandusalast kõrg- või kutseharidust ja töökogemust ämmaemandusalal. Üheks selliseks tõestamise viisiks on olnud atesteerimine.

Eesti Ämmaemandate Ühing on oma taasloomisest alates 1992.a. pingutanud kvalifikatsiooni tõstmise ja ühtlustamise nimel. Üks kvalifikatsiooni tõstmise mehhanism on olnud **atesteerimine**. Piiratud otsustusõiguse tõttu on atesteerimiste tulem jäänud poolikuks, sest

- atesteeritud on vaid osa ämmaemandaid
- atesteerimised on Eesti piires erinenud
- alati ei ole domineerinud kutsekeskne lähenemine

Atestatsioonitesti küsimused puudutasid kogu ämmaemanduse valdkonda – see tähendab, et testi sooritajalt nõuti vähemalt teoreetilisi teadmisi nendest ämmaemanduse valdkondadest, kus ta ise hetkel ei tööta – ehk siis kogu kutsestandardi piires.

Tänaseks päevaks on atesteerimised sellisel kujul lõpetatud.

Teadmiste ja oskuste pidev ajakohastamine ja vilumuste harjutamine on ämmaemanda kvalifikatsiooni säilimiseks väga olulised. Võtmesõnadeks on siin ämmaemandusalane enesetäiendamine ja praktiseerimine kogemuste omandamiseks.

#### 4.3.1 Pädevusnõuete loetelu/kvalifikatsiooninõuete struktuur (nõutav ettevalmistus kutsealal töötamiseks, koolitus või muu tegevus, mis on vajalik kvalifikatsiooni säilitamiseks)

**Ämmaemanda pädevuse** all tuleb mõelda ämmaemanda tõendatud võimet rakendada ämmaemandusteenuse osutamisel vajalikke kutsealaseid oskusi ja teadmisi.

**Pädevuse saavutamiseks vajalike kutsealaste teadmiste ja oskuste loetelu** on integreeritud Ämmaemand IV kutsestandardisse ja rakendatud õppekavades. Ämmaemandusalases hariduses on arvestanud rahvusvahelisi EU direktiiviga 80/155/EEC kehtestatud nõudeid ka juba enne kutsestandardi loomist.

**Ämmaemanda teoreetiline ja tehniline õpe** peab sisaldama järgmisi teadmisi ja oskuseid:

#### **Üldained:**

1. Üldanatoomia ja -füsioloogia
2. Üldpatoloogia
3. Üldbakterioloogia, -viroloogia ja -parasitoloogia
4. Üldbiofüüsika, -biokeemia ja -radioloogia
5. Pediaatria röhuga vastsündinule
6. Hügieen, terviseõpetus, ennetav meditsiin, haiguste varajane diagnoosimine
7. Toitumine ja dietoloogia röhuga naistele, vastsündinutele ja imikutele
8. Üldsotsioloogia ja sotsiaal-meditsiinilised küsimused
9. Üldfarmakoloogia

10. Psühholoogia
11. Õpetamise printsiibid ja meetodid
12. Tervishoiu- ja sotsiaalne seadusandlus ja tervishoiukorraldus
13. Kutseeetika ja kutsealane seadusandlus
14. Seksuaalharidus ja perekonnaplaneerimine
15. Ema ja last puudutav seadusandlus

**Ämmaemandus-spetsiifilised ained:**

1. Anatoomia ja füsioloogia
2. Embrüoloogia ja loote areng
3. Rasedus, sünnitus ja sünnitusjärgne aeg
4. Günekoloogiline ja obstetriline patoloogia
5. Ettevalmistus sünniks ja vanema rolliks sealh. psühholoogilised aspektid
6. Ettevalmistus sünnituseks sealh. teadmised ja oskused kasutada tehnilist varustust obstetrikas
7. Anaalgeesia, anesteesia ja elustamine
8. Vastsündinu füsioloogia ja patoloogia
9. Vastsündinu hooldus ja jälgimine
10. Psühholoogilised ja sotsiaalsed faktorid

**Praktiline ja kliiniline õpe (vastava järelevalve all) milles sisaldub igal juhul:**

1. 40 Raseda nõustamine, mis sisaldab vähemalt 100 prenataalset läbivaatust
2. Vähemalt 40 raseda jälgimine ja hooldus
3. 40 sünnituse juhtimine, mis võib sünnitajate vähesusel olla asendatud 30 sünnituse juhtimise ja lisaks 20 sünnitusel assisteerimisega
4. 1 - 2 tuharsünnituse assisteerimine
5. episeotomia kogemus ja iseseisev õmblemine
6. vähemalt 40 riskiraseda jälgimine
7. vähemalt 100 postnataalset läbivaatust koos terve vastsündinu läbivaatusega
8. Emade ja vastsündinute jälgimine ja hooldus sealh. enneaegsed, ülekaalulised ja haiged vastsündinud
9. Hooldus patoloogilistel juhtudel günekoloogias, obstetrikas, vastsündinute ja imikute puhul
10. Hooldus üldiste patoloogiliste juhtude puhul meditsiinis ja kirurgias

**Teadmiste ja oskuste rakendamise võime saavutatakse kutsealal praktiseerimisega.**

Enamus meie ämmaemandatest on töötanud paarkümmend aastat samas osakonnas ning nende kvalifikatsioon ei pruugi vastata seetõttu kutse nõuetele kõige laiemas mõttes. Samas võib kvalifikatsioon mingis kitsamas valdkonnas olla täiesti piisav. Lähiaastate tähtsaim ülesanne on jätkuv kvalifikatsiooni ühtlustamine. Eriline tähtsus on siin **rotatsioonil**, mis praegu realiseerub väga vähestes tervishoiuasutustes.

Optimaalse töökoormuse näitajad aastas, mis on vajalikud kvalifikatsiooni säilimiseks:

Vähemalt 30 sünnituse vastuvõtmine

Vähemalt 30 raseda nõustamine, mis sisaldab vähemalt 100 prenataalset läbivaatust

Vähemalt 30 sünnitanud naise ja vastsündinu jälgimine ja nõustamine, mis sisaldab vähemalt 100 ema ja lapse läbivaatust.

Kvaliteedi kindlustamise süsteem ämmaemanduses peaks garanteerima ühtlaselt hea ämmaemanduse taseme kõikides ämmaemandusteenust osutavates tervishoiuasutustes.

**Suureks abiks praktiseerimisel oleks ämmaemandusabi juhiste kehtestamine**, mis reglementeerivad vajaliku ja finantseeritava töö mahu. Senini ei ole täpseid ühtseid juhiseid erinevates olukordades tegutsemiseks ei ole välja töötatud, need sõltuvad osakonnast ja on sageli suusõnalised.

Praeguseks on ENS poolt välja töötatud soovitusliku iseloomuga juhendid

- raseduse juhtimiseks
- sünnituse juhtimiseks
- epiduraalanalgeesia kasutamiseks sünnitusabis
- hormoonasendusravi kasutamiseks
- gestatsioonidiabeedi avastamiseks riskigrupi rasedatel ja nende raseduse jälgimiseks
- kehavälise viljastamise näidustused (fikseeritud SM määrusega)
- kontratseptsiooni käsitlev juhend

Edaspidi tuleks väljatöötada ja kooskõlastada ühised juhendid koostöös EÄÜ, ENS, EPS, ELS, EPPL, EPL ja SM ga. Vajalik oleks välja töötada Postnataalset ema ja vastsündinu hooldust käsitlev juhend koostöös Eesti Naistearstide Seltsi, Eesti Perinatoloogia Seltsi ja Eesti Perearstide Liiduga.

Ravi- ja hooldusjuhised peaks koostama kutse- ja erialaseltsid koostöös koolitusasutustega. Ravi- ja hooldusjuhiste väljatöötamise finantseerimises osalevad Sotsiaalministeerium ja Haigekassa.

#### **4.3.2. Nõuded kvalifikatsiooni hindamiseks ja säilitamiseks**

Vastavalt uuele tervishoiuteenuste korraldamise seadusele alates 2002 aastast on kvalifikatsiooni hindamine (atesteerimine) üksnes kutse- või eriala seltsi korraldada ja seda ei teostata enam Sotsiaalministeeriumi poolt.

EÄÜ arengukava töörühm töötas välja uued kriteeriumid kvalifikatsiooni hindamiseks Eesti ämmaemandatele, mis on läbi arutatud ja kinnitatud EÄÜ volinike nõukogu otsusega novembris 2002 ning alates 2003.a. viiakse kvalifikatsiooni hindamine juba uutele alustele. Uuest seadusest tulenevalt ja vastavalt EL maades kehtestatud põhimõtetele on kvalifikatsioonisüsteemid soovitusliku iseloomuga ja vabatahtlikud, kuid aluseks eksperthinnangute andmisel ämmaemandate kutsealase kvalifikatsiooni kohta kolmandatele isikutele. Edaspidi on kvalifikatsiooni olemasolu tööle võtmisel kindlasti kaalukas argument.

#### **Kvalifikatsiooni tingimused**

Ämmaemand esitab iga 5 aasta tagant EÄÜ kvalifikatsioonikomisjonile kutsealaste täienduskoolituste tunnistuste ja muude arvestatavate dokumentide koopiad. Nõutav ämmaemandusalaste kvalifikatsioonipunktide kogusumma peab olema 60.

Kvalifikatsiooni hindamine on EÄÜ liikmetele tasuta. Mitteliikmel tuleb kulude katteks tasuda 300 krooni EÄÜ arvele ja esitada raha ülekandmist tõendava dokumendi.

Kui nõutav kvalifikatsioonipunktide summa on viie aasta kohta väiksem kui 60 tundi või kui ämmaemand osales atesteerimisel/kvalifitseerimisel enam kui 5 aastat tagasi, siis tuleb sooritada kutsetest hindamise järjepidevuse taastamiseks.

Kutsetesti teostamine on tasuline. EÄÜ liikmel (eeldab vähemalt ühe aastast liikmeks olekut) tuleb tasuda enne testi sooritamist 300 krooni ja mitteliikmel 1000 krooni. Testi mitteläbimisel saab testi korrata tasuta 0,5 aasta pärast. Hiljem tuleb testi teostamise eest uuesti tasuda. Kui kutsetestile suunatakse kolmandate isikute poolt, siis on see seltsi liikmele tasuta ning mitteliikmel tuleb tasuda üldises korras.

Testimist korraldatakse 2 korda aastas - iga aasta aprillis-mais ja oktoobris-novembris. Kutsetesti toimumise kuupäev ja koht avaldatakse vähemalt 2 nädalat enne internetis veebilehe [www.perekool.ee](http://www.perekool.ee) uudiste rubriigis, Infolehes või selle kohast informatsiooni on võimalik küsida EÄÜ telefonidelt.

### **Dokumentide esitamise kord kvalifikatsiooni hindamiseks.**

Vajalikud dokumendid tuleb esitada EÄÜ kvalifikatsioonikomisjonile kaks korda aastas 1.oktoobriks või 1.aprilliks. Esitatakse järgmised dokumendid:

1. Avaldus kvalifitseerimiseks või testi sooritamiseks, mis sisaldab:

- ees ja perekonna nimi, aadress, kontakttelefon;
- kooli lõpetamise aastat – diplomi või tunnistuse väljastamise aeg,
- tööstaazi ämmaemandana;
- EÄÜ liikmelisuse ja liikmeks astumise aasta;
- kuuluvus teistesse ühiskondlikesse organisatsioonidesse,
- avalduse kinnitab asutuse juhataja (tööandja).

2. Viimase 5 aasta töökirjeldus (kuni kolm A4 lehekülge):

- nimetada viimase 5 aasta töökohad ja ametid
- töökoormus ämmaemandana (keskmine töötundide arv nädalas)
- tööiseloos - kirjeldada lühidalt 3 aasta töökogemusi erinevates ämmaemanduse valdkondades, oskusi ja erioskusi,
- avaldatud kutsealased artiklid ja muud publikatsioonid, osalemine uurimustöös
- administratiivsed ja muud tööülesanded
- õppimine ja õpetamine,
- ühiskondlik aktiivsus

3. Koopia tunnistusest (või dokumendist), mis näitab millal toimus viimane atesteerimine/kvalifitseerimine.

4. Kui osaletakse esmakordselt, siis on vajalik täiendavalt esitada diplomi või tunnistuse koopia.

5. Täienduskoolituste tunnistuste ja muude dokumentide koopiad, mis on aluseks punktide arvestamisel.

6. Maksekorralduse koopia juhul kui on ettenähtud tasuda (vt tingimused).

### **Kvalifikatsiooni hindamise tulemused.**

Kvalifitseerumisel väljastatakse selle kohane tunnistus aadressil, mis on näidatud avalduses. Mitteläbinud saavad vastavasisulise teate. Kvalifikatsiooni hindamise tulemused avalikustatakse ja edastatakse SM Tervishoiuametile.

Tervishoiuamet arvestab alates 2005.aastast ämmaemandusteenuste osutajatele tegevusloa väljastamisel ja kehtetuks tunnistamisel kvaliteedisüsteemi olemasolu ja selle vastavust kehtestatud kvaliteedi nõuetele.

### **5. Kirjandus**

- Eesti Tervishoiu statistika 1992 – 1999, Tallinn, 2000
- Essential Competencies for Basic Midwifery Practice, ICM, 1999
- Care in Normal Birth: a Practical Guide, WHO 1996
- Maailma Tervishoiu Organisatsiooni Euroopa regiooni õenduse ja ämmaemanduse haridusstrateegia. Tervis 21 – Tervis kõigile. 21. sajandi sihid. WHO, Tallinn, 2000
- Müncheni deklaratsioon: Õed ja ämmaemandad – tervishoiu vägi. EUR/OO150 1930916, München, 2000
- Nurses and Midwives for Health. A WHO European Strategy for Nursing and Midwifery education. Copenhagen, 1999
- Sünnitusabi ja günekoloogia arengukava
- Tervis 21: MTO Euroopa regiooni “Tervis kõigile” raampoliitika. WHO, Elmatar, 2000
- The Council of Europe, direktiivid
- Õenduse ja ämmaemanduse riiklik arengustrateegia (ÕÄRA). Eesti Tervishoiu Projekt, Sotsiaalministeerium, Tartu 1999
- Care in normal birth: A practical guide, WHO, Geneva, 1996

### **LISAD:**

#### **1) Rahvusvaheline ämmaemanda määratlus.**

Ämmaemand on isik, kes osaledes regulaarselt antud riigis seaduslikult heaks kiidetud ämmaemandate koolituses, on nimetatud koolituse edukalt sooritanud ning saanud sel viisil nõutava pädevuse selleks, et teda kantakse ämmaemandate registrisse ja/või antakse seaduslik luba praktiseerida ämmaemandana.

Ämmaemand peab suutma anda vajalikke juhendeid, hooldust ja nõustamist naistele raseduse, sünnituse ja lapsevoodi perioodil, suutma juhtida sünnitusi omal vastutusel ning hooldama vastündinut ja väikest last.

See hooldus käsitleb nii ennetavaid toiminguid, ebanormaalsete olukordade väljaselgitamist emal ja lapsel, kui ka arstiabi hankimist ning abistamist hädaolukordades, kui arstiabi pole kättesaadav.

Tal on tähtis töö tervisekasvatases ja -nõustamises mitte ainult naiste, vaid ka nende perede ja kogu ühiskonna ulatuses.

Töö peab käsitlema ka sünnituseelset kasvatust ja ettevalmistust vanema rolliks. See töö peab põhinema teatud teadmistele günekoloogiast, pereplaneerimisest ja lapsehooldusest.

Ta võib praktiseerida ämmaemandana haiglates, nõuandlates, tervisekeskustes, kodustes oludes või muudes tervishoiuteenust osutavates valdkondades.

Ämmaemanda määratluse on heaks kiitnud:

Rahvusvaheline Ämmaemandate Konföderatsioon - ICM, 1990

Rahvusvaheline Sünnitusabi- ja Naistearstide Föderatsioon - FIGO, 1991

Maailma Tervishoiu organisatsioon - WHO, 1992

## 2) Väljavõte direktiivist 80/155/EEC, artikkel 4

### **Liikmesriigid peavad kindlustama, et ämmaemandad omaksid õigust taotleda ja jätkata tegevusi:**

1. perekonna planeerimise alane informatsioon ja nõustamine
2. raseduse diagnoosimine, normaalse raseduse jälgimine koos selleks vajalike läbivaatustega
3. uuringute määramine ja nõustamine riskiraseduste võimalikult varaseks diagnoosimiseks
4. ettevalmistusprogrammide korraldamine tulevastele vanematele ja täielik ettevalmistamine sünnituseks, sealhulgas hügieeni- ja toitumisalane nõustamine
5. naise eest hoolitsemine ja tema abistamine sünnituse ajal ning loote seisundi jälgimine selleks ettenähtud kliiniliste ja tehniliste vahenditega
6. spontaansete sünnituste juhtimine, hädaolukordades ka tuharsünnituste juhtimine, kasutades vajadusel episiotomiat
7. kõrvalekallete äratundmine nii emal kui ka lapsel, mille puhul on vajalik arstiabi ning abistamine sel puhul ettenähtud viisil; samuti abistamine hädaolukordades arsti puudumisel, eriti platsenta manuaalne eemaldamine ning sellele järgnev emakaõõne kontroll
8. vastsündinu läbivaatus ja hooldus ning kogu vajadusel tarviliku initsiatiivi võtmine, sealhulgas vahetu elustamine
9. ema hooldamine ja jälgimine sünnitusjärgsel perioodil, tema nõustamine lapse hooldamisega seotud küsimustes, et ta suudaks kindlustada vastsündinu optimaalse tervise ja heaolu
10. arsti poolt määratud ravi läbiviimine
11. vajaliku dokumentatsiooni täitmine

## 3) ICM Vision for the Future of Midwifery

### **ICM envisions the following about the future of midwifery in the world:**

- \* Midwives provide care in all settings and for all women who need midwifery care.
- \* Midwives are well qualified and remain competent and caring throughout their careers.
- \* Midwives are autonomous health care providers who value team work in providing for the totla needs of women and their families.

- \* Midwives are recognized for their activities of self-governance including standards of practice, core competencies, codes of ethics, ongoing quality assessment, and valid credentialing mechanisms.
- \* Midwifery education is available through a variety of routes and based on core competencies related to the needs of the country/area where the midwife is prepared.
- \* Midwives are, and have to stay, responsible for their own training and education.
- \* All qualified midwives are able to practice in keeping with their educational preparation and experience.
- \* Midwives are recognized as the experts in the care of childbearing women and the linchpins in any Safe Motherhood effort.
- \* Midwives play a key role in determining the future of health care, including community-based primary health care for all women and families.
- \* Midwives are an integral part of any regulatory agency assigned the task of promulgating and enforcing rules and regulations governing midwifery practice.
- \* Midwives are involved in research and policy work that validates and promotes midwifery care to the public.
- \* Midwives believe that menstruation, pregnancy, birth and menopause are normal life events and rarely require medical intervention.
- \* Midwives work with women to design a woman-responsive health care system.

#### **4) Aacheni deklaratsioon – Ämmaemandus kõigile.**

Esimene Euroopa Haiglavälise Sünnituse Kongress, mis toimus Aachenis, Saksamaal, võttis 1. oktoobril 2000. aastal ühehäälselt vastu alljärgneva deklaratsiooni:

##### **1.1 I Järgides**

1. Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO, UN) ja Maailma Tervishoiu Organisatsiooni (MTO, WHO) tõdemust, et parim võimalik tervis on üks põhilisi inimõigusi
2. sugudevahelise võrdsuse kui ühe võtmeprintsipi tunnustamist ÜRO, WHO, Euroopa Ühenduse (EU) ja teiste rahvusvaheliste organisatsioonide poolt
3. EU liikmesriikide poolt tunnustatud uudset lähenemist rahva tervise küsimustele, milles tunnustatakse kodanike õigust vastutada ise oma tervise eest ja nähakse vajadust korraldada ümber tervishoiusüsteem seniselt tsentraliseeritud, kõrgemale etapile orienteeritud süsteemilt ennetavale ja terviseedendust arendavale esmatasandi tervishoiule
4. ÜRO poolt 15. septembril 1995 vastu võetud Pekingi Deklaratsiooni seisukohti, mis tähendab, et naiste õigused on inimõigused, kaasa arvatud naiste õigus kontrollida kõiki oma tervisega seotud aspekte, tunnistades, et naise elu sündmusi käsitletakse sageli meditsiiniliste probleemidena koos mittevajaliku kirurgilise vahelesegamise ja ebakohase raviga, tunnistades emaduse sotsiaalset tähendust ja kõigi naiste võrdset õigust juurdepääsuks sobivale ja turvalisele emadushooldusele
5. EU Komitee Resolutsiooni 8.juunist 1999, mis sätestab, et edusamme rahvatervise vallas on võimalik saavutada vaid vastavuses elanikkonna huvidega (1999/C 200/01)



6. EU Komitee Resolutsiooni 4.detsembrist 1997, mis tõstab esile naiste tervist puudutavate usaldusväärsete uuringute vähesuse
7. WHO Turvalise Emaduse Initsiatiivi (Safe motherhood Initiative)
8. WHO Turvalise Raseduse Programmi (Making Pregnancy Safe)
9. WHO Tervis21 – Tervis Kõigile (Healt21 – Health for All) dokumenti Euroopa regiooni riikidele
10. WHO dokumenti “ Care in Normal Birth”, mis järeldab, et ämmaemand on kõige kõrgemalt kvalifitseeritud professionaal, kes peaks vastutama normaalse raseduse ja sünnituse eest, hõlmates ka riskiselektiooni ja komplikatsioonide diagnoosimise ning et ämmaemandus on kõige tasuvam kõigist emadushoolduse vormidest
11. EU direktiivi 21. jaanuarist 1980, mis sätestab ämmaemanda kvalifikatsiooni vastastikkuse tunnustamise liikmesriikide poolt ja vabaduse osutada ämmaemandsuteenuseid (80/154/EEC)
12. EU direktiivi 21. jaanuarist 1980, mis defineerib ämmaemandate hariduse miinimumstandardid, täpsustab ämmaemanda pädevuse piirid, kaasa arvatud õigus ja pädevus diagnoosida rasedusriske ja kõrvalekaldeid ema ning vastsündinu tervislikus seisundis, mis nõuavad arstiabi (80/155/EEC)
13. EU direktiivi 11.detsembrist 1986, mis sätestab võrdsed võimalused eratöövõtuks (86/613/EEC)
14. EU direktiivi 22. juunist 2000, mis lühendab arstide õppeaega ja võib viia sünnitusosakondade laialdase sulgemiseni EU liikmesriikides (2000/34/EC, parandatud 93/104/EC)

## **1.2 II Arvestades**

1. EU kohustust tagada naistele nii tervislik kui sotsiaalne heaolu
2. et emadushoolduse korraldus 435 miljonile naisele on WHO Euroopa regiooni üks olulisemaid tervishoiuprobleeme
3. kõrgeid emade ja laste suremuse näitajaid paljudes EU liikmesriikides
4. keisrilõigete ja instrumentaalsete sünnituste arvu järsku tõusu enamikus EU liikmesriikides
5. emadushoolduse kriisiseisu paljudes EU liikmesriikides, mistõttu ämmaemandad lahkuvad erialaselt töölt, avaldades mõju ka emade ja laste tervisele
6. madalaid imetamise sageduse näitajaid paljudes EU liikmesriikides
7. märkimisväärselt suuri erinevusi juurdepääsul ämmaemandate poolt pakutavatele emadushooldusteenustele WHO Euroopa regiooni maades

8. ämmaemanduse kui sotsiaalse ja terviseressursi selge alaväärtustamine enamikus EU liikmesriikides
9. ämmaemanduse potentsiaali, mis põhineb emaduse sotsiaalsel, holistilisel ja psühholoogilisel mõistmisel, et tagada turvaline, kõrge kvaliteediga emadushooldusteenuse tervishoiu esmatasandil
10. et enamlevinud emadushoolduse mudel paljudes EU liikmesriikides on meditsiiniline, mis viib rahaliste ressursside mõttetule kulutamisele kolmanda etapi tarvis, tähendab põhjendamatute meditsiinilise vahelesegamiste arvu kasvu ja iatrogenet sünni kui protsessi häirumist
11. et vähemalt 80 % naistest kulgeb rasedus ja sünnitus normaalselt ja nad vajavad vaid esmatasandi ämmaemandateenust

### **1.3 III Kongress deklareerib siinkohal järgmist**

1. Emadushooldust puudutav seadusandlus peab nüüdsest olema integreeritud osa rahvatervise poliitikast nii lokaalsel, rahvuslikul kui Euroopa tasandil.
2. Seadusandlus peab tunnustama ämmaemandat kui iseseisvat kutseala, mitte kui osa õendusest ja sünnitusabist (“nursing and obstetrics”).
3. EU liikmesriigid peavad tagama seaduste väljatöötamise, mis tagaks ämmaemanduse kui iseseisva ja autonoomse professioni toimimise.
4. Esmatasandi ämmaemanda hoolduse jätkuvus alates viljastumisest kuni 6 nädalat peale sünnitust peaks olema tunnustatud kui üks põhistrateegiaid emade ja laste tervise edendamisel WHO Euroopa regioonis.
5. EU liikmesriigid peavad tagama ämmaemandushoolduse edendamiseks vajalikud muutused rahvuslikes tervishoiu- ja kindlustussüsteemides.
6. EU liikmesriigid peavad tagama seadusandluse, mis võimaldaks ämmaemandale emadushooldusteenuse pakkumisel sarnased võimalused ja õigused perearstidega.
7. EU liikmesriigid peavad tagama seadusandluse, mis annaks ämmaemandale õiguse oma kompetentsi piires välja kirjutada ravimeid ja vajalikke dokumente, mis puudutavad konsultatsioonile ja ravile saatmist.
8. EU liikmesriigid peavad kindlustama, et rahvuslik tervishoiu- ja kindlustussüsteem annaks ämmaemandatele perearstide ja günekoloogidega võrdsed palgatingimused.
9. EU liikmesriigid peavad tagama seadusandluse, mis võimaldaks emadushooldust puudutavate andmete kogumise ja publitseerimise, et hinnata perinataalseid näitajaid erinevate teenuseosutajate vahel, samuti kohustama haiglaid koguma ja regulaarselt avaldama oma töötulemuste kvaliteedinäitajaid (sealhulgas keisrilõgete sagedus).

10. Välja tuleb töötada naise õigusi käsitlev dokument, mis sätestaks kõigi naiste võrdsed õigused jätkuvale, üks-ühele (one-to-one), enda poolt valitud ämmaemanda hooldusele.
11. Ämmaemandusele peavad olema tagatud õendusega võrdsed õigused ja võimalused ning esindatus nii teenuse osutamisel kui seadusloomestruktuurides lokaalsel, rahvuslikul ja rahvusvahelisel tasandil.
12. Euroopa Ühendus peaks rahastama Euroopa Ämmaemandusinstituudi loomise ja funktsioneerimise kindlustamiseks ämmaemandate vajadused hariduse, teaduse ja praktika vallas.