

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Liisi Mägi

**ÄMMAEMANDUSABI KVALITEEDIINDIKAATORID:
INTEGREERIV KIRJANDUSE ÜLEVAADE**

Magistritöö

Tartu 2018

Põhijuhendaja: Ere Uibu, MSc (õendusteadus)

Kaasjuhendaja: Siiri Põllumaa, MSc (rahvatervishoid)

Retsensent: Käthlin Vahtel, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega /19.11.2018/. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

LIHTLITSENTS MAGISTRITÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Liisi Mägi (sünnikuupäev: 19.07.1984),

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose “Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid: integreeriv kirjanduse ülevaade”, mille põhijuhendaja on Ere Uibu ja kaasjuhendaja Siiri Põllumaa

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu alates 19.11.2019 kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 19.11.2018

KOKKUVÕTE

Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid: integreeriv kirjanduse ülevaade.

Ämmaemandusabi on laiapõhjaline, hõlmates naise ja perekonna abistamise läbi terve elukaare. Teenuse kvaliteedi hoidmiseks ja parandamiseks on oluline kvaliteeti hinnata, milleks omakorda on vajalikud ühtsed nõuded ja näitajad. Üheks hindamise võimaluseks on kvaliteediindikaatorid. Eestis puuduvad indikaatorid, mis võimaldaksid hinnata ämmaemandusabi kvaliteeti kogu selle tegevusulatuses, samuti ei ole teistes riikides terviklikke kvaliteediindikaatorite komplekte, mida oleks Eestis võimalik kohe kasutusele võtta. Käesoleva uurimistöo eesmärgiks oli kvaliteediindikaatorite kirjeldamine ämmaemandusabi tegevusulatuses, toetudes varasemate uurimistööde tulemustele.

Struktureeritud kirjanduse otsing tehti 2017. aasta detsembris andmebaasides PubMed, SCOPUS ja CINAHL ning ämmaemandusalastes ajakirjades kirjastuste Elsevier ScienceDirect ja Wiley Online Library otsinguplatvormide kaudu. 2018 aasta augustis tehti otsingud interneti otsinguportaalis Google Scholar. Uurimistöösse kaasatud allikad on avaldatud viimase 15 aasta jooksul (aastast 2002). Andmeanalüüsi etapid olid andmete koondamine, rühmitamine, võrdlemine ning järelduste tegemine ja kontrollimine.

Uurimistöösse kaasati 20 allikat – 15 konsensusmeetodil läbiviidud uurimistööd ning 5 internetiallikat. Kokku leiti 304 unikaalset kvaliteediindikaatorit. Antenataalsed kvaliteediindikaatorid (60) kajastavad antenataalse hoolduse kõiki etappe. Intranataalsed indikaatorid (77) on pigem patoloogia kesksed, kuid üksikud sobivad ämmaemandusabi kvaliteedi hindamiseks ka komplitseerimata sünnitusel. Postnataalsed kvaliteediindikaatorid (47) kajastavad emale ja vastsündinule osutatava ämmaemandusabi hindamist varases ja hilises postnataalses perioodis. Kvaliteediindikaatoreid perekonna ja ühiskonna tasandil leiti 120, kuid puudusid indikaatorid esmatasandi ämmaemandusabi hindamiseks väljaspool naise fertiilset iga.

Kirjanduse integreeriva ülevaate käigus leiti suur hulk kvaliteediindikaatoreid, mis saavad olla sisendiks Eesti tingimustesse sobivaid kvaliteediindikaatoreid valivale Eesti Ämmaemandate Ühingu tööruhmale. Esmatasandi ämmaemandusabi hindamiseks väljaspool naise fertiilset iga sobivate kvaliteediindikaatorite leidmiseks on vajalikud täiendavad uurimistööd, mis keskenduks spetsiifiliselt sellele ämmaemandusabi valdkonnale.

Märksõnad: ämmaemandusabi, emadushooldus, kvaliteediindikaatorid, antenataalne, intranataalne, postnataalne, perinataalne.

SUMMARY

Midwifery Quality Indicators: an Integrative Literature Review

Midwifery is a broad-based field that incorporates providing care for the woman and the entire family throughout the full course of life. In order to maintain and improve the quality of the midwifery service, it is essential to evaluate the quality using consistent regulations and indicators. Quality indicators offer a way for such an evaluation. There are no approved indicators in Estonia that would facilitate the quality evaluation of midwifery care in all its spectrum. Furthermore, different sets of midwifery quality indicators developed by other countries cannot be directly implemented in Estonia. The objective of this thesis was to describe the Quality indicators in the field of Midwifery Care based on earlier research materials.

In December 2017 a structural search of publications was conducted in databases PubMed, SCOPUS and CINAHL as well as in midwifery magazines using the search engines of Elsevier ScienceDirect and Wiley Online Library publishing houses. A Google Scholar based search was carried out in August 2018. All sources studied in this research have been published in the last 15 years (since 2002). The data were processed and analysed in the stages of data collection, grouping, comparing, forming conclusions and verification.

For the thesis, 20 sources were identified: 15 consensus-based research papers and five internet resources. A total of 304 unique quality indicators were found. Antenatal quality indicators (60) express all stages of antenatal care. Intranatal quality indicators (77) focus primarily on pathologies, however, a number of them can be applied also for evaluating the cases of uncomplicated childbirth. Postnatal quality indicators (47) reflect the level of midwifery care of the mother and the newborn child in both early and final postnatal period. 120 family- and community-based midwifery quality indicators were found, but crucial indicators to evaluate primary level midwifery care outside women's fertile age could not be found.

In the process of Integrative Literature Review, a considerable number of quality indicators were found that could greatly contribute to the Estonian Midwives Association aspiration to develop quality indicators compatible with the current situation in Estonia. In order to develop the indicators suitable for primary level midwifery care outside women's fertile age, it will be necessary to carry out further research focusing specifically on this particular field of midwifery care.

Keywords: midwifery, maternity care, quality indicators, antenatal, intranatal, postnatal, perinatal.

SISUKORD

1. SISSEJUHATUS.....	4
2. ÄMMAEMANDUSABI OLEMUS, TEGEVUSULATUS JA KORRALDUS	6
3. TERVISHOIUTEENUSTE JA ÄMMAEMANDUSABI KVALITEET EESTIS NING SELLE HINDAMINE.....	9
4. ÄMMAEMANDUSABI KVALITEEDIINDIKAATORID	12
4.1. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorite valimise meetodid	12
4.2. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorite kasutamine.....	13
4.3. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid kirjanduse andmetel	14
5. METOODIKA.....	17
5.1. Metodoloogilised lähtekohad	17
5.2. Kirjanduse otsing ja selekteerimine	17
5.3. Allikate hindamine	21
5.4. Andmete analüüs	24
6. TULEMUSED.....	26
6.1. Antenataalsed kvaliteediindikaatorid	26
6.2. Intranataalsed kvaliteediindikaatorid	27
6.3. Postnataalsed kvaliteediindikaatorid	28
6.4. Kvaliteediindikaatorid perekonna ja ühiskonna tasandil	29
7. ARUTELU	32
7.1. Ämmaemandusabi ulatus	32
7.2. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid antenataalses perioodis.....	33
7.3. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid intranataalses perioodis	35
7.4. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid postnataalses perioodis.....	36
7.5. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid perekonna ja ühiskonna tasandil	37
7.6. Uurimistöö kitsaskohad.....	39
7.7. Uurimistulemuste olulisus ja rakendatavus ning edasise uurimise vajadus	44
8. JÄRELDUSED.....	46
KASUTATUD ALLIKAD.....	47
Lisa 1. Otsingute käik andmebaaside kaupa	54
Lisa 2. Täistekstide alusel uurimistööst välja jäetud allikad.....	57
Lisa 3. Kaasatud allikate hindamise tulemused	61
Lisa 4. Postnataalsete protokollide ja postnataalselt emale jagatava informatsiooni sisu	64

1. SISSEJUHATUS

Ämmaemandus on autonoomne kutseala, mis on selgelt eristatav nii õendusest kui ka teistest tervishoiu erialadest. Ämmaemandusabi hõlmab lisaks naise abistamisele ja nõustamisele läbi elukaare ka pere- ja kogukonna ning ühiskonna harimist. Ämmaemandusabi filosoofia järgi on rasedus ja sünnitus oma olemuselt normaalsed füsioloogilised protsessid, mis komplikatsioonide puudumisel sekkumist ei vaja. (Philosophy and Model ... 2014, Essential Competencies for... 2018.) Eestis valmistab ämmaemanda õppekava ette ämmaemandaid tööle asumiseks nii iseseisva spetsialisti kui ka multidistsiplinaarse tervishoiu meeskonna liikmena. Õppekava läbinu on saanud ettevalmistuse ämmaemandusabi planeerimiseks, realiseerimiseks, hindamiseks ja dokumenteerimiseks, arvestades üksikisiku, perekonna ning ühiskonna vajadusi. (Ämmaemanda õppekava 2017.)

Ämmaemandusabi protsessi ja tulemust on raske hinnata, kuna puuduvad sobivad hindamismeetodid. Sageli hinnatakse perinataalset tulemust emade ja vastsündinute suremuse ja raske haigestumise põhjal. Samas esineb madala riskiga naistel raskeid ebasoovitavaid perinataalseid tulemusi harva. Seega pelgalt emade ja vastsündinute haigestumise ja suremuse hindamisest ei piisa ämmaemandusabi kvaliteedi hindamiseks, seda eriti arenenud ühiskonnas. Ämmaemandusabi kvaliteedi hindamiseks on vaja meetodit, mille abil hinnata nii madala kui ka kõrge riskiga naiste nõustamist ja abistamist, ning see peaks peegeldama ämmaemanduse filosoofiat ja toetama loomulikke protsesse. Ämmaemandusabi aga ei hõlma ainult sünnitusprotsessi ja ämmaemanduse eesmärk ei ole ainult tüsistuste vältimine, seega on kindlasti vajalik määratleda kvaliteediindikaatorid kogu ämmaemandusabi tegevusulatuses. (Murphy ja Fullerton 2001, Boulkedid jt 2013.)

Arenenud maades, kus tervishoiuteenused on kõigile kättesaadavad, on järjest enam hakatud tähelepanu pöörama tervishoiuteenuse kvaliteedile. Ülemaailmne ämmaemandushariduse standard näeb ette, et ämmaemandushariduses ja -praktikas tuleb pidevalt tegeleda kvaliteedi arendamisega (Global Standards for ... 2010). Siiani puuduvad Eestis ühtsed õendus- ja ämmaemandusabi kvaliteedi nõuded ja näitajad, mille alusel oleks võimalik teenuste osutamist järjepidevalt hinnata ja võrrelda (Kaheksa sammu inimese ... 2011). Samuti ei ole Eestis ühte kesket organisatsiooni või asutust, mis tegeleks kvaliteedi arendamise ja parandamisega ning standardite ja juhendite välja töötamisega (Kiivet jt 2015).

Ämmaemandusabi on väga laiapõhjaline ja erinevates riikides on ämmaemandusabi ulatus erinev (Midwifery: An Autonomous ... 2017), seetõttu ei saa muu maailma praktikast üle võtta kvaliteediindikaatorite komplekti, mis sobiks Eesti konteksti. Eestis hõlmab ämmaemandusabi lisaks perinataalsele hooldusele ka naise abistamist läbi elukaare, perekonna nõustamist ja tervisedendust ühiskonna tasandil. Eesti Ämmaemandate Ühing (EÄÜ) soovib valida Eesti tingimustesse sobivad ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid ja on selle tarvis 2016. aastal kokku kutsunud töörühma. Käesolev uurimistöö koondab tõenduspõhised kvaliteediindikaatorid kogu ämmaemandusabi tegevusulatuses ning saadud tulemused saavad olla abiks EÄÜ töörühmale, kes planeerib kokku leppida ühtsed, tõenduspõhised ja kohalikke olusid arvestavad ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid. Kvaliteediindikaatorite väljatöötamine on vajalik kõikidele ämmaemandatele ja laiemalt kogu Eesti tervishoiule, kuna indikaatorite abil saab teenuse kvaliteeti ühtlustada ja parandada. Kvaliteetsem ämmaemandusabi on aga vajalik kõigile naistele ja peredele, kes ämmaemandusabi teenust kasutavad.

Käesoleva uurimistöö eesmärk on kirjeldada ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid ämmaemandusabi tegevusulatuses, toetudes varasemate uurimistööde tulemustele. Lähtuvalt töö eesmärgist püstitati järgmised uurimisküsimused:

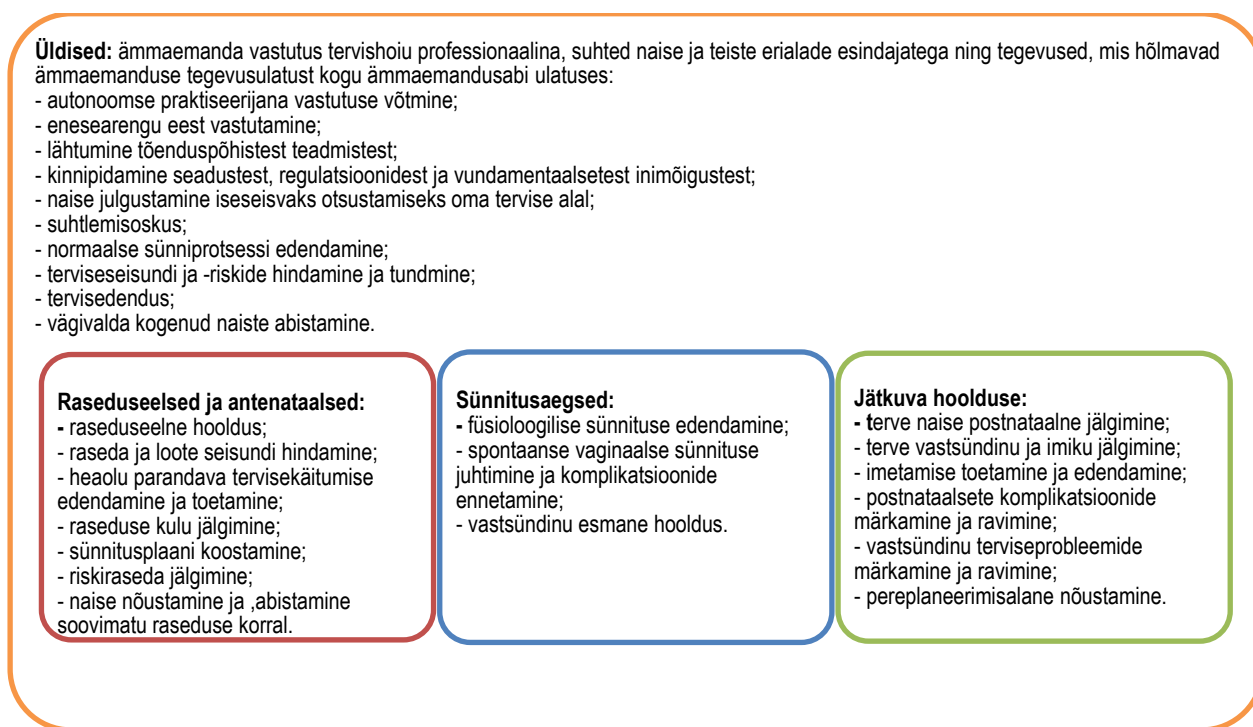
1. Milliseid antenataalse perioodi kvaliteediindikaatoreid on kirjeldatud?
2. Milliseid intranataalse perioodi kvaliteediindikaatoreid on kirjeldatud?
3. Milliseid postnataalse perioodi kvaliteediindikaatoreid on kirjeldatud?
4. Milliseid kvaliteediindikaatoreid on kirjeldatud perekonna ja ühiskonna tasandil?

2. ÄMMAEMANDUSABI OLEMUS, TEGEVUSULATUS JA KORRALDUS

Ämmaemandus on üks vanimaid ja auväärsemaid kutsealasid maailmas, mille juured pärinevad iidsetest teadmistest ja filosoofiast. Ämmaemandus on ainulaadne teadmiste, oskuste ja professionaalse suhtumise kogum, mille raamistik on professionaalne autonoomia, partnerlussuhted, eetika ja vastutus. Ainult ämmaemandad saavad praktiseerida ämmaemanduse valdkonnas. (Midwifery: An Autonomous ... 2017.) Rahvusvaheline Ämmaemandate Konföderatsioon (*International Confederation of Midwives - ICM*) on loonud riikideülese universaalse ämmaemanda definitsiooni, mis ei lähe vastuollu regionaalsete eripäradega. ICM'i järgi on **ämmaemand** (*midwife*) ämmaemanduspraktikas kompetentne spetsialist, kes on edukalt lõpetanud ICM'i standarditele vastava ja riiklikult aktsepteeritud ämmaemandusalase haridusprogrammi, on saanud nõutava kvalifikatsiooni ja/või tegevusloa/litsentsi, et praktiseerida ämmaemanduse valdkonnas (International Definition of ... 2017). ICM on sõnastanud **ämmaemandusabi filosoofia** (*philosophy of midwifery care*), millest lähtudes ämmaemandad hooldust pakuvad. Selle järgi on rasedus ja sünnitus üldjuhul normaalsed füsioloogilised protsessid ning kõige sobivam hoolduse pakkuja sünnitavale naisele on ämmaemand. Ämmaemandusabi arendab, kaitseb ja toetab naiste reproduktiiv- ja inimõigusi ning seksuaaltervist ja -õigusi. Ämmaemandusabi on partnerlus naisega, mis tunnustab õigust enesemääratlusele, on austav, personaalne, pidev ja mitte-autoritaarne. (Philosophy and Model ... 2014.)

Ämmaemanduse tegevusulatus (*midwifery scope of practice*) on tegevused, milles ämmaemandad on kompetentsed ning mida neil on õigus sooritada. Ämmaemandad on iseseisvad praktiseerijad ja ainult ämmaemand omab pädevust, et praktiseerida kogu ämmaemandusala raames ning on vastutav ja vastutusele võetav oma kliiniliste otsuste eest. Ämmaemand töötab partnerluses naisega ning pakub iseseisva praktiseerijana vajalikku toetust, hooldust ja nõuandeid nii rasedusel, sünnitusel kui ka sünnitusjärgsel perioodil ning hooldab vastündinut ja imikut. See sisaldab endas nii ennetavaid meetmeid kui ka normaalse sünnituse edendamist, komplikatsioonide tekke võimaluste hindamist ema ja lapse tervises seisundis, vajadusel meditsiinilise või muu sobiva abi andmist ning erakorraliste meetmete tarvitamist. Ämmaemanda oluline ülesanne on ka perekonna ja kogukonna tervisealane nõustamine ja koolitamine, mis hõlmab lisaks antenataalsele koolitusele ja juhendamisele lapsevanemaks valmistumisel ka naise üldist tervist, seksuaal- ja reproduktiivtervist ning lapse hooldust. (International Definition of ... 2017). ICM on 2018. aastal täiendanud ämmaemanduspraktika **baaspädevusi** (*essential competencies*), millel põhineb kogu ämmaemandustegevus. Baaspädevuste struktuuri võib jagada

nelja ossa (vt joonis 1): üldised kompetentsusnõuded, raseduseelne ja antenataalne hooldus, sünnitusaegne hooldus ning jätkuv hooldus naisele ja vastsündinule. (Essential Competencies for ... 2018.)



Joonis 1. Ämmaemanduspraktika baaspädevused (kohandatud allikast Essential Competencies for ... 2018)

Ämmaemandusabi mudel (*model of midwifery care*) sätestab, et ämmaemandad edendavad ja kaitsevad naiste ja vastsündinute tervist ja õigusi, austavad ja usaldavad naisi ja nende võimeid sünnitusel, edendavad ja propageerivad mittevajalikku sekkumist normaalsel sünnitusel. Ämmaemandad pakuvad naiste ja nende vastsündinute, perekonna ning kogukonna vajadusi arvestavat informatsiooni ja nõu viisil, mis soodustab osalust ja suurendab informeeritud otsustamist ning lugupidavat, ennetavat ja paindlikku ämmaemandushooldust. Ämmaemandad teevad koostööd teiste tervishoiuspetsialistidega, et teenida naise, tema vastsündinu, pere ja kogukonna vajadusi, kasutavad tehnoloogiat sobival viisil ning probleemide tekkides kutsuvad õigeaegselt abi. Ämmaemandad säilitavad oma kompetentsuse ja kindlustavad, et praktika oleks tõenduspõhine. (Philosophy and Model ... 2014.)

Eestis on **ämmaemandusabi** ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutab ämmaemand koos pere- või eriarstiga või iseseisvalt. Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabi teenused on ambulatoorne ämmaemandusabi ja kodusünnitusabi (Iseseisvalt

osutada lubatud ... 2014). Erinevates riikides on ämmaemandusabi korraldus erinev, sõltuvalt kohalikust kultuurist, tavadest ja teadmistest. Paljudes riikides annavad osa ämmaemandate pädevusse kuuluvast abist hoopis arstid ja õed (Definition of Midwifery 2017). Eestis töötavad ämmaemandad ambulatoorselt perearstikeskustes, naistenõuandlates ja noorte nõustamiskeskustes ning statsionaarselt günekoloogia osakonnas, sünnieelses, sünnitusjärgses ja sünnitusosakonnas. Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasi järgi töötas 2017. aastal Eestis 455 ämmaemandat ning täidetud ametikohtade arv oli 332,8. Valdav osa ämmaemandatest töötas haiglates (409). Perearstiabiasutuses töötas 11, eriarstiabiasutuses 49 ning muudes asutustes 10 ämmaemandat. Ambulatoorseid ämmaemanda iseseisvaid vastuvõtte tehti 2017. aastal kokku 153 184 ning ämmaemandate koduviitide arv oli 446. Antenataalseid visiite ämmaemandate juurde toimus 87 883 ning günekoloogide juurde 49 481. (Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas.) Lisaks on 2018. aasta seisuga väljastatud tegevusluba kodusünnitusabi osutamiseks kolmele osahingule, kus töötab kokku kuus kodusünnitusabi osutavat ämmaemandat (Terviseameti tegevuslubade register).

Eestis on ämmaemandate kutsepädevus reguleeritud kutsestandardiga. Kutsestandard on dokument, milles kirjeldatakse kutsetegevust, tööülesandeid ja -keskkonda ning määratletakse vastava kutseala ja -taseme kompetentsusnõuded (Kutsestandardite koostamise, muutmise... 2008). Kehtiva ämmaemandate **kutsestandardi järgi** on **ämmaemand** tervishoiuspetsialist, kes juhendab, jälgib, nõustab ja toetab naisi raseduse ja sünnituse ajal, sünnitusjärgsel perioodil ning reproduktiivtervise küsimuste ja günekoloogiliste probleemide lahendamisel elukaare erinevatel etappidel. Ta jälgib rasedusi ja juhib sünnitusi omal vastutusel, hooldab ja jälgib vastsündinuid ja imikuid. Ämmaemand osaleb tervisekasvatases ja pereplaneerimises üksikisiku, perekonna ja ühiskonna tasandil. Ämmaemand korraldab ämmaemandustegevust koostöös siht- ja sidusrühmadega. Ämmaemand täiendab elukestva õppe põhimõttest lähtudes oma teadmisi ja oskusi, osaledes kutsealastel täiendkoolitustel, edendades seeläbi isiklikku karjääri ja elukvaliteeti. (Ämmaemand, tase 6 kutsestandard 2018.) Alates 2010. aastast on Eestis ämmaemandatel ka piiratud retseptiõigus (Ravimite juhend ämmaemandatele).

3. TERVISHOIUTEENUSTE JA ÄMMAEMANDUSABI KVALITEET EESTIS NING SELLE HINDAMINE

Tervishoiuteenuse kvaliteet (*quality of health care*) on tervishoiuteenuse omaduste kogum, mis iseloomustab teenuse vastavust kehtestatud nõuetele, kaasaja teadmistele, olemasolevatele ressurssidele, kutse- ja erialastele nõuetele ning patsiendi rahulolule ja tervise seisundi vajadustele (Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise ... 2004). Maailma Terviseorganisatsiooni (*World Health Organization* – WHO) järgi on tervishoiusüsteemides tervishoiu kvaliteedil kuus dimensiooni: efektiivsus ehk tervishoiuteenuse osutamine tõenduspõhiselt ja vajaduspõhiselt, tõhusus ressursside kasutamisel, ligipääsetavus, patsiendikesksus, erapooletus sihtgrupi personaalsete karakteristikute suhtes (nt vanus, sugu, rass) ja minimaalne risk teenuse saajale (Quality of care ... 2006).

Ühiskonna ootused tervishoiuteenuste kvaliteedile on kõrged, mistõttu kvaliteedi probleematikat käsitletakse järjepidevalt. Eestis puudub keskne organisatsioon, mis tegeleks tervishoiuteenuse kvaliteedi hindamisega, probleemide lahendamisega ja ühtsete juhendite väljatöötamisega. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisega seotud ülesanded on jagatud Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti, Eesti Haigekassa, tervishoiuteenuse osutajate, tervishoiutöötajate erialaühenduste ja õppeasutuste vahel (Tervishoiuteenuste kvaliteet). Sotsiaalministri määrus „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“ (2004) kehtestab tervishoiuteenuse osutajatele nõuded tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel. Määruse kohaselt on tervishoiuasutuse ülesanne tagada professionaalne teenindamiskvaliteet, organisatsiooni töökorralduse ja juhtimise kvaliteet ning hinnata patsiendi rahulolu. Samuti on tervishoiuasutuse kohustus töötajate arendamiseks ja pädevuse tõstmiseks iga-aastase koolitamise tagamine.

Eesti Haigekassa panustab kvaliteedi arendamisse kontrollides haigekassa poolt osaliselt või täielikult tasutavate teenuste kvaliteeti ja põhjendatust (Eesti Haigekassa seadus 2000). Terviseameti tervishoiuteenuste osakonna ülesandeks on tervishoiuteenuste kvaliteedi koordineerimine ning sellele arvamuste ja hinnangute andmine. Terviseamet teostab riiklikku järelvalvet õigusaktide nõuete täitmise üle seaduses ettenähtud alustel ja ulatuses. (Terviseameti põhimäärus 2009.) Seega Terviseameti pädevuses ei ole anda hinnangut tervishoiuteenuse sisulisele kvaliteedile. Sotsiaalministri loodud nõuandva õigusega tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon annab sõltumatu hinnangu patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile

ning hinnangust tulenevalt teeb ettepanekuid Terviseametile, Eesti Haigekassale ja tervishoiuteenuse osutajale (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 2001).

Eesti Ämmaemandate Ühingu ja Eesti Õdede Liidu osa kvaliteedi tagamisel tuleneb erialaühenduste põhikirjadest. Eesmärkide ja missiooni saavutamiseks töötavad ühendused välja riiklikku õendus- ja ämmaemandusstrateegiat, osalevad töörühmades seadusandluse ja muude normatiivaktide väljatöötamisel, töötavad välja tervishoiutöötajate pädevuse nõuded ja hindavad tervishoiutöötajate pädevust. (EÄÜ põhikiri, EÕL põhikiri.) Praegu puuduvad ühtsed õendus- ja ämmaemandusabi kvaliteedi nõuded ja näitajad, mille alusel oleks võimalik teenuste osutamist järjepidevalt hinnata ja võrrelda. Õenduse ja ämmaemanduse arenguvisioniks on ühtsete, tõenduspõhiste ja asjakohaste kvaliteedistandardite järgimine teenuste osutamisel ning eesmärgiks on koostada tõenduspõhised, ajakohased ja praktikas rakendatavad riiklikud kvaliteedistandardid, tegevusjuhendid ja klassifikaatorid. (Kaheksa sammu inimese ... 2011.)

Raportis „Tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamine“ on **tervishoiu kvaliteedi indikaator** defineeritud kui näitaja, mis aitab analüüsida tervishoiusüsteemi eri aspektide olukorda ja tuleviku väljavaateid. Indikaatorid arvutatakse tavaliselt statistilisi meetodeid kasutades ja kvaliteediindikaatorid peaksid iseloomustama tervishoiusüsteemi osapooltele olulisi protsesse ja tulemusi. (Kiivet jt 2015.) Medical Subject Headings (MeSH) (2018) sõnastiku järgi on **kvaliteediindikaatorid tervishoius** (*quality indicators in health care*) normid, kriteeriumid, standardid ja muud otsesed kvalitatiivsed ja kvantitatiivsed näitajad, mida kasutakse kvaliteedi määramiseks tervishoius.

Kvaliteediindikaatoreid võib kasutada erinevatel eesmärkidel. Nende abil on võimalik hinnata situatsiooni ning seejärel määratleda vajadused, seada realistlikud eesmärgid ning pakkuda raamistik muutuste hindamiseks, et saavutada sama või parem tulemus. Valiidsed aktsepteeritud indikaatorid aitavad määratleda regiooni või riigi professionaalsuse taset mõnes konkreetsetes tegevusvaldkonnas. Kvaliteediindikaatoreid võib kasutada ka tegevuse läbipaistvuse hindamiseks ning refleksiooniks. Samuti saavad kvaliteediindikaatoreid kasutada tervishoiu järelevalveorganid, et hinnata tervishoiuteenuse vastavust standarditele. Kvaliteediindikaatorid võivad olla stiimuliks, et parandada hoolduse taset individuaalsel, regionaalsel ja riiklikul tasandil. (Bruin-Kooistra jt 2012.)

Eestis on Eesti Haigekassa ja Tartu Ülikooli arstiteaduskonna 2013. aastal sõlmitud koostöölepingu alusel moodustatud ravikvaliteedi indikaatorite nõukoda, mille eesmärgiks on leppida kokku tervishoiuteenuste kvaliteedi jälgimiseks ja parandamiseks ühtsed standardid. Koostöös arstlike erialaseltsidega on oma valdkonna tunnustatud kliinilistest ekspertidest koosnev nõukoda kinnitanud ja detailselt kirjeldanud 36 ravikvaliteeti iseloomustavat indikaatorit. Sünnitusabi kvaliteediindikaatoreid on sealhulgas viis: väga enneaegsete sündide osamäär sündidest; III ja IV astme lahkliha rebendite osamäär; keisrilõigete osamäär esmassünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kui loode on peaseisus; keisrilõigete osamäär korduvsünnitajatel ajalise üksiksünnituse korral, kellel vähemalt üks sünnitus on lõppenud keisrilõike teel ja kelle loode on peaseisus; sünnitusega seotud massiivse verekaotuse osamäär. Ravitulemuste mõõtmine indikaatorite abil annab raviasutustele võimaluse analüüsida oma asutuse tulemusi ning võrrelda neid teistega. (Kliiniliste indikaatorite raport 2016.)

Noorte nõustamiskeskuses tegutsevate meeskonnale (sh ämmaemandatele) on välja töötatud eraldi kvaliteedijuhend, milles on kehtestatud, et meeskond peab olema läbinud noorte nõustamise koolituse. Nõustamiskeskuse teenuste kvaliteedi arendamisel lähtutakse kuuest seksuaal- ja reproduktiivtervise olulisest kvaliteedielemendist: võimalus valida, küllaldane informeeritus, personali pädevus, inimestevaheline suhtlemine, teenuse järjepidevus ning pakutavate teenuste asukoht, valik ja vastavus kliendi vajadustele. Noorte nõustamiskeskuste kvaliteedi arendamisega tegeletakse järjepidevalt ja süsteemselt, välja on töötatud kvaliteedi arendamise tegevused ning nende indikaatorid. (Part jt 2010.)

Aastatel 2012 ja 2016 teostas EÄÜ Eesti Haigekassa tellimusel kliinilise auditi „Iseseisva antenataalse ämmaemandusabi kvaliteet“, mille eesmärgiks oli hinnata ämmaemandate tegevust rasedate jälgimisel. Auditi käigus anti hinnang auditeerimisele esitatud rasedate jälgimise ravidokumentidele ning analüüsiti tervishoiuteenuse osutajate lõikes rasedate jälgimise vastavust juhendile. (Põllumaa jt 2017.) Ämmaemandusabi kvaliteedi hindamine toimub ka kutsehindamisel. Kutse andmisel tunnustatakse inimeste oskusi ja teadmisi sõltumata nende omandamise ajast, kohast ja viisist ning tagatakse võrdsed võimalused kompetentsuse hindamisel ja tunnustamisel. Kutse taotlemiseks peavad olema täidetud ja tõendatud eeltingimused, kutseandja on EÄÜ. (Kutse andmise kord ... 2015.) Kuna kutsehindamine on ämmaemandatele vabatahtlik, siis ei sobi see kogu ämmaemandusabi kvaliteedi hindamiseks riiklikul tasandil, vaid näitab pigem kutsehindamisest huvitatud ämmaemandate taset. Töö autorile teadaolevalt ei ole praegu Eestis muid võimalusi ämmaemandusabi kvaliteedi hindamiseks.

4. ÄMMAEMANDUSABI KVALITEEDIINDIKAATORID

4.1. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorite valimise meetodid

Töötades läbi asjakohast kirjandust selgub, et sageli kasutatakse kvaliteediindikaatorite valimiseks Delphi meetodit (Bruin-Kooistra jt 2012, Boulkedid jt 2013, Sibanda jt 2013, Voerman jt 2013). Delphi on struktureeritud konsensusmeetod, mis on levinud tervise- ja sotsiaalteaduste alastes uurimistöodes (Hasson jt 2000) ja mida kasutatakse sageli tervishoiu professionaalide poolt juhendite väljatöötamiseks (McMillan jt 2016). Korrekselt ja täpselt läbi viies saab meetodit edukalt kasutada öendusteaduslikes uurimistöodes, et teadmisi avardada (Hasson jt 2000). Delphi meetodi puhul on võimalik kaasata palju osalisi ja anonüümsuse säilitamiseks kasutatakse konsensuse saavutamiseks küsimustikke, mitte näost näkku kohtumisi. Seetõttu aga kestab protsess kauem, kui mõne teise konsensusmeetodi puhul (McMillan jt 2016). Lisaks tüüpilisele kahe vooruga Delphi meetodile on võimalus Delphi meetodit ka modifitseerida ja kombineerida (Fletcher ja Marchildon 2014).

Mõned autorid, näiteks nagu Korst jt (2005) ning Kesmodel ja Jolving (2011), pole selgelt väljendanud, et tegemist on Delphi meetodil läbi viidud uurimistööga, kuid mõlemad uurimistööd olid teostatud konsensusmetoodikaga. McCane jt (2011) kasutasid kvaliteediindikaatorite valimisel nominaalgrupi tehnikat (*Nominal Group Technique* – NGT), mis on samuti konsensusmeetod, aga osalejad kohtuvad moderaatori juhitud diskussioonil. Alustuseks esitab moderaator grupile küsimuse, millele osalejad vastavad individuaalselt kirjalikult. Lisaks vastusele võib lisada ka uusi ideid/mõtteid. Seejärel avaldavad kõik oma kirjapandud mõtted. Seda protsessi võib korrata, kuni saavutatakse konsensus. (Van de Ven ja Delbecq 1972.) Olenemata valitud konsensusmetoodikast, on uurimistöodes, mille eesmärgiks oli kvaliteediindikaatorite valimine, kirjeldatud vähemalt kahte etappi – kirjanduse otsing, leidmaks võimalikult suur hulk potentsiaalseid kvaliteediindikaatoreid, ning spetsialistide abil lõplik kvaliteediindikaatorite komplekti valik.

Võimalike kvaliteediindikaatorite valimiseks saab teha kirjanduse otsinguid teadusandmebaasides, interneti lehekülgedel, vaadata läbi rahvusvahelisi ja kohalikke juhendeid, protokolle jm (Korst jt 2005, Bruin-Kooistra jt 2012, Boulkedid jt 2013, Sibanda jt 2013, Voerman jt 2013.). Teistest pisut erinevalt lähenesid Kesmodel ja Jolving (2011), kes esmalt joonistasid koos spetsialistidega sünnitusabi kulgemise standardiseeritud skeemi, kuhu märgiti kohad, kus on

võimalik kvaliteeti hinnata. Seejärel tehti esmaste kvaliteediindikaatorite valimiseks süstemaatiline kirjanduse otsing.

Potentsiaalsetest kvaliteediindikaatoritest lõplikku valikut tegev töögrupp on enamasti multidistsiplinaarne, mis tagab, et erinevate emadushoolduses osalevate osapoolte arvamus on esindatud (Korst jt 2005, Bruin-Kooistra jt 2012). Töögruppide koosseisud on olnud erinevad ning moodustunud näiteks ämmaemandatest, sünnitusabiarstidest ja lastearstidest (Boulkedid jt 2013) ning neile lisaks anestesioloogide, naiste ühenduse ja seadusandja esindajatest (Kesmodel ja Jolving 2011). On olnud ka töögrupe, kus lisaks ämmaemandate, ametnike ja seadusandja esindajatele on kaasatud ka neonatoloogide ja perearstide esindajad (Bruin-Kooistra jt 2012) või kõrgkoolide ja kutseühenduste esindajad (McCane jt 2011). Leidub ka töögrupe, kuhu ämmaemandaid ei ole kaasatud, näiteks sünnitusabiarstidest ja perinatoloogidest (Korst jt 2005) või sünnitusabiarstide, anestesioloogide, kutseühenduste ja seadusandja esindajatest (Sibanda jt 2013) koosnenud töögrupid.

4.2. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorite kasutamine

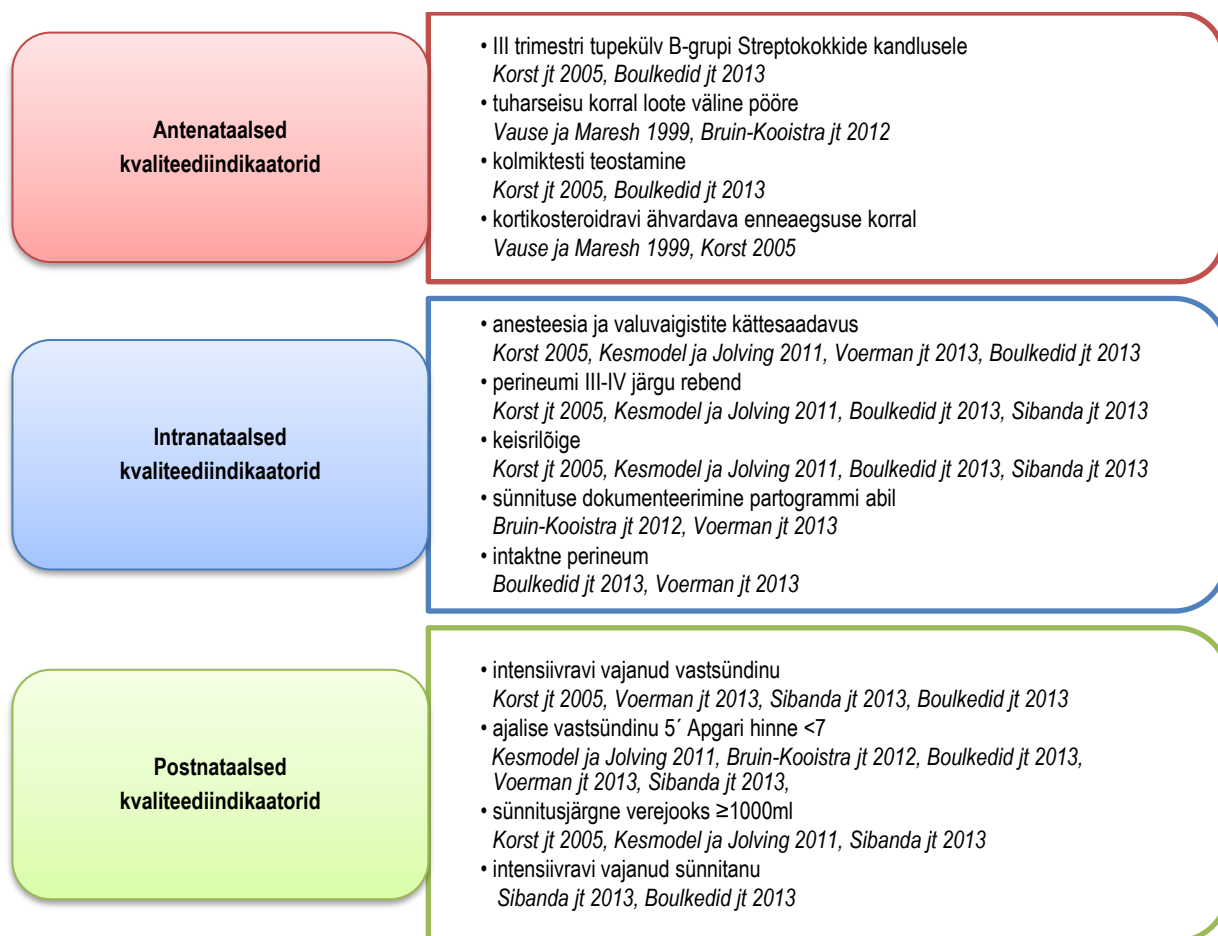
Kvaliteediindikaatorite kasutamisel teenuse hindamiseks on erinevaid võimalusi. Üks variant on leitud kvaliteediindikaatorite kasutusele võtmine ilma suuremate muudatusteta olemasolevates andmekogumissüsteemides (Korst jt 2005). Sel juhul vajab kvaliteediindikaatorite kasutamine inimfaktori kaasamist. Teine variant nõuab esialgu muudatuste tegemisi andmesüsteemides, kuid hiljem annab süsteem ise regulaarselt automaatset tagasisidet. Näiteks juurutati 2010. aastal Taanis kohustuslik süsteem sünnitusosakondadele, kus personal edastab nõutud andmed infosüsteemi ning sisestatud andmete põhjal saab asutus reaajas igakuist ja kvartaalset tagasisidet, millises ulatuses osakond vastab kliinilisele standardile. Saadud andmeid saab haiglasiseselt kasutada sisehindamisel ja kvaliteedi arendamisel ning pikaajaliselt oma arengu jälgimisel. Samuti saab neid indikaatoreid kasutada osakondade, haiglate ja regioonide üleselt. Iga-aastaselt analüüsib kliinilise auditeerimise meeskond aastatulemusi lokaalselt, regionaalselt ja riiklikult, et tõlgendada tulemusi professionaalselt ja hinnata kliinilise kvaliteedi paranemist. Kvaliteediindikaatorite kasutamise viisist oleneb ka nende objektiivsus. Näiteks indikaator „pidev toetus naisele sünnituse juures“ võimaldab mõõta tegelikkust objektiivselt, registreerides digitaalse mõõdiku abil personali kohalolekut ruumis, või subjektiivselt, personali meenutuste põhjal. Olenemata mõõtmisviisist, peab dokumenteerimine olema meditsiiniandmetest jälgitav. (Kesmodel ja Jolving 2011.)

Kvaliteediindikaatorite rakendajatel on võimalus otsustada, kui suur hulk erinevaid kvaliteediindikaatoreid korraga kasutusele võtta. Korst jt (2005) väidavad, et erinevad kvaliteediindikaatorite komplektid ei pakugi kõikehõlmavat mõõtmisüsteemi, aga igal indikaatoril on oma individuaalne väärtus ja isegi ainult ühe indikaatori uurimine ja kasutamine aitab kaasa paranenud arusaamisele emadushoolduse kvaliteedist. Bruin-Kooistra jt (2012) selgitavad, kuidas on erinevad kvaliteediindikaatorid omavahel seotud. Näiteks kvaliteediindikaator „madal Apgari skoor“ on seotud nelja erineva indikaatoriga. Et vältida madalat Apgari hinnet vastsündinul, peab rase olema emadushooldusesse kaasatud raseduse varases staadiumis, et antenataalne hooldus oleks optimaalne (indikaator „esimene antenataalne visiit esimesel trimestril“). Et ämmaemandusabi oleks kõrge kvaliteediga, peavad ämmaemandad olema kvalifitseeritud (indikaator „kvaliteedi parandamise süsteemi olemasolu“) ja hoolduse kättesaadavus peab olema tagatud ööpäevaringselt, seitse päeva nädalas (indikaator „ämmaemandusabi kättesaadavus 24/7“), et ennetada assisteerimata sünnitusi (indikaator „assisteerimata sünnituste protsent ämmaemanda liiga hilise kohalejõudmise tõttu“). Seega ei saa indikaatoreid kategoriseerida tähtsuse järjekorda. Ka Bruin-Kooistra jt (2012) nõustuvad, et kvaliteediindikaatorid pole kunagi staatilised, vaid on üks osa kvaliteediparanduse pidevast tsüklist. Aja jooksul võib osutuda vajalikuks mõned valitud kvaliteediindikaatorid hindamiselt eemaldada või uusi lisada.

4.3. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid kirjanduse andmetel

Kokku võib asjakohasest kirjandusest leida ligi 200 indikaatorit, mis on enamjaolt sünnitusabikesksed, kuid võivad kaasata vähesel määral ka **antenataalset hooldust** (Vause ja Maresh 1999, Korst jt 2005, Bruin-Kooistra jt 2012, Boulkedid jt 2013, Voerman jt 2013), **varast sünnitusjärgset perioodi** (Korst jt 2005, Kesmodel ja Jolving 2011, Bruin-Kooistra jt 2012, Boulkedid jt 2013, Sibanda jt 2013, Voerman jt 2013) ning **hilist sünnitusjärgset perioodi** (Korst jt 2005, Bruin-Kooistra jt 2012, Boulkedid jt 2013, Voerman jt 2013). Ühel juhul oli kvaliteediindikaatoriks määratud raseduseelne hooldus (Korst jt 2005), multidistsiplinaarne koostöö (Voerman jt 2013) ning ämmaemanduspraksiste ja ämmaemandate pädevuse hindamine (Bruin-Kooistra jt 2012). Hiliseid sünnitusjärgseid kvaliteediindikaatoreid leiab vähe ning kõige enam on mainitud sünnitusjärgse visiidi toimumist pärast haiglast lahkumist (Korst jt 2005, Bruin-Kooistra jt 2012) ja sünnitusjärgse depressiooni skriiningut (Korst jt 2005, Voerman jt 2013). Ühelgi juhul ei leidunud kvaliteediindikaatoreid günekoloogiliste patsientide ämmaemandusabi ning perekonna ja ühiskonna tasandil pereplaneerimise ja tervisekasvatuse osutamise hindamiseks.

Enimnimetatud antenataalsed, intranataalsed ning varased postnataalsed kvaliteediindikaatorid on toodud ära joonisel 2.



Joonis 2. Enimnimetatud antenataalsed, intranataalsed ning postnataalsed kvaliteediindikaatorid

Teistest erinevalt lähenesid indikaatorite valimisele McCane jt (2011), kes valisid kaheksa õendus- ja ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorit, mis ei ole kvantitatiivselt hinnatavad ja vastasid järgmistele kriteeriumidele: fookusega patsiendil, erialade ülene, ei pea olema seotud tulemusega, peaks olema spetsiifiline. Välja valiti kaheksa indikaatorit: pidev hoolitsus vastavalt vajadustele, patsiendi usaldus õe/ämmaemanda oskuste suhtes, patsiendi kindlustunne õe/ämmaemanda hoole all olles, patsiendi kaasatus otsuste tegemisse, patsiendile kulutatud aeg, austus patsiendi valikute suhtes, patsiendile enesehoolduse võimaldamine ning õe/ämmaemanda toetus selles, õe/ämmaemanda arusaam, mis on oluline patsiendile.

Kirjandusest leiti ka üks allikas emadushoolduse hindamisvahendite ja indikaatorite kriitilisest hindamisest. Selles töös leiti kokku 388 indikaatorit ja seitse hindamisvahendit emadushoolduse

eri aspektide tabamiseks, millest levinumad olid keisrilõige, instrumentaalne vaginaalne sünnitus, ema postnataalsed komplikatsioonid, perineumi rebend, imiku toitmisviis, sünnituse induktsioon, vaginaalne mitteinstrumentaalne sünnitus, apgari hinne, muud komplikatsioonid ja sünnituse alguse viis. (Escuriet jt 2015.)

Ämmaemandusabi kvaliteedi tagamine on võimalik vaid läbi järjepideva arendustöö ning kvaliteedi hindamise. Kvaliteedi hindamisel on sobivaks mõõdupuuks asjakohased kvaliteediindikaatorid. Eestis puuduvad kokku lepitud ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid ning puudub teave, millised mujal maailmas kasutatavatest indikaatoritest sobiksid Eestis kasutamiseks. Kirjandusest ei leia ühtegi kvaliteediindikaatorite komplekti, mis hõlmaks kõiki ämmaemandusabi valdkondi. Sageli mõõdetakse sünnitusabi ja ämmaemandusabi tulemuslikkust perinataalse suremuse või tõsise haigestumisega, perineumi tõsiste rebendite esinemisega vms. Kuna ämmaemandusabi fookus on normaalne rasedus, sünnitus ja emadushooldus, siis peaks töö autori arvates leiduma kvaliteediindikaatoreid, mis võimaldaksid hinnata ämmaemandusabi kogu selle ulatuses.

5. METOODIKA

5.1. Metodoloogilised lähtekohad

Kvaliteediindikaatorid näitavad, milline võiks olla ämmaemandusabi. Nende määratlemine annab ämmaemandatele vahendi, kuidas oma tööd korraldada ja hinnata ning parandada ämmaemandusabi protsessi ja tulemuslikkust kvaliteedi ühtlustamiseks. See tagab, et ükski klient ega ükski ämmaemand ei jää ebasoodsasse olukorda. Kvaliteediindikaatorid annavad ämmaemandatele ja juhtidele suuna ning õiguse lähtuda teenuse pakkumisel kvaliteediindikaatoritest. Käesoleva uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada kvaliteediindikaatorid ämmaemandusabi tegevusulatuses, kasutades integreeriva kirjanduse ülevaate meetodit.

Süsteemiline ja põhjalik integreeriv kirjanduse ülevaade, mille analüüsitavasse andmestikku on kaasatud erinevat tüüpi allikaid, võimaldab selgitada tervishoiule olulisi probleeme selgelt ja terviklikult. Erinevate andmete kombineerimine võib viia vigade ja ebatäpsuseni, mis võivad ilmned töö igas etapis – kirjanduse otsingutel, andmete välja valimisel, interpreteerimisel ja analüüsimisel. Selle vältimiseks on vajalik järgida detailset ja süstemaatilist lähenemist. (Whittemore ja Knafl 2005.) Toetudes Whittemore ja Knafl (2005) sõnastatud uurimistöö etappidele, viidi kirjanduse integreeriv ülevaade läbi järgmiselt:

- uurimistöö probleemi, eesmärgi ja olemuse selge defineerimine,
- kirjanduse otsing,
- andmete hindamine,
- andmete analüüs,
- tulemuste esitamine.

Samuti kasutati Liberati jt (2009) poolt koostatud Preferred Reporting Items for Systematic reviews and MetaAnalysis (PRISMA) selgitavat juhendit ning voodiagrammi.

5.2. Kirjanduse otsing ja selekteerimine

Integreeriva kirjanduse ülevaate puhul on nõuded kirjanduse otsingule sarnased teiste kirjanduse ülevaate tüüpide otsingu nõuetega. Kirjanduse otsing peab olema põhjalik, objektiivne ja korratav ning tehtud erinevates andmebaasides, et leida võimalikult palju asjakohaseid uurimistöid. Sobivad andmebaasid valitakse temast lähtuvalt. Soovitav on otsida erinevatest andmebaasidest, et leida kõik saadaolevad tõendid ja vähendada kallutatuse võimalust. (Higgins

ja Green 2011, Nelson 2014: 51-67.) Otsingud peavad olema dokumenteeritud selgelt, sisaldades otsingusõnu, kasutatud andmebaase, otsingustrateegiat, sisse- ja väljaarvamise kriteeriume (Whittemore 2005).

Allikate otsingud tehti ajavahemikul 05.-12.12.2017. Andmebaasides tehti otsingud etappide kaupa – esiteks otsiti materjali üldiselt ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorite kohta ning seejärel otsiti uurimisküsimuste järgi: ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid antenataalses perioodis, intranataalses perioodis, postnataalses perioodis ning perekonna ja ühiskonna tasandil. Allikaotsinguid alustati 05.12.2017 internetis vabalt kättesaadavas andmebaasis PubMed. Otsingutel ei kasutatud piiranguid ega kasutatud märksõnade loetelu MeSH termineid, kuna sel puhul välistatakse töötluses (*in-process*) kirjed. 06.12.2017 tehti otsingud multidistsiplinaarses andmebaasis SCOPUS. Otsingusõnu ja -fraase otsiti tekstide pealkirjadest, kokkuvõtetest ja võtmesõnadest. 12.12.2017 tehti otsingud õendusosalases andmebaasis CINAHL, kus otsiti kombineeritult otsingusõnu ja fraase kogu tekstist (*all text*). Kõikides andmebaasides kombineeriti *Boole*'i loogikaoperaatorite abil järgmisi otsingufraase: „*quality indicator*“ OR „*quality assessment*“; „*midwife*“ OR „*midwives*“ OR „*nurse midwife*“ OR „*midwifery*“ OR „*midwifery care*“ OR „*maternity care*“ OR „*perinatal care*“ OR „*perinatal nursing*“ OR „*maternal-child nursing*“; „*antenatal care*“ OR „*prenatal care*“; „*pregnancy*“ OR „*gravidity*“; „*obstetrics*“ OR „*labour*“ OR „*birth*“ OR „*childbirth*“ OR „*labor*“ OR „*delivery*“ OR „*intranatal care*“; „*postnatal care*“ OR „*postnatal period*“ OR „*postpartum*“ OR „*puerperium*“; „*contraception*“ OR „*family planning*“ OR „*community care*“ OR „*reproductive care*“.

Kuna teema on ämmaemanduskeskne, siis tehti ka otsingud ämmaemandusalastes eelretsenseeritud ajakirjades (07.12.2017). Et korruga saaks otsida mitmetest ajakirjadest, siis tehti otsingud kirjastuse Elsevier ScienceDirect platvormil, kus on esindatud järgmised ämmaemandusalased ajakirjad: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, Midwifery, Sexual & Reproductive Healthcare, Women and Birth, Women's Health Issues. Kirjastuse Wiley e-ajakirjades teostati otsing artiklite kokkuvõtete seas. Wiley Online Library võimaldab otsingu teha järgmistes ämmaemandusalastes ajakirjades: Birth, Journal of Midwifery & Women's Health, Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, Nursing for Women's Health. Ajakirjadest otsiti *Boole*'i operaatori fraasiga „*quality indicator*“ OR „*quality assessment*“ AND *midwife*. Otsingute käik andmebaaside kaupa on esitatud lisa 1.

Tabel 1. Otsingute käigus leitud kirjete arv andmebaaside ja uurimisküsimuste kaupa

	PubMed	SCOPUS	CINAHL	Elsevier	Wiley
Kvaliteediindikaatorid ämmaemandusabis	380	331	-	-	-
Kvaliteediindikaatorid antenataalses perioodis	237	365	406	-	-
Kvaliteediindikaatorid intranataalses perioodis	181	231	456	-	-
Kvaliteediindikaatorid postnataalses perioodis	108	184	240	-	-
Kvaliteediindikaatorid perekonna ja ühiskonna tasandil	159	22	162	-	-
KOKKU	1065	1133	1264	79	49

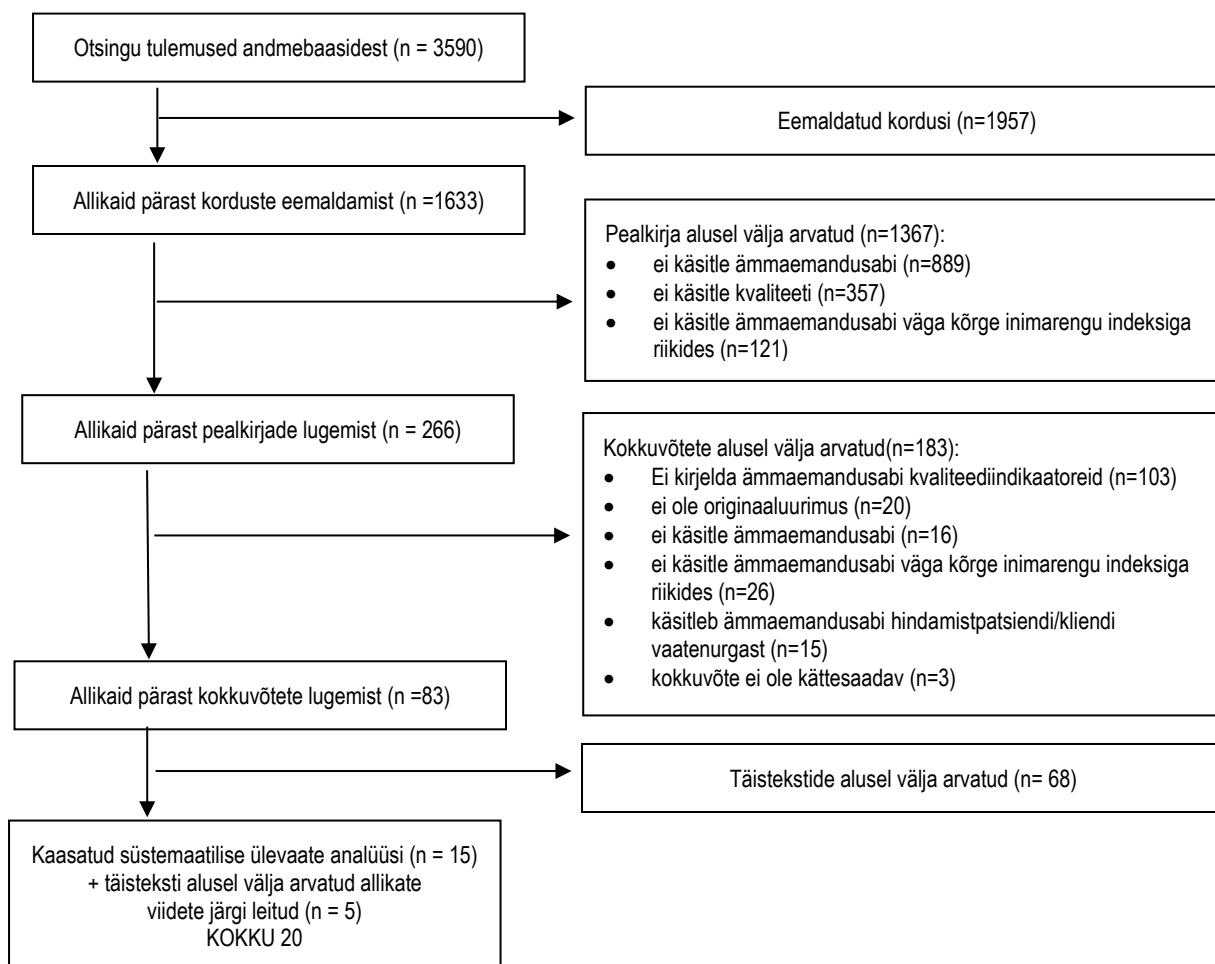
Kokku saadi otsingute käigus andmebaasidest 3590 kirjet. Saadud kirjete arv andmebaaside ja uurimisküsimuse järgi on ära toodud tabelis 1. Kõik saadud allikad transporditi viidete haldurisse Mendeley. Kaasuurijana tegi samade otsingusõnadega samades andmebaasides kordusotsingu magistr töö põhijuhendaja ning sai võrreldavad tulemused. Augustis 2018 vaadati läbi uurimistööst väljaarvatud täistekstid ning sealt saadud allikatele tehti otsing otsingumootoris Google Scholar.

Uuritava materjali selekteerimisel kasutati viidete haldurit Mendeley. Esmalt korrastati käsitsi viidete halduris saadud kirjete pealkirjad ning seejärel eemaldati duplikaadid (1957). Järgmisena algas allikate väljaarvamine esmalt pealkirjade ning seejärel kokkuvõtete põhjal. 1633 allika pealkirjad loeti ning vastavalt väljaarvamise kriteeriumidele eemaldati 1367 allikat. Järele jäänud 266 allika kokkuvõtted loeti ning arvati välja 183 allikat. Pealkirjade ja kokkuvõtete põhjal tegid väljaarvamised magistr töö autor ja töö põhijuhendaja eraldi. Hiljem võrreldi saadud tulemusi ning artiklite pealkirjad/kokkuvõtted, mille puhul arvamused ei kattunud, loeti veelkord läbi.

Pärast kokkuvõtete alusel eemaldamist jäi valikusse alles 83 allikat, mille täistekstid luges uurimistöö autor korduvalt ja kaasas kirjanduse integreerivasse ülevaatesse 15 allikat, mis vastasid järgmistele kriteeriumidele:

- artiklis kirjeldatakse ämmaemandusabi kvaliteediindikaatoreid väga kõrge inimarengu indeksiga riikides;
- tegemist on originaaluurimusega;
- artikkel on kirjutatud inglise keeles;
- artikkel on ilmunud viimase 15 aasta jooksul (alates 2002. a.);
- artikli täistekst on uurijale tasuta kättesaadav.

Täistekstid, mille puhul autor ei suutnud otsustada, kas on relevantne kaasata, anti lugeda töö põhi- ja kaasjuhendajale ning arvestades nende arvamust, tegi kaasamisotsuse uurimistöö autor. Kaasaarvamise kriteeriumitele mittevastavate allikate nimekiri koos põhjendusega on toodud käesoleva töö lisas nr 2. Otsinguprotsessi ja allikate selekteerimise käigu kohta koostati PRISMA juhistest (Moher jt 2009) lähtuvalt voodiagramm (vt joonis 3), kus on näha kaasatud ja väljaarvatud allikate arv ning väljaarvamise kriteeriumid.



Joonis 3. Voodiagramm allikate selekteerimise etappide kohta

5.3. Allikate hindamine

Kui asjakohased allikad on kogutud, teostatakse andmete väljavõtt hilisemaks analüüsiks. Samuti kogutakse allikate metodoloogilised tunnused, et hinnata kaasatavate uurimuste kvaliteeti. Allikate hindamine integreerivas kirjanduse ülevaates sõltub kaasatud allikate tüübist. Ühte ja universaalset mudelit selleks ei ole. (Whittemore 2005.) Käesolevas uurimistöös hinnati uurimistöo raporteid ehk artikleid, mitte uurimistöid. Kuna Delphi meetodil tehtud uurimistöode jaoks ei ole seni veel koostatud üheselt tunnustatud ja aktsepteeritud kontroll-loendit, siis otsis autor iseseisvalt sobivat kokkuvõtvat allikat, mille abil hinnata uurimistöode raportite kvaliteeti. Mitmete Delphi meetodit kirjeldavate ja selgitavate allikate seast valiti välja Hasson jt (2000) juhend Delphi meetodi läbiviimiseks ja sellel põhinev kontroll-loend. Valik antud allika kasuks langetati seetõttu, et vanim hinnatav artikkel pärines aastast 2003, mistõttu uuemate juhendite kasutamine ei oleks olnud asjakohane. Allikad, milles ei olnud autorite poolt selgesõnaliselt väljendatud uurimistöo meetodit, kuid mis olid teostatud konsensusmeetodil, hinnati samuti Hasson jt (2000) kontroll-loendi abil. Uuriija ei leidnud, et internetiallikate hindamiseks oleks loodud tunnustatud ja aktsepteeritud kontroll-loendit ja seega otsustati internetiallikate hindamiseks kasutada Mandaliose poolt 2013. aastal välja töötatud RADAR lähenemist, mis on ilmunud eelretsenseeritud ajakirjas The Journal of Information Science.

Kaasatud allikatest üheksa olid uurimistöo raportid, mille puhul autorid olid selgelt väljendanud, et tegu on Delphi meetodil tehtud uurimistöoga – Zeitlin jt (2003), Marshall jt (2006), Bruin-Kooistra jt (2012), Boulkedid jt (2013), Sibanda jt (2013), Voerman jt (2013), Boesveld jt (2017), Helsloot jt (2017), Ueda jt (2017). Delphi meetodil tehtud tööde hindamise tulemusel selgus, et kõige probleemsemaks osaks raporteerimisel oli meetodi valiku põhjendus ning selgitus, millist Delphi meetodit kasutatakse, arutelu osas konsensuse saavutamise tõlgendamine ning pooltel allikatest ei olnud lisatud illustreerivat näidet küsimustikust. Lisaks puudus eetiliste aspektide käsitlemine täielikult kahe allika puhul ning osaliselt kolmes allikas. Marshall jt (2006) olid uurimistöo raporti teistest oluliselt kehvemini esitanud. Täielikult puudusid kasutatud meetodi põhjendus, ekspertide valiku protsess ja tunnuste kirjeldus, käsitlemata olid eetilised aspektid ning Delphi meetod oli läbi viidud ainult ühe vooruga. Kuna aga antud uurimistöo käigus valiti esmatasandi kvaliteediindikaatoreid, mida on vähe käsitletud, autorid olid kajastanud valiidsuse ja reliaabluse probleemi ning esitletud oli ka konsensuse saavutamine, siis otsustati artikkel uurimistöösse ikkagi kaasata.

Kuute allikat (Korst jt 2005, Broussard jt 2011, Kesmodel ja Jolving 2011, Bollini ja Quack-Lötscher 2013, Bonfill jt 2013, Sprague jt 2013), mille autorid ei olnud nimetanud uurimistööd Delphi meetodil tehtuks, kuid mis olid läbi viidud konsensusmeetodil, hinnati samuti Hasson jt (2000) kontroll-loendi abil. Nende allikate hindamisel selgus, et autorid ei olnud põhjendanud valitud metoodikat ning kõigil puudus illustreeriv näide kasutatud küsimustikust. Samuti olid täielikult või osaliselt käsitlemata eetilised probleemid. Kõige halvemini oli raporteeritud Kesmodel ja Jolving (2011) uurimistöö, kus lisaks eelnevalt välja toodule ei olnud kirjeldatud küsitlusvoorusid ega toodud vastamismäära. Kuna kõikide allikate puhul oli esitatud uurimisprobleem, kirjeldatud vähemal või rohkema määral kaasatud eksperte, arvestatud reliaabluse ja valiidsuse probleemi ning esitletud valitud indikaatorite nimekiri, siis otsustati kõik kuus allikat kaasata integreerivasse ülevaatesse. Internetiotsinguga Google Scholaris leiti viis allikat, mis osutusid sobivaks uurimistöösse kaasamiseks. Allikate hindamise kõik tulemused on toodud käesoleva töö lisas nr 3.

Kokku oli kaasatud materjalis allikaid kolmeteistkümnest riigist, lisaks kaks rahvusvahelist uurimistööd. Kõige rohkem allikaid pärines Hollandist ja USA-st (3), kaks allikat oli Suurbritanniast ja Kanadast ning kaks rahvusvaheliselt teostatud uurimistööd. Ülejäänud allikad olid pärit Austraaliast, Belgiast, Jaapanist, Uus-Meremaalt, Šveitsist, Prantsusmaalt, Taanist ja Hispaaniast. Kõige vanem kaasatud allikas oli aastast 2003, kõige värskemad andmed pärinevad aga asutuste/organisatsioonide kodulehtedelt aastast 2018. Kõige enam allikaid oli aastast 2013 (5) ja 2017 (5). Enamikes allikates oli kirjeldatud kvaliteediindikaatoreid ämmaemandusabi erinevate valdkondade kohta, kaks allikat olid keskendunud ainult ühele valdkonnale – Broussard jt (2011) eostumiseelsed kvaliteediindikaatorid ning Bollini ja Quack-Lötscher (2013) antenataalsed kvaliteediindikaatorid. Ülevaade kaasatud allikatest ja nendes esitatud kvaliteediindikaatorite komplektidest on autorite tähestikulises järjekorras ära toodud tabelis 2.

Tabel 2. Kaasatud allikate ja kvaliteediindikaatorite komplektide tunnused

Autor ja aasta	Allikas	Riik	Uurimistöö tüüp	KI eesmärk	KI arv	Kaetud valdkonnad
Australian Institute of Health and Welfare 2018	Koduleht	Austraalia	-	Emadushoolduse kvaliteedi mõõtmiseks	12	Ante, Intra
Boesveld jt 2017	<i>BMC Pregnancy and Childbirth</i>	Holland	Mixed Delphi	Sünnitusabikeskustes pakutava hoolduse kvaliteedi hindamiseks	30	Intra, üldine
Bonfill jt 2013	<i>Implementation Science</i>	Hispaania	Analoogne Delphile	Sünnitusabi kohasuse hindamiseks haiglates	18	Ante, Intra, Post, raseduse katkemine

(järgneb)

Autor ja aasta	Allikas	Riik	Uurimistöö tüüp	KI eesmärk	KI arv	Kaetud valdkonnad
Boulkedid jt 2013	<i>PLOS One</i>	Prantsusmaa	Modifitseeritud Delphi	Sünnitusabi monitooring ja hindamine kvaliteedi parandamiseks emadusüksustes	18	Ante, Intra, Post
Broussard jt 2011	<i>Maternal and Child Health Journal</i>	USA	Analoogne Delphile	Reproduktiivse naiste eostumiseelse tervise mõõtmiseks	45	Eostumiseelne
Bruin-Kooistra jt 2012	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>	Holland	Modifitseeritud Delphi	Madala riskiga populatsioonil ämmaemandusabi monitoorimiseks	26	Ante, Intra, Post, üldine
Bollini ja Quack-Lötscher 2013	<i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i>	Šveits	Analoogne Delphile	Antenataalse hoolduse kvaliteedi mõõtmiseks	46	Ante
Helsloot jt 2017	<i>Midwifery</i>	Belgia	Modifitseeritud Delphi	Haiglast kojukirjutamise järgse postnataalse hoolduse monitoorimiseks ja parandamiseks	30	Post, üldine
Kesmodel ja Jolving 2011	<i>ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica</i>	Taani	Analoogne Delphile	Sünnitusabi kvaliteedi mõõtmiseks	8	Intra, Post
Korst jt 2005	<i>Maternal and Child Health Journal</i>	USA	Analoogne Delphile	Emadushoolduse kvaliteet hindamiseks	24	Ligipääs teenusele, eostumiseelne, Ante, Intra, Post
Marshall jt 2006	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>	Rahvusvaheline	Modifitseeritud Delphi	Esmatasandi süsteemi hindamiseks	27	Ennetus, esmatasandi kliiniline teenus, tervisedendus
New Zealand Ministry of Health 2016	<i>New Zealand Maternity Clinical Indicators Report 2016</i>	Uus-Meremaa	-	Peegeldavad raseduse ja postnataalsel perioodil, vastsündinute tõsiste haigestumiste ja sünnituse tulemusi	20	Ante, Intra, Post
Public Health Agency of Canada 2017	<i>A Report from the Canadian Perinatal Surveillance System.</i>	Kanada	-	Emade, loodete ja vastsündinute tervise seire	14	Intra, üldine
Royal College of Obstetrics & Gynecologists 2017	<i>Patterns of maternity care in English NHS trusts 2013/2014.</i>	UK	-	Emadushoolduse kliinilise efektiivsuse ja tõhususe hindamiseks	18	Intra, Post
Sibanda jt 2013	<i>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology</i>	UK	Mixed Delphi	Sünnitusabi hindamiseks	12	Intra, Post, üldine
Sprague jt 2012	<i>Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada</i>	Kanada	Analoogne Delphile	Hoolduse kvaliteedi mõõtmiseks emade-vastsündinute süsteemis	6	Ante, Intra, Post
Zeitlin jt 2003	<i>European Journal of Public Health</i>	Rahvusvaheline	Mixed Delphi	Perinataalse tervise mõõtmiseks Euroopa riikides	10	Üldised
The Joint Commission 2018	<i>Kodulehelt Manual for Joint Commission National Quality Measures</i>	USA	-	Kvaliteedinäitajad haiglatele	6	Ante, Intra, Post
Ueda jt 2017	<i>BMC Regnancy and Childbirth</i>	Jaapan	Modifitseeritud Delphi	Ämmaemandate osutatud sünnitusabi hindamiseks sünnitusosakonnas	23	Ante, Intra, Post, üldine
Voerman jt 2013	<i>Midwifery</i>	Holland	Mixed Delphi	Kogukonnapõhise emadushoolduse hindamiseks avalikuks aruandluseks	20	Ante, Intra, Post, üldine

KI – kvaliteediindikaatorid; Ante – antenataalsed kvaliteediindikaatorid; Intra – intranataalsed kvaliteediindikaatorid; Post – postnataalsed kvaliteediindikaatorid

5.4. Andmete analüüs

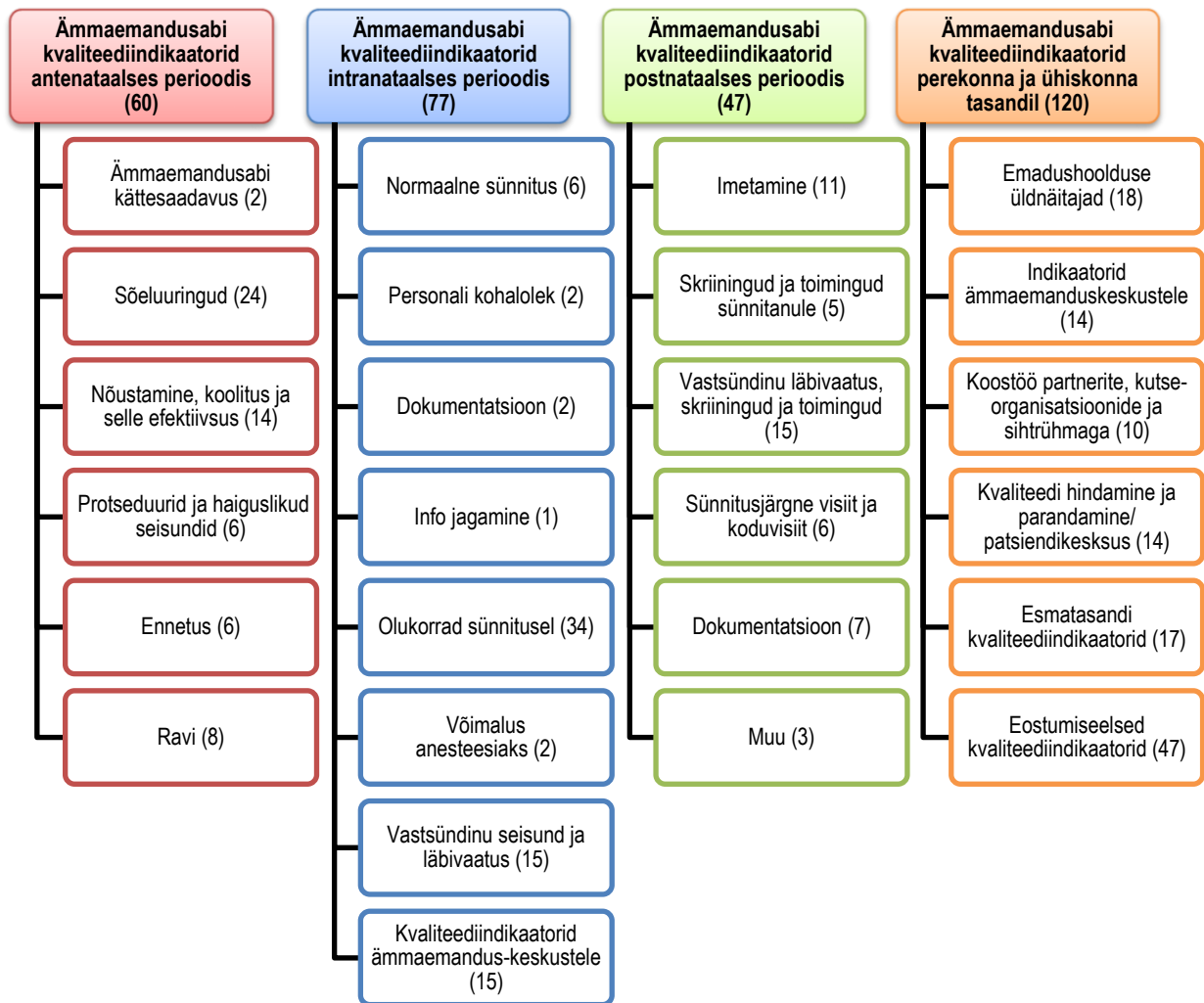
Whittemore ja Knafl (2005) on eristanud integreeriva kirjanduse ülevaate andmeanalüüsi jaoks järgmised etapid:

- saadud andmete koondamine (*reduction*) – üleüldise klassifikatsiooni otsustamine, andmete väljavõtt ja kodeerimine;
- andmete kuvamine (*display*) – saadud andmetest tehakse maatriks, graafik, diagramm, raamistik;
- andmete võrdlemine (*comparison*) – korduv andmete ülevaatamine, et leida kordused, teemad, suhted nende vahel;
- järelduste tegemine ja kontrollimine (*verification*).

Käesolevas uurimistöös kombineeriti ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorite grupeerimiseks deduktiivset ja induktiivset lähenemist. Kokku leiti kõikidest allikatest 413 kvaliteediindikaatorit. Saadud andmetest ülevaate saamiseks, koondati kõikidest kaasatud allikatest leitud kvaliteediindikaatorid ühte faili, tõlgiti need inglise keelest eesti keelde ning süstematiseeriti nelja uurimisküsimuse järgi. Seejärel grupeeriti indikaatorid alakategoriatesse ja peakategoriatesse (vt tabel 3). Grupeerimisel moodustus 304 unikaalset kvaliteediindikaatorit, mis moodustasid 26 erinevat gruppi (vt joonis 4). Kvaliteediindikaatorite süstematiseerimisel osalesid ekspertidena ka magistritöö juhendaja ja kaasjuhendaja ning kolmepoolse arvamuse võttis kokku uurimistöo autor. Seejuures pöörduiti korduvalt algandmete juurde tagasi, vätimaks tekkida võimalik vigu. Saadud tulemused kirjeldati tabelite abil vastavalt uurimisküsimustele. Iga kvaliteediindikaatori juurde lisati numbrilised viited algallikatele.

Tabel 3. Näide kvaliteediindikaatorite grupeerimise kohta

Uurimisküsimus	Kvaliteediindikaator originaallikas	Alakategooria	Peakategooria
Milliseid antenataalse perioodi kvaliteediindikaatoreid on kirjeldatud?	Naiste protsent, kes saavad ämmaemanda jälgimisele 8-10 rasedusnädalal (Bruin-Kooistra jt 2012)	Esimene antenataalne visiit esimesel trimestril	Ämmaemandusabi kättesaadavus
	Esimese antenataalse visiidi aeg (Bollini ja Quack-Lötscher 2013)		
	Esimese visiit esimesel trimestril (Marshall jt 2006)		
	Raseduse esimesel trimestril registreerimine ämmaemanda juures (New Zealand Maternity ... 2018)		
	Antenataalne hooldus esimesel trimestril (National Core Maternity ... 2018)	Järgnevate visiitide ajastus	
	Järgnevate visiitide ajastus – mittekomplitseeritud esmasünnitajad ja komplitseeritud korduvsünnitaja (Bollini ja Quack-Lötscher 2013)		
	Järgnevate visiitide ajad – mittekomplitseeritud korduvsünnitajad (Bollini ja Quack-Lötscher 2013)		



Joonis 4. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorite jaotus

6. TULEMUSED

6.1. Antenataalsed kvaliteediindikaatorid

Erinevaid antenataalseid kvaliteediindikaatoreid saadi 12 allikast kokku 60, mis jaotati kuude gruppi: ämmaemandusabi kättesaadavus; sõeluuringud; nõustamine, koolitus ja selle efektiivsus; protseduurid ja haiguslikud seisundid; ennetus ning ravi. Leitud ämmaemandusabi antenataalsed kvaliteediindikaatorid on esitatud tabelis 4.

Tabel 4. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid antenataalses perioodis

Ämmaemandusabi kättesaadavus

1. Esimene antenataalne visiit esimesel trimestril (1-5)
2. Järgnevate visiitide ajastus (2)

Sõeluuringud

3. I trimestri UHs loote kuklavoldi hindamine (6)
4. Kolmiktest (6,7)
5. I või II trimestri Downi sündroomi test/kinnitamine (2)
6. II trimestri UH loote anomaaliate avastamiseks (2)
7. III trimestril tupekülvi B-grupi streptokokkide kandlusele (2,6,7,8)
8. Veregrupp, reesusfaktor, antikehad (2,3)
9. Talasseemia (2)
10. Sirprakuline aneemia (vaj. ka mees) (2)
11. Aneemia (2,3)
12. HIV (2,3)
13. B-hepatiit (2,3)
14. Punetised (2)
15. Süüfilis (2)
16. Klamüdioos (2)
17. Gonorröa emakakaelalt (3)
18. Asümptomaatiline bakteriuria (2,3)
19. Hüpertensioon ja preeklampsia (2)
20. Gestatsioonidiabeet (2)
21. Suitsetamine (2,7)
22. Alkoholi tarvitamine (2)
23. Sõltuvusainete tarvitamine (2)
24. Vaimse tervise häired (2)
25. Töötajad ja ülesanded (2)
26. Lähisuhtevägivalda risk (2,7)

Nõustamine/koolitus ja selle efektiivsus

27. I või II trimestri seerumskriining (9)
28. Strukturaalne UH (9)
29. Foolhappe kasutamine, toitumine, suitsetamine, sõltuvusainete kuritarvitamine (9)
30. Suitsetamisest loobumine (2,10)
31. Alkoholist loobumine (2)
32. Sõltuvusainetest loobumine (2)
33. Toitumine (2)
34. Raseda suitsetamine (1,5)
35. Perekool (osalemine/kättesaadavus) (7,10)

36. Sünnitusplaani arutelu (10)
37. Töötajad ja ülesanded (2)
38. Lähisuhtevägivald (2)
39. Reproduktiivotsused patoloogilise raseduse korral (nt Downi sündroom, talasseemia jm) (2)
40. Hea side teenuseosutajaga hinnatuna tervishoiutöötaja/naise poolt (2)

Protseduurid ja haiguslikud seisundid

41. Ektoopilise raseduse ruptuur (7)
42. Emakaõõne vaakumaspiratsioon mittetäieliku raseduse katkemise korral (soovitav) (11)
43. Loote väline pööre vaagnaotsseisu korral (1,11)
44. UH-diagnostika võimaluste arutelu rasedusaegse verejooksu esinemisel (9)
45. Püelonefriit (7)
46. Kontrollimata diabeet (7)

Ennetus

47. Antiretroviirusravi HIV ülekanaluse ennetamiseks vastsündinule (2)
48. Immuunprofülaktika reesusnegatiivsetele naistele (2)
49. Foolhappe lisamanustamine (2)
50. Antibiootikumravi enneaegse lootevete puhkemise korral (soovitav) (11)
51. Kortikosteroidravi ähvardava enneaegsuse korral 24-34. r. (7,11,12)
52. Enneaegse sünnituse pärssimine kaltsiumikanali blokaatoritega (soovitav)/ magneesiumsulfaadiga (ebasooitav) (11)

Ravi

53. Klamüdioos (2)
54. Süüfilis (2)
55. Bakteriuria (2)
56. Gestatsioonidiabeet (2)
57. Aneemia (2)
58. Hüpertensioon/preeklampsia (2)
59. Raske preeklampsia/ekklampsia ravi magneesiumsulfaadiga (soovitav) (2)
60. Raseduse ajal või postnataalselt intensiivravi-osakonda võetud ja kunstlikku ventilatsiooni vajanud naised (4)

1. Bruin-Kooistra jt 2012, 2. Bollini ja Quack-Lötscher 2013, 3. Marshall jt 2006, 4. New Zealand Maternity... 2018, 5. National Core Maternity ... 2018, 6. Boukchedid jt 2013, 7. Korst jt 2005, 8. Sprague jt 2013, 9. Voerman jt 2013, 10. Ueda jt 2017, 11. Bonfill jt 2013, 12. Joint Commission Perinatal ... 2018.

6.2. Intranataalsed kvaliteediindikaatorid

Erinevaid intranataalseid kvaliteediindikaatoreid leiti 16 allikast kokku 77. Intranataalsed kvaliteediindikaatorid jaotati kaheksasse gruppi: normaalne sünnitus; personali kohalolek; dokumentatsioon; info jagamine; olukorrad sünnitusel; anesteesia olemasolu; vastsündinu seisund ja läbivaatus ning kvaliteediindikaatorid ämmaemanduskeskustele. Intranataalsed ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid on esitatud tabelis 5.

Tabel 5. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid intranataalses perioodis

Normaalne sünnitus

1. Madala sünnitusriskiga esmasünnitajal spontaanne vaginaalne sünnitus (1,2)
2. Esmasünnitajal mitte-instrumentaalne vaginaalne sünnitus (3)
3. Intakne perineum (4,5)
4. Intakne perineum esmassünnitajal (1)
5. Nahk-naha kontakt koheselt peale sündi(6)
6. Komplitseerimata sünnituse järgselt sünnib terve laps(6)

Personali kohaolek

7. Tervishoiutöötaja pidev juuresolek aktiivses faasis (6)
8. Spontaansete assisteerimata vaginaalsete sünnituste arv(7)

Dokumentatsioon

9. Sünnituse dokumenteerimine partogrammi abil (8,5)
10. Sünnitusriskide hindamine (vastuvõtul, esimeses ja teises faasis) (1)

Info jagamine

11. Sünnitajaga arutatud sünnitusaegseid valuvaigistamise meetodeid (5)

Olukorrad sünnitusel

12. Plaaniline sünnitus(vaginaalne või keisrilõige) ≥ 37 ja < 39 m (9)
13. Sünnitama tulles eklampsia diagnoos (2)
14. Häbeme raseerimine vastuvõtutoiminguna (ebasoovitav) (10)
15. Klistiir vastuvõtutoiminguna (ebasoovitav) (10)
16. Sünnitus ülekandluse korral:
 - peale 41. m (ebasoovitav) (3)
 - ≥ 42 m (≥ 294 päeva) (11)
17. Vaginaalne sünnitus pärast esmast keisrilõiget (3,7)
18. Vaginaalne sünnitus pärast keisrilõiget (12)
19. Sünnitaja suunamine ämmaemanda jälgimiselt naistearsti jälgimisele (1)
20. Epiduraal/spinaalnalgeesia tehtud 1h jooksul peale korraldust (6)
21. Sünnituse induksioon (7,13):
 - madala sünnitusriskiga esmasünnitajal (2,3)
 - ajalise peaseisus üksiklootega sünnitajal (1)
 - 37-39 m/ ≥ 42 m (7)
 - enne 41. m viitega ülekandlusele (14)
22. Keisrilõikega lõppenud induksioon (7)
23. Spontaanselt käivitunud, kuid keisrilõikega lõppenud sünnitus (7)
24. Keisrilõige (7,11-13) :
 - plaaniline (4,7)
 - erakorraline (4)

- esmasünnitajal (3)
 - madala sünnitusriskiga esmasünnitajal (2)
 - ajalise peaseisus üksiklootega sünnitajal (1,9)
 - madala sünnitusriskiga sünnitajal (4)
 - korduv keisrilõige madala riskiga sünnitajal (14)
 - erakorraline, kliinilise näidustusega, teostatud < 39 m, juhul kui loode mitte-peaseisus või anamneesis 1-2 keisrilõiget(7)
25. Keisrilõike toimumine:
 - vähem kui 15 minutiga otsusest sünnini
 - vähem kui 30 minutiga otsusest sünnini (6)
 26. Keisrilõike korral antibiootikumravi (soovitav) (10)
 27. Keisrilõige üldanesteesias (2,3)
 28. Peritoneumi õmbus keisrilõikel(ebasoovitav) (10)
 29. Emaka ruptuur (4)
 30. Perineumi II järgu rebend (4)
 31. Perineumi III-IV järgu rebend (1,3,4,7,12,13):
 - esmasünnitajal (6)
 - madala sünnitusriskiga esmasünnitajal episiootomiata/episiootomiaga (2)
 - assisteerimata/assisteeritud sünnitusel (7)
 32. Episiootomia (7,8,14):
 - instrumentaalsel sünnitusel(7)
 - esmasünnitajal instrumentaalsel/ mitteinstrumentaalsel sünnitusel (3)
 - madala sünnitusriskiga esmasünnitajal III-IV järgu rebendita (2)
 - põhjus dokumenteerimata (10)
 33. Perineumi rebend episiootomiata (1)
 34. Episiootomia või rebendi sutureerimine pideva õmblusega (soovitav) (10)
 35. Instrumentaalne vaginaalne sünnitus (4,7,13):
 - esmasünnitajal (3)
 - madala sünnitusriskiga esmasünnitajal (2)
 - ajalise peaseisus üksiklootega sünnitajal (1)
 36. Sünnituse kolmandas faasis manustatud uterotoonilisi ravimeid (soovitav) (10)
 37. Operatsioonipiirkonna nosokomiaalne infektsioon (4)
 38. Koorionamniitiit (12)
 39. Sünnitusabiga seotud verejooks (12)
 40. Sünnitusjärgne verejooks 2h pärast sündi > 500 g (1)
 41. Sünnitusjärgne verejooks 2h pärast sündi ≥ 1000 ml (6,13)
 42. Vereülekannet sünnitusel või peale sünnitust (2,4)
 43. Sünnitaja/sünnitanu üleviimine intensiivravi-osakonda (4,13)
 44. Peripartum teostatud hüsterektoomia (2)
 45. Topelt kinnaste kasutamine vere kaudu levivate infektsioonide korral(soovitav) (10)

(järgneb)

Anesteesia olemasolu

46. Epiduraalanalgeesia kasutamine (4)
47. Ööpäevaringne anesteesiateenus (12)

Vastsündinu seisund ja läbivaatus

48. Ajalisel vastsündinul 5min Apgar <7 (1,3-5,8,13)
49. Asfüksia tõttu elustatud ajalised vastsündinud, kelle madal hapniku kontsentratsioon ja hapniku saturatsioon mõõdetuna pulssoksümeetriaga (1)
50. Hingamisabi vajanud ajaline vastsündinu (2)
51. Neonataalne hüpoksia (diagnoosi aluseks vere pH või Apgar <7) elusalt sündinul (6)
52. Üsasisene kasvupeetus (sünnieelselt diagnoosimata)(12)
53. Madal sünnikaal (<2500g) (15)
54. Gestatsiooniaja kohta väike sünnikaal(8)
55. Ajaliselt sündinud liiga väike vastsündinu (2,11)
56. Väike vastsündinu sündinud ≥ 40 m (2,3)
57. Gestatsiooniaja kohta liiga suur vastsündinu(11)
58. Neonatoloogia intensiivi viidud normaalse sünnikaaluga vastsündinu (4)
59. Enneaegne sünnitus <37 m (2,11,13)
60. Enneaegne sünnitus (<37 m) ja madalakaaluline vastsündinu (<2500g) (12)
61. Elus vastsündinul sünnitrauma (1)
62. Ajalise vastsündinu hospitaliseerimine intensiivraviosakonda (12,13)

Ämmaemandusabikeskused

63. Emadusassistendi juuresolek (16)
64. Tervishoiutöötaja pidev juuresolek (16)
65. Kodusünnitused, mille juures viibis emadusassistent(8)
66. Emadusassistendi õigeaegne jõudmine sünnitusele (1h peale kutset) (5)
67. Assisteerimata sünnitused ämmaemanda hilise kohalejõudmise tõttu (8)
68. 24/7 nädalas toimiv asenduste süsteem (8)
69. Olemas vahendid valu juhtimiseks(nt lammastikoksiid) (16)
70. Kokkulepe lähima haigla ja kiirabiiga erakorraliseks pöördumiseks (16)
71. Vajalik transport sünnitusabikeskusest haiglasse(16)
72. Nõutud aeg otsuse ja pöördumise vahel sünnituse käigus haiglasse pöördumise korral (16)
73. Garanteeritud ligipääs kokkulepitud haiglasse sünnituse käigus haiglasse pöördumise korral (16)
74. Distant haigla ja sünnituskeskuse vahel (16)
75. Sünnitusaegsete pöördumiste protsent (8)
76. Pöördumiste protsent, mis tingitud sünnituse ebapiisavast progressist või valuvaigistite vajadusest (8)
77. Naiste protsent, kes pöördusid haiglasse 24h jooksul peale sünnitust (5)

1. Ueda jt 2017, 2. New Zealand Maternity ... 2018, 3. National core maternity ... 2018, 4. Boulkedid jt 2013, 5. Voerman jt 2013, 6. Kesmodel ja Jolving 2011, 7. Patterns of maternity ... 2016, 8. Bruin-Kooistra jt 2012, 9. Joint Commission Perinatal ... 2018, 10. Bonfill jt 2013, 11. Perinatal Health Indicators for Canada 2017, 12. Korst jt 2005, 13. Sibanda jt 2013, 14. Sprague jt 2013, 15. Marshall jt 2006, 16. Boesveld jt 2017.

6.3. Postnataalsed kvaliteediindikaatorid

Erinevaid postnataalseid kvaliteediindikaatoreid leiti 10 allikast kokku 47. Postnataalsed kvaliteediindikaatorid jaotati kuude gruppi: imetamine; skriiningud ja toimingud sünnitanule; vastsündinu läbivaatus, skriiningud ja toimingud; sünnitusjärgne ambulatoorne ja koduvisiit; dokumentatsioon ning muu (kvaliteediindikaatorid, mis ei kuulu ühtegi teise kategooriasse, et vältida liiga paljude kategooriate tekkimist). Postnataalsed ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid on esitatud tabelis 6. Postnataalsete protokollide ning postnataalselt emale jagatava informatsiooni täpne sisu on ära toodud käesoleva töö lisan nr 4.

Tabel 6. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid postnataalses perioodis

Imetamine

1. Informatsioon imetavale naisele rinnaga toitmise kohta (1)
2. Piimaseguga toidetava vastsündinu emale/hooldajale informatsioon segutoitmise kohta (sh demonstratsioon) (1)
3. Imetava ema toetus tervishoiutöötaja poolt esimesest toitmise alates (kasutades BFI (*Baby Friendly Initiative*) miinimum standardeid) (1)
4. Imetamise eksperdi kaasamine hooldusesse (2)
5. Piimasegu pakkumine vastsündinule, kelle ema on otsustanud imetamise kasuks (3)
6. Haiglast lahkudes imetamise kasuks otsustanud sünnitanu(4)
7. Rinnaga toidetavate laste määr ämmaemandusabi lõppedes (5)
8. Haiglast lahkudes ainult rinnapiimatoidul vastsündinud (6)
9. Hospitaliseerimise ajal ainult rinnapiimatoidul olevad vastsündinud (7)
10. Imetamise määr haiglast lahkudes/5-7päev/10-15päev/6-8n/16n (1)
11. Ainult rinnapiimatoidul imikud esimese elukuu visiidil (6)

(järgneb)

Skriiningud ja toimingud sünnitanule

12. Depressiooni skriining (8)
13. Rh-neg naisele anti-D immunoglobuliin 72h jooksul peale Rh-pos lapse sündi (1,9)
14. Rasedusaegselt punetiste suhtes neg testitud naisele MMR vaktsiin 8n postnataalselt (1)
15. Esimene postnataalne kontakt 24h jooksul peale sünnitust(1)
16. Naise hospitaliseerimine 42 päeva jooksul peale sünnitust(10)

Vastsündinu läbivaatus, skriiningud ja toimingud

17. Pediaatriline läbivaatus:
 - 72h jooksul peale sündi (meditsiiniline anamnees ja füüsiline läbivaatus)
 - 6-8n (enne 10n) (med ajalugu, füüsiline läbivaatus, areng, kutsumine riikliku vaktsineerimisprogrammi) (1)
18. Ikteruse visuaalne hindamine 1x päevas esimese 72h jooksul (1)
19. Kaalumine minimaalselt 3., 5., 10.-14. päeval, 1kuuselt, 6-8 nädalaselt (1)
20. Kaalulangus 3. ja 5. päeval $\geq 10\%$ (1)
21. Ainevahetushaiguste skriining (1)
22. Kuulmisuuring 6n jooksul (1)
23. Profülaktiline K-vitamiini manustamine (1,6)
24. HBV vanemate vastsündinule HBV vaktsiin ja immunoglobuliin 24h jooksul peale sündi (1)
25. Vastsündinul bilirubiin >340 mmol/L (1)
26. Ootamatu komplikatsioon tervel ajalisel vastsündinul(7)
27. 24h jooksul peale sündi hospitaliseeritud (muudel põhjustel kui kaasasündinud väärarendid) (2)
28. Vastsündinu hospitaliseerimine nädala jooksul peale sünnitust (va kongenitaalsete anomaaliatega) (6)
29. Vastsündinu planeerimata hospitaliseerimine 28 päeva jooksul peale sünnitust (10)

30. Tervishoiuga seotud infektsioonid kõrge riskiga vastsündinul (stafülokokk ja gram negatiivsed septitseemiad või bakteremiad) (7)
31. < 1500 g kaaluva vastsündinu transport intensiivi. (eesmärgiks soodustada *in utero* transporti) (8)

Sünnitusjärgne ambulatoorne ja koduviit

32. Sünnitusjärgne visiit 6n peale sünnitust (5)
33. Suuline ja kirjalik kontaktinfo enne koduviiti (sh 24/7 ligipääsetavus) (1)
34. Sünnitusjärgselt <72 h haiglas olnud naistele kodukülastus tervishoiutöötaja poolt 24h jooksul (1)
35. Sünnitusjärgne visiit 21-56 päeva peale elussündi(8)
36. Sünnitusjärgse visiidi tajumine finantsiliselt ligipääsetavana (1)
37. Naised, kes tunnevad, et nende privaatsust respektiit(1)

Dokumentatsioon

38. Sünnitusjärgne hoolduse plaan (1)
39. Protokoll sünnitanu seisundi hindamiseks (1)
40. Protokoll sünnitanu infektsioonide igapäevaseks hindamiseks (2)
41. Protokoll sünnitanu emotsionaalse seisundi hindamiseks(2)
42. Protokoll vastsündinu seisundi hindamiseks (1,2)
43. Patsiendikoolituse protokoll (1)
44. Protokoll isikliku ja majapidamise hügieeni hindamiseks ja edendamiseks (2)

Muu

45. Suuline info vastsündinu turvalise magamise kohta 24h, 10-14p ja 6-8n peale sünnitust (1)
46. Vastsündinu esmane hooldaja väidab, et majapidamine ja teiste pereliikmete eest hoolitsemine läks esimese 6-8n jooksul plaanipäraselt (1)
47. Postnataalsel perioodil tubaka tarvitamine (1)

1.Helsloot jt. 2017., 2.Voerman jt. 2013., 3.Sprague jt. 2013., 4.Boulkedid jt. 2013., 5.Bruin-Kooistra jt. 2012., 6.Ueda jt. 2017., 7.Joint Commission Perinatal ... 2018., 8.Korst jt. 2005., 9.Bonfill jt. 2013., 10.Patterns of maternity ... 2016.

6.4. Kvaliteediindikaatorid perekonna ja ühiskonna tasandil

Erinevaid kvaliteediindikaatoreid perekonna ja ühiskonna tasandil leiti 12 allikast kokku 121, mis jaotati kuude gruppi: emadushoolduse üldnäitajad; kvaliteediindikaatorid ämmaemanduskeskustele; koostöö kutseorganisatsioonidega, partneritega ja sihtrühmaga; kvaliteedi hindamine ja parandamine ning patsiendikeskus; esmatasandi ning eostumiseelsed kvaliteediindikaatorid. Kvaliteediindikaatorid perekonna ja ühiskonna tasandil on näha tabelis 7.

Tabel 7. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid perekonna ja ühiskonna tasandil

Emadushoolduse üldnäitajad

1. Sündide arv (1)
2. Mitmikute sündide määr (1,2,3)
3. Emade suremuse määr (4)
 - kui sünnitus algas esmatasandil (5)
 - vanuse ja sünnitusviisi järgi (2)
4. Potentsiaalselt välditavate haigestumiste ja suremise esinemisagedus emadel (5)
5. Emade tõsise haigestumise määr (3)
6. Surnultsünnid (1)
7. Loote suremusmäär (3):
 - gestatsiooniaja, sünnikaalu ja loodete arvu järgi(2)
8. Neonataalne suremusmäär (3):
 - gestatsiooniaja, sünnikaalu ja loodete arvu järgi(2)
9. Vastsündinu surm (>37 m) 24h jooksul peale sündi(4)
10. Perinataalne surmade määr (surnultsünd ja vastsündinu surm) (7)
11. Sünnikaalu jaotus elusalt või surnult sündimise, gestatsiooniaja ja loodete arvu järgi (2)
12. Gestatsiooniaja jaotus elusalt või surnult sündimise ja loodete arvu järgi (2)
13. Sünnitajate jaotus eelnenud sünnituste arvu järgi (2)
14. Sünnituste jaotus sünnitusviisi, sünnituste arvu, loodete arvu, loote asendi ja eelneva keisrilõike järgi (2)
15. Sünnitajate vanuselise jaotus (2)
16. Elussünnituste määr teismelistel emadel (vanuses 10–14, 15–17, 18–19) (3)
17. Elussünnituste määr eakatel emadel (vanuses 35–39, 40–44, 45–49) (3)
18. Kaasasündinud anomaaliatega levimus sündide seas(3)

Koostöö kutseorganisatsioonide, partnerite ja sihtrühmaga

19. Koostöö regioonide oluliste praksistega (nt ämmaemanduskeskus) (8)
20. Aktiivne osalemine regionaalses sünnitusabi arste ühendavas organisatsioonis (nt naistearstide selts) (5)
21. Aktiivne osalemine regionaalses ämmaemandate ühingu(5)
22. Hoolduse suunad sõnastatud ühiste partneritega (8)
23. Ametlik partnerlus-kokkulepe ühiste partneritega (8)
24. Klientide kaasatus ja esindatus organisatsioonis (8)
25. Sünnituskeskuse osalemine kohaliku emaduskeskuse konsultatsiooni ja koostöö grupis (8)
26. Kirjalikud koostöökokkulepped ämmaemandate/ perearstide ja emadushoolduse assistentide vahel (4)
27. Sisekontakt sünnituskeskuse ja haigla vahel (8)
28. Struktuuraalsed regionaalsed kohtumised haiglaravi pakkujatega (4)

Kvaliteedi hindamine ja parandamine/ patsiendikeskus

29. Kvaliteedi parandamise süsteem (nt akrediteering)(5,8)
30. Struktuuraalsed uuringud kliendi kogemuse kohta (8)
31. Kliendi kogemust ämmaemandusabiga hindavate ankeetide täitmise ja tagastamise määr (5)
32. Perinataalse auditi tulemustel põhinev multidistsiplinaarne koolitus (8)
33. Interdistsiplinaarne erakorraliste juhtumite treening(8)
34. Tervishoiutöötajad on regulaarselt osalenud ametlikel täiendkoolitustel, lähtuvalt seadustest ja individuaalsest koolitusvajadusest (6)
35. Kaebuste reageerimise meetodid (5)
36. Ämmaemandusabi hindamine õnnetusjuhtumite puhul (5)

37. Tõsiste ebasoovitavate juhtumite eksperthindamine meditsiinipersonali poolt (9)
38. Registrisse kantud ämmaemandate arv (5)
39. Multidistsiplinaarse perinataalse suremuse auditi raporteeritud perinataalsete surmade arv (5)
40. Testimiseks ebarahuldavalt täidetud vastsündinute skriiningproovide määr (10)
41. Fookus patsientidel (nt individuaalse sünnitusplaani kasutamine) (8)
42. Ämmaemandusabi ja informatsiooni kättesaadavus mitte kiireloomuliste juhtumite puhul (5)

Ämmaemanduskeskused

43. Ämmaemanduspraksise akrediteering (5)
44. Visioon pakutava sünnitusabi kohta (8)
45. Protokollid hoolduse aspektide kohta (8)
46. Allkirjastatud nõusolek hoolduse aspektide kohta (8)
47. Tunnustamise kokkulepe professionaalidega, kes kasutavad sünnitusabikeskuse sünnitusabi vahendeid(8)
48. Tõendid protokollidest, et on saadud hooldust kliiniliste teenuste ja professionaalse tervishoiutöötaja visiitide vahepeal (sh läbivaatus) (6)
49. Protokoll pöördumiseks Lapse Tervise Keskusesse(5)
50. Integreeritud Info- ja kommunikatsioonitehnoloogia (IKT) süsteem haigla ja ämmaemanduspraksise vahel(8)
51. Patsientide elektroonsete andmete ühildatud kasutamine(8)
52. Vahendid erakorraliseks abiks (8)
53. Füüsiline ligipääs sünnitusabikeskusesse ämmaemandatele ja emadusassistentidele (8)
54. Füüsiline ligipääs klientidele (nt parkimine) (8)
55. Telefoni teel kättesaadavus 24/7 (8)
56. Pakutud hoolduse struktuuraalne hindamine (8)

1.Sibanda jt 2013, 2.Zeitlin jt 2003, 3.Perinatal Health Indicators for Canada 2017, 4.Voerman jt 2013, 5.Bruin-Kooistra jt 2012, 6.Helsloot jt 2017, 7.Korst jt 2005, 8.Boesveld jt 2017, 9. Ueda jt 2017, 10.Sprague jt 2013

Esmatasandi kvaliteediindikaatorid

(Marshall jt 2006):

57. Ülekaalulisuse esinemine
58. Füüsiline aktiivsus
59. Suitsetamise määr
60. Diabeedi levimus
61. Gonorröa/klamüüdiid määra
62. Abortide määr
63. Immuniseeritavad haigused (alla 65aastaste hospitaliseerimine, kellel põhidiagnoos immuniseeritav haigus)
64. Täiskasvanute immuniseerimine
65. Kõrge riskigrupi immuniseerimine B-hepatiidi vastu
66. Kõrge riskigrupi vaksineerimine gripi vastu
67. Kõrge riskigrupi vaksineerimine pneumokoki vastu
68. Südamepuudulikkuse puhul korduva hospitaliseerimise määr (28 päeva jooksul)
69. Suitsetamisest loobumise nõustamine astmaatikutel
70. Vererõhu mõõtmine (üle 25aastastel 1x aastas)
71. Vererõhu korduv mõõtmine nendel, kellel oli kõrge vererõhk
72. Hüpertensiooni esialgne laboratoorne uurimine
73. Hospitaliseerimine ambulatoorsel jälgimisel olevate haigustega (nt diabeet, sõltuvussündroomid, astma, hüpertensioon jne)

(Järgneb)

Eostumiseelsed terviseindikaatorid

Korst jt. 2005:

- 74. Emakakaelavähi sõeluuring
- 75. Foolhappe kasutamine (reproduktiivseas naistel)

Broussard jt 2011:

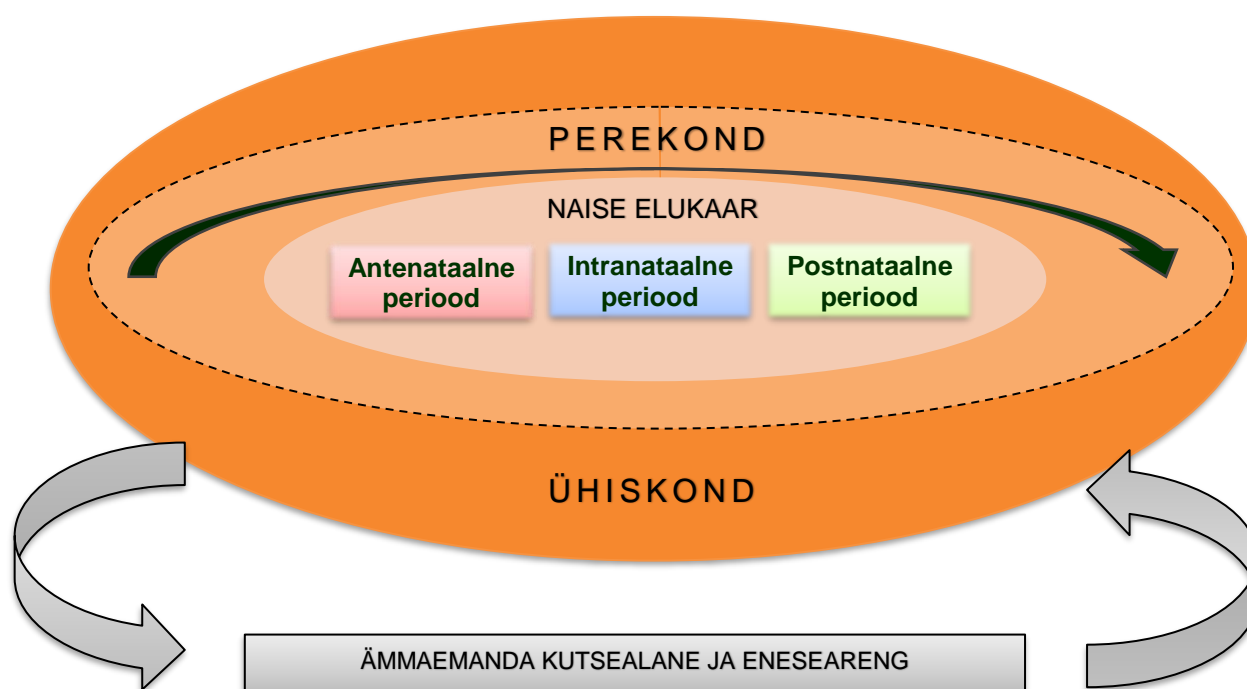
- 76. Oma tervist heaks või suurepäraseks hindavate naiste määr
- 77. Vähemalt keskharidusega naiste määr
- 78. Alla ametlikku vaesuspiiri elavate naiste määr
- 79. Tervisekindlustusega naiste määr
- 80. Elussünnitusega naiste määr, kellel kuu enne rasedust oli tervisekindlustus
- 81. Viimase aasta jooksul rutiinses tervisekontrollis käinud naiste määr
- 82. Sünnitusjärgsel läbivaatusel käinud elussünnitusega naiste määr
- 83. Elussünnitusega naiste protsent, kes on 12 kuu jooksul enne rasedust külastanud hambaarsti
- 84. Viimase kolme aasta jooksul PAP testi teinud naiste määr
- 85. Tervishoiutöötajalt eostumiseelset nõustamist tervisliku elustiili ja ennetus-strateegiate kohta saanud elussünnitusega naiste määr
- 86. Elussünnitusega naiste määr, kellel on anamneesis enneaegne sünnitus
- 87. Elussünnitusega naiste määr, kellel on varasemalt olnud elussünnitus rohkem kui kolm nädalat enne tähtaega
- 88. 12 kuu jooksul enne viimast elussünniga lõppenud rasedust raseduse katkemise, loote surma või surnultsünniga naiste määr
- 89. Elussünnitusega naiste määr, kellel oli vähem kui 18 kuud eelmise elussünni ja viimase raseduse alguse vahel
- 90. Elussünnitusega naiste määr, kes ütlevad, et tegu oli planeerimata või soovimata rasedusega
- 91. Elussünnitusega naiste määr, kes ei soovinud eostumise ajal raseduda ning ei nemad ega nende partner ei teinud midagi raseduse vältimiseks
- 92. Elussünnitusega naiste määr, kes väitsid, et nemad või nende abikaasa/partner kasutas rasedust vastaseid vahendeid
- 93. Fertiilsusravimeid kasutanud või tervishoiutöötajalt rasedust abistamiseks meditsiinilisi protseduure saanud elussünniga naiste määr
- 94. Suitsetavate naiste määr
- 95. Kolme kuu jooksul enne rasedust suitsetanud elussünnitusega naiste määr
- 96. Viimase kuu jooksul vähemalt ühel korral tugevalt joonud (*heavy drinking*) naiste määr

- 97. Viimase kuu jooksul vähemalt ühel korral joomingul (*binge drinking*) osalenud naiste määr
- 98. Kolme kuu jooksul enne rasedust ükskõik millise koguse alkoholi tarvitanud elussünnitusega naiste määr
- 99. Raseduseelselt kolme kuu jooksul joomingul osalenud elussünnitusega naiste määr
- 100. Elussünnitusega naiste määr, kes ütlevad, et suitsetamine on nende kodus lubatud
- 101. Vähemalt viis korda päevas puu- ja juurvilju tarvitavate naiste määr
- 102. Ülekaalus või rasvunud (BMI järgi) naiste määr
- 103. Rasestudes ülekaalus või rasvunud olnud elussünnitusega naiste määr
- 104. Viimase kuu jooksul enne rasedust igapäevaselt multivitamiini, rasedusvitamiini või foolhapet tarvitanud elussünnitusega naiste määr
- 105. Füüsilise aktiivsuse soovitatud tasemele vastava piisava mõõduka ja/või tugeva füüsilise aktiivsusega regulaarselt tegelevate naiste määr,
- 106. Naiste määr, kes ütlevad, et nende vaimne tervis ei olnud hea vähemalt 14-l päeval viimase 30 päeva jooksul
- 107. Ärevuse või depressiooni kontrollimiseks või ravimiseks 12 kuu jooksul enne viimast rasedust tervishoiutöötajat külastanud elussünnitusega naiste määr
- 108. Raseduse järgselt depressiivseid sümptomeid kogunud elussünnitusega naiste määr
- 109. Elussünnitusega naiste määr, keda tema partner oli füüsiliselt väärkohelnud 12 kuu jooksul enne rasedust
- 110. Elussünnitusega naiste määr, keda tema partner oli vaimselt väärkohelnud 12 kuu jooksul enne rasedust
- 111. Naiste määr, kes saavad alati või enamasti vaja minevat sotsiaalset ja emotsionaalset tuge
- 112. Elussünnitusega naiste määr, kes ütlevad, et nad said piisavalt sotsiaalset ja emotsionaalset tuge peale lapse sündi
- 113. Naiste määr, kellele tervishoiutöötaja kunagi on öelnud, et tal on diabeet (va gestatsioonidiabeet)
- 114. Elussünnitusega naiste määr, kellele enne viimast rasedust on tervishoiutöötaja kunagi öelnud, et tal on 1 või 2 tüüpi diabeet
- 115. Naiste määr, kellele on tervishoiutöötaja kunagi öelnud, et tal on hüpertensioon (va rasedusaegne)
- 116. Elussünnitusega naiste protsent, kellel on olnud kolm kuud enne viimast rasedust hüpertensioon
- 117. Astma diagnoosiga naiste määr
- 118. Elussünnitusega naiste protsent, keda on testitud HIV suhtes aasta jooksul enne viimast rasedust
- 119. Klamüüdioosi, gonorröa ja süüfilise määr
- 120. Viimase aasta jooksul gripi vastu vaktsineeritud naiste määr.

7. ARUTELU

7.1. Ämmaemandusabi ulatus

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli kirjeldada ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid ämmaemandusabi tegevusulatuses. Uurimistöö tegemise käigus kujunes välja ämmaemanduse alusdokumentidel (Philosophy and Model ... 2014, Definition of Midwifery 2017, International Definition of ... 2017, Midwifery: An Autonomous ... 2017, Essential Competencies for ... 2018) põhinev mudel ämmaemandusabi tegevusulatuses (vt joonis 5), mille kohta peaks leiduma kvaliteediindikaatoreid. Keskne osa ämmaemandusabist hõlmab naise abistamist fertiilses eas seoses raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodiga. Ämmaemand saab aga olla nõuandjaks ja abistajaks valikute tegemisel nii puberteedieelses eas ja selleks valmistumisel kui ka fertiilses eas lõpus – üleminekuperioodil ja menopausis. Olulise osa naise elust moodustab perekond ning ämmaemandal on pädevus toetada mehe ja naise kasvamist lapsevanemateks ning abistada pereplaneerimisalase nõustamisega. Nii perekonnas kui ühiskonnas on ämmaemand osaline tervisedendusel, pereplaneerimisel ning lähtudes tõenduspõhisest teabest ja panustades kutseala arengusse edendab seeläbi kogu ühiskonna tervist. Kõige selle jaoks on oluline ämmaemanda vastutamine enda individuaalse arengu eest ning kursis olemine seadusandluse, regulatsioonide ja kõige uuema tõenduspõhise teabega. Ämmaemanda koolitusvajadus omakorda tuleneb perekonna ja ühiskonna vajadustest.



Joonis 5. Ämmaemandusabi ulatus

7.2. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid antenataalses perioodis

Ämmaemandusabi filosoofia järgi on ämmaemand kõige sobivam teenusepakkuja rasedale ning ämmaemandusabi on personaalne ja pidev partnerlus naisega (Philosophy and Model ... 2014). Leitud kvaliteediindikaatoritest kajastavad ämmaemandusabi järjepidevust antenataalsete visiitide toimumise ajad. Viis allikat 12st pidasid oluliseks esimese visiidi toimumist esimesel trimestril. Küll aga ei olnud kvaliteediindikaatorit selle kohta, et rasedus on diagnoositud ämmaemanda poolt, mis käesoleva töö autori arvates võiks olla eraldi kvaliteediindikaatoriks ämmaemandusabi hindamiseks. Samuti väljendab ämmaemandusabi järjepidevust see, et kvaliteediindikaatoritena oli kajastatud antenataalse hoolduse kõiki etappe – lisaks esimese visiidi toimumisele ka edasised visiitide toimumised, sõeluuringute teostamine raseduse I, II ja III trimestril, info jagamine ja nõustamine nii sõeluuringute ja eluviisi kohta kui ka raseduse teises pooles sünnitusplaanide koostamine. Ka ICMi definitsiooni järgi on ämmaemanda üheks ülesandeks naise nõustamine ja harimine ning ema ja lapse tervises seisundis võimalike komplikatsioonide tekkimise hindamine (International Definition of ... 2017).

Leitud kvaliteediindikaatorid võimaldavad jälgida, kas ämmaemand on riske hinnanud raseda üldseisundi, vaimse tervise, sotsiaalse staatuse ja lähisuhtevägivalla kogemise alusel ning osaliselt ka kaasuvate haiguste suhtes (loetletud kvaliteediindikaatorid sõeluuringute kohta). Siiski on neid seisundeid veel, mis võivad rasedust või ema tervist ohustada, seega võiks olla üldisem kvaliteediindikaator „rasedusriskide hindamine kaasuvate haiguste suhtes“, et mitte loetleda üles kõiki haigusi, mis võivad rasedal esineda. Võimalus on ka eraldi kvaliteediindikaatorid moodustada kehtiva raseduse jälgimise juhendis loetletud raseda võimalike kaasuvate haiguste hindamise suhtes.

Käesoleva integreeriva ülevaatega ei leitud kvaliteediindikaatoreid varasemate raseduste ja sünnitustega seotud riskide hindamise kohta, mis on kindlasti oluline osa antenataalsest ämmaemandusabist. Eesti tingimustes, kus toimib jagatud hooldus günekoloogi ja ämmaemanda vahel (eriti riskiraseduse korral), võiks olla ka eraldi kvaliteediindikaatorid ämmaemanda või günekoloogi juurde toimunud visiitide arvu kohta. Eestis on ämmaemandatel retseptiõigus ja EÄÜ kvaliteediindikaatorite töörühm peaks ka retseptiõiguse kasutamise hindamiseks sobiva(d) kvaliteediindikaatori(d) leidma, sest käesolevas kirjanduse ülevaates selliseid välja ei tulnud.

Ämmaemanduspraktika baaspädevuste hulka kuuluvad antenataasel perioodil ka raseda ja loote seisundi hindamine ning raseduse kulu jälgimine (Essential Competencies for ... 2018). Käesolevas töös kajastasid loote seisundi hindamist ainult läbiviidavad UH-uuringud. Indikaatoreid korraliste visiitide ajal toimuva raseduse jälgimise protseduuride kohta, nagu näiteks vererõhu mõõtmine emal või loote südametoonide kuulatlemine, ei olnud kirjeldatud.

Kvaliteediindikaatorite seas oli indikaator „hea side teenuseosutajaga, hinnatuna nii kliendi kui ämmaemanda poolt“, mis annab võimaluse hinnata partnerlussuhet. Sõeluuringutes olid kvaliteediindikaatoritena välja toodud lisaks erinevate haiguste ja seisundite uurimisele ka näiteks suitsetamise ning alkoholi ja sõltuvusainete tarvitamise hindamine, psühhiaatriliste häirete ning lähisuhtevägivalla riski hindamine. Need teemad võivad olla inimeste jaoks delikaatsed ning tõese informatsiooni saamiseks peab suhe raseda ja ämmaemanda vahel olema piisavalt avatud ja aus. Käesoleva uurimistöö autori hinnangul oleks võinud olla üheks kvaliteediindikaatoriks ka raseda visiidid ühe konkreetse ämmaemanda juures ehk nõ „oma ämmaemanda“ olemasolu – ka see aitab saavutada usaldust ning luua ja hoida partnerlussuhet.

Leitud kvaliteediindikaatorite seas on ka selliseid, mis esmapilgul ei tundu sobivat ämmaemandusabi hindamiseks, näiteks „vaagnaotsseisus loote väline pööre“, „antiretroviirusravi HIV ülekandluse ennetamiseks vastsündinule“, „hüpertensiooni/preeklampsia ravi“ kuna näitena toodud protseduure ja ravi ei teosta Eesti tingimustes ämmaemand. Siiski on need sobilikud ämmaemandusabi mõõtmiseks, kuna iseseisvalt praktiseerivast ämmaemandast sõltub, kas tuharseis, HIV kandlus või hüpertensioon/preeklampsia on õigel ajal diagnoositud ning naisele vastavat protseduuri/ravi soovitatud.

Käesoleva töö autori arvates on kirjeldatud palju kvaliteediindikaatoreid antenataalse perioodi hindamiseks, mida on võimalik Eesti tingimustes kasutada. Leidub aga ka indikaatoreid, mis vajaksid ümber sõnastamist. Näiteks indikaator „nõustamine foolhappe kasutamise, toitumise, suitsetamise ja sõltuvusainete kuritarvitamise hindamine“ hõlmab nõustamise eri teemasid. Pigem võiks olla indikaatorid iga üksiku nõustamisvaldkonna kohta eraldi, et ämmaemanda erinevad tegevused oleksid eraldi hinnatavad.

7.3. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid intranataalses perioodis

Leidus suur hulk kvaliteediindikaatoreid, mis kirjeldavad sünnitusaegseid sekkumisi ja patoloogiaid, näiteks keisrilõige, induksioon, rebendite esinemine, episiootomia, instrumentaalne sünnitus. Võrdluses varasemate uurimistöödega leidsid ka Escuriet jt (2015) oma uurimistöös, et kirjandusest leitud sünnitusaegsed kvaliteediindikaatorid olid kliinilise fookusega ning enamlevinud indikaatoriteks olid keisrilõige, instrumentaalne vaginaalne sünnitus, perineumi rebendid, emal esinevad komplikatsioonid jne. Erinevate alusdokumentide järgi on rasedus ja sünnitus oma olemuselt normaalsed füsioloogilised protsessid, mis komplikatsioonide puudumisel sekkumist ei vaja ja mille puhul on sobivamaks abiandjaks ämmaemand (International Definition of ... 2017, Philosophy and Model ... 2014.). Lähtudes alusdokumentidest, ootas uurija, et töö käigus leitakse rohkem indikaatoreid, mille abil hinnata ämmaemandusabi komplitseerimata sünnituse korral nagu näiteks vertikaalsete asendite kasutamine sünnitusel, mittemedikamentoosne valutustamine, nabaväädi hiline klemmimine, füsioloogiline platsentaarperioodi juhtimine. Üheks põhjuseks, miks leiti suur hulk kliinilise fookusega indikaatoreid võib olla see, et enamikes allikates oli ekspertide grupp multidistsiplinaarne (nt Kesmodel ja Jolving 2011, Bruin-Kooistra jt 2012, Boukdedid jt 2013, Boesveld jt 2017, Helsloot jt 2017, Ueda jt 2017), kaasates lisaks ämmaemandatele ka günekolooge, pediaatreid, perearste seadusandjaid. Oli ka allikaid, kus puudus ämmaemandate esindatus (Korst jt 2005, Sibanda jt 2013, Voerman jt 2013). Siiski ei jäetud ämmaemandate mitteosalemise tõttu uurimistööst selliseid artikleid välja, kuna allikad olid oma indikaatorite komplekti nimetanud emadushoolduse (Korst jt 2005, Voerman jt 2013) ja intranataalse hoolduse (Sibanda jt 2013) kvaliteediindikaatoriteks ja sisaldasid lisaks patoloogilise sünnituse kvaliteediindikaatoritele ka mõnesid ämmaemandate pädevusse kuuluvate tegevuste kvaliteediindikaatoreid nagu näiteks „partogrammi kasutamine sünnituse dokumenteerimiseks“ või „valuvaigistamise meetodite arutelu sünnitajaga“. Kuna emadushoolduses ei tegutse ämmaemand üksi, siis on multidistsiplinaarse meeskonna osalemine kvaliteediindikaatorite valimisel oluline, et valida välja indikaatorid, mis rahuldaksid kõiki emadushoolduses osalevaid osapooli (Korst jt 2005).

Nagu on rõhutanud Bruin-Kooistra jt (2012), ongi ämmaemandusabi põhielementi „olla naisega koos“ („*being with woman*“) raske defineerida ja indikaatoriks seada, samuti on ämmaemandusabis olulisi elemente, mida on raske „tõlkida“ indikaatoriteks, näiteks suhtlemine või lähisuhtevägivalla levimuse hindamine. Siiski tuli käesolevas töös välja ka indikaatoreid, mis võimaldavad hinnata otseselt ämmaemandusabi, näiteks „nahk-naha kontakti teostamine koheselt

sünnijärgselts, „sünnitusriskide hindamine“, „valuvaigistite kasutamise arutelu sünnitajaga“. Samuti on indikaatoreid, mis küll hindavad ämmaemandusabi, kuid ei ole alati individuaalselt ämmaemanda poolt reguleeritavad. Näiteks „pidev kohalolek aktiivses faasis“ võib sõltuda konkreetsest ämmaemandast, aga ka hoopis haigla või riigi poliitikast, kui palju ämmaemandaid on sünnitusosakonnas ja kas neid jätkub igal hetkel iga sünnitaja jaoks. Escuriet jt (2015) jõudsid järeldusele, et kuigi enamus sünnitusi on madala riskiga ja vajavad vähe tehnilist sekkumist, on normaalne sünnitus valdkond, mida hetkel süstemaatiliselt ei mõõdetata, ning on vajadus kvaliteediindikaatorite järgi, mis oleksid suunatud mitte-sekkumiste ja optimaalse tulemuse hindamisele. Lähtuvalt käesoleva ülevaate tulemustest saab autor selle seisukohaga nõustuda vaid osaliselt, kuna mõned aspektid komplitseerimata sünnituse hindamiseks siiski leiti. EÄÜ kvaliteediindikaatorite töörühm peaks aga arvestama, et käesolevas töös kirjeldatud kvaliteediindikaatorid ei võimalda hinnata kogu intranataalse ämmaemandusabi tegevusulatust ning puuduvad indikaatorid ise leidma.

Erinevates riikides on ämmaemandusabi korraldus erinev. Näiteks Hollandis on võimalik madala sünnitus- ja rasedusriskiga naisel endal valida, kas sünnitada kodus, sünnituskeskuses või haiglas. Olenemata valitud sünnituskohast vastutab sünnitusaegse hoolduse eest esmatasandi ämmaemand (*community midwife*) nii kaua, kui sünnitus püsib normaalsena. (Boesveld jt 2017.) Eestis puudub sünnituskeskuste süsteem, kuid ämmaemandal on lubatud osutada teatud tingimustel kodusünnitusabi (Iseseisvalt osutada lubatud ... 2014), samuti vastutavad haiglates komplitseerimata sünnituse eest ämmaemandad ja haiglasünnitus ei tähenda automaatselt günekoloogi kaasamist sünnitusprotsessi. Seetõttu kaasati käesolevasse uurimistöösse kolmes allikas (Bruin-Kooistra jt 2012, Voerman jt 2013, Boesveld jt 2017) käsitletud Hollandi süsteemi jaoks valitud kvaliteediindikaatorid ämmaemanduskeskuste hindamiseks. Olenevalt indikaatorist, saab neid Eesti tingimustes kasutada ämmaemandusabi kvaliteedi hindamiseks haigla sünnitusabi või kodusünnitusabi korral.

7.4. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid postnataalses perioodis

Käesoleva uurimistöö käigus leiti 47 unikaalset postnataalset kvaliteediindikaatorit. Kvaliteediindikaatorite grupeerimisel moodustati grupp „muu“, kuhu lisati kolm kvaliteediindikaatorit, mis ei kuulunud ühtegi teise kategooriasse, et vältida liiga paljude kategooriate tekkimist. Escuriet jt (2015) leidsid oma uurimistöös, et postnataalne periood on emadushoolduse faas, mille kohta on kõige vähem hindamisvahendeid. Käesolevas töös on suur

osa postnataalsetest kvaliteediindikaatoritest pärit 2017. aastal avaldatud uurimistööst, kus oligi keskendunud postnataalsete kvaliteediindikaatorite leidmisele, mille abil monitoorida ja parandada postnataalset hooldust haiglast koju kirjutamise järgselt (Helsloot jt 2017). Tänu sellele allikale on nüüd olemas suur hulk mitmekülgseid postnataalseid kvaliteediindikaatoreid, mis hõlmavad ema ja vastsündinu hooldust, patsiendiõpetust, imetamist ja hoolduse järjepidevust. Ülejäänud allikatest leiti üksikuid postnataalseid indikaatoreid.

Käesoleva uurimistöö autori kogemus nii ämmaemanda kui ka emana on, et tihti peale on postnataalne hooldus vastsündinu keskne. Seega on väga väärtuslikuks osaks leitud kvaliteediindikaatorid protokollide kohta, mille abil hinnata ema seisundit. Seejuures on eriti oluline, et lisaks ema füüsilise seisundi hindamisele on tähelepanu pööratud ka ema vaimsele tervisele ja koduses keskkonnas hakkama saamisele ning oli olemas protokoll ka hilise postnataalse taastumise kohta. Samuti oli positiivne, et lausa seitse allikat olid leidnud vähemalt ühe kvaliteediindikaatori imetamise kohta, mis autori arvates näitab imetamise olulisust. Samas leidis ka kvaliteediindikaator piimaseguga toidetava vastsündinu ema abistamise/nõustamise kohta, mis on samuti oluline, sest ükski ema ja vastsündinu ei tohi jääda toe ja abita, hoolimata valitud toitmiseviisist.

7.5. Ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid perekonna ja ühiskonna tasandil

Ämmaemandusabi hindamiseks ei piisa ainult rahvusvahelisel tasandil kasutatavatest indikaatoritest nagu näiteks emade ja vastsündinu suremus ja tõsine haigestumine kuna neid esineb arenenud ühiskonnas harva ja on seega ebasobivad pidevaks kvaliteedi monitooringuks (Boulkedid jt 2013). Siiski tuli mitmetest kvaliteediindikaatorite komplektidest välja üldnäitajad nagu näiteks emade, loodete või vastsündinute suremusmäär, emade tõsise haigestumise määr jne. Selliseid üldnäitajaid saadi kokku 19 ja kuigi need ei võimalda hinnata ämmaemandusabi kvaliteeti individuaalsel tasandil, peegeldavad need emadushoolduse kvaliteeti regionaalselt ja seega otsustati ka uurimistöösse kaasata. Zeitlin jt (2003) uurimistöö oli täielikult keskendunud üldnäitajatele, mis aitavad monitoorida, hinnata ja võrrelda perinataalset tervist Euroopa riikides (Euro-PERISTAT projekt). Kuna PERISTAT indikaatorid on tänaseni rahvusvaheliselt kasutatavad ja tunnustatud indikaatorid, siis kaasati need ka käesolevasse kirjanduse ülevaatesse.

Otsides kvaliteediindikaatoreid perekonna ja ühiskonna tasandil ämmaemandusabi hindamiseks, leiti esmatasandi kvaliteediindikaatorid (Marshall jt 2006), kus esmapilgul tundub olevat

indikaatoreid, mis ei ole mõeldud ämmaemandusabi kvaliteedi hindamiseks, näiteks „täiskasvanute immuniseerimine“ või „suitsetamisest loobumise nõustamine“. Samuti Broussard jt (2011) eostumiseelsed kvaliteediindikaatorid on mõeldud reproduktiiveas naiste tervise hindamiseks, mitte otseselt ämmaemandusabi hindamiseks. Siiski otsustati mõlemad allikad töösse kaasata, sest ei tulnud välja ühtegi komplekti kvaliteediindikaatoreid, mis mõõdaksid esmatasandi ämmaemandusabi väljaspool perinataalset perioodi. Praegu tegeletakse Eestis regionaalsete esmatasandi tervisekeskuste loomisega ja eesmärgiks on ämmaemandate potentsiaali esmatasandi tervishoius enam kasutama hakata. Ämmaemandad saavad edaspidi esmatasandi ämmaemandusabiga seotud pädevusi väljaspool perinataalset perioodi rohkem ära kasutada, seega vajame Eestis kindlasti kvaliteediindikaatoreid ka esmatasandi ämmaemandusabi hindamiseks väljaspool naise fertiilset iga ning ühiskonna ja perekonna tasandil üldiselt. Ka ICM on ämmaemanduspraktika baaspädevustena sõnastanud näiteks tervise seisundi ja -riskide hindamise ja tundmise, heaolu parandava tervisekäitumise edendamise ja toetamise, pereplaneerimisalase nõustamise ja raseduseelse hoolduse (Essential Competencies for Midwifery ... 2018). Need tegevused ei kehti ainult naise kohta, vaid hõlmavad ka perekonda ja kogukonda.

Ämmaemandad on küll iseseisvad praktiseerijad (International Definition of ... 2017), kuid ämmaemandustegevust korraldatakse koostöös siht- ja sidusrühmadega (Philosophy and Model ... 2014, Ämmaemand, tase 6 kutsestandard 2018). Positiivne on, et käesoleva kirjanduse ülevaatega leiti ka kvaliteediindikaatorid koostöö kohta kolleegidega, erinevate erialaseltsidega, koostööpartnerite ja klientidega. Samuti on ämmaemandatel oluline elukestva õppe põhimõttest lähtudes oma teadmiste ja oskuste täiendamine ning lähtumine tõenduspõhistest teadmistest, (Philosophy and Model ... 2014, Essential Competencies for ... 2018, Ämmaemand, tase 6 kutsestandard 2018) ning nii ämmaemandushariduses kui ka -praktikas tuleb pidevalt tegeleda kvaliteedi arendamisega (Global Standards for ... 2010). Ka nende aspektide kohta leiti kirjanduse ülevaate käigus kvaliteediindikaatoreid, mis kajastasid ämmaemandusabi hindamist, kliendiuringute tegemist ja täiendkoolitustel osalemist.

Kirjanduse ülevaate käigus leiti kvaliteediindikaatoreid ainult reproduktiiveas naistele osutatava ämmaemandusabi hindamiseks, kuid ämmaemand võib olla naisele toetajaks ja nõustajaks elukaare erinevatel etappidel. Näiteks PAP-testi või teiste ämmaemanda poolt teostatavate günekoloogiliste analüüside võtmine ei lõppe naise reproduktiiveaga. Samuti ei leitud kvaliteediindikaatoreid üleminekueas naiste ämmaemandusabi hindamiseks ega noorte nõustamisega seotud teenuse osutamise monitoorimiseks. Eestis kehtiva ämmaemandate

kutsestandardi järgi on ämmaemanda üheks ülesandeks naist jälgida, toetada ja nõustada elukaare erinevatel etappidel esinevate günekoloogiliste probleemide lahendamisel (Ämmaemand, tase 6 kutsestandard 2018). Seega on kindlasti vajalik leida indikaatorid ka selles valdkonnas ämmaemandusabi kvaliteedi hindamiseks.

Samuti ei leitud kvaliteediindikaatoreid, mis puudutavad vägivalda kogenud naise abistamist. Antenataalses perioodis olid indikaatorid „lähisuhtevägivalla riski hindamine“ ja „nõustamine lähisuhtevägivalla korral“, kuid vägivalda esineb ka väljaspool rasedust ning alati ei ole tegemist lähisuhtevägivallaga. Puudus ka kvaliteediindikaator nõustamise ja abistamise kohta soovimatu raseduse korral. Olid indikaatorid „nõustamine reproduktiiv otsuste suhtes, kui tegemist on patoloogilise rasedusega“ ning „vaakumaspiratsioon mittetäieliku raseduse katkemise korral“, kuid see valdkond vajaks laiemat käsitlemist. Oluline puudujääk on ka kvaliteediindikaatorite puudumine imetamisnõustamise kohta, kuna imetamine jätkub ka siis, kui postnataalne periood on lõppenud ning on oluline olla naisele toeks, et laps saaks vastavalt WHO soovitustele võimalikult kaua rinnapiima.

Kuna esmatasandi ämmaemandusabi on väga lai valdkond, siis oleks vajalik teha eraldi ülevaade, mis keskenduks ainult esmatasandi ämmaemandusabi kvaliteediindikaatoritele ning võimaldaks seega kasutada täpsemat otsingustrateegiat ja leida laiahaardelisemaid tulemusi. Käesoleva uurimistöö eesmärk ei olnud hinnata leitud indikaatorite sobivust ning edaspidi on vajalik otsustada, kas siinses töös kirjeldatud kvaliteediindikaatorid on sobivad koheselt kasutuselevõtmiseks või vajavad kohandamist.

7.6. Uurimistöö kitsaskohad

Käesoleva integreeriva kirjanduse ülevaate käigus leiti 20 komplekti kvaliteediindikaatoreid, milles oli unikaalseid kvaliteediindikaatoreid 304. Leitud kvaliteediindikaatorid on mõeldud ämmaemandusabi monitoorimiseks, pakutud teenuse kvaliteedi mõõtmiseks ja hindamiseks. Ämmaemandusabi on erinevates riikides korraldatud erinevalt, seetõttu kaasati terminile „*midwifery*“ ka otsingusõnad „*nurse*“, „*maternity*“, „*maternal-child*“ ja „*perinatal*“, mida kombineeriti kvaliteediindikaatoreid tähistavate otsingufraasidega „*quality indicator*“, „*quality indicators*“ ja „*quality assessment*“. Selline kombineerimine võimaldas leida ja kaasata allikaid, kus valitud kvaliteediindikaatorid ei olnud nimetatud ämmaemandusabi kvaliteediindikaatoriteks, kuid mis Eesti tingimustes siiski kuuluvad ämmaemandusabi alla, nagu näiteks emadushoolduse

kvaliteediindikaatorid (Korst jt 2005, Boukchedid jt 2013, Sprague jt 2013, Voerman jt 2013), sünnitusabi kvaliteediindikaatorid (Sibanda jt 2013) ja ka kvaliteediindikaatorid sünnitusabikeskustele (Boesveld jt 2017). Laiendatud otsingusõnade tulemusena leiti ja kaasati ka allikad, milles esines kvaliteediindikaatoreid, mis otseselt ei mõõda ämmaemandusabi nagu näiteks „peritoneumi õmblemine keisrilõikel“, „epiduraal/spinaalanalgeesia tehtud 1h jooksul peale korraldust“, kuid mõõdavad emadushoolduse või sünnitusabi kvaliteeti üleüldiselt. Niisugused tulemused on selgitatavad asjaoluga, et emadushoolduse meeskond on multidistsiplinaarne. Kuna käesoleva töö eesmärk ei olnud hinnata indikaatorite sobivust, vaid kirjeldada olemasolevad kvaliteediindikaatorid, siis kaasati sobivaks hinnatud indikaatorite komplektid täismahus ega eemaldatud üksikuid, uurija subjektiivse arvamuse kohaselt ämmaemandusabi kvaliteedi hindamiseks mittedobivaid kvaliteediindikaatoreid.

Uurimistöö kitsaskohaks otsingute käigus võib pidada andmebaasis PubMed teostatud otsingut otsingusõnadega, mitte MeSH märksõnade järgi. Otsingustrateegiat paika pannes tehti selline valik, kuna märksõnastiku kasutades ei oleks otsingusse kaasatud töötluses (*in process*) olevaid kirjeid. Kui teistes andmebaasides tehti üldotsing, siis andmebaasis SCOPUS tegi uurija otsingu pealkirjade, võtmesõnade ja kokkuvõtete seast, kuna üldotsinguga oli saadud tulemuste arv liialt suur. Uurija arvamus on, et kuna otsingud tehti kolmes andmebaasis ja lisaks ka kirjastuste otsinguplatvormidel, siis on vähetõenäoline, et eelnimetatud põhjustel võis mõni allikas leidmata jääda. Sama otsingustrateegiaga tegi kordusotsingu põhijuhendaja ja saadud tulemused olid piisavalt sarnased, et uskuda, et otsingutel ei tehtud suuri vigu. Otsingute puhul võib kitsaskohaks pidada seda, et uurija otsustas sekundaarse otsingu käigus teha otsingud relevantsete allikate leidmiseks täisteksti alusel väljajäetud uurimistööde seast, mitte kaasatud allikate kasutatud kirjanduse loetelust. Põhjendus sellele on, et kaasatud uurimistöodes oli Delphi meetodil sobivate allikate valik ja hindamine ära tehtud ning ei tundunud õiglane algallikate poole tagasi pöördumine. Samuti on kitsaskohaks see, et otsingute käik Google Scholaris ei ole lugeja poolt korratav.

Allikate valikuprotsessis selgus, et vähe leiti kvaliteediindikaatoreid perekonna ja ühiskonna tasandil ämmaemandusabi hindamiseks. Osalt on see tingitud uurija liiga kitsast otsingusõnade valikust viimase uurimisküsimuse põhjal otsinguid tehes. Kuna uurimistöö taustas ei leitud kvaliteediindikaatoreid günekoloogiliste patsientide ämmaemandusabi ning ühiskonna ja perekonna tasandil pereplaneerimise ja tervisekasvatuse osutamise hindamiseks, siis kaasati uurimistöö otsingute faasis mõisted „*contraception*“, „*family planning*“, „*community care*“,

„*reproductive care*“. See aga ei toonud soovitud tulemust ja ei leitud kvaliteediindikaatoreid nimetatud ämmaemanduspädevuste kohta. Väga palju tegelevad esmatasandil nõustamisega pereõed ja juba otsingute faasis oleks pidanud kaasama terminitesse näiteks mõiste „*community nursing*“. Samas andsid kaasatud mõisted niigi väga palju teemaväliseid vasteid (nt haiguste ennetamine kõikides vanusegruppides esmatasandil jne), seega oleks pidanud otsingustrateegia väga täpselt läbi mõtlema ja otsingusõnad spetsiifilisemaks muutma, et leida just ämmaemandusabiga seotud valdkondi.

Võimalikult mitmekülgsete tulemuste saamiseks ei seatud esialgu otsingute käigus keelelist ega aastaarvulist piirangut. Täistekstide kaasamise käigus otsustati siiski uurija keeleoskuse ja finantsilise võimekuse tõttu kaasata ainult ingliskeelne materjal ja viimase 15 aasta jooksul ilmunud allikad. Seda ei saa otseselt veaks pidada, kuid kui sellised piirangud oleks koheselt rakendatud, oleks allikate läbivaatamine olnud vähem töömahukas. Vigade minimeerimiseks ja saadud allikatest parema ülevaate saamiseks kasutati andmete haldamisel ja uurimistööde kaasa- ja väljaarvamisel viidetehaldurit. Elimineerimaks suure mahu tõttu pealkirja ja kokkuvõtete alusel väljaarvamise faasis vigade tekkimise võimalust, luges põhijuhendaja iseseisvalt allikate pealkirju ja kokkuvõtteid. Saadud tulemusi võrreldi ning erisuste korral luges uurija vastavad pealkirjad või kokkuvõtted uuesti. Võimalik vigade tekkimise koht on ka täistekstide lugemise faas, kuna täistekste luges uurimistöö autor üksinda. Põhi- ja kaasjuhendaja lugesid neid tekste, mille sobivuse puhul tekkis autoril kahtlusi ning juhendajate arvamust arvestades otsustas autor allika kaasamise või väljajätmise. Täistekstide kaasamisel tekkivaid vigu vähendati sellega, et autor luges kõik täistekstid mitmekuulise perioodi jooksul minimaalselt kaks korda üle.

Uurimistöö väärtust vähendab see, kui allikad on jäetud välja seetõttu, et puudub ligipääs täistekstidele. Käesolevas töös on selliseid allikaid neli. Nendest üks (Milton 2010) on Joint Commisioni perinataalsete indikaatorite ülevaade. Need indikaatorid kaasati hiljem internetiotsingu tulemusel teisest allikast. Kaks allikat (Sannisto jt 2010, Palmquist jt 2015) käsitlevad pealkirja ja kokkuvõtte alusel kontratseptiivse teenuse kvaliteeti Soomes ja Rootsis ning nende kaasamine oleks võinud tõsta käesoleva töö kvaliteeti, kuna selletemalisi kvaliteediindikaatoreid leiti vähe.

Üheks kaasaarvamise kriteeriumiks valiti uurimistöö läbiviimise riigi kuulumine väga kõrge inimarengu indeksiga riikide hulka. Esialgu planeeriti seada valikukriteeriumiks kuulumine Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD). Kuid OECD on suures osas majanduslikul

koostööl ja arengul põhinev ühendus ning liikmesriikidesse kuuluvad ka sellised riigid, kus emadushooldus ja tervishoid laiemalt ei ole võrdväärse seisus Eestiga. (The Organisation for Economic ...). Seetõttu valiti kaasamiskriteeriumiks koht väga kõrge inimarengu indeksiga riikide hulgas, kuna inimarengu indeksi arvutamisel on üheks arvutamise põhikomponendiks ka võimalus elada pikk ja terve elu ehk oodatav eluiga sünnimomendil (Human Development Indices ... 2018)

Kõiki kaasatud artikleid hinnati Hasson jt (2000) kontroll-loendi järgi, kuna puudub tunnustatud juhised Delphi meetodil uurimistööde teostamiseks ja hindamiseks. Seega ka hinnatud uurimistööde vastavus kasutatud kontroll-loendile oli varieeruv. Whitemore ja Knafl (2005) järgi on hea viis kaasatavate uurimistööde kvaliteedi hindamiseks moodustada kontroll-loendile numbriline hindamiskaala ning selle abil kalkuleerida uuritava materjali kvaliteediskoor. Kuna käesoleva uurimistöö maht on piiratud ning ka uurija võimekus sel hetkel ei olnud piisav numbrilise skaala moodustamiseks, siis peeti artiklite hindamisel olulisteks nelja näitajat: uurimisprobleemi moodustamine, teemakohase kirjanduse ülevaate koostamine esialgsete indikaatorite leidmiseks, reliaabluse ja valiidsuse probleemi käsitlemine, konsensuse tulemuste väljendamine. Vähem oluliste aspektidena hinnati Delphi meetodi kasutamise põhjendust ning voorude detailset kirjeldust, kuna osad allikad ei olnudki selgelt väljendanud, et kasutavad Delphi meetodit, kuid kasutatud konsensusmetoodika lubas neid siiski hinnata Delphi meetodi kontroll-loendi alusel. Samuti hindas käesoleva töö autor vähem tähtsaks ekspertide detailset kirjeldamist (kuigi Hasson jt (2000) järgi sõltub ekspertide valikust ka uurimistöö sisuvaliidsus), selgesõnalist eetiliste probleemide kirjeldamist ning Delphi voorudes kasutatud küsimustiku näidise olemasolu.

Allikate valikul käesolevasse uurimistöösse võib küsimusi tekitada internetiallikate kaasamine ja nende usaldusväärsus. Iga kaasatud internetiallika puhul kaaluti Mandalios (2013) RADAR lähenemise abil, kas allikas on asjakohane, usaldusväärne ning kas selle kaasamine annab uurimistööle lisaväärtust. Kvaliteediindikaatorid Royal College of Obstetrics & Gynecologists ja The Joint Commission kodulehtedelt kaasati seetõttu, et tegemist on väga usaldusväärsete ja aktsepteeritud mittetulundus organisatsioonidega, mis panustavad oluliselt nii Suurbritannia kui ka kogu Euroopa emadushoolduse kvaliteedi parandamisse.

Internetiotsinguga leitud Uus-Meremaa ja Austraalia kvaliteediindikaatorid otsustati kaasata seetõttu, et otsingute käigus andmebaasidest ei saadud sealt maailmajaost kvaliteediindikaatoreid, samas kuuluvad need kõrge inimarenguindeksiga riikide hulka (Human Development Indices ... 2018). New Zealand Ministry of Health kodulehe andmetel valiti emadushoolduse kliinilised

indikaatorid aastal 2011 välja koostöös ämmaemandate, günekoloogide, üldarstide, pediaatrite, anesthesioloogide ja sihtrühmaga ning indikaatorite ülevaatamine ja parandamine jätkub senini (New Zealand Maternity ... 2018). Kahjuks ei õnnestunud uurimistöö autoril leida algset dokumenti indikaatorite valimise kohta, et indikaatorite valikuprotsessi usaldusväärsust kontrollida. Austraalias alustas 2017. aastal rahvuslike emadushoolduse indikaatorite arendamist Austraalia terviseministeeriumi allüksus The Australian Institute of Health and Welfare. Ka see organisatsioon hindab ja uuendab indikaatoreid järjepidevalt ning käesolevasse tööse otsustati kaasata 2016. aastal uuendatud indikaatorite komplekt, mis on leitav nende kodulehel (National Core Maternity ... 2018).

Kuigi kaasatud allikates oli juba üks Kanadast pärit uurimistöö (Sprague jt 2013) otsustati kaasata ka Kanada valitsusorganisatsiooni Public Health Agency of Canada valitud perinataalsed terviseindikaatorid. Seda seetõttu, et Sprague jt (2013) poolt koostatud uurimistöö oli keskendunud kvaliteediindikaatoritele, mis võimaldavad kliinilises keskkonnas it-süsteemi abil koheselt hinnata ja näidata emadushoolduses parandamist vajavaid aspekte. Public Health Agency of Canada valitud indikaatorite fookus oli teine ja nende abil saab emade, loodete ja vastsündinute tervist hinnata. Lisaks oli seelses indikaatorite komplektis unikaalseid kvaliteediindikaatoreid, mis võimaldavad hinnata ämmaemandusabi nii regionaalsel ja individuaalsel tasandil, näiteks „gestatsiooniaja kohta liiga suur vastsündinu“, „ülekanaluse korral sünnitus ≥ 42 rn (≥ 294 päeva)“, kui ka rahvuslikul tasandil, näiteks „elussünnitused teismelistel ja eakatel emadel“ (Perinatal Health Indicators ... 2017). Kõikides kaasatud internetiallikates oli kvaliteediindikaatoreid, mis kattusid varasemalt leitudetega, kuid oli ka unikaalseid, mida uurija ja kaasjuhendaja ämmaemanduse spetsialistidena pidasid väärtuslikuks kaasata, et tulemuseks oleks võimalikult laiapõhjaline valik ämmaemandusabi kvaliteediindikaatoreid.

Kirjanduse ülevaade on tunnustatud uurimistöö meetod, mille puhul peab olema tagatud usaldusväärsus ja eetiliste probleemide ennetamine. Käesoleva töö käigus kasutati andmebaasides vabalt kättesaadavaid allikaid, seega ei vajatud uurimistöö teostamiseks luba eetikakomiteelt. Otsingute korratavuse võimaldamiseks kirjeldati otsingustrateegia täpselt ning kaasa- ja väljaarvamise kriteeriumid on lugejale nähtavad. Erapooletuse tagamiseks kordas otsinguid ning väljaarvamise protsessi uurimistöö põhijuhendaja. Väga tähtis aspekt iga uurimistöö juures on plagiiaadi vältimine. Vältimaks plagiiaati, viidati käesolevas uurimistöös kõikidele allikatele nõuetekohaselt. Samuti on viidatud iga kvaliteediindikaatori algallikale.

Kuna käesolev töö võiks olla alusmaterjaliks ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorite välja töötamiseks EÄÜ poolt, jälgis uurija, et töö oleks võimalikult täpne ja erapooletu. Kõik leitud kvaliteediindikaatorid kaasati uurimistöösse, hoolimata uurija subjektiivsest arvamusest kvaliteediindikaatori sobivuse või mitesobivuse kohta. Vältimaks kvaliteediindikaatorite interpreteerimist ning eksimist tõlkeprotsessis, pöördus uurija analüüsi käigus korduvalt algallikate poole tagasi. Käesoleva uurimistöö teema on välja pakutud EÄÜ poolt, kuna tegu on olulise teemaga Eesti ämmaemanduse arendamiseks. Seejuures ei ole uurija saanud ei rahalisi ega muid hüvesid EÄÜ ega ühegi teise institutsiooni poolt. Seega on välistatud huvide konflikti tekkimine uurimistöö käigus.

7.7. Uurimistulemuste olulisus ja rakendatavus ning edasise uurimise vajadus

Eestis puuduvad hetkel kvaliteediindikaatorid ämmaemandusabi hindamiseks. Eesti Ämmaemandate Ühing on kokku leppinud, et vastavaid indikaatoreid on vaja ning on 2016. aastal kokku pannud meeskonna, et leida sobivad. Käesoleva kirjanduse integreeriva ülevaate käigus leiti 304 erinevat kvaliteediindikaatoreid ämmaemandusabi hindamiseks ja töö tulemused võiksid olla üheks sisendiks ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorite valimisel Eestis. Kui sobivad kvaliteediindikaatorid on välja valitud, tuleks neid hinnata ja testida. Töörühm peaks leidma sobivaima viisi, kuidas kvaliteediindikaatoreid klassifitseerida ja presenteerida, et neid oleks mugav kasutada ja et need täidaksid oma eesmärgi

Käesolev uurimistöö on oluline, sest see annab ämmaemandatele ja juhtidele teadmise, et ämmaemandusabi kvaliteeti on vajalik hinnata ning tutvustab hindamismeetodina kvaliteediindikaatoreid. Uurimistööd publitseerides ja üldsusele kättesaadavaks tehes annab see mõtteainet töötavatele ämmaemandatele oma töö analüüsimiseks ja hindamiseks ja ajendab arutelusid kvaliteedi parendamise üle. Lisaks võiks käesolev töö soodustada mõistmist kvaliteediarenduse vajalikkusest ka ämmaemandusjuhtide seas. Kvaliteeditemaatika tutvustamisel kvaliteediindikaatorite kaudu võiks olla ka koht õendus- ja ämmaemandushariduses.

Käesolevas uurimistöös ei selgitatud põhjalikult erinevaid kvaliteediindikaatorite sobivuse hindamise meetodeid ega tutvustatud kvaliteediindikaatorite testimise võimalusi. Autor teeb ettepaneku viia läbi uurimistöö, milles kirjeldada kvaliteediindikaatorite hindamise meetodeid ja testimise võimalusi. Antud töö tulemustest selgus, et kõikide ämmaemandusabi valdkondade hindamiseks ei leitud kvaliteediindikaatoreid. Olulise osana puudusid indikaatorid esmatasandi

ämmaemandusabi kvaliteedi hindamiseks, mis ei ole seotud perinataalse ämmaemandusabiga. Autor teeb ettepaneku viia läbi uurimistöö, mis oleks fokuseeritud esmatasandi ämmaemandusabile ning täpse otsingustrateegia abil leida puuduvad kvaliteediindikaatorid.

Kui kvaliteedi temaatikat laiendada, siis oleks vajalik uurida ka empiiriliselt, kas ja kuidas ämmaemandad ise hindavad oma töö kvaliteeti ning kui oluliseks nad seda peavad. Samuti oleks vajalik uurida kas ja kuidas ämmaemandusjuhid oma asutuses osutatud ämmaemandusabi kvaliteeti hindavad ja kas nad tajuvad vajadust hindamismeetodite järgi.

8. JÄRELDUSED

- Ämmaemandusabi tegevusvaldkond hõlmab lisaks raseduse, sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi jälgimisele ka naise abistamist väljaspool fertiilset iga. Lisaks on ämmaemanda pädevuses ka tervisedendus perekonna ja ühiskonna tasandil. Kõik tegevused ja pädevused nõuavad ämmaemandalt pidevat kutsealast arengut. Kirjanduse andmetel ei leidu kvaliteediindikaatoreid kõikide ämmaemandusabi valdkondade hindamiseks.
- Antenataalne hooldus on suures osas kvaliteediindikaatoritega kaetud ja leitud kvaliteediindikaatorid kajastavad antenataalse hoolduse kõiki etappe. Eesti tingimustesse sobivate indikaatorite sõnastamisel võiks täpsustada ja täiendada mõningaid aspekte nagu näiteks rasedusriskide hindamine ning tuua sisse Eesti ämmaemandusele spetsiifilisi teemasid nagu näiteks retseptiõiguse rakendamise hindamine, riskiraseda jälgimise plaan.
- Leitud intranataalsed kvaliteediindikaatorid on suures osas patoloogia- ja protseduuride kesksed. Samas on oluline kirjeldada ka indikaatoreid komplikatsioonideta sünnituse tarvis ning
- Postnataalse perioodi kvaliteediindikaatoreid on kirjeldatud ammendaval hulgal ning need kajastavad ema ja vastsündinu ämmaemandusabi hindamist varases ja hilises postnataalses perioodis.
- Perekonna ja ühiskonna tasandil ämmaemandusabi hindamiseks leiti üldnäitajad, mis võimaldavad monitoorida, hinnata ja võrrelda perinataalset tervist riiklikul ja rahvusvahelisel tasandil. Samuti leiti indikaatoreid ämmaemandate kutsealase arengu ja koostöö kohta. Ämmaemandusabi hindamiseks esmatasandil on vajalik täiendav uurimine, mis keskenduks spetsiifiliselt kogukonna ämmaemandusabi hindamisele väljaspool perinataalset perioodi.

KASUTATUD ALLIKAD

Boesveld, I.C., Hermus, M.A.A., de Graaf, H.J., Hitzert, M., van der Pal-de Bruin, K.M., de Vries, R.G., Franx, A., Wieggers, T.A. (2017). Developing quality indicators for assessing quality of birth centre care: a mixed- methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 259.

Bollini, P., Quack-Lötscher, K. (2013). Guidelines-based indicators to measure quality of antenatal care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19, 1060-1066.

Bonfill, X., Roqué, M., Aller, M.B., Osorio, D., Foradada, C., Vives, A., Rigau, D. (2013). Development of quality of care indicators from systematic reviews: the case of hospital delivery. *Implementation Science*, 8, 42.

Boulkedid, R., Sibony, O., Goffinet, F., Fauconnier, A., Branger, B., Alberti, C. (2013). Quality indicators for continuous monitoring to improve maternal and infant health in maternity departments: a modified Delphi survey of an International multidisciplinary panel. *PLoS One*, 8(4).

Broussard, D.L., Sappenfield, W.B., Fussman, C., Kroelinger, C.D., Grigorescu, V. (2011). Core State Preconception Health Indicators: A Voluntary, Multi-state Selection Process. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 158-168.

Bruin-Kooistra, M., Amelnik-Verburg, M.P., Buitendijk, S.E, Westert, G.P. (2012). Finding the right indicators for assessing quality midwifery care. *International Journal of Quality in Health Care*, 24(3): 301-310.

Definition of Midwifery. (2017). International Confederation of Midwives Core Document. ICM Council, Toronto.

Eesti Haigekassa seadus. (RT I 2000, 57, 374; RT I, 22.06.2018, 4).

Eesti Õdede Liidu põhikiri.

http://www.ena.ee/images/KES_VOI_MIS_ON_EOL/EOLpohikiri.pdf (10.10.2018).

(järgneb)

Eesti Ämmaemandate Ühingu põhikiri. EÄÜ Kongressi otsusega nr. 5, 04.05.2017.

<https://www.ammaemand.org.ee/uhing/pohikiri/> (10.10.2018).

Escuriet, R., White, J., Beeckman, K., Frith, L., Leon-Larios, F., Loytved, C., Luyben, A., Sinclair, M., van Teijlingen, E. (2015). Assessing the performance of maternity care in Europe: a critical exploration of tools and indicators. *BMC Health Services Research*, 15, 491.

Essential Competencies for Midwifery Practice. (2018). International Confederation of Midwives.

https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/10/icm-competencies---english-document_final_oct-2018.pdf (21.11.2018).

Fletcher, A.J., Marchildon, G.P. (2014). Using the Delphi Method for Qualitative, Participatory Action Research in Health Leadership. *International Journal of Qualitative Methods*, 13.

Global standards for midwifery education (2010). International Confederation of Midwives Core Document. ICM International Council, The Hague.

Hasson, F., Keeney, S., McKenna, H. (2000). Research guidelines for Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4): 1008-1015.

Helsloot, K., Walraevens, M., Van Besauw, S., Van Parys, A.-S., Devos, H., Van Holsbeeck, A., Roelens, K. (2017). A systematic approach towards the development of quality indicators for postnatal care after discharge in Flanders, Belgium. *Midwifery*, 48: 60-68.

Higgins, J.P.T., Green, S. (eds.) (2011). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.1.0 The Cochrane Collaboration. www.handbook.cochrane.org (30.11.2016).

Human Development Indices and Indicators. 2018 Statistical Update. United Nations Development Programme. New York, USA.

International definition of the midwife. (2017). International Confederation of Midwives core document. ICM International Council. Toronto.

(järgneb)

Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord (RT I, 09.07.2014, 23).

Joint Commission Perinatal Care Quality Measures. Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures.

<https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2018A/PerinatalCare.html> (14.10.2018).

Kaheksa sammu inimese tervise heaks. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia aastateks 2011-2020. Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing. Tallinn.

Kesmodel, U.S., Jolving, L.R. (2011). Measuring and improving quality in obstetrics – the implementation of national indicators of Denmark. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90, 295-304.

Kiivet, R., Kalda, R., Petersen, M., Ringmets, I., Themis, E. (2015). Tervishoiu kvaliteedisüsteemi arendamine: III etapp. Ettevalmistustööd kvaliteedisüsteemi arendamiseks ja kvaliteediindikaatorite rakendamissüsteemi väljatöötamine. Tartu Ülikool, Tervishoiu instituut. Tartu.

Kliiniliste indikaatorite raport (2016). Eesti Haigekassa, Ravikvaliteedi indikaatorite nõukoda.

http://www.haigekassa.ee/sites/default/files/indikaatorid/kliiniliste_indikaatorite_raport.pdf (21.11.2018).

Korst, L.M., Gregory, K.D., Lu, M.C., Reyes, C., Hobel, C.J., Chavez, G.F. (2005). A framework for the development of maternal quality of care indicators. *Maternal and Child Health Journal*, 9(3): 317-341.

Kutse andmise kord ämmaemanduse kutseala kutsetele. (2015). EÄÜ. Kinnitatud Tervishoiu ja Sotsiaaltöö Kutsenõukogu 26.11.2015 otsusega nr 26.

Kutsestandardite koostamise, muutmise ja vormistamise kord (RTL 2008, 97, 1345).

<https://www.riigiteataja.ee/akt/13080263> (10.10.1018).

(järgneb)

Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P.C., Ioannidis, J.P.A., Clarke, M., Devereaux, P.J., Kleijnen, J., Moheret, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7).

Mandalios, J. (2013). RADAR: An approach for helping students evaluate Internet sources. *Journal of Information Science*, 39(4): 470-478.

Marshall, M., Klazinga, N., Leatherman, S., Hardy, C., Bergmann, E., Pisco, L., Mattke, S., Mainz, J. (2006). OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(1): 21-25.

McCane, T., Telford, L., Wilson, J., MacLeod, O., Dowd, A. (2011). Identifying key performance indicators for nursing and midwifery care using a consensus approach. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1145-1154.

McMillan, S.S., King, M., Tully, M.P. (2016). How to use the nominal group and Delphi techniques. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38, 655–662.

MeSH database (Medical subject heading terms database of the US National Library of Medicine). <http://www.meshb-prev.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D019984> (10.10.2018).

Midwifery: An Autonomous Profession. (2017). International Confederation of Midwives Position Statement. ICM International Council. Toronto.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7).

Murphy, P.A., Fullerton, J.T. (2001). Measuring outcomes of midwifery care: development of an instrument to assess optimality. *Journal of Midwifery & Women`s Health*, 46(5): 274-284.

(järgneb)

National Core Maternity Indicators, 2018. Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare kodulehekül. <http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/690054> (14.10.2018).

Nelson, H.D. (2014). Systematic reviews to answer health care questions. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

New Zealand Maternity Clinical Indicators 2016. (2018). Ministry of Health. Wellington. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/nz-maternity-clinical-indicators-report-2016-feb18.pdf> (14.10.2018).

Part, K., Raudsepp, T., Sikk, K. (2010). Noorte nõustamiskeskuste tegevuse põhimõtted ja kvaliteedijuhend. Eesti Seksuaaltervise Liit, Eesti Haigekassa. Viimati täiendatud 15.02.2014.

Patterns of maternitycare in English NHS trusts 2013/14. (2016). The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. London. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/research--audit/maternity-indicators-2013-14_report2.pdf (21.11.2018).

Perinatal Health Indicators for Canada 2017. A Report from the Canadian Perinatal Surveillance System. Public Health Agency of Canada. Ottawa. http://publications.gc.ca/collections/collection_2018/aspc-phac/HP7-1-2017-eng.pdf (14.10.2018).

Philosophy and Model of Midwifery Care. (2014). International Confederation of Midwives core document. Adopted at Brisbane Council meeting in 2005, reviewed and adopted at Prague Council meeting in 2014.

Pöllumaa, S., Teesalu, P., Mahla, M., Staalfeldt-Rahumägi, S., Voogla, P., Unukainen, T., Joonas, S. (2017). Kliinilise auditi „Iseseisva antenataalse ämmaemandusabi kvaliteet“ kokkuvõte. *Eesti Arst*, 96(7): 386-389.

(järgneb)

Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. (2006). World Health Organization, France.

The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD kodulehekül. <http://www.oecd.org/about/> (10.11.2018).

Ravimite juhend ämmaemandatele. (2010). Eesti Ämmaemandate Ühing. <https://ravimitejuhend.weebly.com/> (21.11.2018).

Sibanda, T., Fox, R., Draycott, T.J., Mahmood, T., Richmond, D., Simms, R.A. (2013). Intrapartum care quality indicators; a systematic approach for achieving consensus. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 166, 23-29.

Sprague, A.E., Dunn, S.I., Fell, D.B., Harrold, J.A., Walker, M.C., Kelly, S., Smith, G.N. (2013). Measuring Quality in Maternal-Newborn Care: Developing a Clinical Dashboard. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(1): 29–38.

Zeitlin, J., Wildman, K., Beart, G., Alexander, S., Barros, H., Blondel, B., Buitendijk, S., Gissler, M., Macfarlane, A. and The Peristat Scientific Advisory Committee. (2003). PERISTAT. Indicators for monitoring and evaluating perinatal health in Europe. *European Journal of Public Health*, 13(3): 29-37.

Terviseameti põhimäärus (RTL 2009, 84, 1235; RT I, 23.12.2017, 18).

Terviseameti tegevuslubade register.

http://mveeb.sm.ee/ctrl/ee/Tegevusload/index/?kust=1&number=&omanik=&teenus=50594&hai_gla_liik=&maakond=&kehtivus=1&liigid=4&otsi=Otsi (10.10.2018).

Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas.

http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/pxweb/et/04THressursid/04THressursid_05Tootajad/THT001.px/?rxid=03c968eb-6f67-4142-ab22-9c626c2c6930 (03.11.2018).

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (RT I 2001, 50, 284; RT I, 22.05.2018, 1).

(järgneb)

Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded (RTL 2004, 158, 2376; RT I, 06.11.2013, 1).

Tervishoiuteenuste kvaliteet. Sotsiaalministeeriumi kodulehekülg.

<https://www.sm.ee/et/tervishoiuteenuste-kvaliteet-0> (10.10.2018).

Ueda, K., Ohtera, S., Kaso, M., Nakayama, T. (2017). Development of quality indicators for lowrisk labor care provided by midwives using a RAND-modified Delphi method. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 315.

Vause, S., Maresh, M. (1999). Indicators of quality of antenatal care: a pilot study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106: 197-205.

Van de Ven, A.H., Delbecq. A.L. (1972). The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *American Journal of Public Health*, 62: 337-342.

Voerman, G.E., Calsbeek, H., Maassen, I., Wiegers, T.A., Braspenning, J. (2013). A systematic approach towards the development of a set of quality indicators for public reporting in community-based maternity care. *Midwifery*, 29: 316-324.

Whittemore, R. (2005). Combining Evidence in Nursing Research. Methods and Implications. *Nursing Research*, 54(1): 56-62.

Whittemore, R., Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5): 546-553.

Ämmaemand, tase 6 kutsestandard (2018). Tervishoiu Kutsenõukogu. Tallinn.

Ämmaemanda õppekava (2017). Tartu Tervishoiu Kõrgkool. Tartu.

Lisa 1. Otsingute käik andmebaaside kaupa

Tabel 1.1. Otsingute käik andmebaasis PubMed

Uurimisküsimus	Otsingu kuupäev	Otsingusõna	Otsingu ID	Leitud allikate arv
1. Kvaliteediindikaatorid ämmaemandusabis	05.12.2017	„quality indicator“	#1	1 563
		„quality indicators“	#2	16 540
		„quality assessment“	#3	14 044
		#1 OR #2 OR #3	#4	30 966
		„midwife“	#5	11 168
		„midwives“	#6	25 572
		„nurse midwife“	#7	554
		„midwifery“	#8	44 094
		„midwifery care“	#9	1 072
		„maternity care“	#10	3 035
		„perinatal care“	#11	5 509
		„perinatal nursing“	#12	185
		„maternal-child nursing“	#13	2 027
		#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13	#14	69 848
		#4 AND #14	#15	380
2. Kvaliteediindikaatorid antenataalses perioodis	05.12.2017	„antenatal care“	#16	6 997
		„prenatal care“	#17	28 453
		S16 OR S17	#18	32 632
		S4 AND S18	#19	132
		„pregnancy“	#20	878 101
		„gravidity“	#21	3 040
		#20 OR #21	#22	878 661
		#4 AND #22	#23	955
		#18 AND #22	#24	29 059
		#4 AND #24	#25	105
		3. Kvaliteediindikaatorid intranataalses perioodis	05.12.2017	„obstetrics“
„labour“	#27			29 275
„birth“	#28			300 972
„childbirth“	#29			20 931
„labor“	#30			118 029
„delivery“	#31			483 797
„intranatal care“	#32			24
#26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32	#33			1 047 468
#4 AND #33	#34			3 044
#34 AND #14	#35			181
4. Kvaliteediindikaatorid postnataalses perioodis	05.12.2017			„postnatal care“
		„postnatal period“	#37	5 689
		„postpartum“	#38	59 721
		puerperium	#39	8 028
		#36 OR #37 OR #38 OR #39	#40	71 232
		#4 AND #40	#41	108
5. Kvaliteediindikaatorid perekonna ja ühiskonna tasandil	05.12.2017	„contraception“	#42	48 979
		„family planning“	#43	48 915
		„community care“	#44	5 538
		„reproductive care“	#45	300
		#42 OR #43 OR #44 OR #45	#46	79 295
		#4 AND #46	#47	159
		KOKKU Mendeleysse		

Tabel 1.2. Otsingute käik andmebaasis SCOPUS

Uurimisküsimus	Otsingu kuupäev	Otsingusõna	Otsingu ID	Leitud allikate arv
1. Kvaliteediindikaatorid ämmaemandusabis	06.12.2017	„quality indicator*“	#1	24 298
		„quality assessment“	#2	36 542
		#1 OR #2	#3	59 971
		„midwi*“	#4	41 554
		„matern* care“	#5	20 137
		„matern* nurs*“	#6	334
		„perinatal care“	#7	9 309
		„perinatal nurs*“	#8	364
		#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	#9	67 286
		#3 AND #9	#10	331
2. Kvaliteediindikaatorid antenataalses perioodis	06.12.2017	„antenatal care“	#11	8 040
		„prenatal care“	#12	41 636
		#11 OR #12	#13	44 629
		#3 AND #13	#14	168
		„pregnancy“	#15	996 711
		„gravity“	#16	3 521
		#15 OR #16	#17	997 257
		#3 AND #17	#18	1 035
		#3 AND #17 AND #9	#19	197
3. Kvaliteediindikaatorid intranataalses perioodis	06.12.2017	„obstetric*“	#20	211 951
		„lab*r“	#21	385 385
		*birth“	#22	471 567
		„delivery“	#23	890 011
		„intranatal“	#24	236
		#20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24	#25	1 689 240
		#3 AND #25	#26	4 615
		#3 AND #25 AND #9	#27	231
4. Kvaliteediindikaatorid postnataalses perioodis	06.12.2017	„postnatal“	#28	116 972
		„postpartum“	#29	66 932
		„puerper*“	#30	58 916
		#28 OR #29 OR #30	#31	204 312
		#3 AND #31	#32	184
5. Kvaliteediindikaatorid perekonna ja ühiskonna tasandil	06.12.2017	„contraception“	#33	75 138
		„family planning“	#34	53 990
		„community care“	#35	59 887
		„reproductive care“	#36	311
		#33 OR #34 OR #35 OR #36	#37	160 945
		#3 AND #37	#38	415
		#3 AND #9 AND #37	#39	22
KOKKU Mendeleysse				1133

Tabel 1.3. Otsingute käik andmebaasis CINAHL

Uurimisküsimus	Otsingu kuupäev	Otsingusõna	Otsingu ID	Leitud allikate arv		
1. Kvaliteediindikaatorid ämmaemandusabis	12.12.2017	„quality indicator“	S1	1 451		
		„quality indicators“	S2	6 671		
		„quality assessment“	S3	9 199		
		S1 OR S2 OR S3	S4	16 149		
		„midwife“	S5	28 091		
		„midwives“	S6	48 883		
		„nurse midwife“	S7	3 669		
		„midwifery“	S8	93 037		
		„midwifery care“	S9	2 718		
		„maternity care“	S10	6 185		
		„perinatal care“	S11	5 332		
		„perinatal nursing“	S12	878		
		„maternal-child nursing“	S13	5 765		
		S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13	S14	127 043		
		S4 AND S14	S15	1003		
2. Kvaliteediindikaatorid antenataalses perioodis	12.12.2017	„antenatal care“	S16	3 999		
		„prenatal care“	S17	15 258		
		S16 OR S17	S18	17 829		
		S4 AND S18	S19	234		
		„pregnancy“	S20	157 279		
		„gravity“	S21	533		
		S20 OR S21	S22	157 349		
		S4 AND S22	S23	1 364		
		S18 AND S22	S24	14 845		
		S4 AND S24	S25	172		
		3. Kvaliteediindikaatorid intranataalses perioodis	12.12.2017	„obstetrics“	S26	70 606
				„labour“	S27	28 213
„birth“	S28			173 644		
„childbirth“	S29			32 315		
„labor“	S30			65 552		
„delivery“	S31			188 382		
„intranatal care“	S32			16		
S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32	S33			425 082		
S4 AND S33	S34			5 438		
S4 AND S14 AND S33	S35			712		
S4 AND S14 AND S33 (exclude medline records)	S36			456		
4. Kvaliteediindikaatorid postnataalses perioodis	12.12.2017			„postnatal care“	S37	2 492
				„postnatal period“	S38	3 058
		„postpartum“	S39	9 808		
		puerperium	S40	620		
		S37 OR S38 OR S39 OR S40	S41	12 920		
		S4 AND S41	S42	240		
		5. Kvaliteediindikaatorid perekonna ja ühiskonna tasandil	12.12.2017	„contraception“	S43	15 359
„family planning“	S44			14 209		
„community care“	S45			26 221		
„reproductive care“	S46			250		
S43 OR S44 OR S45 OR S46	S47			50 828		
S4 AND S47	S48			1127		
S4 AND S48 AND S14	S49			162		
KOKKU Mendeleysse				1264		

Lisa 2. Täistekstide alusel uurimistööst välja jäetud allikad

Tabel 2.1. Täistekstide alusel välja jäetud allikad

Autor, aasta, pealkiri, allikas	Ei kirjeldata ÄA KI	Ei ole kättesaadav	Vana allikas	Ei ole inglise keeles	Ei ole originaal-uurimus	ÄA KI mitte kõrge iae riikides
1. Al-Gasseer, N., Persaud, V. (2003). Measuring Progress in Nursing and Midwifery Globally. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 35(4): 309-315.	✓					
2. Ananijević-Pandej, J., Cucić, V., Doknić-Stefanović, D. (1990). Development of Mechanisms for Evaluation of the Quality of Perinatal Care. <i>Jugoslavenska Ginekologija i Perinatologija</i> , 30(1-2): 39-41.				✓		
3. Bartick, M., Stuebe, A., Shealy, K. R., Walker, M., Grummer-Strawn, L. M. (2009). Closing the Quality Gap: Promoting Evidence-Based Breastfeeding Care in the Hospital. <i>Pediatrics</i> , 124(4): 793-802.					✓	
4. Beeckman, K., Frith, L., Gottfreðsdóttir, H., Bernloehr, A. (2017). Measuring Antenatal Care Use in Europe: is the Content and Timing of Care in Pregnancy Tool Applicable? <i>International Journal of Public Health</i> , 62(5): 583-590.	✓					
5. Bernstein, S., Edouard, L. (2007). Targeting Access to Reproductive Health: Giving Contraception More Prominence and Using Indicators to Monitor Progress. <i>Reproductive Health Matters</i> , 15(29): 189-191.	✓					
6. Bertrand, J. (1994). The EVALUATION Project Promotes Consensus on Family Planning Quality Indicators. <i>Q.A. brief</i> , 3(1): 6-7.			✓			
7. Betz, C. L., Cowell, J.M., Lobo, M. L., Craft-Rosenberg, M. (2004). American Academy of Nursing Child and Family Expert Panel Health Care Quality and Outcomes Guidelines for Nursing of Children and Families: phase II. <i>Nursing Outlook</i> , 52(6): 311-316	✓					
8. Bogossian, F. (2010). An urgent call to implement systematic monitoring of a comprehensive set of quality indicators for maternity services. <i>Women and Birth</i> , 23(1): 36-40.					✓	
9. Boulkedid, R., Alberti, C., Sibony, O. (2013). Quality indicator development and implementation in maternity units. <i>Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology</i> , 27(4): 609-619.	✓					
10. Cellissen, E., Franx, A., Roes, K.C.B. (2017). Use of quality indicators by obstetric caregivers in the Netherlands: A descriptive study. <i>European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology</i> , 211: 177-181.	✓					
11. Chalmers, B., Porter, R. (2001). Assessing effective care in normal labor: The Bologna score. <i>Birth</i> , 28(2): 79-83.			✓			
12. Collins, K.J., Draycott, T. (2015). Measuring quality of maternity care. <i>Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology</i> , 29(8): 1132-1138.	✓					
13. Collins-Fulea, C., Kriebs, J., Petersen, B.A. (1998). Quality management in midwifery practice. <i>Seminars for Nurse Managers</i> , 6(3): 149-154.			✓			
14. Dancet, E. A.F., D'Hooghe, T.M., Spiessens, C., Sermeus, W., De Neubourg, D., Karel, N., Kremer, J.A.M., Nelen, W.L.D.M. (2013). Quality indicators for all dimensions of infertility care quality: Consensus between professionals and patients. <i>Human Reproduction</i> , 28(6): 1584-1597.	✓					
15. Dehlendorf, C., Bellanca, H., Policar, M. (2015). Performance measures for contraceptive care: what are we actually trying to measure? <i>Contraception</i> , 91(6): 433-437.					✓	
16. Dixon-Mueller, R., Germain, A. (2007). Fertility regulation and reproductive health in the Millennium Development Goals: the search for a perfect indicator. <i>American Journal of Public Health</i> , 97(1): 45-51.						✓
17. Drife, J. (2001). Quality measures for the emergency obstetrics and gynaecology services. <i>Journal of the Royal Society of Medicine</i> , 94(39): 16-19.	✓					

ÄA KI – ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid iae – inimarengu indeks

(järgneb)

Autor, aasta, pealkiri, allikas		Ei kirjelda ÄA KI	Ei ole kätte- saadav	Vana allikas	Ei ole inglise keeles	Ei ole originaal- uurimus	ÄA KI mitte kõrge iae riikides
18.	Farley, C.L., Tharpe, N., Miller, L., Ruxer, D.J. (2006). Women's Health Care Minimum Data Set: pilot test and validation for use in clinical practice. <i>Journal of Midwifery & Women's Health</i> , 51(6): 493-501.	✓					
19.	Flenady, V., Wojcieszek, A.M., Fjeldheim, I., Friberg, I.K., Nankabirwa, V., Jani, J.V., Myhre, S., Middleton, P., Crowther, C., Ellwood, D., Tudehope, D., Pattinson, R., Ho, J., Matthews, J., Bermudez Ortega, A., Venkateswaran, M., Chou, D., Say, L., Mehl, G., Frederik Frøen, J.F. (2016). eRegistries: indicators for the WHO Essential Interventions for reproductive, maternal, newborn and child health. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 16(293).	✓					
20.	Fleschler, R.G., King, B.P. (1995). Perinatal outcomes management: balancing quality with cost. <i>The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing</i> , 9(2): 21-28.			✓			
21.	Geraedts, M., Neumann, M. (2004). Evaluating Quality Indicators in Obstetrics (Evaluation Geburtshilflicher Qualitätsindikatoren - Studie im Auftrag der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH). <i>Geburtshilfe und Frauenheilkunde</i> , 64(4): 375-380.				✓		
22.	Gibson, K., Bailit, J.L. (2015). Cesarean Delivery as a Marker for Obstetric Quality. <i>Clinical Obstetrics and Gynecology</i> , 58(2): 211-216.					✓	
23.	Hodgins, S., D'Agostino, A. (2014). The quality-coverage gap in antenatal care: Toward better measurement of effective coverage. <i>Global health, science and practice</i> , 2(2): 173-181.	✓					
24.	Homer, C.S.E., Passant, L., Kildea, S., Pincombe, J., Thorogood, C., Leap, N., Brodie, P.M. (2007). The development of national competency standards for the midwife in Australia. <i>Midwifery</i> , 23(4): 350-360.	✓					
25.	Johansen, K.S., Hod, M. (1999). Quality development in perinatal care -- the OBSQID project. O BStetrical Quality Indicators and Data. <i>International Journal of Gynaecology and Obstetrics</i> : 64(2): 167-172.	✓					
26.	Johnson, C.E., Handberg, E., Dobalian, A., Gurol, N., Pearson, V. (2005). Improving perinatal and neonatal patient safety: The AHRQ patient safety indicators. <i>The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing</i> , 19(1): 15-23.		✓				
27.	Korst, L.M., Reyes, C., Fridman, M., Lu, M.C., Hobel, C.J., Gregory, K.D. (2006). Gestational Pyelonephritis as an Indicator of the Quality of Ambulatory Maternal Health Care Services. <i>Obstetrics & Gynecology</i> , 107(3): 632-640.						Hinnatud indikaator on juba uurimistöösse kaasatud samade autorite teise tööga
28.	Kumar, P., Papile, L. A., Watterberg, K. (2015). Are current measures of neonatal birth trauma valid indicators of quality of care? <i>Journal of Perinatology</i> , 35(11): 903-906. Kommentaar, ei põhine uurimistööl.					✓	
29.	Kwast, B.E. (1999). Quality of care in reproductive health programmes: Concepts, assessments, barriers and improvements — an overview. <i>Midwifery</i> , 14(2): 66-73.			✓			
30.	Kwast, B.E. (1998). Quality of care in reproductive health programmes: Monitoring and evaluation of quality improvement. <i>Midwifery</i> , 14(4): 199-206.			✓			
31.	Lavender, D.T. (2016). Improving quality of care during labour and childbirth and in the immediate postnatal period. <i>Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology</i> , 36: 57-67.	✓					
32.	Lewis, A., Ilot, I., Lekka, C., Oluboyede, Y. (2011). Improving the quality of perinatal mental health: a health visitor-led protocol. <i>Community practitioner</i> , 84(2): 27-31.	✓					
33.	Lindmark, G., Langhoff-Roos, J. (2004). Regional quality assessment in perinatal care. <i>Seminars in Neonatology</i> , 9: 145-153.	✓					
34.	Low, L.K., Seng, J.S., Miller, J.M. (2008). Use of the Optimality Index-United States in Perinatal Clinical Research: A Validation Study. <i>Journal of Midwifery & Women's Health</i> , 53(4): 302-309.	✓					
35.	Main, E.K., MD, Goffman, D., Scavone, B.M., MD, Low, L.K., Bingham, D., Fontaine, P.L., Gorlin, J.B., Lagrew, D.C., Levy, B.S. (2015). National Partnership for Maternal Safety. Consensus Bundle on Obstetric Hemorrhage. <i>Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing</i> , 44(6): e28.	✓					

ÄA KI – ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid iae – inimarengu indeks

(järgneb)

Autor, aasta, pealkiri, allikas	Ei kirjeldata ÄA KI	Ei ole kättesaadav	Vana allikas	Ei ole inglise keeles	Ei ole originaaluurimus	ÄA KI mitte kõrge iae riikides
36. Martin-Hirsch, J., Wright, G. (1998). The development of a quality model: measuring effective midwifery services (MEMS). <i>International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services</i> , 11(2-3): 50-57.	✓					
37. McKinley, E.D., Thompson, J.W., Briefer-French, J., Wilcox, L.S., Weisman, C.S., PhD, Andrews, W.C. (2001). Performance Indicators in Women's Health: Incorporating Women's Health in the Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS). <i>Women's Health Issues</i> , 12(1): 46-58.	✓					
38. Mellows, H. (2010). Maternity Standards. <i>Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine</i> , 20(6): 196-198.	✓					
39. Melman, S., Schoorel, E.C.N., de Boer, K., Burggraaf, H., Derks, J.B., van Dijk, D., van Dillen, J., Dirksen, C.D., Duvekot, J.J., Franx, A., Hasaart, T.H.M., Huisjes, A.J.M., Kolkman, D., Kuijk, S., Kwee, A., Mol, B.W., van Pampus, M.G., de Roon-Immerzeel, A., van Roosmalen, J.J.M., Roumen, F.J.M.E., Smid-Koopman, E., Smits, L., Spaans, W.A., Visser, H., van Wijngaarden, W.J., Willekes, C., Wouters, M.G.A.J., Nijhuis, J.G., Hermens, R.P.M.G., Scheepers, H.C.J. (2016). Development and Measurement of Guidelines-Based Quality Indicators of Caesarean Section Care in the Netherlands: A RAND-Modified Delphi Procedure and Retrospective Medical Chart Review. <i>PLoS ONE</i> 11(1): e0145771.	✓					
40. Messarat-Haddouche, Z., Leleu, H., Nitenberg, G., Couralet, M., Minvielle, E., Goffinet, F. (2012). Development and validation of indicators relating to the quality of prevention and early management of postpartum haemorrhage (COMPAQ-HPST research project). <i>Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction</i> , 41(3): 271-278.				✓		
41. Milton, C.G. (2010). The Joint Commission's perinatal care measure set overview. <i>Breastfeeding Medicine</i> , 5(5): 257-258.		✓				
42. Moran, A.C., Kerber, K., Sitrin, D., Guenther, T., Morrissey, C.S., Newby, H., Fishel, J., Yoder, P.S., Hill, Z., Lawn, J.E. (2013). Measuring Coverage in MNCH: Indicators for Global Tracking of Newborn Care. <i>PLoS Medicine</i> 10(5): e1001415.	✓					
43. Murphy, P.A., Fullerton, J.T. (2001). Measuring outcomes of midwifery care: Development of an instrument to assess optimality. <i>Journal of Midwifery & Women's Health</i> , 46(5): 274-284. VT 31 ja 36			✓			
44. Murphy, P.A., Fullerton, J.T. (2006). Development of the Optimality Index as a New Approach to Evaluating Outcomes of Maternity Care. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing</i> , 35(6): 770-778.	✓					
45. Nair, M., Kurinczuk, J.J., Knight, M. (2016). Establishing a national maternal morbidity outcome indicator in England: A population-based study using routine hospital data. <i>PLoS one</i> , 11(4).	✓					
46. Naumov, I.A., Tischenko, E.M. (2011). The rank estimate of indicators of obstetric-gynecologic service activity as a foundation of enhancing of medical care quality. <i>Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny</i> , 1: 35-38.				✓		
47. Nemcek, M. A. ja Sabatier, R. (2003). State of Evaluation: Community Health Workers. <i>Public Health Nursing</i> , 20(4): 260-270.	✓					
48. Nuti, S., Bonini, A., Murante, A.M., Vainieri, M. (2009). Performance assessment in the maternity pathway in Tuscany region. <i>Health Services Management Research</i> , 22: 115-121.			Kvaliteediindikaatorite valikuprotsess kirjeldamata			
49. Obara H, Sobel H. (2014). Quality maternal and newborn care to ensure a healthy start for every newborn in the World Health Organization Western Pacific Region. <i>BJOG</i> , 121(4): 154–159.					✓	
50. Pajntar, M., Verdenik, I. (2010) Slovenian perinatal results and quality assessment. <i>Ajakirja ei tea</i> , 19(1).				✓		
51. Palmquist, M., Brynhildsen, J., Falk, G. (2015). "Organisation of contraceptive care" and attitudes among healthcare providers in two Swedish cities with different socio-demographic profiles. <i>The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care</i> , 20(3): 170–80.		✓				
52. Pakkanen, M., Lindblom, B., Olausson, P., Otterblad, R. M. (2004). Great regional differences in quality of obstetrical care. <i>Lakartidningen</i> , 101(43): 3320-3325.				✓		

ÄA KI – ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid iae – inimarengu indeks

(järgneb)

Autor, aasta, pealkiri, allikas	Ei kirjeldata ÄA KI	Ei ole kättesaadav	Vana allikas	Ei ole inglise keeles	Ei ole originaal-uurimus	ÄA KI mitte kõrge iae riikides
53. Roohan, P.J., Butch, J.M., Anarella, Gesten, F., Shure, K. Quality Measurement in Medicaid Managed Care and Fee-for-Service. The New York State Experience. (2006). <i>American Journal of Medical Quality</i> , 21(3): 185-191.	✓					
54. Sannisto, T., Saaristo, V., Ståhl, T., Mattila, K., Kosunen, E. (2010). Quality of the contraceptive service structure: a pilot study in Finnish health centre organisations. <i>The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care</i> , 15(4): 243–54.		✓				
55. Sandin Bojo, A-K., Hall-Lord, M-L., Axelsson, O., Ude'n, G., Larsson, B.W. (2004). Midwifery care: development of an instrument to measure quality based on the World Health Organization's classification of care in normal birth. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 13: 75–83.						Validud kvaliteediindikaatorite nimekiri ei ole kättesaadav
56. Santos, J.V., Correia, C., Cabral, F., Bernardes, J., Costa-Pereira, A., Freitas, A. Should European perinatal indicators be revisited? <i>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology</i> , 170: 85–89.	✓					
57. Smit, M., Sindram, S.I.C., Woiski, M., Middeldorp, J.M., van Roosmalen, J. (2013). The development of quality indicators for the prevention and management of postpartum haemorrhage in primary midwifery care in the Netherlands. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 13(194).	✓					
58. Soong, B., Grimes, K., Baade, P. (1999). The development of clinical indicators – the impact on midwifery practice in Queensland in the future. <i>Women and Birth</i> , 12(2): 26-31.			✓			
59. Steenkamp, M., Bar-Zeev, S., Rumbold, A., Barclay, L., Kildea, S. (2010). Pragmatic indicators for remote Aboriginal maternal and infant health care: why it matters and where to start. <i>Australian and New Zealand Journal Public Health</i> . 34(S1): 5-8.					✓	
60. Suresh, G.K., Ferguson, L.A., Tomlinson, M., Campbell, B.B., Ohlinger, J., Prochnicki, B., Nicholas, S., Warren, M.B., Edwards, W., Chute, L., Christian, L., Hagen, E., Sieber, D., Schriefer, J. (2007). Identification and collection of quality indicators for perinatal care. <i>Journal of nursing care quality</i> , 22(1): 73-79.	✓					
61. Talungchit, P., Liabsuetrakul, T., Lindmark, G. (2012). Development and Assessment of Indicators for Quality of Care in Severe Preeclampsia/Eclampsia and Postpartum Hemorrhage <i>Journal for Healthcare Quality</i> , 35(3): 22–34.						✓
62. Walker S., Strandjord T.P., Benedetti T.J. (2010). In search of perinatal quality outcome measures: 1 hospital's in-depth analysis of the Adverse Outcomes Index. <i>American Journal of Obstetrics & Gynecology</i> , 203(336):e1-7.	✓					
63. van Diem, M.T., Timmer, A., Gordijn, S.J., Bergman, K.A., Korteweg, F.J., Ravise, J., Vreugdenhil, E., Erwich, J.J.H.M.M. (2015). Classification of substandard factors in perinatal care: development and multidisciplinary inter-rater agreement of the Groningen-system. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 15:215.	✓					
64. Watts, L.A., Thiel de Bocanegra, H., Darney, P.D., Hulett, D., Howell, M., Mikanda, J., Zerme, R., Policar, M.S. (2012). In a California program, quality and utilization reports on reproductive health services spurred providers to change. <i>Health Affairs</i> , 31(4): 852-862.	✓					
65. Vause, S. ja Maresh, M. (1999). Indicators of quality of antenatal care: a pilot study. <i>British Journal of Obstetrics and Gynaecology</i> , 106, 197-205.			✓			
66. Weisman, C.S., Grason, H.A., Strobino, D.D. (2001). Quality Management in Public and Community Health: Examples from Women's Health. <i>Quality Management in Health Care</i> , 10(1): 54–64.	✓					
67. Woiski, M.D., Scheepers, H.C., Liefers, J., Lance, M., Middeldorp, J.M., Lotgering, F.K., Grol, R.P., Hermens, R.P. (2015). Guideline-based development of quality indicators for prevention and management of postpartum hemorrhage. <i>ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica</i> , 94:1118–1127.	✓					
68. Wool, C. (2015). Instrument Psychometrics: Parental Satisfaction and Quality Indicators of Perinatal Palliative Care. <i>Journal of Palliative Medicine</i> , 18(10): 872-877.	✓					

ÄA KI – ämmaemandusabi kvaliteediindikaatorid iae – inimarengu indeks

Lisa 3. Kaasatud allikate hindamise tulemused

Tabel 3.1. Delphi meetodil tehtud uurimistööde hindamine Hasson jt (2000) kontroll-loendi abil

		Boesveld jt	Boulkedid jt	Bruin- Kooistra jt	Helsloot jt	Marshall jt	Sibanda jt	Ueda jt	Voerman jt	Zeitlin jt
Uurimisprobleem:	Selgelt defineeritud	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Uurimistöö põhjendus:	Teema ja meetodi põhjendus	✓	✓	✓/-	✓/-	✓/-	✓/-	✓	✓/-	✓
Kirjanduse ülevaade:	Uurimistöö teema kohta	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Metodoloogia:	Andmete kogumine: selge põhjendus, millist Delphi meetodit kasutatakse	✓	✓	-/✓	✓	-	-	✓	-	✓
	Voorud: voorude arv ja nende ülevaade	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Valim: ekspertide valikuprotsess ja detailne tunnuste kirjeldamine	-/✓	✓	-/✓	✓	-	✓	✓	✓/-	✓/-
	Tuvastatud reliaabluse ja valiidsuse probleem:	✓	-/✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	-
	Statistiline interpretatsioon: juhendid lugejale	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Eetilised küsimused: ekspertide osas ja uurimistöö koostajate osas	✓	✓/-	✓/-	✓	-	-/✓	✓	-/✓	-
Andmeanalüüs:	Iga vooru vastamise määr	✓	✓	✓	✓	-	- (võis aimata, et 100%)	✓	✓	✓
	1. voor: on esitatud loodud teemade lõplik arv	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	2. voor: tulemuste esitlemine, näidates toetuse tugevust	✓	✓	-	✓/-	1 voor	✓	✓	1 voor	✓
	Järgmised voorud: tulemuste esitlemine	2 vooru	✓	2 vooru	2 vooru	1 voor	✓	✓	1 voor	✓
Arutelu ja järeldused:	Konsensuse tulemused	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Konsensuse saavutamise/mitte saavutamise tõlgendamine	-	✓	-	✓	-	✓	-/✓	✓	✓
	Järeldustest tulenevad soovitus(ed) edasiseks uurimiseks	-/✓	✓	✓	✓	✓	✓/-	-	✓	-/✓
Lisad:	Iga vooru küsimustikust illustreeriv näide	-	✓	-/✓	-	-	✓	✓	-	-

✓ esitatud -/✓ esitatud osaliselt - ei ole esitatud

Tabel 3.2. Teiste uurimistööde hindamine Hasson jt (2000) kontroll-loendi abil

		Broussard jt	Korst jt	Kesmodel ja Jolving	Sprague jt	Bonfill jt	Bollini ja Quack-Lötscher
Uurimisprobleem:	Selgelt defineeritud	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Uurimistöö põhjendus:	Teema ja meetodi põhjendus	✓/-	✓/-	✓/-	✓	✓	✓/-
Kirjanduse ülevaade:	Uurimistöö teema kohta	✓	✓	✓	✓	✓	✓/-
Metodoloogia:	Andmete kogumine: selge põhjendus, millist Delphi meetodit kasutatakse	-	-	-	-	-	-
	Voorud: voorude arv ja nende ülevaade	✓	✓	-	✓/-	✓/-	✓/-
	Valim: ekspertide valikuprotsess ja detailne tunnuste kirjeldamine	✓/-	✓	✓/-	✓	✓/-	-
	Tuvastatud reliaabluse ja valiidsuse probleem:	✓	✓	✓	✓	✓	✓/-
	Statistiline interpretatsioon: juhendid lugejale	✓	✓/-	✓	✓	-	✓
	Eetilised küsimused: ekspertide osas ja uurimistöö koostajate osas	-	-/✓	-	-/✓	-	-
Andmeanalüüs:	Iga vooru vastamise määr	- (võis aimata, et 100%)	- (võis aimata, et 100%)	-	✓	✓	-
	1. voor: on esitatud loodud teemade lõplik arv	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	2. voor: tulemuste esitlemine, näidates toetuse tugevust	✓/-	1 voor	1 voor	1 voor	✓/-	1 voor
	Järgmised voorud: tulemuste esitlemine	2 vooru	1 voor	1 voor	1 voor	2 vooru	1 voor
Arutelu ja järeldused:	Konsensuse tulemused	✓	✓	-	✓	✓	✓
	Konsensuse saavutamise/mitte saavutamise tõlgendamine	✓	-	✓	✓	✓/-	-
	Järeldustest tulenevad soovitusel edasiseks uurimiseks	✓	✓	-	✓	✓	✓/-
Lisad:	Iga vooru küsimustikust illustreeriv näide	-	-	-	-	-	-

✓ esitatud -/✓ esitatud osaliselt - ei ole esitatud

Tabel 3.3. Internetti allikate hindamine Mandalios (2013) RADAR lähenemisega

Allikas	Joint Commission Perinatal Care Quality Measures	New Zealand Maternity Clinical Indicators 2016	National Core Maternity Indicators, 2018	Patterns of maternity care in English NHS trusts 2013/14	Perinatal Health Indicators for Canada 2017
Relevance (asjakohasus)	✓	✓	✓	✓	✓
Authority (autorlus)	The Joint Commission, MTÜ. USA tervishoiuorganisatsioonide ja -programmide akrediteerimis- ja sertifitseerimisühing	New Zealand Ministry of Health	The Australian Institute of Health and Welfare	Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Erialaselts, mille eesmärgiks on ülemaailmselt edendada naiste tervist ning sünnitusabi ja günekoloogia praktikat	Public Health Agency of Canada
Date (kuupäev)	Uuendatud 2018	Avaldatud 2018	Uuendatud 2018	Avaldatud 2016	2017
Appearance (välisilme)	Olemas indikaatorite definitsioonid, algoritmid, autorid, kasutatud allikad, juhendid kasutamiseks	Selgitatud emadushoolduse kliiniliste indikaatorite eesmäärke, kellega koostöös valminud, selgitatud andmete päritolu, interpreteerimise juhend, graafikute lugemise juhend, kasutatud allikate loetelu	Välja toodud indikaatorid, indikaatori kirjeldus, eesmärk, kuidas koguda ja esitleda.	On olemas mõistete selgitus, indikaatorite nimekiri, andmete allikad, andmete interpretatsiooni juhend, tulemuste osas - taust, andmete kvaliteedi hindamine, interpreteerimine, kasutatud allikate loetelu.	Indikaatori definitsioon, andmeallikad, tulemused kirjelduse ja graafikutena, kasutatud allikad
Reasons for writing (põhjus)	Kvaliteedinäitajad haiglatele	Võrdlevad emadushoolduse sekkumise (intervention) ja tulemusandmeid rasedate naiste ja beebide kohta. Esiteltkse indikaatoreid, mis peegeldavad hooldust raseduse ja postnataalse perioodi ajal, tõsiseid haigestumisi ja sünnituse tulemusi beebidele emadushoolduses.	Kliinilised indikaatorid emadushoolduses, et mõõta selle kvaliteeti	Emadushoolduse kliinilise efektiivsuse ja tõhususe hindamise tulemused	Esitleb seireteavet Emade, loodete ja vastsündinute tervise kohta Kanadas

Lisa 4. Postnataalsete protokollide ja postnataalselt emale jagatava informatsiooni sisu

Tabel 4.1. Postnataalsete protokollide ja postnataalselt emale jagatava informatsiooni sisu

<p>Sünnitusjärgne hoolduse plaan, milles kajastub:</p> <ul style="list-style-type: none">• üldine meditsiiniline,• perekonna,• sünnitusabi ja• psühholoogilisest anamnees. (Helsloot jt 2017.)	<ul style="list-style-type: none">• ikteruse skriining, hindamine ja ravi,• nõusolek/kokkulepped pöördumiseks urineerimise ja defekatsiooni jälgimine ja dokumentatsioon esimese 24h jooksul, probleemide korral vastuvõtule pöördumine. (Helsloot jt 2017.)
<p>Hooldusprotokoll (igal postnataalsel kontaktil sünnitanuga esimese seitsme sünnitusjärgse päeva jooksul küsitleda ja dokumenteerida):</p> <ul style="list-style-type: none">• üldine heaolu,• väsimus,• perineum,• verekaotus,• peavalu,• reie või sääre punetus, valu või turse,• valu rinnakupiirkonnas või hingamisraskused,• defekatsioon,• urineerimine,• hemorroidid,• gripilaadsed sümptomid,• rindade tundlikkus, valu või punetus. (Helsloot jt 2017.)	<p>Protokoll vastsündinu:</p> <ul style="list-style-type: none">• temperatuur,• eritamise ja• (ala)toitumise igapäevaseks hindamiseks. (Voerman jt 2013.)
<p>Hooldusprotokoll (igal postnataalsel kontaktil sünnitanuga esimese seitsme sünnitusjärgse päeva jooksul jälgida, hinnata ja dokumenteerida):</p> <ul style="list-style-type: none">• perineum,• emaka involutsioon,• lohhiad,• temperatuur,• vererõhk,• reie või sääre valu, punetus, turse,• probleemid defekatsiooni või urineerimisega. <p>(Helsloot jt 2017.)</p>	<p>Patsiendikoolituse protokoll (kokkuleppeid ajastuse, sisu, dokumentatsiooni ja vastutava läbiviija kohta):</p> <ul style="list-style-type: none">• ema ja vastsündinu potentsiaalselt eluohtlike seisundite sümptomid,• ema füüsiline ja psühholoogiline taastumine,• vastsündinu üldine hügieen ja hooldus (sh füsioloogilised muutused),• turvalise keskkonna loomine (sh turvaline magamine),• informatsioon rinnaga toitumise ja/või piimaseguga toitumise kohta,• ema toitumine ja harjutused,• seksuaalse aktiivsuse taastumine ja rasestumisvastased vahendid (2-6n postnataalselt). <p>(Helsloot jt 2017.)</p>
<p>Vastsündinu hooldusprotokoll:</p> <ul style="list-style-type: none">• alatoitumise skriining, ravi ja dokumentatsioon,• pediatriline läbivatus 72h jooksul peale sündi ja 6-8n,	<p>Baasinformatsioon imetavale emale:</p> <ul style="list-style-type: none">• asendid• kiindumussuhte soodustamine• piima tarbimine• piimapais• probleemid imemisvõttega• piima söörutamise meetodid (sh käsitsi),• piisava piimahulga saavutamine ja säilitamine,• rinnapiima säilitamine ja käsitlemine. <p>(Helsloot jt 2017.)</p>