

Tervishoiu toimetised



Sünnijärgse koduvisiidi mõju hindamine

Tervisetehnoloogia hindamise raport TTH44

Tartu Ülikool
2019

Raporti on koostanud:

Liisa Saare, Tartu Ülikooli arst-resident pediaatria erialal

Vivian Arusaar, Ida-Tallinna Keskhaigla naistekliiniku ämmaemandusjuht

Ruth Kalda, Tartu Ülikooli peremedit siini professor

Raul-Allan Kiivet, Tartu Ülikooli tervishoiukorralduse professor

Keeletoimetaja – Piia Taremaa

Kujundus ja küljendus – Margus Evert

Viide raportile:

Saare L, Arusaar V, Kalda R, Kiivet R-A. Sünnijärgse koduvisiidi mõju hindamine. Tartu: Tartu Ülikooli peremedit siini ja rahvatervishoiu instituut; 2019.

Sünnijärgne koduvisiit:

ISBN 978-9985-4-1183-4 (trükis)

ISBN 978-9985-4-1184-1 (pdf)

Tervisetehnoloogiate raportite koostamist toetas 2019. aastal Sotsiaalministeerium

Sisukord

Kokkuvõte.....	2
1. Raporti eesmärk ja uurimisküsimused	3
2. Raporti metoodika	4
3. Sünnijärgse perioodi terviseriskid	5
3.1. Haiglas viibimise terviseriskid ja varane kojukirjutamine	5
3.2. Varase kojukirjutamise mõju vastsündinu tervisele	6
3.3. Varase kojukirjutamise mõju ema tervisele	9
4. Sünnijärgse koduse abi korraldus ja efektiivsus	11
4.1. Sünnijärgse koduse abi korraldus teistes riikides.....	11
4.2. Sünnijärgse koduvisiidi efektiivsus	14
4.3. Sünnijärgse koduvisiidi kulutõhusus	15
5. Sünnijärgse koduvisiidi sihtrühm ja korraldus Eestis	17
5.1. Sünnijärgne jälgimine Eestis	18
5.2. Sünnijärgse koduvisiidi korraldus tulevikus	20
6. Eelarve mõju analüüs.....	22
7. Järeldused ja soovitused	23
Kasutatud kirjandus	25
Lisa 1. Sünnijärgse koduvisiidi näidisprotokoll	29
<i>Summary</i>	31

Kokkuvõte

Proaktiivne vastsündinu külastamine tema kodus ehk koduvisiit (ingl *home health visit*), on levinud paljudes arenenud maades ja kujunenud oluliseks meetmeks lapse ja pere terviseriskide märkamisel ja ennetamisel. Koduvisiite teevad reeglina õed või ämmaemandad. Koduvisiidi eesmärk on tagada vastsündinu hea tervis, toetada emadusega kohanemist ja nõustada ema rinnaga toitmise teemadel.

Sünnijärgse koduvisiidi mõju hindamiseks kirjeldatakse raportis esmalt, millised on sünnijärgse perioodi terviseriskid sünnitajale ja vastsündinule ning kuidas mõjutab terviseprobleemide esinemist ja märkamist varane kojukirjutamine võrreldes hilisema kojukirjutamisega. Siit selgub, milliseid riske saab koduvisiidi abil vähendada ja millele tuleb koduvisiidi käigus tähelepanu pöörata.

Seejärel kirjeldatakse praegust sünnitusjärgse jälgimise korraldust ja lapse tervise jälgimise juhendi soovitusi Eestis ning tehakse ettepanekud sünnijärgse koduvisiidi korralduseks Eestis lähitulevikus.

Koduvisiitide efektiivsust on kontrollitud tingimustes uuritud vähe, sest sünnitajad ja vastsündinud moodustavad sedavõrd heterogeense rühma, et randomiseerimiseks sobilikke kriteeriume on väga keeruline defineerida, ja kontrollrühma kasutamine (st mittesekkumine) ei ole eetiliselt vastuvõetav. Ka kulutõhususe uuringuid on tehtud üksikuid ehk informatsiooni koduvisiidi majandusliku tõhususe kohta teaduskirjanduses ei ole.

Eestis on otstarbekas lähiaastatel luua süsteem, et sünnijärgsed koduvisiidid toimuks enamiku esmassünnitajate ja riskirühma korduvsünnitajate juurde. Koduvisiitide käigus on võimalik hinnata sotsiaalseid ja toimetulekuga seotud riske, et jõuda lapsevanemateni, kes ise aktiivselt tervishoiusüsteemi abi ei otsi ega abivajadust tunneta.

Süsteem on rakendatav lähiaastatel, kui kujunevad välja uued tervisekeskused, kus on olemas oodatud tasemel sisuline võimekus, st tervisekeskuste meeskonnas on koduvisiitide tegemiseks ämmaemand või pereõde, kel on vajalikud teadmised, oskused ja kogemused.

1. Raporti eesmärk ja uurimisküsimused

Sünnitusjärgse haiglas viibimise perioodi lühenemine on ülemaailmne trend. Ka Eestis on sünnitusjärgne haiglas viibimise aeg lühenenud. Sünnijärgse haiglaperioodi lühenemine võib tähendada emale ja vastsündinule terviseriskide suurenemist, kui nad ei saa piisavalt ambulatoorset abi ja vajalikku tuge.

Siinse raporti eesmärk on analüüsida sünnijärgse koduvisiidi tõhusust ja tulemuslikkust ning hinnata koduvisiitide võimaliku korralduse mõju Eestis, vastates järgmistele uurimisküsimustele:

1. Kuidas mõjutab lapse ja pere tervist sünnitusjärgne lühenenud haiglas viibimine?
2. Milline on sünnijärgse koduvisiidi efektiivsus ja kulutõhusus võrreldes visiidiga perearstikeskusesse?
3. Milline võiks olla sünnijärgse koduvisiidi optimaalne korraldus Eestis?
4. Milline on kõikidele vastsündinutele tehtava sünnijärgse koduvisiidiga kaasnev eelarvemõju?

2. Raporti metoodika

Raportis analüüsitakse informatsiooni koduvisiitide rakendamise meditsiiniliste, majanduslike, sotsiaalsete ja organisatsiooniliste aspektide kohta. Analüüsi aluseks on tõenduspõhised teadusuuringud, mis käsitlevad teiste riikide kogemust, ning Eesti andmed, ravijuhendid ja eksperdiarvamused.

Teaduskirjanduse otsingud

Teaduskirjanduse otsingud viidi läbi andmebaasis PubMed 2019. aasta augustis-septembris.

Otsingusõnu ja MESH-termineid kombineerivad päringud koostati eraldi lühenenud haiglas viibimise mõju kohta lapse ja pere tervisele ning koduvisiitide efektiivsuse kohta.

Otsing varase kojukirjutamise mõjust lapse ja pere tervisele piirati ingliskeelsetele artiklitele ja ajavahemikule 01.01.1999 kuni 10.09.2019. Otsing andis 414 kirjet, millest pealkirja ja abstrakti põhjal osutus sobimatuks 408 kirjet. Järele jäänud 6 kirjest olid 2 süstemaatilised ülevaated.

Otsing PubMedis oli järgmine: (("Patient Discharge"[Mesh]) OR ("hospital discharge") OR ("early discharge")) OR ("Length of Stay"[Mesh])) AND (postpartum OR postnatal OR "postnatal care") AND (neonat* OR newborn) AND (outcome OR effect*). Filters activated: Publication date from 1999/01/01 to 2019/09/10, English.

Otsing koduvisiidi efektiivsuse ja kulutõhuse kohta (piiratuna ingliskeelsetele kirjetele ajavahemikust 01.01.1999 kuni 10.9.2019) andis 122 kirjet, millest pealkirja ja abstrakti põhjal osutus sobimatuks 116 kirjet. Järele jäänud 6 kirjest olid 2 süstemaatilised ülevaated.

Otsing PubMedis oli järgmine: ("House Calls"[Mesh] OR "home health visit*" OR "health visit*") AND ("Postpartum Period"[Mesh] OR postnatal) AND (outcome OR effect* OR cost-effectiv*). Filters activated: Publication date from 1990/01/01 to 2019/09/10, English.

3. Sünnijärgse perioodi terviseriskid

Maailma Terviseorganisatsiooni emadushooldust käsitlev juhenddokument [1] näeb ette, et tüsistusteta vaginaalse sünnituse järel peaksid terved emad ja vastsündinud olema sünnitusmajas või haiglas tervishoiutöötaja jälgimisel vähemalt 24 tundi pärast lapse sündi.

3.1. Haiglas viibimise terviseriskid ja varane kojukirjutamine

Sünnituskeskustes praktiseeritakse lühemat haiglaperioodi, et muuta sünnitusabi perekessemaks [2, 3]. Pikemal haiglas viibimisel on kirjeldatud mitmeid erinevaid riske, mis mõjutavad ema ja lapse turvalisse kodukeskkonda suundumist. Häirub terviklik perekonna koosviibimine (vähene isade kaasamine, õdede-vendade vähene juuresolek) [4]. Haiglasituatsioonis, kus on pidevad haiglatööga seotud helid ja tervishoiupersonaliga kokkupuutumine, on emade uni ja puhkamine häiritud [2]; emad ja vastsündinud on eksponeeritud infektsioonidele, infektsioonide tekke risk on suurem [5]. Haiglas on emade kohanemine lapse eest hoolitsemisega halvem kui kodukeskkonnas [2]; haiglakeskkonnas on rohkem rinnaga toitmise probleeme, sest emadele antakse rohkem vastuolulist infot imetamise kohta ning imetamise ajad sõltuvad haiglatöö rutiinist [5].

Varase kojukirjutamise eeliseks on loetud perekesksust. Isad on kaasatud vastsündinu eest hoolitsemisse, lubades seeläbi emadele rohkem puhkust. Varase väljakirjutamise eelisena on samuti toodud välja vastsündinute ja nende emade haiglatekkestes infektsioonidega nakatumise vähenemist ning rinnaga toitmise nõuannete väiksemat vastuolu. [6]

Eesti sünnitusabiasutustes oli aastatel 2015–2018 keskmine sünnitusjärgne viibimisaeg 2,4–2,8 päeva [TAI tervishoiustatistika]. Eestis loetakse vastsündinu varaseks kojukirjutamiseks loomuliku sünnituse puhul < 48 elutunni vanuse lapse ja keisrilõike puhul < 96 elutunni vanuse lapse kojukirjutamist. Nende kriteeriumite täitmisel teeb lapse esmase järelkontrolli 5.–7. elupäeval lastearst sünnitusabiteenust osutavas asutuses. [7]

Rahvusvaheliselt on varase kojukirjutamise kriteeriumid erinevad, jäädes vahemikku 0–72 elutundi [6]. Varase kojukirjutamise trend on lääneriikides viimastel aastakümnetel süvenenud, ajendatult kulude kokkuhoiust, vabade voodikohtade vajadusest ning sünnituse demedikaliseerumisest ja perekessemaks muutumi-

sest. Rootsis on 40 aastaga vähenenud keskmine sünnitusjärgne haiglas olemise periood 1970. aastate kuuest päevast 2010. aasta 2,3 päevani. Hollandis, Iirimaa, Uus-Meremaal ja Ameerika Ühendriikides on näidatud sarnast trendi. [6]

Sünnitusjärgselt haiglas viibimise lühenemisel on potentsiaalseteks probleemideks vastsündinute ja nende emade tervisehäirete mittemärkamine, rinnapiimaga toitmise probleemide tekkimine, mis viib varasele rinnapiimaga toitmise lõpetamisele, emade väiksem enesekindlus lapse eest hoolitsemisel professionaalse toe puudumise tõttu ja sünnitusjärgse depressiooni suurenenud risk. Seetõttu tõuseb emade ja vastsündinute rehospitaliseerimise määr [8]. Eestis 2013.–2014. aastal läbiviidud uuringus [9] leiti, et varem koju saadetud emadele valmistab lapsega seotud tegevustest enim raskusi imetamine ja lapse nabahooldus.

3.2. Varase kojukirjutamise mõju vastsündinu tervisele

3.2.1. Vastsündinute suremus

Benahmedi *et al.* [6] süstemaatilisse ülevaatesse hõlmati seitse randomiseeritud kontrollitud uuringut ja kaks mitterandomiseeritud uuringut. Kokku uuriti 4079 naist ja nende vastsündinuid. Vastsündinute suremust käsitles üks suhteliselt vana uuring [5], kus lühenenud ja tavapärase haiglas viibimise perioodiga vastsündinute suremuse määrad olid vastavalt 0,46% ja 0,24%, mis ei olnud statistiliselt oluline erinevus.

Browni *et al.* [8] süstemaatiline ülevaade eraldi vastsündinute suremust tulemusnäitajana ei kasutanud, kuid ülevaatesse kaasatud retrospektiivne kohortuuring [10] hindas vastsündinute suremust. Ameerika Ühendriikides läbi viidud uuring, kuhu oli kaasatud 47 879 vastsündinut, näitas, et võrreldes laste hilisema kojukirjutamisega (30–72 tundi) oli varase kojukirjutamisega (< 30 tunni vanuses) lastel oluliselt suurem tõenäosus surra esimese 28 elupäeva jooksul (OR 3,65; 95% CI 1,56–8,54), 29 elupäeva ja esimese eluaasta vahel (OR 1,84; 95% CI 1,31–2,60) ning kogu esimese eluaasta jooksul (OR 3,72; 95% CI 1,25–11,04).

Retrospektiivses juhtkontrolluuringus [11] uuriti aastatel 1986–1989 Utah maakondade vastsündinuid, kes lubati koju enne 5. elupäeva, kelle sünnikaal oli üle 2500 g ning kes olid > 37. gestatsiooninädalal sündinud ja esimese 28 päeva jooksul surnud. Nimetatud ajavahemikul oli 109 256 sündi ning 115 last suri vastsündinueas, neist 98 surma ei olnud kooskõlas uuringukriteeriumitega. Kriteeriumitele vastas 17 juhtu, millele igale sobitati 3 kontrolli. Vähem kui 24 elutunni vanuselt kojukirjutatud

vastsündinute suremuse šansside suhe oli 1,65 (95% CI 0,42–3,34) ning varem kui 48 elutunni vanuselt kojukirjutatud vastsündinute suremuse šansside suhe oli 1,16 (95% CI 0,4–3,34), seega varem kojukirjutatud vastsündinute suremus ei olnud statistiliselt erinev hilisema kojukirjutusega lastest.

3.2.2. Vastsündinute terviseprobleemid ja kontaktid tervishoiuga

Kaks uuringut [12, 13] Benahmedi *et al.* [6] süstemaatilises ülevaates hindas 10. postnataalsel päeval nende vastsündinute osakaalu, kes vajasisid tervishoiuteenust. Kahe uuringu tulemusi kokku pannes ei leitud, et vaginaalselt sündinud laste varasel kojukirjutamisel oleks neil vastsündinutel rohkem komplikatsioone võrreldes hiljem kojukirjutatud lastega (RR 0,93; 95% CI 0,49–1,77). Ka ei leitud erinevust komplikatsioonide esinemises kahe rühma vahel (RR 0,88; 95% CI 0,45–1,73) nende laste hulgas, kes vajasisid tervishoiuteenust (toitmisprobleemide, nutmise, halva magamise või nabaväädi hoolitsuse tõttu) pärast kolmandat elunädalat.

Browni *et al.* [8] süstemaatilises ülevaates hindas pärast kojukirjutamist vastsündinu terviseprobleemide tõttu tervishoiuteenuse vajadust üks uuring [13]. Varase ja hilisema kojukirjutamisega laste tervishoiuteenuse vajaduse osas ei olnud statistilist erinevust (15,4% vs. 17,5%; RR 0,88; 95% CI 0,45–1,73).

Benahmedi *et al.* [6] süstemaatilises ülevaates käsitles vastsündinu hüperbilirubineemiat üks uuring [13], mis ei leidnud, et lühenenud haiglaperioodiga vastsündinutel oleks hüperbilirubineemiat sagedamini (RR 0,50; 95% CI 0,10–2,50). Küll aga leiti, et bilirubiini määrati varasel kojukirjutamisel statistiliselt oluliselt vähem kui tavapärase haiglaperioodiga lastel (RR 0,39; 95% CI 0,17–0,94). Fototeraapiat vajavate vastsündinute osakaalus ei olnud statistilist erinevust (RR 1,26; 95% CI 0,33–4,93).

3.2.3. Vastsündinute rehospitalseerimine

Benahmedi *et al.* [6] süstemaatilises ülevaates käsitles vastsündinute rehospitalseerimist 3–8 nädala vanuselt viis uuringut, millest kolmes [5, 14, 15] kirjeldati riskide suhet. Leiti, et vara kojukirjutatud lastel ei ole suurem risk saada rehospitalseeritud (RR 1,17; 95% CI 0,45–3,04).

Browni *et al.* [8] süstemaatilises ülevaates käsitles kuni 8 nädala vanuste vastsündinute rehospitalseerimist seitse uuringut [3, 5, 14–18], milles näidati samuti, et vara kojukirjutatud lastel ei olnud suuremat rehospitalseerimise riski (RR 1,29; 95% CI 0,6–2,79).

Prospektiivses randomiseeritud kohortuuringus [19], mis hõlmas 3786 keisrilõikega ema, leiti, et vara kojukirjutatud lastel (< 24 h vanuses) on hilisema kojukirjutusega lastest (72 h vanuses) rehospitalseerimise määr statistiliselt oluliselt kõrgem (10,1% vs. 5,9%, $p < 0,001$).

Belgia retrospektiivne kohortuuring [20] hindas rehospitalseerimise määrasid enne ja pärast riiklikku muutust kojukirjutamises (juunis 2015. aastal vähendati Belgias riiklikul tasemel sünnitusjärgset haiglas viibimist ühe päeva võrra). Uuring hõlmas 6009 elussündi. Leiti, et pärast 2015. aasta juunit rehospitalseeriti lühenenud haiglaperioodiga lapsi sagedamini kui pikema haiglaperioodiga lapsi muutuseelsel ajal (4,8% vs. 6,9%, $p = 0,04$). Peamiseks rehospitalseerimise põhjuseks oli vast-sündinute hüperbilirubineemia.

Instrumentaaltunnuseid kasutavas analüüsis [21], kuhu hõlmati 108 551 Washingtonis aastatel 1989–1990 sündinud vastsündinut, leiti, et haiglas viibimise aja 12-tunnine pikenemine vähendab vastsündinute rehospitalseerimist 0,6 protsenti.

3.2.4. Rinnaga toitmine

Benahmedi *et al.* [6] süstemaatilises ülevaates käsitles kuus uuringut [3, 5, 12–14, 17] osaliselt või täielikult rinnaga toitmist lapse kolmanda elunädala vanusest kuni 9-kuuseks saamiseni. Lapse kahe kuu vanuses toitsid varase kojukirjutamisega emad sama tõenäoliselt rinnaga kui hilisema kojukirjutamisega emad (RR 1,1; 95% CI 0,87–1,4). Lapse 6 kuu vanuses ei leitud samuti [3] erinevust varase ja hilisema kojukirjutamise vahel (RR 0,87; 95% CI 0,72–1,06).

Sainz-Bueno *et al.* [14] uurisid rinnaga toitmist kuni lapse üheksanda elukuuni ja ei leidnud seost rinnaga toitmise lõpetamise ja varase kojukirjutamise vahel (RR 1,06; 95% CI 0,99–1,15), välja arvatud kolmandal elukuul, kus rinnaga toitsid suurema tõenäosusega varase kojukirjutamisega emad (RR 0,62; 95% CI 0,42–0,91, $p = 0,16$). Browni *et al.* [8] süstemaatilises ülevaates käsitles 6 kuu vanuste laste rinnaga toitmist kolm uuringut [3, 14, 16], kus ei leitud seost varase kojukirjutamise ja rinnaga toitmise lõpetamise vahel (RR 0,92; 95% CI 0,8–1,05).

Kokkuvõtteks ei ole varase kojukirjutamisega lastel süstemaatilistes ülevaadetes esile toodud suuremat riski surma, terviseprobleemide esinemise ja rinnaga toitmise varasema lõpetamise suhtes. Samas on ühes retrospektiivses uuringus [21] näidatud, et varase kojukirjutamisega suureneb vastsündinute suremus, ja kolmes uuringus [19–21] tuuakse välja suurenenud rehospitalseerimise tõenäosus varase kojukirjutamise puhul.

Kuna uuringutes on tegemist statistilise keskmisega, osutavad tulemused, et varase kojukirjutamise puhul võivad just riskirühmades jääda õigeaegse tähelepanuta tervisemured, mida tuleb lahendada hiljem haiglas.

3.3. Varase kojukirjutamise mõju ema tervisele

3.3.1. Emade terviseprobleemid

Benahmedi *et al.* [6] süstemaatilises ülevaates käsitles emade terviseprobleeme neli uuringut [5, 12, 14, 15]. Kolm uuringut ei leidnud seost komplikatsioonide esinemise ja varase kojukirjutamise vahel [12, 14, 15]. Kõige sagedamini esines kuseteede nakkusi, episiotoomia infektsiooni, mastiiti ja endometriiti. Samas süstemaatilises ülevaates kirjeldatud uuring [5] leidis väikese statistiliselt olulise vahe hilisema kojukirjutamise kasuks emadel esinenud palaviku, lohhiate, piimapaisu ja emaka involutsiooni osas kolmandal sünnitusjärgsel nädalal. Arvestades andmete esitamise halba kvaliteeti ja terviseprobleemide esinemise ajahetke suurt erinevust, emade terviseprobleemide koondatud statistilist analüüsi Benahmedi *et al.* [6] ülevaates ei tehtud.

Benahmedi *et al.* [6] süstemaatilises ülevaates kajastatud mitterandomiseeritud uuring ei leidnud statistilist erinevust esimesel sünnitusjärgsel nädalal komplikatsioonide esinemises < 24 h kojukirjutamisega naiste ja hilisema kojukirjutamisega naiste vahel (OR 0,95; 95% CI 0,41–2,20).

3.3.2. Emade rehospitalizeerimine

Benahmedi *et al.* [6] süstemaatilises ülevaates käsitles emade rehospitalizeerimist kuus uuringut [3, 5, 12, 14, 15, 17], milles ei leitud, et varase kojukirjutamisega emadel oleks esimesel kuni kuuendal sünnitusjärgsel nädalal suurem rehospitalizeerimise risk (RR 1,25; 95% CI 0,54–2,88).

Browni *et al.* [8] süstemaatilises ülevaates hindas emade rehospitalizeerimist kaheksa uuringut [3, 5, 12, 14–18], ka nendes ei leitud varase kojukirjutamise puhul suuremat rehospitalizeerimise riski (RR 1,10; 95% CI 0,51–2,40).

Retrospektiivses kohortuuringus [20] ei leitud varase kojukirjutuse ja emade rehospitalizeerimise vahel statistiliselt olulist seost: rehospitalizeeriti 1,4% varase ning 1,3% hilise kojukirjutamisega ema ($p = 0,6$).

Prospektiivses randomiseeritud kohortuuringus [19] ei leitud, et varem kojukirjutatud emadel oleks kõrgem rehospitalseerimise määr esimesel kuuel sünnitusjärgsel nädalal (3,4% vs. 3,7%, $p = 0,6$).

3.3.3. Depressioon

Benahmedi *et al.* [6] süstemaatilises ülevaates ei tehtud depressiooni osas uurin-gute koondandmete statistilist analüüsi, sest kasutatud oli erinevaid depressiooni hindamise skaalasid. Ühes uuringus [12] leiti statistiliselt oluline erinevus esimesel sünnitusjärgsel kuul Becki depressiooniindeksis. Emadel, kes kirjutati koju < 24 h pärast sünnitust, oli depressiooniindeks väiksem kui haiglas neli päeva olnud emadel ($p < 0,05$). See tähendab, et lühema haiglasolekuga emade emotsionaalne rahuolu oli suurem. Statistilist erinevust ei leitud rühmade vahel, kus kojukirjutamine jäi 25–48 tunni vahele ja kus kojukirjutamine toimus < 24 h jooksul või vähem kui nelja päeva jooksul.

Sainz Bueno *et al.* [14] uuring ei näidanud varase kojukirjutamise ja tavapärase haiglas viibimise vahel erinevust haiglaärevuse ja -depressiooni skaalal (HAD) ei esimesel sünnitusjärgsel nädalal (RR 0,64; 95% CI 0,25–1,63) ega esimesel sünni-tusjärgsel kuul (RR 0,30; 95% CI 0,33–3,20). Uuringus näidati, et esimesel sünni-tusjärgsel nädalal sai 2,8% emadest HAD-skaalal skoori, mis osutas psühhiaatrilise järelevalve vajadusele. Neist 0,5% vajasis psühhiaatriaosakonda hospitaliseerimist. Esimesel sünnitusjärgsel kuul vähenes jälgimisvajadus 2,3%-ni. Statistilist olulist erinevust varase kojukirjutamise ja tavapärase haiglas viibimise perioodiga emadel psühhiaatriaosakonda hospitaliseerimise osas ei esinenud.

Waldenström *et al.* [3] ei leidnud erinevust varase kojukirjutamise ja tavapärase haiglas viibimise perioodiga naiste vahel, kellel esines depressiivset meeleolu 6 nädalat pärast sündi (vastavalt 26% vs. 34%, p -väärtust pole toodud). Depressiivset meeleolu esines kõige rohkem 2. ja 3. sünnitusjärgsel nädalal.

Browni *et al.* [8] süstemaatilises ülevaates hindas emade tõenäolist depressiooni kolm uuringut [3, 14, 16], kus varasema kojukirjutamisega emadel ei leitud suuremat depressiooni tõenäosust (RR 0,66; 95% CI 0,39–1,12).

Kokkuvõttes ei ole süstemaatilistes ülevaadetes näidatud varasema kojukirjutamise puhul emadel suuremat komplikatsioonide ning rehospitalseerimise riski. Emade suuremat depressiooniriski näitas varasema kojukirjutamise puhul ainult üks uuring [12], kus võrdlus tehti vähem kui 24 h haiglas viibimise ja 4 haiglaravi päeva vahel.

4. Sünnijärgse koduse abi korraldus ja efektiivsus

Siin peatükis kirjeldatakse sünnijärgse koduse abi korraldust teistes riikides ja teadusuuringute tulemusi abi efektiivsuse ja kulutõhususe kohta.

4.1. Sünnijärgse koduse abi korraldus teistes riikides

Postnataalsed koduvisiidid on riigiti erinevalt korraldatud. Peamised erinevused seisnevad visiitide ajastuses ja visiitide tegija ametis, kuid koduvisiitide sisu on siiski sarnane.

Sünnitusjärgsed koduvisiidid Põhja- ja Lääne-Euroopas on integreeritud tervishoiusüsteemi, mis on riigi rahastatud ja seeläbi kõigile kättesaadavad. Kõige pikaajalisemad ja laialdasemad koduvisiitide programmid on Suurbritannias ja Taanis, kus koduvisiite peetakse efektiivseteks, olenemata sellest, et tõendusmaterjali nende tõhususe kohta on vähe. Koduvisiitide sisu hõlmab nii ema ja lapse tervisega seotud kui ka pere sotsiaalsete aspektide hindamist. Koduvisiitide eesmärk on tagada lapse optimaalne areng. [23]

4.1.2. Suurbritannia

Suurbritannias lähtutakse koduvisiitide läbiviimisel National Institute of Health'i ravijuhendist „Routine Postnatal Care of Women and Their Babies“ [24]. Kogukonna ämmaemand või naise isiklik ämmaemand külastab peret päev pärast kojukirjutamist, pakkudes seejärel veel kaht postnataalset visiiti (kodus või tervishoiuasutuses), mis tavaliselt leiavad aset viis päeva ja kümme või rohkem päeva pärast kojukirjutamist. Esimesel visiidil hindab ämmaemand vastsündinu toitmist, vanema-lapse suhet, kodu turvalisust ja vanema vaimset tervist. Lisaks teeb ämmaemand ema ja lapse läbivaatuse. Teisel visiidil kaalutakse last ja võetakse vastsündinult ainevahetushaiguste sõeluuringuproov. Kolmandal visiidil kaalutakse last uuesti ja võimalusel antakse lapse ja ema edasine jälgimine üle perearstile ja mittemeedikutest koduvisiite tegevale meeskonnale (ingl *home health visitors*). Kogukonna ämmaemand saab aga peret külastada kuni 28 päeva pärast sünnitust. [25]

4.1.2. Taani

Taanis sõltub koduvisiitide kord kojukirjutamise ajast. Kui ema ja laps kirjutatakse koju varem kui 24 tundi pärast sünnitust, külastab ämmaemand ema ja last päev

pärast kojukirjutamist. Varasel kojukirjutamisel toimub ema esimene postnataalne ämmaemanda visiit sünnitusjärgses kliinikus teisel või kolmandal päeval pärast sünnitust, samal ajal tehakse lapsele kuulmis- ning ainevahetushaiguste sõeluuring. Varem kui 72-tunnise kojukirjutamisega emadele teeb koduvisiidi terviseõde neljandal või viiendal päeval. Hilisema kui 72-tunnise kojukirjutamisega emadega kontakteerub terviseõde ühe nädala jooksul pärast kojukirjutamist. Esimesel koduvisiidil hinnatakse ema füüsilist ja vaimset tervist, ema ja lapse heaolu, rinnaga toitmist ja lapse ikteerilisust. Tervishoiuassistent teeb regulaarseid koduvisiitide esimese 12 kuu jooksul, sealjuures on võimalik kokku leppida lisavisiitides [26, 27].

4.1.3. Holland

Hollandis toimib lisaks ämmaemanda koduvisiidile emadusõdede (holl *kraam-verzorgende*) süsteem. Ämmaemand teeb perele koduvisiidi pärast kojukirjutamist igal teisel päeval esimese kaheksa kuni kümne päeva jooksul, jälgides visiitidel ema tervist ja tehes vajadusel pisikirurgilisi protseduure. Ämmaemand teeb koostööd emadusassistentiga, kes teeb visiitidel ema ja lapse läbivaatuse, hindab rinnaga toitmist, annab informatsiooni vannitamise ja toitmise kohta, teeb kergemaid koduseid töid ja süüa ning vajadusel hoiab teisi lapsi. Esimese visiidi teeb emadusassistent juba 7.–8. raseduskuul. Emadusassistentide teenust on võimalik kõikidel peredel saada kokku 49 tundi, esimesel nädalal on seaduses sätestatud miinimum 24 tundi. Kohalik õde teeb esimese kodukülastuse kahe nädala jooksul pärast kojukirjutamist, tehes visiidil vastsündinule sõeluuringu. [28]

4.1.4. Kanada

Kanada Ontario osariigis võetakse emadega ühendust esimese 48 tunni jooksul pärast kojulubamist ja pakutakse koduvisiiti kõikidele emadele, kuid kindel koduvisiidi vajadus otsustatakse terviseõde (ingl *public health nurse*) poolt läbi viidud telefoniküsitluse või haiglas täidetud postnataalse sõeluuringu küsimustiku alusel. Kui pere läheb koju enne lapse 60 tunni vanuseks saamist, pakutakse perele tungivalt koduvisiiti. Koduvisiiti viib läbi kogenud terviseõde, kes hindab vastsündinu toitmist, vastsündinu ikteerilisust, ema füüsilist ja vaimset taastumist sünnitusest, ema enesekindlust lapse eest hoolitsemisel, ema-lapse suhet, kodu turvalisust, teadmisi vanemlikkusest ja vanemlikku võimekust, teadmisi vanemlikkuse toetamise võimalustest, perekonna suhteid ja kohanemist uue lapsega ning perekonna teiste laste arengut ja tervist. Probleemide korral saab koduvisiite tegev õde suunata lapse või ema erinevate spetsialistide juurde. [29]

4.1.5. Soome

Soomes teeb terviseõde kõigile emadele vähemalt ühe postnataalse koduviisi, mille eesmärk on ema ja lapse tervise hindamine, rinnaga toitmise nõustamine ning kodu turvalisuse kindlaks tegemine. Vajadusel tehakse postnataalseid koduviisi rohkem kui üks. Esmassünnitajatele tehakse kindlasti koduviisit ka enne lapse sündi, korduvsünnitajatele pakutakse samuti prenataalset koduviisi. Koduviisit on struktureeritud vastavalt kontrollkaardile, millel on seitse osa. Esimeses osas küsitakse ema hinnangut sünnitusele, teises vaadeldakse ema vaimset tervist, kolmandas hinnatakse pere kohanemist uue lapsega. Neljandas osas käsitletakse ema muresid lapse pärast, millega seostub viies osa, kus räägitakse, millise vaatenurga alt näeb ema oma last ja mis on emale kõige raskem (toitmine, magamine jne). Kuues ja seitsmes osa käsitlevad ema ja lapse vahelist suhtlemist ja sidet. [30, 31]

4.1.6. Norra ja Iirimaa

Norras [32] ja Iirimaal [33] teeb koduviisi terviseõde esimes(t)el nädala(te)l pärast kojukirjutamist. Norras jälgib last edasi perearst, kuid Iirimaal teeb õde järgmised koduviisid lapse 9 ja 18 kuu vanuses ning kaheaastaseks saamisel. Õde hindab koduviisidil imetamist, lapse arengut, lapse kaalu- ja kasvuiivet, ema meeleolu. Iirimaal nõustab õde hilisematel koduviisitidel ka lisatoidu andmise osas.

4.1.7. Saksamaa

Saksamaal teeb postnataalseid koduviisi ämmaemand, esimese kümne päeva jooksul pärast kojukirjutamist külastab ämmaemand pere iga päev. Pärast seda kuni kaheksa nädalat saab ema ämmaemandaga kontakteeruda ja vajadusel kokku leppida edasised koduviisid. Ämmaemand hindab visiitidel lapse ja ema füüsilist tervist ning annab nõuandeid lapse eest hoolitsemiseks. Ämmaemandusteenus on kaetud riikliku tervisekindlustusega. [34]

Sünnijärgsetel koduviisitidel on Euroopas pikaajalised traditsioonid, mis viitab nende tähtsusele ja vajalikkusele. Eeskätt on visiidid vajalikud vastsündinute ja emade tervise- ja sotsiaalsete riskide vähendamiseks.

4.2. Sünnijärgse koduvisiidi efektiivsus

Sünnijärgsetel nädalatel tehtud koduvisiidid tervishoiutöötajate või muu toetava personali poolt võivad ennetada terviseprobleemide krooniliseks muutumist, millel omakorda võib olla pikaajaline mõju naisele, lapsele ja kogu perekonnale. Sünnijärgselt sedastatakse sageli terviseprobleeme, nagu emade vaimse tervise häired või vastsündinute haigused [35].

4.2.1. Süstemaatiline ülevaade [Yonemoto *et al.* 2017, 35]

Süstemaatilises ülevaates käsitleti 12 randomiseeritud uuringut, mis kaasasid kokku üle 11 000 naise. Õe poolt tehtud koduvisiitide efektiivsust võrreldes kliinikuvisiitidega hindas neli uuringut [36–39], kus kokku uuriti 3917 naist, need uuringud ei vaadelnud aga tulemusnäitajana emade ja laste suremust.

Sekundaarsetest tulemusnäitajatest hinnati Yonemoto *et al.* süstemaatilises ülevaates kõigis eelnimetatud neljas uuringus emade pöördumist erakorralise meditsiini osakonda. Kokkuvõtvad andmed ei näidanud, et koduvisiitide või kliinikuvisiitide puhul oleks erinevust emade pöördumistes erakorralise meditsiini osakonda (RR 1,04; 95% CI 0,85–1,26).

Emade sünnitusjärgset depressiooni ja ärevust hindasid kolm uuringut [36–38], millest kaks [36, 38; kokku 2177 naist] mõõtsid naiste osakaalu, kellel olid kaks nädalat pärast sünnitust depressiooni sümptomid. Õe poolt tehtavate koduvisiitide rühmas ja kontrollrühmas (kliinikuvisiidid) olid depressiooni sümptomid sarnasel hulgal naistel (RR 1,10; 95% CI 0,93–1,30). Üks uuring [37; 513 naist] esitas kaks nädalat pärast sünnitust keskmisi skoori *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) testil, kus ei esinenud olulisi erinevusi.

Rinnaga toitmist hindasid kõik neli uuringut, kuid erinevatel ajahetkedel. Gagnon *et al.* [37] raporteerisid naiste osakaalu, kes toitsid ainult rinnaga vähemalt kaks nädalat. Rühmade vahel erinevusi ei leitud (RR 1,05; 95% CI 0,93–1,18). Escobar *et al.* [36] ja Lieu *et al.* [38] raporteerisid naiste osakaalu, kes lõpetasid rinnaga toitmise kaks nädalat pärast sünnitust, rühmade vahel erinevusi ei leitud (RR 0,93; 95% CI 0,78–1,12). Paul *et al.* [39] hindas naiste osakaalu, kes kaheksa nädalat pärast sünnitust toitsid rinnaga, rühmade vahel erinevust ei olnud (RR 1,09; 95% CI 1,00–1,18).

Vastsündinu ja imiku erakorralise meditsiiniabi vajadust käsitlesid kõik neli uuringut (3770 last). Escobar *et al.* [36] ja Lieu *et al.* [38] analüüsisid vastsündinute

rehospitaliseerimist laste kahe nädala vanuses, Paul *et al.* [39] hindasid vastsündinute erakorralise meditsiiniabi vajadust kuni teise elunädala lõpuni. Gagnon *et al.* [37] vaatlesid imikute rehospitaliseerimist kuni kaheksanda elunädala lõpuni. Kokkuvõtvad tulemused ei näidanud erinevusi vastsündinute ja imikute erakorralise terviseteenuse kasutamises koduvisiitide ja kliinikuvisiitide rühmade vahel (RR 1,11; 95% CI 0,86–1,43).

4.2.2. Süstemaatiline ülevaade [Turnbull *et al.* 2012, 40]

Süstemaatiline ülevaade hõlmas 803 naist ja käsitles koduvisiitide efektiivsust alkoholi- ja narkootikumiprobleemidega naistel. Rinnaga toitmise pikkuse ja koduvisiitide seost hindas kaks uuringut [41, 42]. Interventsioonirühmas (koduvisiit, $n = 133$) võrreldes kontrollrühmaga (ilma koduvisiitideta, $n = 127$) ei toidetud lapsi kuue kuu vanuses suurema tõenäosusega rinnaga (RR 0,95; 95% CI 0,83–1,10).

4.2.3. Randomiseeritud kontrollitud uuring [Kilburn *et al.* 2017, 43]

Uuringus oli kokku 215 vastsündinut, kus interventsioonirühmaks oli koduvisiite saavad lapsed ($n = 109$) ja kontrollrühmaks kliinikuvisiite saavad lapsed ($n = 106$). Interventsioonirühma lastega pöörduiti kolm korda väiksema tõenäosusega erakorralise meditsiini osakonda kui kontrollrühma lastega (keskmine_{kontroll} = 0,42; keskmine_{interventsioon} = 0,28, $p = 0,02$).

4.2.4. Randomiseeritud kontrollitud uuring [Dodge *et al.* 2013, 44]

Randomiseeritud uuringus oli interventsioonirühmal (õe koduvisiidid, $n = 260$) sünni ja esimese eluaasta vahel 50% vähem erakorralise meditsiiniabi vajadust kui kontrollrühmal ($n = 271$): keskmine_{kontroll} = 1,57, keskmine_{interventsioon} = 0,78, $p < 0,001$.

4.3. Sünnijärgse koduvisiidi kulutõhusus

Pauli *et al.* [45] retrospektiivse kulude analüüsiga hõlmati 2967 vastsündinut, kes kirjutati koju ühest keskusest Ameerika Ühendriikides jaanuaris 2000. aastal kuni detsembrini 2002. aastal. Vastsündinutest 11%-l ($n = 326$) lepitati kokku ämmaemanda koduvisiit ja 2461 juhul koduvisiiti ei toimunud. Kaks koduvisiidi saanud lastest (0,6%) rehospitaliseeriti 10 päeva jooksul, koduvisiiti mittesaanudest rehospitaliseeriti 73 last (2,8%), mis on oluline erinevus kahe rühma vahel ($p = 0,01$). Koduvisiiti mittesaanud vastsündinutest vajasisid 3,5% esimese 10 elupäeva jooksul visiiti

erakorralise meditsiini osakonda, koduvisiiti saanud vastsündinutest ei vajanud visiiti erakorralise meditsiini osakonda keegi. Võttes kokku rehospitaliseerimise ja erakorralise meditsiini osakonda pöördumised, ei vajanud 99,4% patsientidest, kellele tehti koduvisiit, 10 esimese päeva jooksul erakorralist abi, samas kui 94,5% koduvisiiti mittesaanud lastest vajas erakorralist abi ($p = 0,0001$). Pärast sünnitusmajast kojukirjutamist oli esimese kümne elupäeva jooksul koduvisiidi saanud lapse tervishoiuteenuse hind 109,8 dollarit. Lapsel, kelle juurde koduvisiiti ei tehtud, ent kes vajas erakorralist abi, oli tervishoiuteenuse hind keskmiselt 118,7 dollarit. Võrreldes koduvisiidi mittesaanud lastega oli koduvisiidi korral tervshoiukulude kokkuvõtte 181,8 dollarit ühe lapse kohta.

Kulutõhususe analüüs Suurbritannia mitmekeskeskusest kontrollitud uuringust [46], kus 131 naist randomiseeriti intensiivse skeemiga koduvisiitide ($n = 67$) ja tavapärase postnataalse jälgimisega kontrollrühma ($n = 64$) ning naisi jälgiti 18 kuud, hindas kulutõhusust ühiskonna perspektiivist. Keskmised „ühiskondlikud kulud“ kontrollrühmas olid 2874 naela ja koduvisiidirühmas 7120 naela (vahe 4246 naela, $p < 0,000$). Tervishoiuteenuste keskmised kulud olid 3324 naela kontrollrühmas ja 5685 naela koduvisiidigrupis (erinevus 2361 naela, $p < 0,000$). Ainukesed statistiliselt olulised erinevused olid ema tähelepanelikkuses (8,20 kontrollrühmas vs. 9,27 interventsioonirühmas) ja kohandumises lapse käitumisega (7,92 kontrollrühmas ja 9,35 interventsioonirühmas). Täiendkulu tõhususe määra ema tähelepanelikkuse ja lapse käitumisega kohandamise osas oli kokku 3246 naela ühe naise kohta.

Kokkuvõttes on koduvisiitide efektiivsuse kohta tehtud vähe uuringuid kontrollitud tingimustes, sest sünnitajate ja vastsündinute rühm on sedavõrd heterogeenne, et randomiseerimiseks sobilikke kriteeriume on väga keeruline defineerida ja järgida.

Ka kulutõhususe uuringuid on tehtud üksikuid ehk sisulist informatsiooni koduvisiidi majandusliku tõhususe kohta teaduskirjanduses ei ole.

5. Sünnijärgse koduvisiidi sihtrühm ja korraldus Eestis

Eestis on ühes aastas ligikaudu 14 000 sünnitust, millest vähem kui 100 on planeeritud või planeerimata kodusünnitused. Esmassünnitajaid on 40% sünnitajatest, 80% sünnitustest on peresünnitused. Keisrilõike abil toimub 20% sünnitustest. Eesti sünnitusabiasutustes on keskmine sünnitusjärgne viibimine vahemikus 2,4–2,8 päeva. [TAI tervishoiustatistika]

2016. aastal külastas sünnitaja raseduse ajal naistearsti keskmiselt 3,8 korda ja ämmaemandat keskmiselt 6 korda. Andmed puuduvad 7% sünnitajate kohta. [Sünniregistri 2016 aastaraamat]

2019. aastal kinnitati „Lapse tervise jälgimise juhend“, milles sõnastati vastsündinu läbivaatuse kohta kaks soovitus:

1. Teostage vastsündinu läbivaatus 5.–7. elupäeval ja 14 päeva vanuses perearstikeskuses või kodus vastavalt tervislikele ja sotsiaalsetele näidustustele, arvestades sünnitusabiteenust osutava meeskonna hinnangut.

See soovitus eeldab, et perearstikeskusele edastatakse sünnitusabiteenust osutava meeskonna hinnang. Hindamine annab kindluse, et sekkumine on vajalik ja välja valitakse vastsündinu terviseriskide ennetamiseks koduvisiidist potentsiaalselt kasu saavad pered. Selleks soovitab tööühm sünnitusosakondades Calgary sõeluuringuvahendit (ingl *Calgary postpartum screening test*), mille küsimustele vastates peaksid selguma riskirühmad, kellele sekkumine on vajalik. Koduvisiit on näidustatud vastsündinu terviseriskide ennetamiseks. Lisaks riskide selgitamisele Calgary sõeluuringuvahendi [47] abil võib esineda veel teisi sünnitusabi meeskonna poolt kirjeldatud asjaolusid (kodused tingimused, ema vähene enesekindlus lapse eest hoolitsemisel jne), mille tõttu on koduvisiit vajalik.

Soovituse põhjal on võimalik teha nii 5.–7. elupäeva kui ka 14. elupäeva visiit perearstikeskuses ja koduvisiiti mitte teha. Kui sünnitusabimeeskond on ema terviseriskidest lähtudes hinnanud koduvisiidi vajalikuks, tuleks sellest perearstikeskusele teada anda, et koduvisiit kindlasti toimuks.

2. Vastsündinu varasel kojukirjutamisel (s.o < 48 elutundi või < 96 elutundi keisrilõike korral) teeb lapse esmase järelkontrolli 5.–7. elupäeval lastearst sünnitusabiteenust osutavas asutuses.

See soovitus külastada järelkontrolliks lastearsti aitab märgata vastsündinu terviseprobleeme ja on juhendi kontekstis asjakohane. Samas ei aita lastearsti külastamine märgata ja lahendada sünnitaja terviseprobleeme ega ennetada kodusest elukorraldusest tulenevaid terviseriske. Kui sünnitusabimeeskond hindab koduvisiidi vajalikuks, tuleb perearsti meeskonnal teha koduvisiit ka lastearsti visiidi toimumisest sõltumata.

5.1. Sünnijärgne jälgimine Eestis

Eestis hetkel kasutuses olevad sünnitusabi ja emadushoolduse osutamist reguleerivad juhendid [48, 49] käsitlevad postnataalseid ema ja vastsündinuga seotud tegevusi vähesel määral. Eesti Naistearstide Seltsi, Eesti Ämmaemandate Ühingu ja Eesti Perinatoloogia Seltsi poolt heakskiidetud „Juhend normaalse sünnituse käsitlemiseks“ kirjeldab peatükis 8 soovitusi sünnitaja ja vastsündinu jälgimiseks varases sünnitusjärgses perioodis. Nimetatu on aluseks asutusesisese töökorralduse planeerimisele ning ema ja lapse jälgimisele varases sünnitusjärgses perioodis enne sünnitustoast sünnitusjärgsesse palatisse saatmist. Edasise sünnitusjärgse jälgimise osas on riiklikud juhised ebaühtlased ning haiglad toetuvad töökorralduse planeerimisel rahvusvahelistele soovitudele ja kogemusele.

Kõik sünnitajad üle Eesti saavad sünnitusmajast kojukirjutamisel kaasa soovitusel 4–6 nädalat peale sünnitust pöörduda rasedust jälginud tervishoiutöötaja juurde ambulatoorsesse sünnitusjärgsesse kontrolli. Selle külastuse eesmärk on hinnata ema taastumist sünnitusest, nõustada kontratseptsiooni ning vastsündinu hoolduse ja imetamise teemadel. Ambulatoorse ämmaemandusabi, sealhulgas ka koduvisiidi käigus ämmaemanda poolt iseseisvalt läbiviidavad tegevused on loetletud sotsiaalministri määruses nr 44 „Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord“ [50].

Sünnitusjärgse jälgimise korralduse kirjeldamisel on oluline ka imetamise nõustamisega seotud teenuste kättesaadavus haiglast väljakirjutamise järel. Imetamise ja lapse toitmise seotud küsimustes on emadel võimalus pöörduda kas suuremate haiglate juures töötavatesse imetamise nõustamise kabinettidesse, mis ravikindlustuse olemasolul rahastatakse Eesti Haigekassa eelarvest, või MTÜ Sünni ja Imetamise Eesti Tugiühingu kogemusnõustaja juurde. Samuti on toitmisküsimustes emadele kättesaadavad nii haiglate juures toimivad nõuandetelefonid kui ka erainitsiatiivil

ja patsiendi osalusega rahastatavad nõuandeliinid, ämmaemandate vastuvõtud ja ämmaemanda nõuandetelefon.

Sünnitusjärgse jälgimise protokoll ja koduvisiidi nõue ning hilisem järelkontroll on juhendites täpselt kirjeldatud vaid planeeritud kodusünnituse korral.

Ämmaemandusabi sünnitusjärgsel perioodil

Vastavalt NICE soovitudele [51] on sünnitusjärgse emadushoolduse osutamisel eelistatavam spetsialist ämmaemand. Vaid tüsistunud sünnitusjärgse kulu korral kaasatakse sünnitanu ravi planeerimisse naistearst. Vastsündinu adaptatsiooni hindamisel ja jälgimisel kaasab ämmaemand sünnitusmajas neonatoloogi või pediatrit vastavalt vajadusele, kuid toimuma peab vähemalt üks-kaks korralist lastearsti läbivaatust enne ema ja vastsündinu haiglast väljakirjutamist [52]. Sünnitaja väljakirjutamisel on haiglate praktikad seoses konkreetsete juhiste puudumisega erinevad, näiteks Ida-Tallinna Keskhaigla on varase kojukirjutamise korral taganud plaaniliselt sünnijärgse koduvisiidi emale ja lapsele.

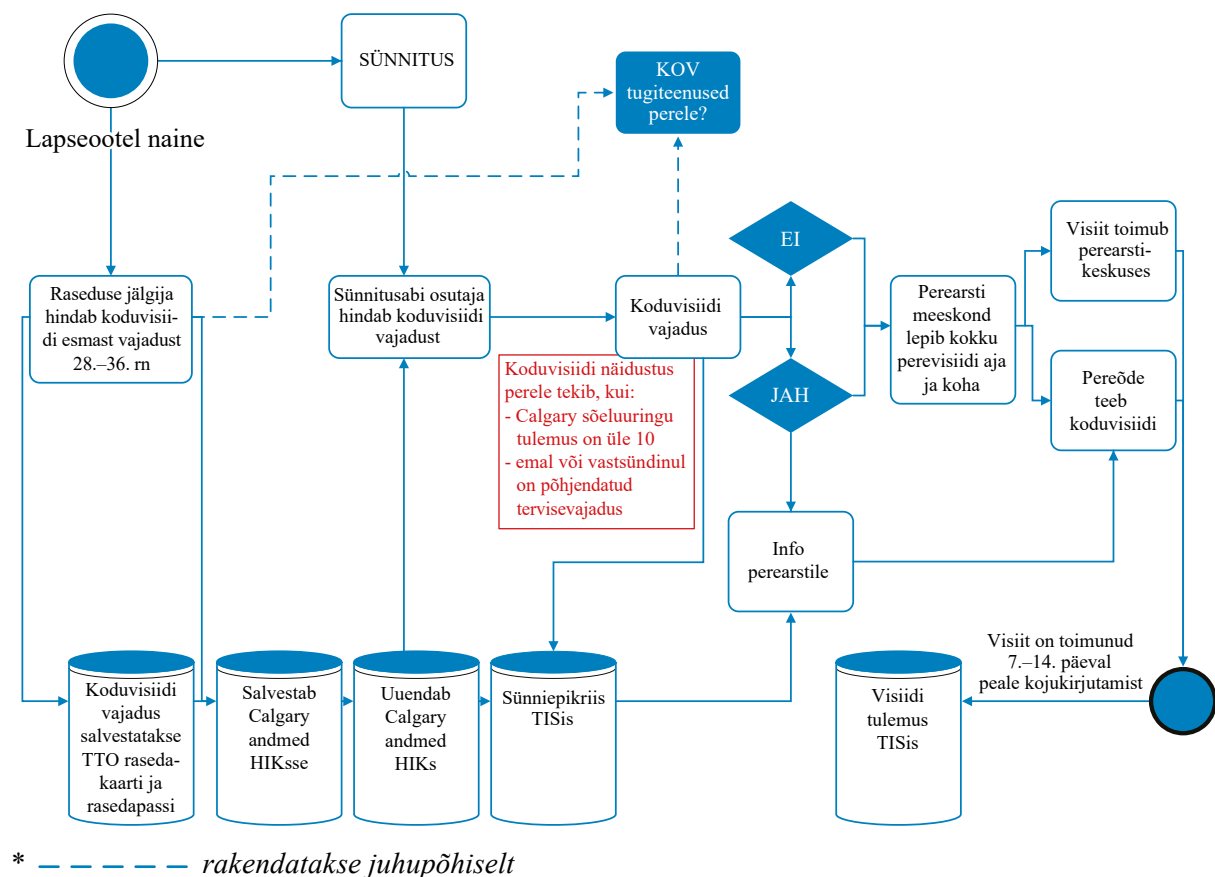
Koduvisiitide arvud Eestis

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste statistika alusel on ämmaemanda sünnitusjärgse visiidi (teenus 3038) eest tasutud aastatel 2016–2018 vastavalt 225, 206 ja 248 korral.

„Kuni 18-aastaste laste tervisekontrolli juhend“ [53], mis avaldati 2009. aastal, nägi ette, et vastsündinu esimesel elunädalal toimus pereõe visiit kas kodus või perearstikeskuses vastavalt kokkuleppele. Järgmine visiit lapse 14 elupäeva vanuses pidi toimuma perearstikeskuses. Koduvisiite teevad perearstid ja pereõed aastas ligikaudu 30 000, kuid statistika ei erista sünnitusjärgseid koduvisiite, mistõttu on vastsündinu koduvisiitide täpne arv teadmata.

5.2. Sünnijärgse koduvisiidi korraldus tulevikus

Eestis on otstarbekas lähiaastatel luua süsteem, kus sünnijärgseid koduvisiite esmassünnitajatest ja korduvsünnitajatest riskirühmade peredele teeb pereõde või ämmaemand. Koduvisiitide käigus on võimalik hinnata sotsiaalseid ja toimetulekuga seotud riske ja jõuda peredeni, kes ise aktiivselt tervishoiusüsteemi abi ei otsi ega abivajadust tunnetata. See on rakendatav lähiaastatel, kui uued tervisekeskused on välja kujunenud ja kõigi perearstikeskuste sisuline võimekus teenust pakkuda on oodatud tasemel, st koduvisiiti tegev ämmaemand või pereõde on vajalike teadmiste, oskuste ja kogemusega. Ühe nimistuga perearstikeskus võib osta teenust vastava pädevusega ämmaemandalt, õelt või asutuselt. Samuti arendab riik hindamisvahendite keskkonda (HIK), kus saab hindamisi salvestada ja andmeid vahetada. HIKga liidestumine ja turvaline andmevahetus nõuab ressursi teenusepakkujalt, kes osutab rasedus- ja sünnitusabi.



Joonis 1. Koduvisiiditeenuse korraldus tulevikus

Tulevikus võiks sünnijärgne koduvisiit toimuda lapse 5.–7. elupäeval valdava osa (70–80%) esmassünnitajate juurde ja korduvsünnituste korral riskirühma sünnitajate juurde (20–30%).

Otsus koduvisiidi näidustuse kohta on kaheetapiline. Esimese hinnangu koduvisiidi vajadusele annab patsiendi rasedust jälgiv ämmaemand või arst. Hindamiseks kasutatakse digitaliseeritud Calgary sõeluuringuvahendit, mis on kättesaadav spetsiaalses hindamisvahendite keskkonnas (HIK). Vajalike andmete kogumine peab olema toimunud raseduse III trimestril, hiljemalt 28.–36. nädalale jääval korralisel visiidil. Sõeluuringu esmane tulemuskoor ja soovitus koduvisiidi eeldatava vajalikkuse kohta fikseeritakse rasedakaarti või lisatakse elektrooniliselt raseduse jälgimise dokumentatsiooni ja paberkandjal olevasse rasedakaarti.

Sünnitusele järgneval perioodil avavad sünnitusosakonna töötajad HIKs täidetud Calgary sõeluuringuvahendi, uuendavad vajadusel andmeid ning vormistavad lõpphinnangu, arvestades sünnituse ja sünnitusjärgse perioodi kulgu, ema ja lapse tervisevajadusi ning Calgary küsimustikust tulenevat infot. Kombineeritud hinnangu, mis arvestab sünnitusabi anamneesi ja tervisest tulenevate riskiteguritega (näiteks riskirasedus, sünnitusjärgse taastumisega seonduvad terviseprobleemid, rinnaga toitmise raskused jne) dokumenteerib sünnitusabi osutaja patsiendi terviseloos ja sünniepikriisis. Juhupõhiselt teavitatakse abi vajavast perest ka kohaliku omavalitsuse lastekaitse- või sotsiaaltöötajat, mida võib teha ka varem, kui on ilmnunud esimese koduvisiidi vajadus.

Lapse tervise jälgimise juhendi koostamise perioodil läbi viidud Calgary sõeluuringuvahendi katsetamise kogemus näitas, et sõeluuringuvahend selgitab välja sotsiaalse ja perevägivalla riskiga pered juhul, kui küsimustele vastatakse ausalt ning järgitakse küsimustiku täitmise reeglistikku. Näiteks perevägivalda puudutavate küsimuste esitamisel palutakse isal küsitluses mitte osaleda ega selle juures viibida.

Kui sünnitusosakond ei hinda koduvisiiti näidustatuks, võib perearst selle vajadust uuesti hinnata, lähtudes olemasolevast informatsioonist sünnitaja tervisliku seisundi, koduste elamistingimuste ja tugiisikute kohta. Samuti tuleb arvestada, et kohaliku omavalitsuse lastekaitse- või sotsiaaltöötaja tehtud kodukülastus sotsiaalse toimetuleku hindamiseks **ei asenda** tervishoiutöötaja läbiviidavat kliinilise sisuga sünnitusjärgset koduvisiiti.

Sünnijärgse koduvisiidi teeb kas ämmaemand või pereõde, kes järgib selle käigus spetsiaalselt väljatöötatud protokoll, mille näidis on esitatud siinse raporti lisas 1. Näidis on arendusfaasis.

6. Eelarve mõju analüüs

Sünnijärgne koduvisiit Eestis tuleks korraldada vastavalt riskihinnangule, mis kujuneb sünnitusmeeskonna ja perearstikeskuse koostöös. Koduvisiitidest enamus tuleks teha esmassünnitajate juurde. Korduvsünnitajatest vajab koduvisiiti vähem.

Eelarve planeerimisel sobib koduvisiidi koguarvu hinnangu aluseks võtta sünnikohort 14 000. Esmassünnitajaid on 40% ja neist 70–80% ehk 3900–4500 vajaks koduvisiiti. Korduvsünnitajatest võiks riskirühma suurus olla 20–30% ehk 1700–2500 naist. Kokkuvõttes toimuks koduvisiite aastas 5600–7000 ehk poolte naiste juurde.

Ühe koduvisiidi kestuseks koos transpordiga tuleb planeerida 1,0–1,5 tundi ehk tööpäevaga jõuab üks vastava väljaõppega ämmaemand või pereõde külastada maksimaalselt 4–5 naist ja seejärel vastava dokumentatsiooni vormistada. Aastane täiskoha töökoormus (250 tööpäeva) kataks kokku 1000 sünnitajat ehk kogu Eesti peale vastab aastane töömaht vähemalt 8–9 täiskohaga ämmaemanda/pereõe töökoormusele.

Ühe täiskoha palgafond koos tööjõumaksudega on suurusjärgus 200 000 – 250 000 eurot, mis, jagades 7000 koduvisiidiga, teeb visiidi orienteeruvaks maksumuseks 30–35 eurot. Tööjõukuludele lisanduvad transpordikulud ja halduskulud (kontor, IT-ühendus jne) ehk koduvisiidi maksumus võiks olla orienteeruvalt 50 eurot.

Koduvisiiditeenust võiks tulevikus rahastada sarnaselt tavalise ambulatoorse teenusega ehk arvete ja täiendava lepingu alusel perearstikeskustega. Koduvisiiditeenust võib osutada perearsti-/tervisekeskus omaenda väljaõppinud personaliga või osta sisse spetsiaalse ettevalmistusega koduse ämmaemandusteenuse või koduõeteeuse osutajalt.

7. Järeldused ja soovitused

1. Teadusuuringute tulemused ja arenenud riikide kogemus näitab, et sünnijärgne koduviit aitab märgata ja ennetada sünnitanud naise ja vastsündinu terviseriske ning toetab lapsele sobivate kasvutingimuste kujunemist.
2. Sünnitusjärgse haiglas viibimise lühenemisel on potentsiaalseteks probleemideks vastsündinute ja nende emade tervisehäirete mittemärkamine, raskused rinnapiimaga toitmise, mis viivad varasele rinnapiimaga toitmise lõpetamisele, emade vähenenud enesekindlus lapse eest hoolitsemisel professionaalse toe puudumise tõttu ja sünnitusjärgse depressiooni suurenenud risk. Kõige selle tõttu võib tõusta emade ja vastsündinute rehospitaliseerimise määr.
3. Sünnijärgsetel koduviitidel on Euroopas pikaajalised traditsioonid, mis viitab nende tähtsusele ja vajalikkusele. Eeskätt on visiidid vajalikud vastsündinute ja emade tervise- ja sotsiaalsete riskide vähendamiseks.
4. Koduviitide efektiivsust on kontrollitud tingimustes uuritud vähe, sest sünnitajad ja vastsündinud moodustavad sedavõrd heterogeense rühma, et randomiseerimiseks sobilikke kriteeriume on väga keeruline defineerida ja järgida. Ka kulutõhususe uuringuid on tehtud üksikuid ehk informatsiooni koduviidi majandusliku tõhususe kohta teaduskirjanduses ei ole.

Soovitused

1. Eestis on otstarbekas lähiaastatel üles ehitada süsteem, et sünnijärgsed koduviidid toimuks esmassünnitajatele ja riskirühma korduvsünnitajatele, st neile, kellele on koduviit hinnatud riskidest ja/või tervises seisundist tulenevalt näidustatud. Koduviitide käigus on võimalik hinnata sotsiaalseid ja toimetulekuga seotud riske ja jõuda lapsevanemateni, kes ise aktiivselt tervishoiusüsteemi abi ei otsi ega abivajadust tunneta.
2. Koduviidi sihtrühmaks on sünnitajad, kes vajavad haiglast väljakirjutamise järel sünnitusabimeeskonna hinnangul täiendavat toetust, mis tagaks õigeaegse sekkumise nii vastsündinu kui ka sünnitaja terviseriskide ilmnemisel.
3. Süsteemi rakendumist toetavad lähiaastatel välja kujunevad uued tervisekeskused, kus on olemas oodatud tasemel sisuline võimekus, st tervisekeskuste meeskonnas on koduviitide tegemiseks ämmaemand või pereõde, kel on vajalikud teadmised, oskused ja kogemused.

4. Süsteemi rakendumist toetab ühtne hindamisvahendite keskkond, mis võimaldab liidestumisel kiirendada Calgary sõeluuringuvahendi täitmist ning võimaldab jagada seotud osapooltele hinnangute sisu.

5. Koduvisiiditeenust on otstarbekas korraldada eraldi kohustusliku komponendina perearstiabi rahastamisel, mil koduvisiiditeenust osutab või tellib perearsti-/tervisekeskus ja esitab selle kohta teenuse- ja isikupõhise arve haigekassale. Teenus ei oleks piiratud lepingumahtudega.

Kasutatud kirjandus

1. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
2. Rush J, Chalmers I, Enkin M. Care of the new mother and baby. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC editor(s). *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1989:1341–4.
3. Waldenström U, Sundelin C, Lindmark G. Early and late discharge after hospital birth. Health of mother and infant in the postpartum period. *Ups J Med Sci*. 1987;92(3):301–14.
4. Britton JR, Britton HL, Beebe SA. Early discharge of the term newborn: a continued dilemma. *Pediatrics*. 1994 Sep;94(3):291–5.
5. Hellman LM, Kohl SG, Palmer J. Early hospital discharge in obstetrics. *Lancet*. 1962 Feb 3;1(7223):227–32.
6. Benahmed N, San Miguel L, Devos C, Fairon N, Christiaens W. Vaginal delivery: how does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 06;17(1):289.
7. Lapse tervise jälgimise juhend, RJ-Z, Ravijuhendite nõukoda. 2019. Teemaalgataja: Sotsiaalministeerium. <https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/130/lapse-tervise-jalgimise-juhend#52f90d4b>
8. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(3):CD002958.
9. Kärema A, Bartels I, Raag L. Sünnituse järel vara koju kirjutatud emade oskused ja terviseprobleemid 3–5 päeva pärast ämmaemanda sünnitusjärgset koduvisiiti. *Eesti Arst* 2015;94(4):72–76.
10. Malkin JD, Garber S, Broder MS, Keeler E. Infant mortality and early postpartum discharge. *Obstet Gynecol*. 2000 Aug;96(2):183–8.
11. Beebe SA, Britton JR, Britton HL, Fan P, Jepson B. Neonatal mortality and length of newborn hospital stay. *Pediatrics*. 1996 Aug;98(2 Pt 1):231–5.
12. Carty EM, Bradley CF. A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. *Birth*. 1990 Dec;17(4):199–204.
13. Gagnon AJ, Edgar L, Kramer MS, Papageorgiou A, Waghorn K, Klein MC. A randomized trial of a program of early postpartum discharge with nurse visitation. *Am J Obstet Gynecol*. 1997 Jan;176(1 Pt 1):205–11.
14. Sainz Bueno JA, Romano MR, Teruel RG, Benjumea AG, Palacín AF, González CA, et al. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Sep;193(3 Pt 1):714–26.
15. Yanover MJ, Jones D, Miller MD. Perinatal care of low-risk mothers and infants. Early discharge with home care. *N Engl J Med*. 1976 Mar 25;294(13):702–5.

16. Boulvain M, Perneger TV, Othenin-Girard V, Petrou S, Berner M, Irion O. Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG*. 2004 Aug;111(8):807–13.
17. Smith-Hanrahan C, Deblois D. Postpartum early discharge: impact on maternal fatigue and functional ability. *Clin Nurs Res*. 1995 Feb;4(1):50–66.
18. Brooten D, Roncoli M, Finkler S, Arnold L, Cohen A, Mennuti M. A randomized trial of early hospital discharge and home follow-up of women having cesarean birth. *Obstet Gynecol*. 1994 Nov;84(5):832–8.
19. Bayoumi YA, Bassiouny YA, Hassan AA, Gouda HM, Zaki SS, Abdelrazek AA. Is there a difference in the maternal and neonatal outcomes between patients discharged after 24 h versus 72 h following cesarean section? A prospective randomized observational study on 2998 patients. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(8):1339–43.
20. Plusquin C, Uvin V, Drakopoulos P, De Brucker P, Rosetti J, Francotte J, et al. Reduction of hospital stay at maternity unit: an evaluation of the impact on maternal and neonatal readmission. *J Obstet Gynaecol*. 2019 Jul 13;1–7.
21. Malkin JD, Broder MS, Keeler E. Do longer postpartum stays reduce newborn readmissions? Analysis using instrumental variables. *Health Serv Res*. 2000 Dec;35(5 Pt 2):1071–91.
22. Ramírez-Villalobos D, Hernández-Garduño A, Salinas A, González D, Walker D, Rojo-Herrera G, et al. Early hospital discharge and early puerperal complications. *Salud Publica Mex*. 2009 Jun;51(3):212–8.
23. Kamerman SB, Kahn AJ. Home Health Visiting in Europe. *The Future of Children*. 1993;3(3):39–52.
24. National Collaborating Centre for Primary Care (UK). Postnatal Care: Routine Postnatal Care of Women and Their Babies [Internet]. London: Royal College of General Practitioners (UK); 2006 [cited 2019 Oct 14]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55925/>
25. National Health Services (NHS). Routine postnatal care of women and their babies. 2018. Available from: www.meht.nhs.uk [Accessed 8th of September 2019].
26. Sundhedsstyrelsen. New in Denmark – pregnancy and birth [pamphlet]. Denmark: Sundhedsstyrelsen; 2016.
27. The Region of Southern Denmark. Pregnancy, childbirth and maternity. Denmark: The Region of Southern Denmark; 2016.
28. Amelink-Verburg MP. The role of primary care midwives in the Netherlands. Evaluation of midwifery care in the Dutch maternity care system: a descriptive study [PhD thesis]. Amsterdam: AMC-UvA; 2011.
29. Ministry Of Health and Long-Term Care. Postpartum Implementation Guidelines for the Healthy Babies. Healthy Children Program [Internet]. [cited 2019 Aug 8]. Available from: <http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/child/hbabies/postpartum.html>
30. National Institute for Health and Welfare. We're having a baby. Helsinki: THL; 2019.

31. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena: opas työntekijöille. 2004. Available from: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/74223> [Accessed 6th of August 2019].
32. Norwegian Directorate of Health. Pregnancy, birth and the postnatal period in Norway. Oslo: Norwegian Directorate of Health.;2013.
33. Citizens Information Board. Maternity care and the public health nurse [Internet]. [cited 2019 Aug 26]. Available from: https://www.citizensinformation.ie/en/birth_family_relationships/after_your_baby_is_born/maternity_care_and_public_health_nurse.html
34. AngloInfo. Postnatal Care [Internet]. [cited 2019 Sep 2]. Available from: <https://www.angloinfo.com/how-to/germany/healthcare/pregnancy-birth/postnatal-care>
35. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 02;8:CD009326.
36. Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L, Odouli R, Coleman-Phox K, Capra AM, et al. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics*. 2001 Sep;108(3):719–27.
37. Gagnon AJ, Dougherty G, Jimenez V, Leduc N. Randomized trial of postpartum care after hospital discharge. *Pediatrics*. 2002 Jun;109(6):1074–80.
38. Lieu TA, Braveman PA, Escobar GJ, Fischer AF, Jensvold NG, Capra AM. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge. *Pediatrics*. 2000 May;105(5):1058–65.
39. Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, Hollenbeak CS, Alleman N, Sturgis SA, et al. A randomized trial of single home nursing visits vs office-based care after nursery/maternity discharge: the Nurses for Infants Through Teaching and Assessment After the Nursery (NITTANY) Study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012 Mar;166(3):263–70
40. Turnbull C, Osborn DA. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jan 18;1:CD004456.
41. Bartu A, Sharp J, Ludlow J, Doherty DA. Postnatal home visiting for illicit drug-using mothers and their infants: a randomised controlled trial. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2006 Oct;46(5):419–26.
42. Quinlivan JA, Box H, Evans SF. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2003 Mar 15;361(9361):893–900.
43. Kilburn MR, Cannon JS. Home Visiting and Use of Infant Health Care: A Randomized Clinical Trial. *Pediatrics*. 2017;139(1).
44. Dodge KA, Goodman WB, Murphy RA, O'Donnell K, Sato J. Randomized controlled trial of universal postnatal nurse home visiting: impact on emergency care. *Pediatrics*. 2013 Nov;132 Suppl 2:S140-146.
45. Paul IM, Phillips TA, Widome MD, Hollenbeak CS. Cost-effectiveness of postnatal home nursing visits for prevention of hospital care for jaundice and dehydration. *Pediatrics*. 2004 Oct;114(4):1015–22.

46. McIntosh E, Barlow J, Davis H, Stewart-Brown S. Economic evaluation of an intensive home visiting programme for vulnerable families: a cost-effectiveness analysis of a public health intervention. *J Public Health (Oxf)*. 2009 Sep;31(3):423–33.
47. CalgaryPostpartumScreenFinalReport.pdf [Internet]. [cited 2019 Sep 30]. Available from: http://www.ahvna.org/tiny_uploads/forms/measurementtoolkit/CalgaryPostpartumScreen-FinalReport.pdf
48. Juhend normaalse sünnituse käsitlemiseks 2014. <https://www.ammaemand.org.ee/wp-content/uploads/2013/09/s%C3%BCnnituse-juhend.kinnitatud.-ENS.E%C3%84%C3%9C.2014.pdf>
49. Ämmaemanda kutsestandard <https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/vaata/10684540>
50. Sotsiaalministri 02.07.2014 määrus nr 44. Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord. <https://www.riigiteataja.ee/akt/109072014023>
51. Safe midwifery staffing for maternity settings. NICE Guideline 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng4/resources/safe-midwifery-staffing-for-maternity-settings-pdf-51040125637>
52. Sotsiaalministri 19.08.2004 määrus 103. Haigla liikide nõuded. <https://www.riigiteataja.ee/akt/793970?leiaKehtiv>
53. Kuni 18-aastaste laste tervisekontrolli juhend. https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/0-18%20tervisekontroll04012010_16plik.pdf

Lisa 1. Sünnijärgse koduvisiidi näidisprotokoll

(Ida-Tallinna Keskhaigla ämmaemandate praktika 2019. aastal)

Koduvisiite tehakse igal tööpäeval ning erandkorras ka puhkepäeviti.

Visiidi toimumise päeva hommikul võtab visiiti minev ämmaemand või õde perega telefoni teel ühendust, täpsustab, kuidas on kodusolek sujunud ja kas on probleeme, ning informeerib orienteeruvast ajavahemikust, millal koduvisiiti jõutakse.

Keskmine ajakulu ühe pere juures kodus on 20–45 minutit, mille jooksul tehakse ema ja lapse läbivaatus, sh kaalutakse last ja võimalusel palutakse emal teha imetamise demonstratsioon. Lisaks hinnatakse koduse keskkonna sobivust ja nõustatakse ema lähtuvalt ema ja lapse tervises seisundist.

Tegevused koduvisiidi käigus:

- naise sünnitusjärgse perioodi kulu jälgimine;
- naise läbivaatuse tegemine ja lahkliha/keisrilõikuse haava paranemise hindamine;
- rindade seisundi hindamine, vererõhu ja pulsi mõõtmine;
- imetamisprotsessi jälgimine ja hindamine;
- naise nõustamine ja juhendamine: enesehooldusvõtted, lahklihahaava hooldus ja ravi, rindade hooldus, sünnitusjärgsed võimlemisharjutused, imetamisaegne toitumine;
- imetamisalane nõustamine: imetamisasendid, imetamise kestvus, söötmiskorrad;
- naise õpetamine enese abistamiseks piimapaisu tekkimisel;
- vastsündinu läbivaatamine, üldseisundi, adaptatsiooni ja arengu hindamine;
- vastsündinu hoolduse õpetamine;
- vanemate nõustamine vastsündinu ja imiku arengu, toitumise osas;
- naha, naba ja silmade hoolduse ning üldiste hooldusvõtete õpetamine;
- vajadusel vastsündinu vannitamisel abistamine, masseerimisvõtete soovitamine;
- informeerimine vastsündinu tervisliku seisundi ohutunnustest;
- sünnitusjärgse kontratseptsioonialane nõustamine;
- koduse keskkonna, olmetingimuste hindamine, soovitud ohutegurite märkamisel (mähkimisaluse ohtlik asukoht, külm korter).

Kiiret sekkumist vajavate probleemide korral, nagu näiteks tugevalt ikteeriline nahk või patoloogiline kaalukadu vastsündinul, on ämmaemandal kohe võimalik konsulteerida sünnitusmaja pediaatriga, kes vastavalt olukorrale nõustab edasise

jälgimisplaani korraldamise osas (nt ambulatoorne visiit sünnitusmajja koos analüüside võtmisega).

Koduvisiidi ajal teeb ämmemand või õde märkmed paberkandjal olevasse protokollile ja oma töökohta tagasi jõudes või sellele järgneval päeval dokumenteerib koduvisiidi toimumise kliinilises infosüsteemis ning koostab epikriisi.

Home health visits in the early postpartum period

Summary

Objectives: To estimate the value of home health visits in the early postpartum period in Estonia by analysing the available evidence, health service use and related costs.

Methods: A literature review in PubMed database and clinical guidelines was carried out for effectiveness of early home health visits and evidence on cost-effectiveness. Budget impact calculation were performed for implementing this service in Estonia.

Results: According to guidelines and current practices, proactive home health visit of a newborn is implemented in most developed countries. It is perceived to be an important tool to identify health risks of the baby as well as of the household. Home health visits are carried out by health nurses or midwives. The aim of home health visit is to ensure best advice and support to the mother about caring and breastfeeding the newborn.

There are very few controlled studies on efficacy and cost-effectiveness of home health visits as compared to visits to the doctors office or hospital. However, there is a wide consensus, that home health visits should be carried out in case of early hospital discharge and for follow-up of women having cesarean birth.

Conclusions: It is proposed to develop a system of early home health visits in Estonia in order visit most of first-time mothers and selected cases of recurrent childbirth. The need for the home visit should be assessed and documented formally using appropriate methodologies and instruments. The postpartum home health visits should be carried out by a health nurse or midwife, who is skilled and experienced in maternal and newborn care.

The full report (in Estonian language) is available on the University of Tartu Public Health Library website <http://rahvatervis.ut.ee>

Citation: Saare L, Arusaar V, Kalda R, Kiivet R-A. *Sünnijärgse koduvisiidi mõju hindamine*. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2019.

