

# Sünnitusabist

**Made Laanpere – TÜ naistekliinik, Eesti Naistearstide Seltsi president**



Made Laanpere

Pärast iseseisvuse taastamist tegi sünnitus- ja perinataalabi läbi tohutu arenguhüppe ning Eesti ravikvaliteedi näitajad on rahvusvahelise hinnangu põhjal nüüdseks jõudnud maailma parimate hulka. Näiteks on perinataalne suremus vähenenud kuus korda, vastsündinute suremuse poolest on Eesti kuue väikseima näitajaga riigi seas ja emade suremus on väiksem.

Sünnitusabi pole aga avalikkuse tähelepanu keskmesse tõstnud mitte head tulemused, vaid hiljutine otsus lõpetada sünnitusabi osutamine kahes haiglas. Kuigi naistearstide selts ei ole selle otsusega kuidagi seotud, tuleb mainida, et järjepidevalt eriala näitajaid analüüsides ning jälgides uuringuid ja muutusi mitmes Euroopa riigis, nägi selts juba 2012. aastal koostatud eriala arengukavas, et sünnitusabi koondumine keskustesse peab Eestis jätkuma. Alates 1992. aastast praeguseni oli sünnitusabi pakkumise lõpetanud kuus Eesti haiglat. Selle protsessi peamine eesmärk oli enneaegsete sündide ning riskirasedate suunamine piirkondlikku kõrgema etapi haiglasse. Praeguseks on selles jõutud soovitud tasemele, vaid üksikud riskijuhud jäävad kesk- ja maakonnahaiglate lahendamiseks. Ootamatu on, et ravikvaliteedi indikaatorite nõukoja analüüsitava riiklike sünnitusabi näitajate järgi on operatiivsete vahelesegamiste osakaal kesk- ja maakonnahaiglates püsivalt sama ja kohati isegi suurem kui piirkondlikes, riskirasedaid koondavates haiglates.

Miks on sünnitusabi pakkuvate haiglate arvu vähenemine aset leidnud paljudes riikides samal ajal sünnitusabi näitajate olulise paranemisega? Põhjused ei ole olnud majanduslikud, vaid sarnased teiste erialadega – kiiret lahendamist vajavates olukordades on vaja hästi toimivat multidistsiplinaarset meeskonda ja kõrgtehnoloogilist aparatuuri. Ja lisaks sellele tuleb pidevalt panustada arendamisse. Kõige lähemalt võib tuua näite Soomest, kus sünnitusabi näitajad on olnud läbi aastate maailma parimate hulgas. Lisaks sünnitusosakondade vähen-

damisele on Soome pidevalt neid muutusi ravikvaliteedi seisukohast ka analüüsinud, et leida optimaalne lahendus. Selline tegevus on toonud kaasa ka ravikvaliteedi paremad näitajad. Samas on Soomes leitud, et väga suured sünnitusosakonnad (alates 5000 sünnitusest aastas) kätkevad endas samuti riske, ehkki teistsuguseid.

Sünnitusabi on erinev teistest meditsiinilistest erialadest, sest normaalse füsioloogilise protsessi käigus keskendutakse ebasoovitava tulemuse ärahoidmisele. Nii minevikus kui kahjuks ka praegu on maailmas raseduse ja sünnitusega seotud suurimad ohud naise ja lapse tervisele/elule. Sünnitusabi balansseerib sageli sekkumiste ärahoidmise ja nende rakendamise vajalikkuse vahel ema ja lapse parimates huvides. Usun kindlalt, et Eestis on tasakaal saavutatud. Ämmaemanda rolli tähtsustumine loomuliku sünnituse abistamisel on olnud väga oluline ja liigset medikaliseerimist on välditud ka kõrgemas etapis. Kuna enamik sünnitustest kulgeb normaalselt, võib jääda petlik mulje, et sünnitamiseks on vaja vaid privaatset keskkonda ja üht pühendunud abistajat. Kuigi naistearstide selts on igati toetanud ka kodusünnituse seadustamist, peab selts kõige turvalisemaks sünnitamist haiglas, kus on valmis meeskond, et reageerida kiirelt sünnituse kulus ootamatute ja õnneks harva esinevate olukordade parimale võimalikule lahendamisele. Selline abi peab olema kättesaadav võrdselt kõigile sõltumata elukohast.

Sünnitusabi ja günekoloogia on ühtne eriala. Sünnitusele eelneb ja järgneb abi nii ennetamise kui ka ravina, mis peab olema kättesaadav kodule lähedal. Selleks tuleb panustada eriala arengusse kohapeal ja ei ole mõistlik hoida meeletult töös personalipuuduses ägavaid sünnitusosakondi. Rohkem tõendus põhiseid otsuseid meie tervishoiukorralduses võimaldab palju paremat niigi piiratud ressursi kasutamist ja heade kvaliteedinäitajate püsivat kinnistumist meie sünnitusabis.