

EESTI ÄMMAEMANDATE ÜHING



Ämmaemanduse arengukava

2019 - 2024

Sisukord

1. **Ämmaemanda kutse**
 - 1.1. Ämmaemanduseetika
2. **Ämmaemandusabi ja töökohakultuur**
 - 2.1. Esmatasandi ämmaemandusabi
 - 2.1.1. Antenataalne jälgimine
 - 2.1.2. Sünnitusjärgne jälgimine, sh vastsündinu hooldus ja koduvisiidid
 - 2.1.3. Sotsiaalsed muutujad ja perinataalne vaimne tervis
 - 2.1.4. Reproduktiivtervise, pereplaneerimise, kontratseptiivide alane nõustamine, seksuaalkasvatus sh noortenõustamine ja koolitervishoid
 - 2.1.5. Ennetustöö emakakaelavähi ja sugulisel teel levivate haiguste skriining, tervisevisiidid/tervise nõustamine
 - 2.2. Statsionaarne ämmaemandusabi teenus
 - 2.2.1. Perinataalperiood, sh sünnitus, sünnitusjärgne periood ja vastsündinu
 - 2.2.2. Günekoloogia
 - 2.3. Kodusünnitus
3. **Haridus, kutsealane areng ja pädevushindamine**
 - 3.1. Ämmaemanda haridus
 - 3.2. Kutsealase pädevuse säilitamine ja parandamine
4. **Kutseala arenguvision ja personali vajadus tervishoiuteenuste planeerimisel**
 - 4.1. Esmatasandi ämmaemandusabi
 - 4.1.1. Antenataalne jälgimine, sünnitusjärgne jälgimine, sh vastsündinu hooldus ja koduvisiidid
 - 4.1.2. Reproduktiivtervise, pereplaneerimise, kontratseptiivide alane nõustamine, seksuaalkasvatus sh noortenõustamine ja koolitervishoid
 - 4.1.3. Ennetustöö emakakaelavähi ja sugulisel teel levivate haiguste skriining, tervisevisiidid/tervise nõustamine
 - 4.2. Statsionaarne ämmaemandusabi
 - 4.3. Sünnituskodu
 - 4.4. Kutsealase õppe arendamine ja pädevustõendamine
 - 4.5. Patsiendiohutus ämmaemanduses
 - 4.6. Ämmaemandusabi tõendus põhjus ja kvaliteet
5. **Ämmaemanduse arengu prioriteetid järgnevaks perioodiks**

Refereeringud

Lisad

Sissejuhatus

Ämmaemanduse arengukava eesmärk on visioneerida ämmaemanda kutse arengut tervishoiu erinevatel tasanditel sünnitusabi ja günekoloogia valdkonnas. Eesti Ämmaemandate Ühingu (EÄÜ) juhatus koostöös volikoguga on käesoleva arengukava koostamisel lähtunud ühingu missioonist arendada ja edendada ämmaemandate kutsealast tegevust ning ämmaemandate pädevust, eesmärgiga tagada naistele, lastele ja peredele kvaliteetne ning kättesaadav ämmaemandusabiteenus. Kutseala arenguvision ja tervishoiuteenuste planeerimine lähtub osutatavate tervishoiuteenuste arengust ja vajaduspõhisusest.

Eesti ämmaemanduse arengukava koostamisel on EÄÜ lähtunud riiklikest õigusaktidest, rahvusvahelistest ja rahvuslikest ämmaemanda kutset reguleerivatest alusdokumentidest, et väärtustada ämmaemandust, toetada ämmaemanda kutse jätkusuutlikku arengut inimese tervise heaks kogu elukaare vältel.

Arengukava jaguneb neljaks võtmeteemaks:

1. Ämmaemanda kutse
2. Ämmaemandusabi ja töökohakultuur
3. Haridus, kutsealane areng ja pädevushindamine
4. Kutseala arenguvision ja personali vajadus tervishoiuteenuste planeerimisel

Arengukava koostamise töörühm: Irena Bartels, Marge Mahla, Pille Teesalu.
Konsulterisid: Jelena Laanemets, Triin Rootalu, Pirjo Voogla, Margit Luiga

Arengukava on vastuvõetud EÄÜ Volikogu otsusega nr.23, 11.aprill. 2019.

1. Ämmaemanda kutse

Ämmaemanda kutse määratlus on koostatud Rahvusvahelise Ämmaemandate Konföderatsiooni (ICM – *International Confederation of Midwives*) poolt aastal 1990, heaks kiidetud Rahvusvahelise Sünnitusabi- ja Naistearstide Föderatsiooni (FIGO) poolt 1991, Maailma Tervishoiu Organisatsiooni (WHO) poolt 1992 ning uuendatud ICM poolt 2017.a. (1). Ämmaemand on isik, kes peab olema edukalt läbinud ämmaemanda õppekava, mis tugineb ämmaemanda õppele ja praktikale seatud ICM põhipädevuste raamistikule (1; 2). Eestis on ämmaemanda kutse reguleeritud õigusaktide, kaasajastatud kutsestandardi ja pädevuspõhise hindamissüsteemi, ning mitmete valdkonda reguleerivate tegevusjuhendite poolt.

Ämmaemand omab kutse-keskeri hariduse või rakenduskõrgharidusõppe diplomit/lõputunnistust ja on registreeritud riiklikku tervishoiutöötajate registrisse, mis on reguleeritud vastavalt [Terviseteenuste korraldamise seadus 1 peatükis § 3. \(1\)](#). Ämmaemanda kutse diplom/lõputunnistus annab õiguse töötamiseks ämmaemandana ja/või üldöena kõigis tervishoiu valdkondades nii avalikus, era- kui ka kolmandas sektoris Eesti Vabariigis ja Euroopa Liidu liikmesriikides.

Ämmaemandust praktiseerivad ainult ämmaemandad, kes on iseseisvad tippspetsialistid osutades ämmaemandusabiteenust sünnitusabi ja günekoloogia valdkonnas tuginedes ämmaemanda kutse määratlusele ja kutseala filosoofiale. Ämmaemandusabi osutamisega kaasneb ametigrupi liikmete omavaheline solidaarsus ning jagatud arusaamad tervishoiu väärtustest, ühiskonnale suunatud tegevustest ja kutse-eetikast (2; 3).

Ämmaemandusabiteenuste hulka kuuluvad reproduktiivtervisega seonduvad tervist säilitavad ja edendavad tegevused: noorte nõustamine seksuaaltervise- ja pereplaneerimisest, naiste ja perede jälgimine ja juhendamine raseduse-, sünnitus-, sünnitusjärgsel perioodil sh. vastsündinu hoolduse ja rinnaga toitmise osas. Naistehaiguste, raseduse katkemise ja katkestamise, sh viljatusega seotud aspektide käsitlemisel on ämmaemand põhjaliku ettevalmistusega meeskonna liige. Ämmaemandusabiteenus viib ellu ennetustegevusi läbi naise elukaare (4; 5).

Ämmaemandusabi tulemuslikkust hinnatakse tervishoiuteenuse osutamise vältel. Keskmes on patsiendi/kliendi õigused, ohutus, tema individuaalsed tervisevajadused ja valikud.

Ämmaemandustegevus tugineb teaduspõhisele praktikale, toetades naiste toimetulekut kogu elukaare vältel ning võimestades naisi võtma vastutust enda ja pereliikmete tervise eest.

1.1.Ämmaemanduseetika

[Ämmaemandate eetikakoodeks](#) (6; 7) on Rahvusvahelise Ämmaemandate Konföderatsiooni poolt välja töötatud alusdokument. Eetikakoodeksi missioon on tunnustada naist kui isiksust ning parendada naiste, laste ja peredele osutatavat hooldust. Ämmaemandate eetikakoodeks käsitleb nelja põhivaldkonda: suhted ämmaemanduses, ämmaemanduse praktika, professionaalne vastutus ja ämmaemandusalaste teadmiste ning praktika edendamine. Kõik neli valdkonda tuginevad sünnitusabi valdkonnas töötavate erinevate spetsialistide vastastikusel austusel, usaldusel ja väärikusel.

2. Ämmaemandusabi ja töökoha kultuur

[Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 2.peatükk 5¹. jagu](#) defineerib ämmaemandusabi kui ambulatoorse või statsionaarse tervishoiuteenuse, mida osutab ämmaemand iseseisvalt või koos pere- või eriarstiga.

Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020 ⁽⁸⁾ kirjeldab ämmaemandusabiteenust sünnitusabi- ja günekoloogia valdkonna tervishoiuteenuse osana. Teenus jaguneb haiglas osutavaks ja haiglaväliseks, kus teenuse osutamine toimub vastavalt teenuse spetsiifikale. Ämmaemandusabiteenuste spetsiifika on kirjeldatud Ämmaemanda kutsestandardis, [tase 6](#) ja [tase 7](#) tegevusnäitajatega, mis moodustab iseseisva teenuste komplekti tervishoiusüsteemis. Sünnitusabi- ja günekoloogia valdkonna tervishoiuteenused integreeruvad nii vältimatu abi, üldarstiabi, kiirabi, eriarstiabi kui õendusabi valdkonda (9; 10).

Ämmaemandusabi eesmärk on jätkuvalt toetada sihtrühma kaasatust tervisega seotud otsustesse ning toimetulekusse kõikides günekoloogia ja sünnitusabi valdkondades. Ämmaemanda töökultuuri toetavad mitmed rahvusvahelised seisukohad, kus on välja öeldud ämmaemanda pädevusega spetsialisti olulisus emadushoolduses, pereks kasvamisel ja naise erineval elukaarel (1; 11; 12; 13; 14; 15).

Eestis on ämmaemandusabi reguleeritud vastavalt [Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord](#), vastu võetud 02.07.2014 nr 44.

Praktikas jaguneb ämmaemandusabi tegevuse laadi ja sihtrühma alusel kolme suurde valdkonda:

1. Esmatasandi ämmaemandusabi:
 - 1.1. Antenataalne jälgimine, sh GDM nõustamine
 - 1.2. Sünnitusjärgne jälgimine, sh vastsündinu hooldus ja koduviisiidid
 - 1.3. Sotsiaalsed muutujad ja perinataalne vaimne tervis
 - 1.4. Reproduktiivtervise, pereplaneerimise, kontratseptiivide alane nõustamine, seksuaalkasvatus sh noorte nõustamine ja koolitervishoid;
 - 1.5. Ennetustöö emakakaelavähi ja sugulisel teel levivate haiguste skriining, tervise visiidid/tervise nõustamine.
2. Statsionaarne ämmaemandusabi:
 - 2.1. Perinataalperiood, sh sünnitus ja sünnitusjärgne periood
 - 2.2. Günekoloogia
3. Kodusünnitus.

2.1. Esmatasandi ämmaemandusabi

Esmatasandi tervishoid on ambulatoorsete teenuste kogum, mis on inimesele kättesaadav kodukohas. Tugev esmatasand, ühise infrastruktuuriga maakonnakeskustes, laiapõhjalise meeskonnaga koos sotsiaalteenuse osutajatega, võimaldab parema teenuse kättesaadavuse elanikkonnale, lahendades 80-90% patsientide probleemidest. Selleks on vajalik meeskondade sisene pädevuspõhine tööjaotus, mida reguleerivad kehtivad tõenduspõhised juhendid. Ämmaemandad on motiveeritud osutama jagatud emadushooldust iseseisvalt, koos naistearstidega või perearsti praktilise osana (16; 17).

Alates aastast 2017 on Eesti Haigekassa (EHK) teenuste loetelus määratud hind kolmele ämmaemandusabi teenusele senise kahe teenuse asemel: Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt, teenuse kood 3111 (esmane vastuvõtt), mis sisaldab raseda arvele võtmist ja imetamisnõustamist; Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt, teenuse kood 3112; Ämmaemanda sünnitusjärgne koduviit, teenuse kood 3038. Esmane visiit on ajamahukam, eriti arvestades esmast anamneesi kogumist ja dokumentatsiooni. Iseseisva ämmaemandusabiteenuse kvaliteetse rakendamise toetamiseks esmatasandil on loodud [rakendusjuhend](#).

2.1.1. Antenataalne jälgimine

Ämmaemanduse arengukava 2001-2015 analüüsis selgub, et ämmaemandate ambulatoorsete vastuvõttude mahud on tõusutrendis. Siinkohal on oluline jätkata antenataalse hoolduse osutamist juba sissetöötanud emadusnõuandlate ja perekeskuste süsteemis, kus madala riskiga rasedate jälgimine toimub valdavalt ämmaemandate poolt, samas on tagatud naistearstide kättesaadavus jagatud hoolduse mudelist lähtuvalt. Eelpool nimetatuid tegevusi toetab WHO soovitus naise tervise juhendis - [Maternal Health Guidelines, 2017](#) (18).

Statistiliste andmete (Lisa 1) lähemal vaatlusel selgub, et piirkonniti on rasedate jälgimise osakaalud naistearsti ja ämmaemanda vahel väga erinevad, mis annab tunnistust, et regiooniti on ämmaemanda potentsiaal alakasutatud Hiiumaal, Põlvamaal, Viljandimaal ja Ida-Virumaal. Eesti keskmise rasedate jälgimise mahtude osas on alakasutatud ka Võrumaa, Valgamaa, Tartumaa ämmaemandad. Tähelepanuväärselt enam külastavad rasedad ämmaemandat võrreldes naistearstiga Pärnumaal (80%) ja Harjumaal (75%), Lääne-Virumaal (71%), Raplamaal (71%), mis kinnitab, et ämmaemanda visiidi mahud saavad olulisel määral kasvada juhul, kui rakendada jõulisemalt ämmaemandate potentsiaali.

2.1.2. Sünnitusjärgne jälgimine, sh vastsündinu hooldus ja koduviidid

Käesoleval hetkel on sünnitusjärgse jälgimise teenus esmatasandi teenuste seas kõige tagasihoidlikumalt arendatud. WHO (2016) soovitus naise sünnitusjärgse jälgimisel on: naise ambulatoorne sünnitusjärgne visiit ämmaemanda või naistearsti juurde 6-8 nädalat peale sünnitust. Sünnitusjärgse visiidi eesmärgid on: hinnata naise sünnitusjärgset taastumist; nõustada pereplaneerimise ja kontratseptsiooni osas; toetada rinnaga toitumise

edenemist ja jätkumist; ennetada sünnitusjärgseid vaimse tervise probleeme; arutleda sünnituskogemuse ning teistel naisele ja perele olulistel teemadel (19; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 18).

Kojukirjutamise järgselt, normaalselt kulgenud sünnituse puhul reeglina 2.-3. päeval, keisrilõike puhul 4.-5. päeval pärast sünnitust, jõuab sünnitusjärgne naine koos vastsündinuga jõudma esmatasandi huviorbiiti. Hetkel kehtiv "[Kuni 18-aastaste laste tervisekontrolli juhend](#)" katab osaliselt lapsega seonduva ja tegevused on jagatud perearsti, pereõe, kooliõe ning eriarstide vahel. Vastsündinu perioodil, milleks loetakse 0-28 päeva, on juhendist lähtuvalt fookuses peamiselt vastsündinu tervisevajadused, vähesel määral on kaetud sünnitusjärgse naise toimetuleku ja kohanemise hindamine ning jälgimine. Siinkohal on asjakohane rõhutada, et ämmaemanda poolt läbi viidud sünnitusjärgne koduvisiit on oluline, et toetada koduses keskkonnas toimetulekut, nõustamist ja tuge vajatakse uue olukorraga kohanemiseks, füüsiliste ja psühholoogiliste muutuste ning vastsündinu hooldusega seotud küsimustes.

Varasemate uurimistulemuste põhjal on selgunud, et üle poolte naistest, keda kodus külastati esimesid 3.-5. sünnitusjärgsel päeval sagedamini vastsündinu hoolduse, rinnaga toitmise ja rindade imetamisega seotud probleemid. Uuringu tulemused on näidanud, et liialt lühikese koduvisiidi käigus võib vale imemisvõtte ja -tehnikaga jääda märkamata (26; 27).

Sünnitusjärgne koduvisiit sisaldab olulisel määral imetamisnõustamist. Naise sünnitusjärgse kohanemise ning rinnaga toitmisega seotud probleemide lahendamine on sünnitusjärgse jälgimise oluline aspekt. Statistikas on näha, et imetamine Eesti erinevates maakondades on madalad (Lisa 2). Seega võime oletada, et järjepidev nõustamine sünnitusjärgsel perioodil ei ole piisav. Naise toimetuleku ja laktatsiooni probleemide hilisem avastamine ei võimalda tagada imetamist ja/või rinnapiimaga toitmise edenemist ning jätkumist kuni lapse kuue kuu vanuseks saamiseni.

Teine oluline aspekt sünnitusjärgse perioodi jälgimisel on naise vajaduste ja toimetuleku märkamine/hindamine, sh vaimse tervise seonduv. Riskigrupiks on lähedaste toetuseta naised, kes on koju kirjutamise järgselt mitmete päevade vältel vastsündinuga üksinda. Olulise aspektina on sünnitusjärgsel ajal vajalik lähtuda patsiendiohutusest. Ämmaemanda pädevuses on märgata lisaks füüsilistele kõrvalekalletele ka sünnitusjärgselt ilmnevaid meeleolu kõikumisi ning tegutseda vastavalt teadmistele koostöös teiste spetsialistidega.

Sünnitusjärgseks koduvisiidiks kuluv aeg on EHK arvestuste alusel 1,5 tundi, arvestuslik aeg ei sisalda transpordiks kuluvat aega, mistõttu võib reaalne läbiviimise praktikas kuluv aeg olla pikem, eesmärgiga käsitleda ema ja last terviklikult. Sünnitusjärgsete koduvisiitide süsteemsel rakendamisel on oluline arvestada [Haiglavõrgu arengukavaga](#) ja haiglate võrgustamise eesmärgiga tagada kõigi Eesti piirkondade elanikele ühtsetel alustel.

2.1.3. Sotsiaalsed muutujad ja perinataalne vaimne tervis

Vägivald on oluline seksuaal- ja reproduktiivtervise riskitegur, mille eriliigid on suunatud teise isiku vastu, olgu alaealine või täiskasvanu. Lähisuhtevägivald võib olla nii kehaline, vaimne, seksuaalne vägivald või õigustest ja hoolitsusest ilmajätmine (28; 29; 15).

Eesti Naiste Tervise uuringu andmete põhjal on intiimpartneri poolt põhjustatud lähisuhtevägivalla ilmnemise osakaal 16-44-aastaste naiste seas 18,4%, sh füüsilist 17,2% ja seksuaalset vägivalda 4,1%. Peamised vägivalla kogemused on seotud kontratseptsiooni (sh kondoomi) mittekasutamise, kordusabortide ja seksuaalsel teel levivate infektsioonide esinemisega. Liigne alkoholitarvitamine ning vägivald perekonnas on seotud teismeliste soovimatute raseduste riski suurenemisega. Vägivalla mõju seksuaal- ja reproduktiivtervisele on Eestis vähe teadvustatud. Seksuaalkuritegudest on 75% toime pandud alaealiste vastu (55).

Oma igapäevases töös hindab ämmaemand regulaarselt potentsiaalseid seksuaal- ja reproduktiivtervise riskitegureid. Ämmaemand on pädev märkama vaimse tervise probleeme ning suunama naise/pere personaalsetest vajadustest ja riskihindamise tulemustest lähtuvalt raseduskriisi nõustaja, psühholoogi või teiste spetsialistide visiidile (15).

2.1.4. Reproduktiivtervise, pereplaneerimise, kontratseptiivide alane nõustamine, seksuaalkasvatus sh noortenõustamine ja koolitervishoid

Spetsiifilise sihtrühma moodustavad noored nõustatavad. Noorte seksuaalnõustamise teenust osutatakse Eesti Seksuaaltervise Liidu (ESL) koordineerimisel tegutsevates noorte nõustamiskeskustes ja/või noortekabinetis. Teenus on suunatud kuni 26-aastastele (k.a) mõlemast soost noortele (30). Ämmaemanda põhiõppe raames saadakse ettevalmistus eelpool loetletud tegevuste läbiviimiseks, mis on noorte nõustamiskeskustes tööle asumisel heaks baasiks.

Noorte seksuaalkasvatuse kontekstis on oluline **koolitervishoiuteenus**, mille tegevusjuhend on raamdokument eesmärgiga toetada laste ja noorte tervise arengut, mis on omakorda hea reproduktiivtervise eeldus. Täna on koolitervishoiuteenuse osutaja kooliõde koostöös õpilase, tema perekonna ja kooli personaliga (17; 31). Positiivsete seksuaal- ja reproduktiivtervise näitajate muutuse üks oluline mõjutegur on kohustusliku seksuaalhariduse sisseviimine inimeseõpetuse ainekavasse kooli erinevates astmetes. 40% põhikooli lõpetajatest on külastanud seksuaalharidusliku loengu raames noorte nõustamiskeskust, kus pakutakse noortele nõustamist ja vajadusel professionaalset abi (30).

Vajadus noorte seksuaalnõustamise järele on suurem, kui täna pakutud teenuse kättesaadavus. Ämmaemand seksuaaltervise spetsialistina on siinkohal koostööpartner kooliõele, et edendada tervist erinevates vanusegruppides, viies läbi grupiteenuseid, mille eesmärk on ennetada sugulisel teel levivaid haiguseid, koolitada seksuaalkäitumise ja rasestumisvastaste vahendite osas ning osaleda tervisedenduses ja -kasvatuses (29).

Takistuseks võib olla noortele suunatud teenuse osutamise asukoht, mis on sageli samas asutuses, kus osutatakse teisi tervishoiuteenuseid. Noorte seksuaalnõustamise keskuste ruumiline sidumine ETTK oleks teenuse kättesaadavuse parandamise huvides kasulik. Siinjuures ei kata koolitervishoiuteenus kutsekoolides õppivate noorte info- ja nõustamisvajadusi.

Täiskasvanute seksuaalkasvatus on hetkel valdkonnana vähe tähelepanu pälvinud. Avalikustatud Rahvatervise arengukava vahehindamise tulemustes antakse soovitusi koolinoortega paralleelselt pöörata tähelepanu üle 30-aastaste täiskasvanute seksuaalkäitumisele nõustamisele (32).

Täiskasvanu kontratseptsioonilase nõustamise, erinevate terviseriskide hindamise ja tervisekäitumise analüüsi ning nõustamise eesmärgil on vajalik, et naine külastab ämmaemandat üks kord aastas. Tervisevisiidi käigus nõustatakse seksuaal- ja pereplaneerimise ning tervise teemadel üldiselt. Vajadusel viiakse läbi eakohaseid ning terviseriskidest lähtuvaid sõeluuringuid. Tervisevisiitide sisu panustab tervisedendusse ning ennetustöösse ning vähendab potentsiaalsete probleemide hilinenud tuvastamist (33). Tervisevisiidi vajaduse määratlemine on tervisekasvatuse üks osa ning lähtub iga konkreetse inimese tervisekäitumisest.

Viljatuse probleemide esinemissagedus viljakas eas paaridel on üle maailma ligikaudu 15%. Infertiilsete paaride abistamisega seotud teenused peavad olema integreeritud ja terviklikud, alustades kogukonna tasandist, et selgitada põhjus ja ennetada viljatust kuni reaalse raviskeemi ja multiprofessionaalse hoolduseni (34). Viljatuse ennetamine hõlmab lisaks olulisi eluviisi valikuid, kvaliteetset reproduktiiv- ja tervishoiuteenust, mille osutamises on ämmaemand aktiivne meeskonnaliige.

2.1.5. Ennetustöö emakakaelavähi ja sugulisel teel levivate haiguste skriining, tervisevisiidid/tervise nõustamine

Olulise tervisevisiidi osa moodustavad eakohaste ning terviseriskidest lähtuvate sõeluuringute läbi viimine. Käesoleval hetkel võib öelda, et emakakaelavähi sõeluuringus osalemise määr on viimasel kolmel aastal olnud keskmiselt 47,6%. Rinnavähi sõeluuringutega hõlmatus keskmiselt 54,1 %, mis jääb madalamaks püstitatud eesmärkidest. Aastal 2015 teostati ämmaemandate poolt emakakaelavähi sõeluuringuga seotud visiite 11353 ja naistearstide poolt 1785 (Lisa 3). Aastal 2017 teostati ämmaemanda poolt 12067 ja naistearstide poolt vastavalt 6174 sõeluuringu visiiti. Seega, ajavahemikul 2015-2017 on naistearstide poolt teostatud visiitide maht suurenenud kaks korda, samas lähtudes juhendist „[Emakakaela, tupe, vulva vähieelsete muutuste diagnoosimine, jälgimine ja ravi](#)“ kuulub teenus ämmaemanda pädevusse ning on teenuse hinnast lähtuvalt ka kulutõhus.

Elanikkonna oodatava eluea pikenedes suureneb postmenopausis naiste arv ja järjest enam soovitakse hakata kasutama hormoonasendusravi (HAR) elukvaliteedi parandamiseks ja östrogeenpuudusest tingitud haiguste vältimiseks ning raviks. Kui aastal 2000 kasutas

hormoonasendusravi 3-5% postmenopausis olevatest naistest, siis teiste riikide eeskujul on võimalik HAR-i kasutajate arvu hea nõustamise korral 10 kordselt tõhustada (35).

2.2. Statsionaarne ämmaemandusabi

Ühiskondlikud muutused kanduvad ka sünnitusabisse. Ämmaemand osutab statsionaarset ämmaemandusabiteenust iseseisvalt ja multidistsiplinaarse meeskonna liikmena. Ämmaemandusabi statsionaarses tegevuses on oluline nii perinataalperioodi jälgimisel kui positiivse sünnituskogemuse toetamisel. Ülemaailmselt on olulisel kohal hoida sünnitus normaalsena, vähendada vahele sekkumisi ja keisrilõigete, toetada imetamist, sünnitusjärgset taastumist ning positiivset vanemlust (1; 11; 18; 25; 36; 37; 38; 39; 40).

2.2.1. Ämmaemandusabi osutamine perinataalperioodis

Perinataalperioodil on suurenenud rasedusaegsete haiguste esinemissagedus, mistõttu on suurenenud riskirasedate arv ning olulisel kohal on kvaliteetne jälgimine, nõustamine ja tegevuste dokumenteerimine kõigile patsientidele nii ambulatoorses kui statsionaarses ämmaemandusabis. Paralleelselt riskiraseduste osakaalude suurenemisega on potentsiaalselt suurenenud riskisünnitajate osakaal.

Kvaliteetse sünnitusabi osutamise eesmärgil on oluline, pakkuda sünnituse jälgimisel ja juhendamisel 1:1-le teenust alates sünnituse aktiivsest faasist (25; 41). Ämmaemandusabiteenus statsionaaris sisaldab ämmaemanda poolt iseseisvalt osutatuna järgmisi teenuseid: antenataalsel perioodil hospitaliseeritud raseda anamneesi kogumine, riskiraseda ravikorralduste jälgimine, ravi läbiviimine, kardiotokograafilise uuringu teostamine, raseda nõustamine ja toimetuleku toetamine.

Normaalselt kulgeva sünnituse jälgimine ja sünnitaja abistamine, turvalise sünnituskeskkonna loomine, loote seisundi hindamine, valutustamine, riskide hindamine sünnitustegevuses ja/või loote seisundis, elupäästvate võtete kasutamine, sünnitaja ettevalmistamine sünnitusabi operatsioonideks, tegutsemine sünnitustegevuse kõrvalekallete korral. Sünnituse väljutusperioodi kulu hindamine ja jälgimine ning sünnituse vastuvõtmine, emale ja lapsele turvalise keskkonna tagamine kiindumussuhte kujunemiseks, sünnituse platsentaarperioodi jälgimine ja hindamine, sünnitusteede terviklikkuse hindamine ning taastamine.

Sünnitusjärgset on ämmaemanda iseseisvad statsionaarsed tegevused ema ja lapse nahk-naha kontakti algatamine, normaalselt kulgenud sünnituse sünnitanu läbivaatuse teostamine, operatsioonijärgse patsiendi seisundi hindamine ja jälgimine, sünnitusjärgse taastumise, enesehoolduse, ohutunnuste ja pöördumisvajaduse ning -võimaluste selgitamine. Lapse kaotuse puhul toetab naist ja tema peret leinas. Rinnaga toitmise abistamine ja juhendamine, vastsündinu vajaduste märkamine ja selgitamine. Vastsündinu hooldust osutab ämmaemand statsionaaris iseseisvalt sisaldades vastsündinule turvalise keskkonna loomist, vastsündinu identifitseerimist ja sünni registreerimise, vastsündinu kohanemise jälgimist ning seisundi

hindamist, vastsündinu esmase tualeti tegemist, vanemate juhendamist/õpetamist lapse kohanemise, hooldamise, vastsündinu läbivaatuse teostamist, vajadusel vastsündinule esmaabi osutamist ja elustamisvõtete kasutamist, vajadusel viib läbi ravi vajavate vastsündinute hooldust ja protseduure. Lisaks eelpool nimetatud iseseisvalt osutatud teenustele kuulub ämmaemand multidistsiplinaarsesse meeskonda koostöös naistearsti, neonatoloogi jt. spetsialistidega.

Sünnitusjärgses perioodis on ämmaemanda jälgida kaks patsienti: sünnitusjärgne naine ja vastsündinu. Lisaks vajavad nõustamist pereliikmed ja lähedased. Haiglas viibimise ajal vajab nii naine kui vastsündinu pidevat tähelepanu ja toetust.

2.2.2. Ämmaemandusabi osutamine günekoloogias

Naistehaiguste/günekoloogia valdkonnas on ämmaemanda pädevus seotud järgmiste tegevustega: naistehaiguste ja sugulisel teel levivate haiguste ennetamine, leviku, põhjuste, kliiniliste tunnuste, kulu, diagnostika ja ravipõhimõtete selgitamine, läbivaatuse teostamine ja vajalike analüüside võtmine, nõustamine seksuaalkäitumise ning rasestumisvastaste vahendite osas, naise seisundi hindamine raseduse katkemise/katkestamise järgselt, komplikatsioonide tuvastamine ning enesehoolduse ja abi võimaluste selgitamine, viljatusravi toetav nõustamine (42).

Eestis on günekoloogia statsionaarne teenuse osutamise meeskonda kaasatud suuremalt jaolt õe pädevusega isikud. Hetkel puudub üle Eestiline statistika, kui paljud õe ametikohal töötavatest spetsialistidest on omandanud ämmaemanda kutse või kui paljud õe kutsega spetsialistidest on saanud töökohapõhise väljaõppe/spetsialiseerumise günekoloogia valdkonnas töötamiseks. Tööjõu rakendamine pädevuspõhiselt loob võimaluse rakendada naistehaiguste/günekoloogia osakonnas ämmaemanda kutsega spetsialiste, kelle baaspädevused sisaldavad valmidust günekoloogia valdkonnas töötamiseks. Muutus võimaldab vähendada kulutusi õe pädevustega spetsialistide väljaõppele ning vastavat pädevust saab rakendada teistes õendusabi valdkondades.

2.3. Kodusünnitus

Kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord jõustus 1.08.2014.a sotsiaalministri 2.juuli 2014. a määrusega nr. 44 „[Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord](#)”. Hoolimata prognoosidest jääb kodusünnituste arv Eestis alla 1% sünnitustest.

ICM on seisukohal on kodusünnitus on naise õigus valida sünnituskoht ning see on turvaline, kui valik on tehtud õigetel alustel. Sünnituse tuge pakub kodusünnitusel pädev ämmaemand, kus riik koos tööandjatega on taganud pädevusnõuded seda teenust osutavatele ämmaemandatele. Kodusünnituse turvalisuse tagab koostöö selles valdkonnas töötavate spetsialistide koostöö (43; 44).

3. Haridus ja pädevushindamine

Ämmaemanda õppekava loomiseks aluseks on Eestis kehtiv Kutsestandard, mis lähtub ICM ämmaemanduspraktika baaskompetentsidest ja [EU direktiividest](#) ⁽⁴⁵⁾ ⁽⁴⁶⁾.

3.1. Ämmaemandusharidus

Ämmaemanda põhiõpe toimub Tallinna ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolides, õppekava maht on 270 EAP ja kestus 4,5 aastat. Alates aastast 2017 omistatakse ämmaemanda õppekava lõpetanutele ämmaemand tase 6, esmane kutse. Igal aastal lõpetab ligikaudu 30 ämmaemandat, mis ei ole piisav arvestades pensioneeruvate ämmaemandate arvu, ühiskonna kõrgemaid ootusi esmatasandile ja potentsiaalselt suurenevat teenuste mahtu.

Lisaks väärib ämmaemandushariduse rakendumine uutes tingimustes arutelu, kas kehtiva õppekava lõpetanud ämmaemanda haridusega spetsialistidega on eesmärgipärane täita õdede ametikohti.

3.2. Kutsealase pädevuse säilitamine ja parandamine

Oma kutsealase töö käigus on ämmaemandal võimalik eesmärgistatult panustada enda professionaalsesse arengusse. Eesti Ämmaemandate Ühing pakub oma liikmetele süsteemselt ämmaemandate professionaalset arengut toetavaid koolitusi vastavalt koolituskalendrile.

Ämmaemanda kutsestandardit kaasajastatakse iga viie aasta järel ning see on kooskõlastatud koostööpartnerite, teistele eriala liitude, kõrgkoolide ja teiste siht- ja sidusgruppidega. Kutsestandardis on kirjeldatud ühiskonna vajadustest ja kutseala arengust lähtuv ämmaemanda kutsealane tegevus ning on esitatud pädevusnõuded kutseala töötajatele. Regulaarne oma pädevuse tõendamine annab ämmaemandale võimaluse analüüsida oma professionaalset arengut ning määratleda arengut vajavad valdkonnad, mis omakorda võimaldab planeerida isiklikku ning professionaalset arengut ja karjääri, et tagada oma konkurentsivõime tööturul ja olla elukestev õppija.

Tööandjale annab kutsehindamine kindluse, et asutuses töötavad kvalifitseeritud töötajad, kes on huvitatud oma järjepidevast arengust muutavas tervishoiusüsteemis ning suudavad pakkuda kvaliteetset tervishoiuteenust. Toimiv kutsehindamissüsteem võimaldab Eesti Haigekassal valida oma lepingupartnereid lähtudes kutsetunnistusega töötajate arvust, kelle pädevused on kaasaegselt hinnatud ning, mis omakorda võimaldab tagada osutatava tervishoiuteenuse kvaliteeti.

EÄÜ poolt moodustatud kutsekomisjon võimaldab ämmaemandatel oma pädevusi tõendada kaks korda aastas. 2018.aastal kinnitati Ämmaemanda kutsestandard tase 6 ja tase 7.

4. Kutseala arenguvision ja personali vajadus tervishoiuteenuste planeerimisel

EÄÜ juhatus on seisukohal, et tervishoius on oluline interdistsiplinaarne koostöö eesmärgiga rakendada ämmaemanda kutsealast potentsiaali vastavalt kutsestandardile.

Esmatasandi terviseteenuste territoriaalse vajaduse koostamisel on lähtunud 2011.aasta rahvaloenduse tulemustest. Andmetes on välja toodud rahvastikuproгноosis aastateks 2020 kuni 2030, arvesse on võetud ning on arvestatud olemasolevaid teenuseid ja soovitavaid teenuseid lähtuvalt sihtrühmast. Ämmaemandusabiteenuse vajalikkus lähtub teenuse sihtrühmast ja soovitavast sisust. Ämmaemandusabiteenust nähakse võimalikuna mitte perearsti nimistu alusel ja täiskohapõhiselt, vaid modelleerituna lähtudes vastava piirkonna vajadustest (47) (16).

OECD riikidega võrrelduna on Eestis 0,32 ämmaemandat 1 000 elaniku kohta, OECD riikide vastav keskmine näitaja on 0,37 (Lisa 4). 2018. aastal oli tervishoiutöötajate registri andmetel registreeritud ämmaemandaid 973, nendest Tervise Arengu Instituudi andmetel oli 2017. aastal valdkonnas töötavaid ämmaemandaid 455. Registris on esindatud isikud, kes on pensioneerunud, ei tööta tervishoius või töötavad mõnes teises tervishoiu valdkonnas. Täna on praktikas näiteid, kus õe diplomit omavad spetsialistid osutavad sisuliselt ämmaemandusabiteenust. See on oluline kitsaskoht, sest ämmaemandusabiteenust saab osutada vastava väljaõppega spetsialist vastaval ametikohal. Leidub vastupidiseid näiteid, kus ämmaemand osutab õendusabiteenusena sisuliselt ämmaemandusabiteenust, mis on vastuolus õigusaktidega. Seega, oluline osa tööturust ja ämmaemandusabiteenuse osutamisest vajab korrastamist vastavalt teenuse sisule, osutamise nõuetele ning seadusandlusele.

Ämmaemandate vanusjaotuse analüüsist selgub, et üle 70% kuulub vanuserühma 45–49 eluaastat (Lisa 5). Seega aastaks 2025 on vajalik tagada järelkasv pensioneeruvatele ämmaemandatele, kokku kuni 160 ämmaemandale (keskmiselt 17,4 ämmaemandat aastas). Kui siia lisada ämmaemandate lahkumismäär (aastas lahkub 6,7 ämmaemandat) ja tervishoiusüsteemi arenguga seotud ametikohtade ja teenuste areng, on ämmaemanda kutsega spetsialistide vajadus veelgi suurem (47) (48).

Järgneva kuue aasta jooksul ei ole näha ämmaemandate töökoormuse ja ametikohtade vähenemist. Sõltumata sünnituste koondumisest suurematesse keskustesse, peab säilima ämmaemandusabi kättesaadavus kohtadel, eeldatavalt isegi suuremas mahus kui see on täna. Teenuse mahud on suurenemas ka tervisekeskuste pädevuspõhiste tegevuste ja tööjaotuse alusel.

Iseseisva ämmaemandusabi vajadus suureneb ämmaemandate potentsiaali efektiivse rakendamise kaudu, seda eelkõige eriarstide (eelkõige naistearstide), perearstide, pereõdede ja kooliõdede töös, kus hetkel on pööratud vähe tähelepanu ämmaemanda pädevuses olevatele tegevustele.

Ämmaemandusabiteenuse sihtgrupiks on kõik Eestis elavad naissoost isikud ja nende pered - 698097 (Statistikaamet 01.01.2017 seisuga EMSB).

Sihtgrupi võib jagada:

- tüdrukud sünnist puberteedini (71539),
- koolinoored, sh kutsekoolid (3.-10.klass; 112771 õpilast - 2016.aasta andmed; Statistikaamet 11.04.2018)
- fertiilses eas naised (320295),
- üleminekueas ja postmenopausis naised (306263), vanus kuni 69.aastat,
- rasedad, sünnitajad ja sünnitusjärgsed naised ning nende pered - s.o. 13828 peret 2016.aastal.

Tervisekasvatuse aspektist on sihtgrupiks kogu Eesti elanikkond, 1 315 635 inimest (TAI. 2018). Ambulatoorse ja statsionaarse ämmaemandusabi osutamise koormuse arvestamisel tuleb lähtuda nii sündide arvust kui ka perinataalperioodil vajatavatest tervishoiuteenustest ning erinevas eas inimeste tervisevajadustest (koolinoored, sh kutsekoolid, üleminekueas naised).

4.1. Esmatasandi ämmaemandusabi

Esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamise ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomise osaraport 3 prognoosib 2030.aastaks 291,5 ämmaemanda ametikohta. Raportis on arvestatud ämmaemandusabiteenuste vananenud hinnakirja, lisaks ei selgu, milliste pädevuste põhjal on hinnatud õdede ja ämmaemandate vajadus. Seega, koostöös erinevate spetsialistidega ja ämmaemandusabiteenusele arvestatud ajakulu põhjal võib ämmaemandate vajadus suureneeda eeldusel, et luuakse pädevuspõhine ametikohtade jaotumine.

Täna ei ole esmatasandil ämmaemanda ametikohtasid. Seda kui palju töötab ämmaemanda kutse omandanud isikuid õe ametikohal ei ole uuritud. Seega võime ainult oletada, et esmatasandi vajadused ämmaemanda pädevusega spetsialistide osas on suuremad kui prognoositavad arvud. EHK viimase 9 kuu andmetel (EÄÜ päring 04.10.2018) oli eriarstiabis osutatud ämmaemandusabiteenuseid, mida osutati koodiga 3111 ja 3112 vastavalt 12775 ja 94306. Perearsti arvestuses osutatud samad ämmaemandusabiteenuseid vastavalt 372 ja 2957. Prognoositav ämmaemandusabiteenuste maht olemasolevate andmete alusel osutati 2018. aasta lõpuks mahus 151652. Eelpool tulenevast lähtuvalt võib öelda, et ämmaemandusabiteenuse osutamine esmatasandil on käivitumisjärgus ning on näha ämmaemandate vajaduse suurenemist. Käesoleval hetkel on esmatasandi tervisekeskuste tööjaotuses on alles selgelt diferentseerumas ämmaemanda, perearsti ja pereõe pädevusest tulenevad tööloigud.

4.1.1 Antenataalne jälgimine, sünnitusjärgne jälgimine, sh vastsündinu hooldus ja koduviisid

Keskmine sünnituste arv Eestis seisuga 31.12.2018.aasta on 13 000, seega on igal aastal vähemalt sama arv rasedaid jälgimisel. Rasedusega arvele tulekuks kasutatakse visiiti kestvusega 60 minutit ja märgitakse koodiga 3111, mis annab kokku 780000 minutit tööaega. Kehtiva juhendi järgi külastab iga rase ämmaemandat 6 korda ja naistearsti vähemalt 2 korda, seega lähtudes arvutustest kulub sellise mahuga ämmaemandusabiteenuse osutamisele $13000 \times 6 = 78000 \times 30$ minutit = 2340000 minuti. Korduvvisiidi kestvuseks on 30 minutit, teenus koodiga 3112. Teenuse osutamiseks vajatakse hinnanguliselt kokku 8,5 ametikohta esmase visiidi tegemiseks ja 25,5 ametikohta korduvate visiitide jaoks. Sellele lisanduvad tugitegevused gestatsioonidiabeedi nõustamine, raseduskriisinõustamine ja naise individuaalsetest eripäradest tulenev visiitide vajadus.

EÄÜ on seisukohal, et iga sünnitusjärgne naine ja vastsündinu peaksid saama vähemalt ühe sünnitusjärgse koduviisi, et toetada naist sünnitusjärgsete füsioloogiliste muutustega toimetulekul ja pere kohanemist, sh vastsündinu hooldus ning imetamisnõustamine. Kui ämmaemand teostab sünnitusjärgse koduviisi igale sünnitusjärgsele naisele, siis moodustub arvutuslikult 13000×90 min lisatööaega. Lisandub umbes 30 min. transpordiks ja dokumenteerimiseks. Täpsema ülevaate ämmaemandate vajadusest maakonniti koduviisi teostamiseks aasta lõikes annab tabel 4.

Tabelis 4 märgitud ametikohad on arvestatud olemasolevatele ametikohtadele lisaks. Sünnitusjärgselt vajab naine professionaalset tuge, seega sellel perioodil olev imetamisnõustamise tugi peab olema tagatud igale naisele, kellest osa vajab korduvaid visiite. Imetamisvisiidi kestvus on minimaalselt 60 minutit ning täna on kasutusel teenuse kood 3111. Vähemalt ühe visiidi tagamine imetavale emale nõuab 8,5 ametikohta.

Tabel 4. Ämmaemandate vajadus maakonniti koduviisi teostamiseks ja üks sünnitusjärgne visiit ämmaemanda juurde (aasta lõikes)

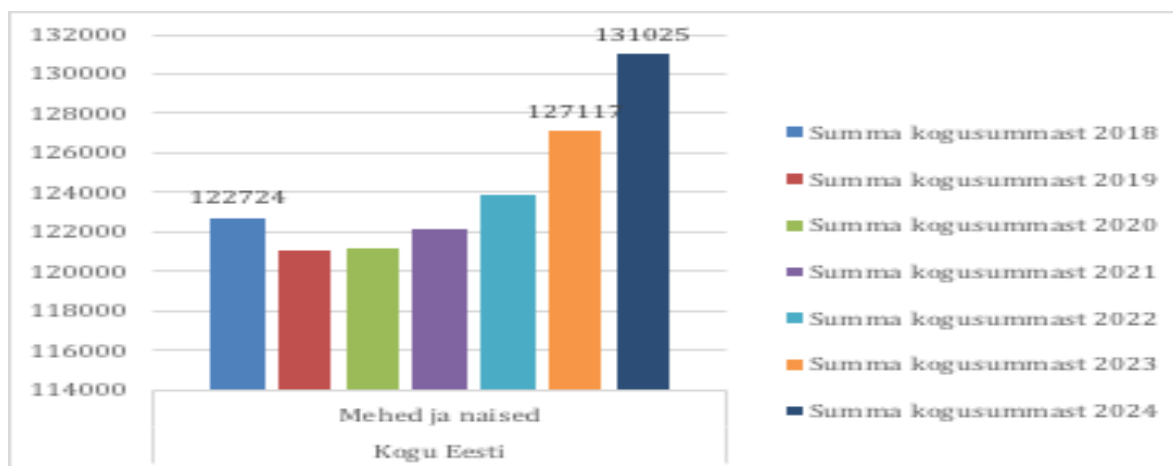
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hiiumaa	1,31	1,27	1,24	1,19	1,14	1,10
Ida-Virumaa	27,37	26,52	25,69	24,91	24,16	23,43
Jõgeva	5,84	5,84	5,80	5,80	5,75	5,70
Järva mk	5,84	5,70	5,63	5,50	5,36	5,24
Lääne mk	4,58	4,53	4,48	4,46	4,41	4,33
Lääne-Viru	12,44	12,27	12,05	11,86	11,62	11,42
Põlva	5,26	5,24	5,21	5,19	5,14	5,11
Pärnu	18,24	18,04	17,80	17,53	17,29	17,05
Rapla	7,48	7,43	7,33	7,26	7,18	7,11
Saaremaa	6,06	5,99	5,92	5,82	5,70	5,58
Tartu	48,04	47,87	47,58	47,19	46,73	46,22
Valga	5,67	5,63	5,55	5,48	5,43	5,36
Viljandi	9,55	9,42	9,30	9,16	9,01	8,84
Võru	6,57	6,50	6,43	6,33	6,23	6,14
Harjumaa	170,70	168,14	165,12	161,91	158,84	155,89

4.1.2 Reproduktiivtervise, pereplaneerimise, kontratseptiivide alane nõustamine, seksuaalkasvatus sh noortenõustamine ja koolitervishoid

Reproduktiivtervise, pereplaneerimise, kontratseptiivide alane nõustamine, hormoonasendusravi jätkamine ja perekool e grupiteenused on teenused, mille peavad edaspidi tagama suures osas esmatasandi tervisekeskuste ämmaemandad ning see on seni Oska raportites arvestamata. Täna osutatakse kõiki eelpool nimetatud teenuseid, kuid kindlasti on siin tervisekeskuse ämmaemandal suur roll, et võtta vastutus teenuse kättesaadavuse tagamiseks.

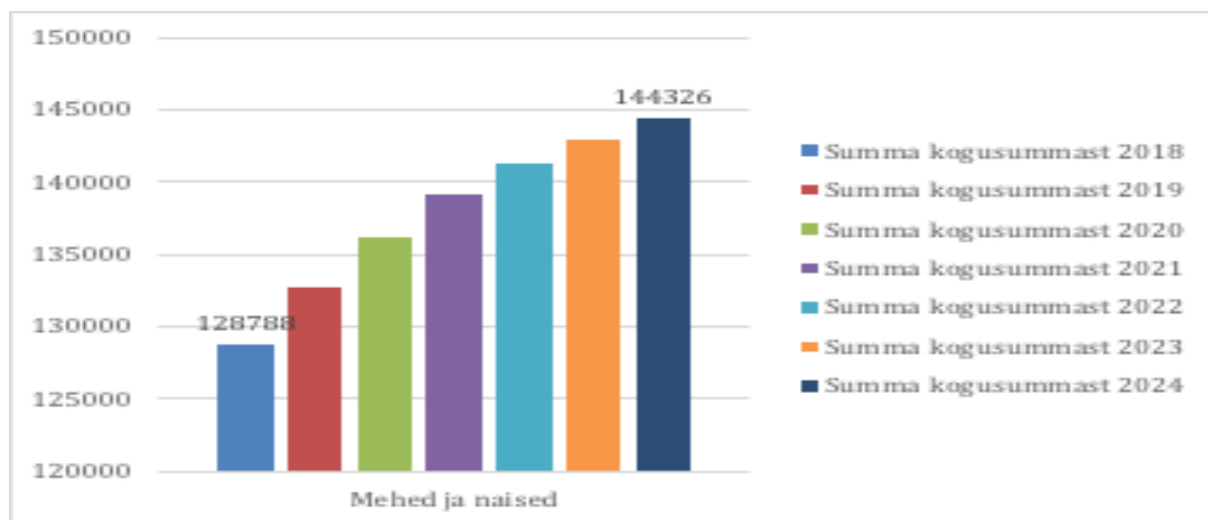
Noorte nõustamiskeskustes osutatav teenus seksuaalkasvatus valdkonnas on end õigustanud ning teenust osutavad peamiselt ämmaemandad koostöös naistearstiga ning selle teenuse vähenemist hetkel oluliselt näha ei ole. Rahvastiku prognoosi alusel on järgneva 6 aasta jooksul vastavas vanusegrupis näha rahvaarvu suurenemist. Tõenäoliselt suureneb ka teenuste arv. Joonis 16 annab täpsema ülevaate 2018-2024 vanusegrupi prognoosist.

ÄMMAEMANDUSE ARENGUKAVA 2019 - 2024



Joonis 16. 2018 – 2024 vastava vanusegrupi prognoos

Koolitervishoid on valdkond milles saab ämmaemand kooliõde seksuaalkasvatuse valdkonnas toetada. See vajab ühistegevusi kooliõdedega ja jagatud teenuse väljatöötamist. Järgneval perioodil on vanuserühmas 10-19 eluaastat näha rahvaarvu suurenemist (Joonis 17), seega vajab see vanusegrupp ka vastavalt enam koolitervishoiuteenust, sealhulgas potentsiaalset ämmaemandusabiteenuse tuge. Joonis 17 annab täpsema ülevaate 2018-2024 vanusegrupi 10-19 aastased prognoosist.



Joonis 17. 2018 – 2024 10-19.aastaste vanuserühma prognoos

Nende kahe teenuse valguses on esmalt vajalik esmatasandil tegevuste ülevaatamine pereõde, kooliõde ja perearsti vahel. Paljud tegevused, mida seni on osutanud pereõde, kooliõde ja/või perearst on ämmaemanda pädevus. Teenuste jagamine pädevuspõhiselt võimaldab pereõdel, kooliõdel ja perearstil tegeleda teiste probleemidega.

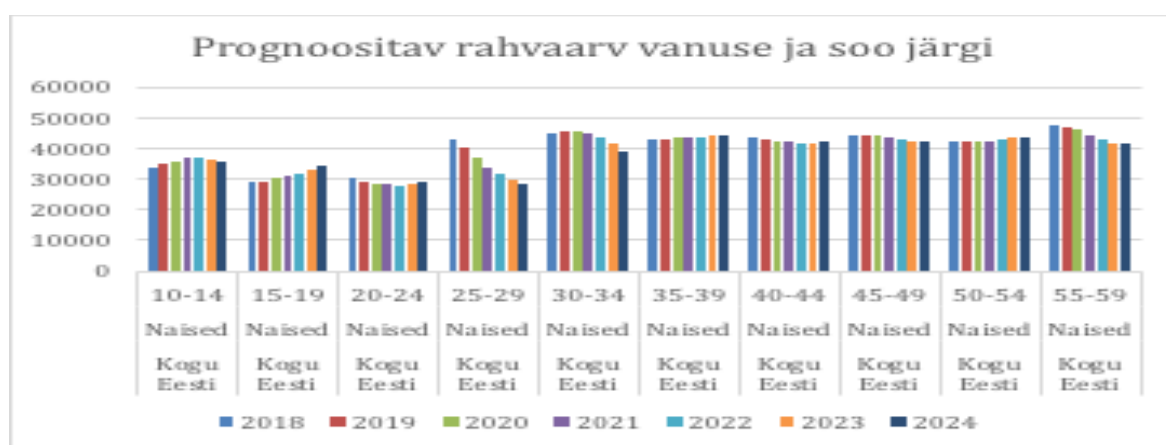
4.1.3 Ennetustöö emakakaelavähi ja sugulisel teel levivate haiguste skriining, tervisevisiidid/tervise nõustamine

Kui 2017. aastal oli ämmaemanda poolt teostatud visiitide arv 145034 ja ennetustööga seotud visiite 23311, siis arvestades visiidile kuluvaks ajaks 30 minutit, oli selle töö tegemiseks vaja 47 ämmaemanda ametikohta, mis teeb vastavalt 7,6 ametikohta üle Eesti. Siinjuures on oluline märkida, et alates 2018.a on ämmaemandusabiteenustel uus hinnamudel ning teenused on erineva ajamahuga. Sellest lähtuvalt saab sama töö tegemiseks kuluv tööjõuressurs olla veelgi suurem, sest tööle kulub rohkem aega. Kahjuks ei selgu varasematest teenuse mahtude kirjeldustest, millise sisuga teenuseid täpselt osutati. Teenuse täpsustunud kirjeldusi saab hakata arvestama alates käesolevast aastast.

Eestis on emakakaelavähi sõeluuringutega hõlmatus madal. „Emakakaelavähi ennetamise projekt 2003-2008” Määratles kaugeesmärkidena emakakaelavähi skriiningus osalemise hõlmatus 70-75%-ni, tõsta naiste seas huviskriininguuringus osalemiseks ning laiendada skriiningus osalemise võimalust ka EHK poolt kindlustamata naistele.

EÄÜ on seisukohal, et naiste osalusmäära sõeluuringutes saab mõjutada esmatasandi meeskonda lisatud ämmaemand, kes jälgib vastava vanuserühma patsiente, teostab emakakaelavähi sõeluuringu iseseisvalt ja viib läbi tervisenõustamist. Tervisekeskuses töötava ämmaemanda abil on sõeluuring mugav ja kättesaadav naistele ning tervisekäitumise ja ennetustöö kontekstis paraneb sõeluuringute üldine hõlmatus.

Rahvastiku prognoos aastani 2024 alusel on vähenemas emakakaelavähi sõeluuringu sihtgrupis peamiselt vanusegrupis 30-34 vanuste naiste arv. Teistes vanusegruppides jääb rahvastiku arv samaks või suureneb pisut. Joonis 18 annab täpsema ülevaate rahvaarvu soolise ja vanuselise koosseisu kohta. Planeerides esmatasandile ämmaemandate potentsiaali efektiivsemat kasutamist ennetustöös ja sünnitusjärgses hoolduses, võib siin näha teenuse mahtude suurenemist.



Joonis 20. Prognoositav rahvaarv vanuse ja soo järgi 2018-2024

Võttes arvesse sõeluuringutega hõlmatus eesmärki, et 75% vastava vanusegrupi naistest on kaasatud, siis tekib vajadus ämmaemandate ressursi suurenemisele vähemalt 10 ametikoha

ÄMMAEMANDUSE ARENGUKAVA 2019 - 2024

võrra üle Eesti. Tabel 5 annab ülevaate emakakaelavähi sõeluuringu sihtrühma suurusest ning hõlmatus saavutamiseks vajalikest ametikohtadest. Analüüsis ei ole kordusuuringuid ja/või kordusvisiite arvestatud.

Tabel 5. Emakakaelavähi sõeluuringu sihtrühm ja vajalike ametikohtade arv

	30-34	35-39	40-44	45-49	Oodatav sihtrühm aastas (70%)	Ametikohtade vajadus
2019	45637	43220	43030	44553	30877	10,09
2020	45626	43640	42482	44251	30800	10,07
2021	45229	43717	42252	43553	30581	9,99
2022	43914	43819	41943	42986	30216	9,87
2023	42002	44177	41915	42420	29840	9,75
2024	38932	44466	42221	42082	29348	9,59

EÄÜ juhatus näeb selgelt vajadust süvendada süstematiseeritud sünnituseelset ettevalmistust lapseootel peredele. Perekooli eesmärk on pakkuda tulevastele vanematele põhjalikku ettevalmistust, mis on oma olemuselt kaasav, praktiline ja interaktiivne, et anda teadmisi ja oskusi, mis võimaldavad langetada positiivseid elustiili ja tervisega seotud valikuid terve raseduse, sünnituse, sünnitusjärgse perioodi ja sündiva lapse jaoks. Ettevalmistuse loomise kontseptsiooni aluseks on perekeskne lähenemine, rasedus- ja sünnitusaegsete sekkumiste vähendamine ja üldise toimetuleku ja positiivse vanemuse toetamine. Ühele perele ja/või üksikisikule teenuse üldmaht on 26 akadeemilist tundi ehk õppetöö maht 1 EAP. Kirjeldustes on arvestatud 26 akadeemilise tunniga ühe pere kohta, mis on arvestuslikult 338000 akadeemilist tundi kõigi rasedate kohta aastas. Eeldusel, et perekooli teenust hakatakse osutama süsteemselt antenataalse ja postnataalse teenuse osana võib osutada vajalikuks lisa ametikohtade loomine. Täna osutatakse teenust kõigis sünnitusabi osutavates haiglates või üldhaiglas piirkondades, kus puudub sünnitusabiteenust osutav tervishoiuasutus, kuid pakutakse antenataalset jälgimist. Olulise puudusena peab rõhutama, et teenus on piirkonniti ebahühtlaselt organiseeritud ning patsiendi omavastutusel ning –finantseerimisel. Siinkohal on oluline rõhutada, et kehtiv korraldus ei toeta kättesaadavuse parandamist ning süvendab patsientide ebavõrdset kohtlemist tervishoiusüsteemis. Perekool on teenus, mis vajab riiklikul tasandil kokkuleppeid ja rahastamist Eesti Haigekassa poolt ennetava tegevusena. Ühe võimalusena võiks teenus kuuluda antenataalse hoolduse paketti, mis laieneb raseduse diagnoosimise järgselt kõikidele rasedatele ning nende partneritele.

4.2 Statsionaarne ämmaemandusabi

Statsionaarse ämmaemandusabi osutamist tagavad ametikohad sõltuvad regiooni teenuse pakkumise sisust ja mahust ning esineb piirkondlik erinevus. Statsionaarne teenus nõuab ööpäevaringset ämmaemandusabiteenust.

Lähtudes, et aastas on 13000 sünnitust, on vastavalt 2018 aastast kehtivatele EHK sünnitusabiteenuste hinnamudelile Eestis vaja sünnitusabiteenuse osutamiseks sünnitustoa valvpersonalit kokku 91,2 ametikohta ning sünnitusjärgse ja raseduspatoloogia statsionaarse teenuse osutamiseks 98,7 ametikohta. Arvestatud ei ole kutseala spetsiifilist administreerivat personali (ämmaemandusjuhid). Arvestused on idealiseerivad, sest ruumid milles teenust osutatakse ei võimalda lakkamatut teenuse osutamist. Personalile on ette nähtud seadusest tulenev töökoormus ja töö ajakava rakendumine. Siinkohal on oluline meenutada, et sünnitusabi on erakorraline abi, mida osutatakse 24/7.

Lähtudes patsiendikesksuse põhimõtetest, ei ole statsionaari ämmaemandate vajaduse arvestamisel asjakohane lähtuda vaid sünnituste arvust, vaid tuleb analüüsida muutuva maailma ja tervishoiusüsteemi mõju ning arvestades ämmaemandate vajadust lähtuvalt haigla tüübist, osutavatest teenustest, keskmisest patsientide arvust statsionaaris jt teguritest.

Sünnitusjärgsetel esimestel päevadel kulub visiidiks ühele sünnitusjärgsele naisele keskmiselt 90 minutit. Visiit sisaldab naise seisundi hindamist, vastsündinu jälgimist, sh imetamise juhendamist, pere nõustamist ja õpetamist toimetuleku ja vastsündinu hoolduse osas. Siinjuures ei ole arvestatud potentsiaalsete kõrvalekallete ilmnemist ning nendega tegelemist. Kõik tegevused tuleb dokumenteerida ämmaemanda poolt, seega ühe 12 tunnise valve jooksul on ämmaemanda patsiendi suhe 1:4, et tegevused oleks ohutu ja kvaliteetne.

4.3 Sünnituskodud

Sünnituskoduna defineeritakse ämmaemandushooldusmudelile tuginevat üksust, kus osutatakse emadushooldusteenust madala riskiga naistele ja nende peredele. Sünnituskodu on ämmaemandate poolt juhitud ja emadushoolduse osutamise aluseks on rahvusvahelised ja riiklikud juhendid ning õigusaktid (5; 29; 36; 40; 43; 49; 50; 51; 52).

WHO 2018.a. juhis aga rõhutab suurenenud vajadust holistilise emadushoolduse rakendamiseks. Juhises tuuakse välja, et tänapäevase meditsiinilise sünnitusabi osutamisega kaasneb naiste suurenenud ebakindlus ning hooldus põhineb peamiselt raviga seotud otsustustele. Samas on teada, et rasedus ja sünnitus on naise loomulik ning füsioloogiline elukaare osa. Seega on oluline organiseerida antenataalne ja intranataalne jälgimine viisil, mis võimaldab naisel tunda end enesekindlalt ning saada positiivne rasedus- ja sünnituskogemus. Lisaks on soovitud välja toodud emotsionaalse toe pakkumise, ämmaemandushooldusmudeli tugevdamise ja naise soovide austamise tähtsust (41).

Ämmaemandusabil põhinev sünnituskodu pakub naisele ja tema perele terviklikku bio- psühhosotsiaalset hooldust, mis on suunatud füsioloogiliste, psühholoogiliste ja emotsionaalsete vajaduste märkamisele ning toetamisele. Ämmaemandusabimudel nendes üksustes on tõenduspõhine ja võimestab naise end usaldama ning teadlikult oma soove avaldama. Ämmaemandad pakuvad sünnituskodus teenust, mis lähtub naiste sotsiaalsetest vajadustest ja eesmärk on pakkuda perele mugavat kodust keskkonda, mis võrrelduna haiglaga ei ole ravile orienteeritud ja hirmutav (3; 36; 43). Mitmed uuringud toovad välja, et madala riskiga naistel, kes on sünnitanud ämmaemandusabile põhineval sünnituskodus, esineb vähem meditsiinilisi sekkumisi ja naiste rahulolu sünnituskogemusega on suurem. See on üks peamisi WHO poolt väljatoodud eesmärke sünnitusabi kvaliteedi parendamiseks (41; 51).

Lisaks naiste rahulolule sünnituskogemusega on välja toonud ämmaemandusabi osutavate üksuste kulutõhusus võrreldes suurte sünnitusabiteenust osutavate haiglatega (53).

Sünnituskodud on Eesti tervishoius uus mõtteviis, mille eesmärk on osutada sünnitusabi erinevates Eesti paikkondades, kus Haiglavõrgu arengukavast lähtuvalt sünnitusabi teenuse osutamine viiakse üle lähimasse keskhaiglasse.

Ämmaemandusabimudeli alusel toimivas sünnituskodus töötavatele ämmaemandatele esitab kirjeldatud mudeli rakendamine suuremad nõudmised. Ämmaemandad peavad regulaarselt tõendama oma pädevusi vastavalt kehtivale kutsestandardile ning olema valmis roteerima stažeerimise korras suuremates sünnitusabiteenust osutavates haiglates. Sünnituskodude loomine on üks suuremaid väljakutseid järgmisel arenguperioodil.

EÄÜ juhatuse hinnangul vajab sünnituskodude süsteemi välja töötamine konstruktiivset koostööd omavalitsuste, ministriumite, Eesti Haigekassa, erialaseltside ja teiste asjasse puutuvate tervishoiuvaldkonna esindajatega.

4.4. Kutsealase õppe arendamine ja pädevustõendamine

EÄÜ toetab oma liikmete pingutusi algatada, läbi viia uurimusi ja avaldada ning esitleda tulemusi rahvusvahelistel konverentsidel. Juba loodud ämmaemandate uurimistöde andmebaasi täiendatakse süsteemselt ning koostöös partneritega algatatakse kutseala arendamiseks olulisi rakendusuringuid. Uurimistöde andmebaasi arendamisel on olulisel kohal mõlema kõrgkooli ämmaemanda õppekava üliõpilaste poolt koostatud ja kaitstud lõputööd ning õpinguid jätkanud ämmaemandate kaitstud magistritööd ämmaemanduses ja/või ämmaemanda kutset toetavates valdkondades.

Tulevikus on vajalik analüüsida kuivõrd eesmärgipärane on kutseala arengu ja tööturu vajadusest lähtuvalt jätkata ämmaemandate koolitamist kehtival viisil, mil ämmaemandad saavad lisaks ämmaemanda kutsele ka üldõe pädevused. Olulise arendusena väärib kaalumist ämmaemanda kutse identiteedi säilimise ja kutseala arendamise huvides ämmaemanda õppe üle viimine 3+2 süsteemile ning lõpetanud omandavad magistrikraadi ning jääb võimalus asuda tööle vaid ämmaemanda ametikohale.

Ämmaemanda õppekaval jätkub ämmaemandate ettevamistamine Tallinna ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis. Koostöö kahe kõrgkooli ja Eesti Ämmaemandate Ühingu vahel vajab tõhustamist.

2019.aastal osaleb EÄÜ kutseandja konkursil, et jätkata kutsekomisjoni töö koordineerimist, ämmaemandate kutsepädevuste hindamist ning kutsetunnistuste väljastamist koostöös Kutsekojaga.

Kutsestandardi uuendamine toimub 2023.aastal, mille töörühma kutsus kokku Kutsekoda. EÄÜ näeb vajadust, et Ämmaemanda kutsestandard vaadatakse üle iga viie aasta järel analoogselt rahvusvaheliste juhenditega, mis tagab pädevuste ajakohasuse ning tööelu nõuetele vastava kutsealase ettevalmistuse. Kutsestandardi uuendamine tugevdab kutseala identiteeti, võimaldab vastata ühiskonnast tulenevatele ootustele, arendada kutse hindamissüsteemi ning olla sillaks tööturu vajaduste ja elukestva õppe vahel.

Kutsehindamine ja -tunnistuse taotlemine ei ole täna riiklikult reguleeritud ning ämmaemanda ametikohal töötaval spetsialistil on pädevuste tõendamine vabatahtlik. EÄÜ jätkab kutsepädevuste tõendamisprotsessi läbiviimist, soovides sellega toetada tööandjate personali värbamispoliitikat ja töötajate professionaalset arengut. Kutsetaotlejale pädevushindamine võimaldab saada selgust olemasolevate ja puuduvate oskuste vahel, mis on kirjeldatud kutsestandardis tegevusnäitajatega ning kaasajastatud iga viie aasta järgi töömaailmas toimuvatest muutustest tulenevalt. Järgneval perioodil on eesmärgiks jätkata kutsepädevuste tõendamise arendamist ja viia see veebipõhisele e-platvormile.

4.5. Patsiendi- ja perekeskne ohutu teenuse osutamine või lihtsalt patsiendiohutus

Patsiendiohutus turvalisus on ämmaemanda töös olulisel kohal ning selle arendamine tähendab koostööd ja teineteise mõistmist teiste kutseala esindajate ning perega. Oluline on järgmisel arenguperioodil alata süsteemne koostöö juba ilmnunud probleemide lahendamiseks ning vajalike juhiste väljatöötamiseks ja kommunikeerimiseks. Konstruktiivsed arutelud loovad hea pinnase õppimiseks ja koostööks erinevate kutsealade esindajate vahel, mis omakorda mõjutab ravikvaliteeti.

4.6. Ämmaemandusabi tõenduspõhisus ja kvaliteet

Ämmaemanda kutse on tervishoius peamiselt rakendusliku suunaga, mida toetab tõenduspõhine uurimistöö. Tõenduspõhine praktika on eesmärgistatult, teadlikult ja läbimõeldult rakendatud ja mõistlik nõustamis- ja ravimeetodite kasutamine patsiendi tervise heaks. Sekkumisotsuse langetamine lähtub patsiendi tervise- ja individuaalsetest vajadustest ning tugineb teadustulemustele ja heale kliinilisele kogemusele (5; 6; 29; 37; 54).

Tõenduspõhise praktika järgimine nõuab kutseala spetsiifikast lähtuvalt kaasaegseid pädevusi, isiklikku motivatsiooni ja võimalusi seda kõike ellu viia. ICM rahvusvaheline

ämmaemandate eetikakoodeksis (2017) märgitakse, et ämmaemandad kasutavad oma igapäevases tegevuses tõenduspõhiseid kutsealaseid teadmisi, millega tagatakse ohutu sünnitusabi ja günekoloogia valdkonna teenus ja töökoha kultuur. Lisaks on märgitud, et iga ämmaemand säilitab oma kutsealase pädevuse, et arendada ämmaemandust ning jagada oma teadmisi läbi erinevate protsesside, millest üks on vastastikune eksperthinnangute andmine ja teadustöö. EÄÜ juhatus ja volikogu kaasab regulaarselt oma liikmeid erinevate siseriiklike ja organisatsioonisiseste tõenduspõhiste juhendite/juhiste koostamise töörühmadesse. Sisuline töö tõenduspõhiste allikatega toetab vajadust tugineda uuematele teadusuuringute tulemustele ning tuua need praktiseerivatele ämmaemandatele lähemale.

5. Ämmaemanduse arengu prioriteedid järgnevaks perioodiks

Järgneva kuue aasta ämmaemanduse arengu prioriteedid tõhustavad **KOOSTÖÖ JA KUTSEALA IDENTITEEDI HOIDMIST** siduserialade liitude, seltside ja ühingutega ning erinevate institutsioonidega, mis on seotud ämmaemanduse arenguga:

- osalemine Kutsenõukogus;
- osalemine Haigekassa, Sotsiaalministeeriumi jt institutsioonide poolt ellu kutsutud töörühmade töös.

ÄMMAEMANDUSE ARENG. Fookuses on suhted ämmaemanduses, ämmaemanduse praktika, professionaalne vastutus ja ämmaemandusalaste teadmiste ning praktika edendamine:

- ämmaemandate eetikakoodeksi uuendamine ja rakendamine;
- statsionaarse ämmaemandusabiteenuste kvaliteedi-indikaatorite väljatöötamine Eesti Naistearstide Seltsiga;
- ämmaemandusabiteenuse audit koostöös EHK, TAI;
- ämmaemanduse terminoloogia eesti keeles;
- praktilise ämmaemanduskogemuse arvestamise süsteemi ühtlustamine ja positiivne praktikaõpe. Ämmaemand-üliõpilase praktikaraamat;

TÕENDUSPÕHINE PRAKTIKA.

- koostöös perearstide ja -õdedega, neonatoloogide ja naistearstidega sünnitusjärgse kompleksse juhendi koostamine, mis käsitleb nii ema kui lapsega seotud tegevusi ja nõustamist;
- koostöös naistearstidega koostada sünnitusjärgse sünnitusteede kontrolli ja taastamise juhend;
- regulaarselt vaadatakse läbi ja uuendatakse juba kehtivaid juhendeid.

Tabel 6 annab ülevaate tegevustest ämmaemanduse arenguprioriteetide elluviimiseks

ÄMMAEMANDUSE ARENGUKAVA 2019 - 2024

Tabel 6. Tegevused ämmaemanduse arenguprioriteetide elluviimiseks

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Kutseandja konkursil osalemine	X					X
Kutsestandardi uuendamine ja kutsehindamissüsteemi ajakohastamine					X	
Kutsepädevuseksamite läbiviimine	2xaastas	2xaastas	2xaastas	2xaastas	2xaastas	2xaastas
Ämmaemanduseetika koodeksi uuendamine	X					
Ämmaemanduse terminoloogia: Kogumine ja avaldamine	X	X	X	X		
Raseda jälgimise juhendmaterjali avaldamine	X					
Esmatasandi ämmaemandus: Antenataalne jälgimine igas maakonnas	X	X	X	X	X	X
Grupiteenuste arendamine	X	X				
Grupiteenuste käivitumine HK – koodiga kõikides maakondades		X	X	X	X	X
Koostöö tõhustamine koolitervishoiuga	X	X	X	X	X	X
Sõeluuringutesse naiste kaasamine (75%) ja läbiviimine ämmaemanda koodiga	55%	60%	65%	70%	75%	75%
Sünnitusjärgsed koduviisiidid ämmaemanda koodiga	50%	60%	70%	80%	90%	95%
Sünnitusjärgse juhendmaterjali koostamine	X	X				
Lahkliha õmblemise juhendmaterjali koostamine ja väljaandmine		X	X			
Esmatasandi ämmaemandusabi audit			X			X
Statsionaarsed ämmaemandusindikaatorid: Väljatöötamine	X					
Indikaatorite kogumine ja analüüsimine		X			X	
EÄÜ kodulehe arendamine	X	X	X	X	X	X
Sünnituskodu – arendamine						
Sünnituskodu piloteerimine	X	X	X			
Sünnituskodu rakendumine						
Sünnituskodude rakendumine		X	X	X	X	X

Refereeringud

1. WHO. Definition of skilled health personnel providing. 2018;1–4. Available from: www.unfpa.org/sowmy
2. International Confederation of Midwives (ICM). Core Document. International Definition of the Midwife. 2017; Available from: <http://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/>
3. International Confederation of Midwives (ICM). INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES Essential competencies for basic midwifery practice. [Http://InternationalmidwivesOrg/What-We-Do/Education-Coredocuments/Essential-Competencies-Basic-Midwifery-Practice/](http://InternationalmidwivesOrg/What-We-Do/Education-Coredocuments/Essential-Competencies-Basic-Midwifery-Practice/) [Internet]. 2010;1–19. Available from: www.internationalmidwives.org
4. International Confederation of Midwives (ICM). Core Document. Definition of midwifery [Internet]. 2017. Available from: <http://www.who.int/topics/midwifery/en/>
5. Council NN and M. PRACTISING AS A MIDWIFE An overview of midwifery regulation.
6. International Confederation of Midwives (ICM). Core Document. An International Code of Ethics for Midwives. 2014;1–3. Available from: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
7. International Confederation of Midwives (ICM). Position Statement Midwives' Ethical Recruitment of Midwives. 2014;1–3.
8. ENS Eesti Naistearstide Selts. Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020. 2012; Available from: https://www.ammaemand.org.ee/wp-content/uploads/2013/09/Sünnitusabi_günekoloogia_arengukava.2012.pdf
9. EÄÜ Eesti Ämmaemandate Ühing. KUTSESTANDARD Ämmaemand, tase 6. 2018;1–7. Available from: <https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/exportPdf/10470049/>
10. EÄÜ Eesti Ämmaemandate Ühing. Kutsenimetus, Ämmaemand, tase 7 [Internet]. 2018. 3-9 p. Available from: <https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/exportPdf/10684540/>
11. WHO, USAID, CHIP, Program M and CS. Postnatal Care for Mothers and Newborns Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines. 2015;(April):1–8.
12. European Midwives Association. Statement of the Eorpean Midwives Assocation on Postnatal Care. 2010;1–2.
13. Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2015;12(12):CD010994. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4676908&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
14. International Confederation of Midwives (ICM). Planning and Resources for Midwifery and Reproductive Health Systems. 2017;2014–5.
15. EMA European Midwives Association. Statement on the Reproductive and Sexual Health of women The. 2005;
16. Kalda, Ruth, Oona, Marje RA. Esmatasandi Tervishoiu Aasta Perspektiivis. 2015;1–

180. Available from:
https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/esmatasandi_toime_mudel_lahima_10_aasta_perspektiivis.pdf
17. Sotsiaalministeerium. EESTI TERVISHOIU ARENGUSUUNAD AASTANI 2020 Sisukord: 2017; Available from: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf
 18. WHO (World Health Organization). WHO RECOMMENDATIONS ON Maternal Health. World Heal Organ. 2017;(May):36.
 19. Forster DA, Savage TL, McLachlan HL, Gold L, Farrell T, Rayner J, et al. Individualised, flexible postnatal care: A feasibility study for a randomised controlled trial. BMC Health Serv Res. 2014;14(1):1–13.
 20. Slomian J, Emonts P, Vigneron L, Acconcia A, Glowacz F, Reginster JY, et al. Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):1–13.
 21. Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, Biro MA, Farrell T, Gold L, et al. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: Results from the COSMOS randomised controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2016;16(1):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0798-y>
 22. Smit M, Sindram SIC, Woiski M, Middeldorp JM, van Roosmalen J. The development of quality indicators for the prevention and management of postpartum haemorrhage in primary midwifery care in the Netherlands. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2013;13:194. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24139411> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4016500>
 23. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period (Review). Evid Based Child Heal. 2014;9(1):5–99.
 24. World Health Organization W. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2018. 1-172 p.
 25. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Cavada G, Schindler P, Burgos RY, et al. Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. Midwifery [Internet]. 2016;40:218–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.010>
 26. Arst E. Ida-Tallinna Keskhaigla 230. 2015;94(Lisa 4):1–144. Available from: [file:///Users/irenabartels/Downloads/12322-Article Text-9326-1-10-20151014.pdf](file:///Users/irenabartels/Downloads/12322-Article%20Text-9326-1-10-20151014.pdf)
 27. Sirje Kõvermägi. NAISTE VAJADUSED EMADUSHOOLDUSES SEOSSES SÜNNITUSJÄRGSE KODUVISIIDIGA JA NENDE VAJADUSTE RAHULDATUS. Digit Times [Internet]. 2012; Available from: http://www.dt.co.kr/contents.html?article_no=2012071302010531749001
 28. International Confederation of Midwives (ICM). Core Document. Bill of Rights for Women and Midwives. 2017;2–3. Available from: http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_002_V2014_ENG_Bill_of_rights.pdf
 29. Nove A, Hoop-Bender P ten, Moyo NT, Bokosi M. The Midwifery services framework: What is it, and why is it needed? Midwifery. 2018;57(November 2017):54–8.
 30. Eesti Seksuaaltervise Liit (ESTL). Seksuaal- ja reproduktiivtervise arengusuunad 2013–2017. 2013;1–43.
 31. Eesti Õdede Liit EH. Koolitervishoiuteenuse tegevusjuhend. 2010;
 32. Aaben L, Nurm Ü-K, Paat-Ahi G, Veldre V, Sikkut R, Kallavus K. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 [Internet]. Vol. Tallinn, Riigikantselei,

- Sotsiaalministeerium. 2017. Available from:
http://www.tai.ee/images/PDF/Rahvastiku_tervise_arengukava_2009-2020.pdf
33. Atmp F, Studies NS, Trials HC, Authorization M, Evaluation PS, Pharmaceuticals B, et al. Recommendations related to contraception and pregnancy testing in clinical trials. *Clin Trials Facil Gr* [Internet]. 2014;2(September). Available from:
http://www.hma.eu/fileadmin/dateien/Human_Medicines/01-About_HMA/Working_Groups/CTFG/2014_09_HMA_CTFG_Contraception.pdf
 34. Cui W. Mother or nothing: the agony of infertility. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2010;88(12):881–2. Available from:
<https://www.who.int/bulletin/volumes/88/12/10.011210.pdf?ua=1>
 35. Väli M. Uued seisukohad üleminekuea käsitluses. 2014;93(4):209–16.
 36. Rocca-Ihenacho L, Batielli L, Thael S, Rayment J, McCourt C. Midwifery Unit Standards. 2018;32. Available from: <http://www.midwiferyunitnetwork.org/wp-content/uploads/PDFs/LY1309BRO-MUNET-Standards-PRINT-opt.pdf%0Awww.midwiferyunitnetwork.org>
 37. Praxmarer-fernandes S, Maier CB, Oikarainen A, Buchan J, Perfilieva G. Levels of education offered in nursing and midwifery education in the WHO European region : multicountry baseline assessment. 2017;419–30.
 38. Ueda K, Ohtera S, Kaso M, Nakayama T. Development of quality indicators for low-risk labor care provided by midwives using a RAND-modified Delphi method. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):1–9.
 39. MH B, Furuta M, Small R, McKenzie-McHarg K, Bick D, Bastos MH, et al. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015;(4):N.PAG-N.PAG. Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109805528&site=ehost-live>
 40. Macfarlane AJ, Rocca-Ihenacho L, Turner LR. Survey of women’s experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England: 2. Specific aspects of care. *Midwifery*. 2014;30(9):1009–20.
 41. World Health Organization W. Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018.
 42. Royal College of Obstetricians and Gynecologists R. Executive summary of recommendations Antenatal care schedule. Birth After Previous Caesarean Birth. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Green-top Guidel No 45 [Internet]. 2015;(45). Available from:
https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf
 43. Coxon K, Sandall J, Fulop NJ. To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Heal Risk Soc* [Internet]. 2014;16(1):51–67. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2013.859231>
 44. International Confederation of Midwives (ICM). Position Statement Midwives’ Home birth criteria. 2017;1–2. Available from:
<https://provider.ghc.org/open/render.jhtml?item=/open/caringForOurMembers/homeBirth/homebirth-criteria.xml>
 45. European Union. Directive on the recognition of professional qualifications. *Off J Eur Union*. 2005;(255):22–142.
 46. Vermeulen J. How the EU Directive is guiding midwifery education in Europe today How the EU Directive is guiding midwifery education in Europe today. 2015;1–9.
 47. Mets, Urve VV. Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: tervishoid [Internet]. Aarna O, editor. 2017. Available from: <http://oska.kutsekoda.ee/wp->

- content/uploads/2016/04/tervishoiu_uuringu_terviktekst.pdf
48. Mets U. OSKA Tervishoiu valdkond_Ämmaemandad. In 2018.
 49. Council NN and M. Standards for. 2015.
 50. Boesveld IC, Hermus MAA, van der Velden-Bollemaat EC, Hitzert M, de Graaf HJ, Franx A, et al. An approach to assessing the quality of birth centres results of the Dutch birth centre study. *Midwifery* [Internet]. 2018;66:36–48. Available from: <http://postprint.nivel.nl/PPpp6985.pdf>
 51. Sandall J, Soltani S, Gates S, Shennan A, Devane D. Cochrane Database of Systematic Reviews Midwifeled continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2016;4(10):46–67. Available from: <http://shura.shu.ac.uk/12286/%0Ahttp://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004667.pub5%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27121907>
 52. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan a, Devane D, Sandall J, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. 2013;(8).
 53. NICE. Care of women and their babies during labour Care of women and their babies during labour and birth and birth Information for the public. 2014;(February):1–27. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/care-of-women-and-their-babies-during-labour-and-birth-pdf-322358575813>
 54. Midwife TP, Practising T, Document M. ENABLING ACCESS TO BIRTH IN A MIDWIFE-LED UNIT : 2018;21:21–4.
 55. Eesti naiste terviseuuring 2014. <https://sisu.ut.ee/naisteterviseuuring>

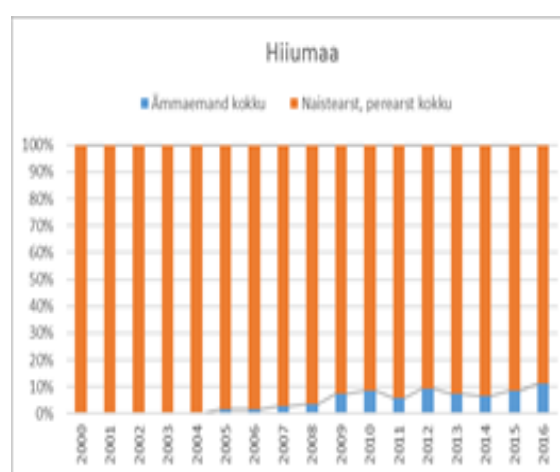
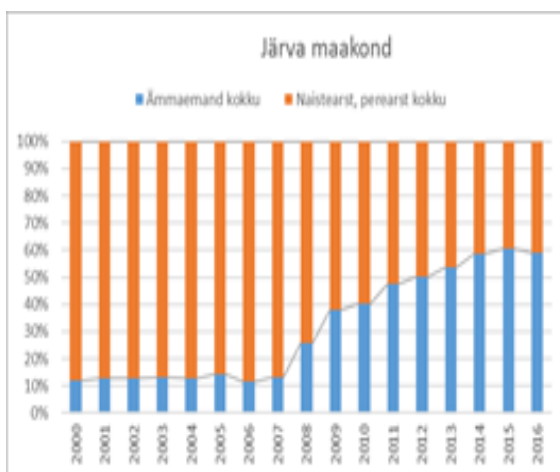
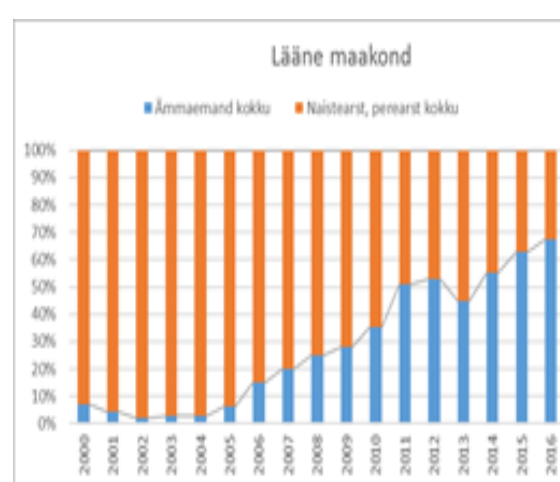
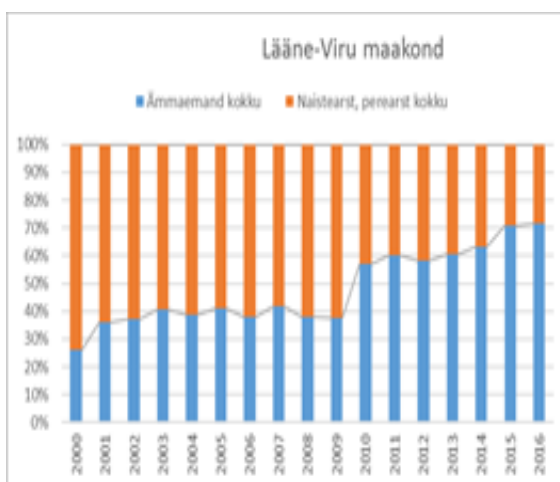
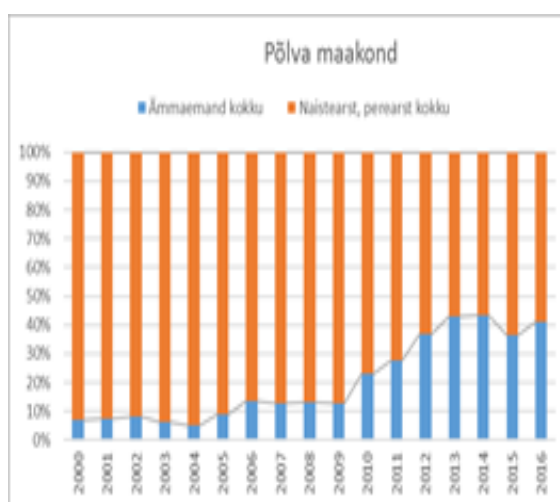
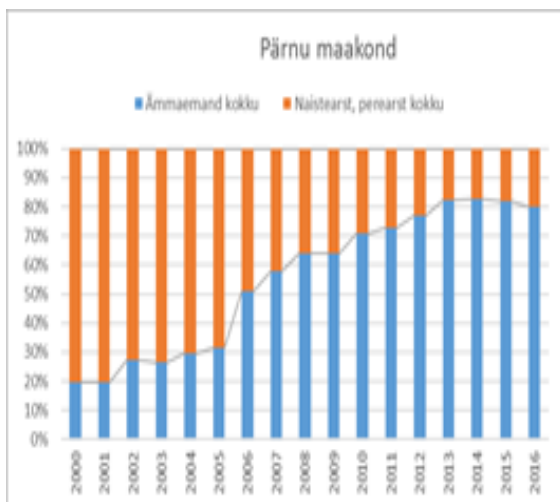
ÄMMAEMANDUSE ARENGUKAVA 2019 - 2024

Lisa 1.

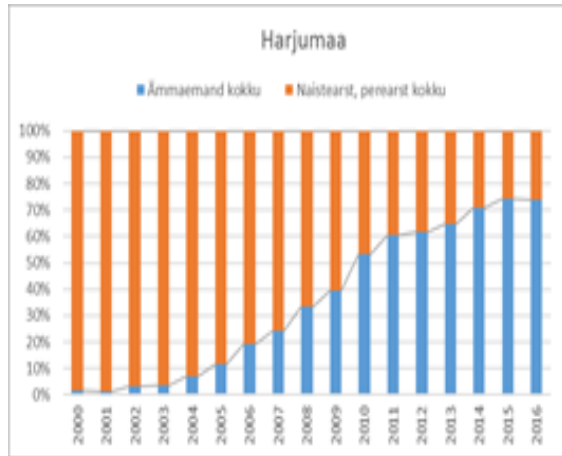
Joonised 1-13. Sünnitajate rasedusaegne jälgimine *Tervise Arengu Instituut. 2018*



ÄMMAEMANDUSE ARENGUKAVA 2019 - 2024



ÄMMAEMANDUSE ARENGUKAVA 2019 - 2024



ÄMMAEMANDUSE ARENGUKAVA 2019 - 2024

Lisa 2.

Tabel. 1-2. Täielikul rinnapiimal olevad lapsed. *Tervise Arengu Instituut. 2018.*

	Täielikul rinnapiimal olevad lapsed ühe kuu vanuselt				
	2013	2014	2015	2016	2017
Harju maakond	84%	76%	76%	77%	78%
Hiiu maakond	83%	75%	100%	104%	94%
Ida-Viru maakond	82%	81%	76%	77%	82%
Jõgeva maakond	71%	65%	66%	60%	70%
Järva maakond	89%	58%	86%	71%	65%
Lääne maakond	91%	86%	77%	98%	87%
Lääne-Viru maakond	92%	103%	69%	90%	73%
Põlva maakond	84%	84%	93%	67%	66%
Pärnu maakond	86%	72%	73%	78%	78%
Rapla maakond	70%	76%	73%	62%	64%
Saare maakond	87%	98%	87%	87%	83%
Tartu maakond	85%	83%	80%	80%	81%
Valga maakond	71%	60%	60%	76%	60%
Viljandi maakond	93%	65%	78%	83%	79%
Võru maakond	115%	81%	86%	83%	93%

	Täielikul rinnapiimal olevad lapsed kolme kuu vanuselt				
	2013	2014	2015	2016	2017
Harju maakond	69%	64%	62%	66%	67%
Hiiu maakond	68%	68%	81%	100%	86%
Ida-Viru maakond	61%	63%	58%	59%	65%
Jõgeva maakond	56%	47%	44%	47%	54%
Järva maakond	65%	41%	64%	59%	53%
Lääne maakond	54%	65%	58%	76%	56%
Lääne-Viru maakond	68%	77%	55%	73%	50%
Põlva maakond	64%	68%	66%	54%	56%
Pärnu maakond	73%	60%	59%	61%	64%
Rapla maakond	53%	58%	62%	50%	53%
Saare maakond	70%	77%	68%	72%	67%
Tartu maakond	68%	67%	64%	66%	67%
Valga maakond	50%	38%	44%	56%	47%
Viljandi maakond	66%	54%	56%	62%	60%
Võru maakond	83%	55%	66%	61%	75%

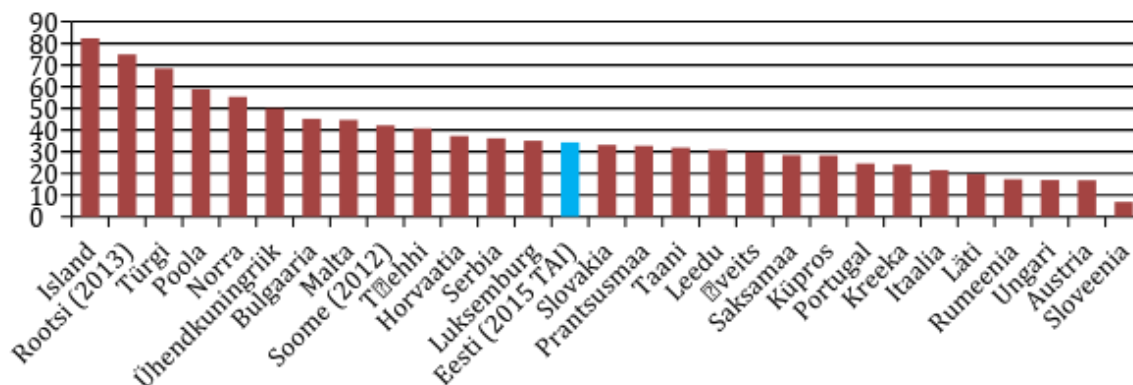
Lisa 3.

Tabel 2. Emakakaela- ja rinnavähi sõeluuringule kutsutavate naiste hõlmatus aastatel 2015-2017

	Emakakaelavähi uuringus osalusmäär	Rinnavähi sõeluuringus osalusmäär
2017	50,8	55,9
2016	46	56,4
2015	46	50,1

Lisa 4.

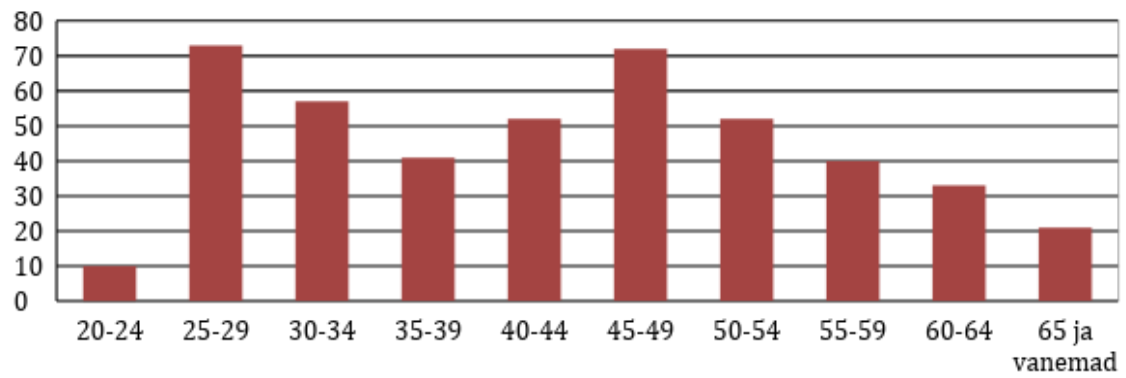
Joonis 14. Ämmaemandaid 100 000 elaniku kohta Euroopa riikides, 2015



Urve Mets. 2018. OSKA Tervishoiu valdkond. SA Kutsekoda

Lisa 5.

Joonis 15. Ämmaemandate vanuseline jaotus



Urve Mets. 2018. OSKA Tervishoiu valdkond. SA Kutsekoda