

*Kari Nieminen*

**Pienten**

---

# SYNNYTYSSAIRAALOIDEN TULEVAISUUS

työ

Selvityshenkilön raportti



## KUVAILEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	17.8.2015
Tekijät	Toimeksiantaja
Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, LT Kari Nieminen	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä

Muiston nimi  
Pienten synnytyssairaaloiden tulevaisuus

### Tiivistelmä

■ Terveydenhuoltolain perusteella annettun kiireellisen hoidon asetuksen mukaan synnytyksiä hoitavassa sairaalassa pitää hoitaa vuosittain vähintään noin 1 000 synnytystä. Asetuksessa säädetään laajasti myös synnytystoiminnan järjestämisen edellytyksistä, kuten valmiudesta hätä- ja kiireelliseen keisarileikkaukseen sekä vastasyntyneen hoitoon. Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi määräaikaisen poikkeusluvan asetuksen edellytyksistä viidelle pienelle synnytysyksikölle. Selvityshenkilö Kari Nieminen sai tehtäväksi tehdä arviota pienen synnytyssairaalan toiminnan edellytyksistä.

Suomessa riskisynnytykset on keskitetty pääosin yliopistollisiin sairaaloihin. Vuoden 2014 synnytyssairaaloista saadut tilastot osoittavat, että hätäkeisarileikkauksien osuus synnytyksistä oli yhtä suuri pienissä ja suurissa sairaaloissa. Hätätilanne kehittyi vajaassa kahdessa prosentissa synnytyksistä. Tällöin lapsen pitää syntyä leikkauksella 15–20 minuutissa siitä, kun hätä on todettu. Myös huonokuntoisten vastasyntyneiden määrä oli yhtä suuri pienissä ja suurissa sairaaloissa. Runsas kaksi prosenttia syntyneistä sai vastasyntyneen Apgar-pisteiksi viiden minuutin iässä kuusi tai sitä vähemmän.

Laadullisesti synnytyssairaalan pieni koko ei johda vastasyntyneen tai synnyttäjän kannalta parempiin tuloksiin, vaikka tällaisia mielikuvia laajalti on luotu. Hätätilanteita varten vaaditaan kaikkiin yksiköihin hyvät valmiudet. Pienten synnytysyksiköiden lopettaminen ei merkittävästi lisää matkasynnytyksiä. Riittävän ja osaavan henkilökunnan saatavuus voi rajoittaa nykyisen synnytys-sairaalaverkon ylläpitämistä. Selvityksen mukaan minimivaatimus synnytysyksikön koolle olisi 2 000 synnytystä vuodessa. Maantieteellisten seikkojen vuoksi näin tiukka vaatimus ei Suomessa ole mahdollinen.

### Asiasanat

Päivystys, synnytys, terveydenhuolto, terveystalvet, vastasyntyneet

Sosiaali- ja terveysministeriön  
raportteja ja muistioita 2015:35

Muut tiedot  
[www.stm.fi](http://www.stm.fi)

ISSN-L 2242-0037  
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)  
ISBN 978-952-00-3599-0  
URN:ISBN:978-952-00-3599-0  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3599-0>

Kokonaissivumäärä  
50

Kieli  
Suomi

## PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	17.8.2015
Författare	Uppdragsgivare
Specialist i kvinnosjukdomar och förlossningar, MD Kari Nieminen	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet

Rapportens titel  
Framtiden för små förlossningssjukhus

## Referat

■ Enligt förordningen om brådskande vård som utfärdats med stöd av hälso- och sjukvårdslagen ska sjukhus som sköter förlossningar se till att de sköter åtminstone cirka 1 000 förlossningar per år. I förordningen föreskrivs även omfattande om förutsättningar för ordnandet av förlossningsverksamheten, såsom beredskap för urakatkejsarsnitt och akut kejsarsnitt samt vården av nyfödda. Social- och hälsovårdsministeriet beviljade fem små förlossningsenheter tillfällig dispens från förutsättningarna i förordningen. Utredningsperson Kari Nieminen fick i uppgift att bedöma verksamhetsbetingelserna för små förlossningssjukhus.

I Finland har riskförlossningarna i huvudsak koncentrerats till universitetssjukhusen. Statistik från förlossningssjukhusen för år 2014 visar att andelen urakatkejsarsnitt av förlossningarna var lika stor vid små och stora sjukhus. Ett nödläge uppstod i knappt två procent av förlossningarna. Då måste ett barn födas med kejsarsnitt inom 15–20 minuter från det att nödläget har konstaterats. Även antalet nyfödda i dåligt skick var lika stort i små och stora sjukhus. Drygt två procent av de som fötts fick vid fem minuters ålder sex eller färre Apgarpoäng hos nyfödda.

Kvalitetsmässigt leder en mindre storlek på förlossningssjukhuset inte till bättre resultat för den nyfödda eller föderskan, även om sådana föreställningar har skapats i stor utsträckning. I samtliga enheter krävs god beredskap inför nödsituationer. Nedläggning av små förlossningsenheter ökar inte nämnvärt antalet förlossningar på väg till sjukhuset. Tillgången på tillräcklig och kunnig personal kan begränsa upprätthållandet av det nuvarande nätverket av förlossningssjukhus. Enligt utredningen är minimikravet på förlossningsenhetens storlek 2 000 förlossningar per år. Ett så pass strängt krav är inte möjligt i Finland på grund av de geografiska omständigheterna.

## Nyckelord

Förlossning, hälso- och sjukvård, hälsovårdstjänster, jour, nyfödda

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2015:35

Övriga uppgifter  
[www.stm.fi/svenska](http://www.stm.fi/svenska)

ISSN-L 2242-0037  
ISSN 2242-0037 (online)  
ISBN 978-952-00-3599-0  
URN:ISBN:978-952-00-3599-0  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3599-0>

Sidoantal  
50

Språk  
Finska



SOCIAL- OCH  
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

## SISÄLLYS

Kuvailulehti.....	3
Presentationsblad.....	4
1 TOIMEKSIANTO .....	7
2 MENETELMÄT.....	8
3 TAUSTAA.....	9
Säädökset .....	9
Suositukset ja kannanotot .....	10
Aiemmat asiaan liittyvä raportit ja selvitykset.....	10
Poikkeuslupahakemukset ja -päätökset.....	11
4 KIRJALLISUUSKATSAUS .....	12
5 SYNNYTYSTOIMINTA SUOMESSA .....	14
Trendit ja tulevaisuus.....	14
Vuoden 2014 tilastoja .....	15
6 KUULEMISTILAISUUS 5.2.2015 .....	16
Esitysten sisältö.....	16
HUS erva .....	16
TYKS erva.....	17
TAYS erva.....	17
KYS erva .....	17
OYS erva .....	18
Muut puheenvuorot.....	19
Yhteenveto käydystä keskustelusta.....	19
7 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	20
8 LÄHTEET .....	22
9 TOIMITETUT KIRJALLISET KANNANOTOT .....	24
HYKS .....	24
OYS erva .....	26
Lapin, Kainuun ja Keski-Pohjanmaan keskussairaaloiden lastentautiyksiköt .....	28
Lohjan sairaanhoitoalue.....	31
Länsi-Pohjan keskussairaala .....	35
Suomen gynekologiyhdistys .....	37
Suomen kättilöliitto.....	38
Suomen lastenlääkäriyhdistys .....	41
Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus.....	47
LIITE Sairaaloiden synnytyslukumäärät .....	50



# 1 TOIMEKSIANTO

Sosiaali ja terveysministeriö asetti joulukuussa 2014 selvityshenkilön, jonka tuli laatia ministeriölle selvitys poikkeuslupaa hakeneiden synnytyssairaaloiden tilanteesta. Selvitystyön määräajaksi asetettiin 28.2.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriön 23.9.2014 antaman asetuksen mukaan (A782/2014 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä; tässä raportissa käytetään nimitystä ”päivystysasetus”) synnytyksiä hoitavassa sairaalassa tulee mm. vuosittain hoitaa vähintään 1 000 synnytystä. Alle 1000 synnytystä vuosittain hoitavista sairaaloista viisi oli jättänyt poikkeuslupahakemuksen ennen selvitystyön aloittamista.

Poikkeuslupaa hakeneille sairaaloille oli yhtä lukuun ottamatta myönnetty poikkeuslupa 11.12.2014 ja Salon aluesairaalalle lupa myönnettiin 3.2.2015. Edellä oleva huomioon ottaen päädyttiin keskusteluissa ministeriön edustajien kanssa tarkentamaan toimeksiantoa ja otsikoksi muotoutui ”Pienten synnytyssairaaloiden tulevaisuus”. Tavoitteeksi tuli arvioida käytettävissä olevan tiedon perusteella, millaisten kriteerien tulee täytyä, jotta synnytyssairaallalla tai -yksiköllä on riittävät toimintaedellytykset. Arviossa tuli ottaa huomioon synnytysten lukumäärän lisäksi mm. potilasturvallisuus, resurssit, palveluiden saatavuus, asiakasnäkökulma ja taustalla olevat säädökset. Lisäksi tuli nostaa esiin seikkoja, joita voidaan tulevaisuudessa käyttää terveydenhuollon järjestämissuunnitelmien ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimusten tukena.

## 2 MENETELMÄT

Tähän raporttiin on koottu mahdollisimman kattavasti olemassa olevaa tietoa käsiteltävästä aihealueesta. Kirjallisuuskatsaus on tehty kotimaisen kirjallisuuden osalta Terveystietokannan tietokantoja ja aiempien julkaisujen viitteitä hyväksikäyttäen. Ovid-tietokannasta haettiin kirjallisuutta kattavasti eri hakusanoilla. Näistä yhteenveto löytyy kirjallisuuskatsauksesta.

Säätytalolla järjestettiin 5.2.2015 kuulemistilaisuus, johon kutsuttiin edustus Suomen synnytyssairaaloista ja useista järjestöistä. Puheenjohtajana toimi lääkintöneuvos Timo Keistinen sosiaali- ja terveysministeriöstä. Etukäteen pyydettiin valmistellut puheenvuorot jokaiselta erva-alueelta. Tilaisuudessa käytiin avoin, vilkas ja monipuolinen keskustelu, joka valotti käsiteltävänä olevaa asiaa monipuolisesti ja toi selkeästi esiin Suomen alueelliset erot. Tilaisuudessa esitetyt ja myöhemmin toimitetut kirjalliset kannanotot on liitetty raporttiin.

Kaikilta synnytyssairaaloilta pyydettiin vuoden 2014 tilastot, jotka analysoitiin. Lisäksi tilastotietoa on haettu Tilastokeskuksen ja THL:n sivuilta.

Kuulemistilaisuus herätti paljon keskustelua ja poiki useita kannanottoja ja yhteydenottoja. Haluan kiittää kaikkia rakentavaan keskusteluun osallistuneita ja mielipiteensä muulla tavoin ilmaiseita osallistumisesta tämän tärkeän asian valaisemiseen.

Lisäksi tässä selvityksessä on yhteenveto poikkeuslupaa hakeneiden sairaaloiden perusteluista ja poikkeuslupapäätöksistä.



## 3 TAUSTAA

### Säädökset

Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) tavoitteena on mm. edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, kaventaa terveyseroja, huolehtia palveluiden saatavuudesta, laadusta ja potilasturvallisuudesta, vahvistaa asiakaskeskeisyyttä ja perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä sekä parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä. Laissa tarkoitettuun kiireelliseen hoitoon sovelletaan päivystysasetusta. Asetuksen ja sen perustelumuistion mukaan kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairauden tai vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää arviointia ja hoitoa, jota tyyppillisesti ei voi siirtää ilman oireiden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Pääsääntöisesti päivystyksellä tarkoitetaan alle 24 tunnin sisällä annettavaa arviointia ja hoitoa. Asetuksessa säädetään melko yksityiskohtaisesti päivystyksen hoitamisen järjestämisestä ja toimintaedellytyksistä. Perustelumuistiossa todetaan, että alueilla on hyvin erilaiset lähtökohdat ja että maantieteelliset seikat tulee ottaa huomioon.

Asetuksen mukaan kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava, että synnytyksiä hoitavassa sairaalassa tulee hoitaa vuosittain vähintään noin 1 000 synnytystä. Asetuksessa säädetään melko laajasti myös synnytystoiminnan järjestämisen edellytyksistä. Synnytyksiä hoitavassa sairaalassa tulee olla valmius sekä hätä- että kiireelliseen keisarileikkaukseen, jotka edellyttävät synnytyslääkäriä, anestesiologin ja leikkaustiimin sairaalapäivystystä. Synnytyssairaalassa tulee olla riittävä määrä kättilöitä, leikkausta avustavaa henkilökuntaa sekä tarvittavat tilat ja laitteet, välitön valmius sikiön voimien seurantaan sekä vastasyntyneen ja synnyttäjän arviointiin, tehostettuun valvontaan ja hoitoon sekä tarvittaviin laboratoriotutkimuksiin ja verensiirtoihin. Välittömästi tulee olla saatavilla naistentautien ja synnytysten sekä anestesiologian erikoislääkärit tai alaan hyvin perehtyneet lääkärit. Tarvittaessa näiden alojen erikoislääkäreiden tulee saapua nopeasti (max. 30 min) paikalle silloin, kun erikoislääkäri ei välittömästi ole vastaamassa hoidosta (ns. takapäivystys). Lastentautien erikoislääkäriä tai lastentautien hoitoon hyvin perehtyneen lääkärin tulee olla nopeasti saatavilla ja asianmukainen takapäivystys tulee olla järjestettynä. Lisäksi yksiköissä, joihin on keskitetty riskisynnytyksiä, tulee olla vastasyntyneiden hoitoon perehtynyt lääkäri välittömässä valmiudessa antamaan hoitoa vastasyntyneelle. Asetuksessa todetaan, että sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää hakemuksesta luvan poiketa 1 000 vuosittaisen synnytyksen edellytyksestä, mikäli palvelun saavutettavuus tai potilasturvallisuus sitä edellyttää.

Asetuksen perustelumuistiossa todetaan, että pienten sairaaloiden päivystysvalmiuden nosto toisi merkittäviä kustannuksia: yhden erikoislääkäriä varallaolopäivystyksen vuosikustannukset ovat lähes 200 000 € ja sairaalapäivystyksen kustannukset noin kaksinkertaiset. Asetuksen mukaisella keskittämällä muodostuu kuntien näkökulmasta säästöjä, koska synnytystoiminnan vastaanottavan sairaalan ei yleensä tarvitse olennaisesti lisätä omaa valmiuttaan.

Terveydenhuoltolaki osaltaan velvoittaa ottamaan huomioon asiakasnäkökulman ja potilaan oikeudet, joista yhtenä aspektina on vapaa hoitopaikan valinta. Synnytysten hoidossa korostuu esim. potilaan (synnyttäjän) oikeus riittävään kivunlievitykseen sekä syntyvän ja syntyneen lapsen oikeus hyvään hoitoon ja mahdollisimman terveeseen elämään.

## Suosituksset ja kannanotot

Vuonna 2014 julkaistiin Vastasyntyneen elvytyksen Käypä hoito -suosituksen päivitys. Suosituksessa todetaan, että jokaisella vastasyntyneellä on oikeus tehokkaaseen elvytykseen ja korostetaan, että kaikissa synnytyssairaaloissa tulee olla edellytykset hätäsektioon sekä riittävä ja osaava henkilökunta ja välineistö elvytykseen. Siinä suositellaan, että synnytysyksikön minimikoko olisi 1 000 synnytystä vuodessa, koska sitä pienemmissä sairaaloissa vastasyntyneiden kuolleisuus on suurempi. Suositus korostaa myös sitä, että matalan riskin synnytysyksissäkin elvytystarve voi tulla yllättäen. Kaikista vastasyntyneistä noin 5 % tarvitsee hengityksen avustamista ja 0,1 % paineluelvitystä tai adrenaliinilääkitystä tai molempia.

Valvira tutki vuonna 2009 saamiensa lausuntopyyntöjen vuoksi synnytyssairaaloiden hätäkeisarileikkausvalmiutta ja päätyi asiantuntijalausuntojen pohjalta suosittelemaan, että ainakin keskussairaالاتasolla tulee olla hätäsektiovalmius, joka edellyttää leikkauksiin osallistuvien lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan sairaalapäivystystä. Eduskunnan oikeusasiamies yhti Valviran näkemykseen ja korosti, että se on linjassa sekä perustuslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa säädettyjen kansalaisen ja potilaan oikeuksien kanssa. Oikeusasiamies piti keskussairaala-käsitettä ongelmallisena.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE totesi kannanotossaan 2010, että eettiset periaatteet synnytyksen hyvässä hoidossa saattavat joskus olla ristiriitaisia. Keskeisiä arvoja ETENE:n mukaan ovat kunnioittaminen, itsemäärääminen, oikeudenmukaisuus, yhdenvertaisuus sekä sikiön, lapsen, äidin ja perheen oikeus terveyteen ja hyvinvointiin. Synnytysten hoitoa järjestettäessä joudutaan ottamaan huomioon rajalliset voimavarat ja kansalaisten yhdenvertaisuus. Lapsen kasvun ja kehityksen perusedellytyksiä ovat raskauden aikaisen, synnytyksen aikaisen ja synnytyksen jälkeisen hoidon hyvä taso.

## Aiemmat asiaan liittyvä raportit ja selvitykset

Anna-Maija Tapper totesi omassa, laajassa selvitystyössään vuodelta 2011, että äitiyshuolto ja synnytystoiminta Suomessa ovat hyvällä tasolla. Hän päätyi suosittamaan synnytyspalvelujen laaja-alaista tarkastelua hoitoprosessina ilman organisaatio- ja esim. neuvolapalveluiden keskittämistä moniammatillisiin yksiköihin sekä liikkuvien etäpalvelutoimintojen ja potilashotellikonseptin kehittämistä. Lisäksi selvityksessä tuotiin esiin, että eri ammattiryhmien koulutusmääriä tulisi suunnitella tarpeen mukaisesti. Minimivalmiudet henkilökunnan osalta esitettiin samansuuntaisina kuin sittemmin asetetussa päivystysasetuksessa. Sairaalasunnittelussa kehoitettiin varautumaan tilojen osalta mahdolliseen pienten yksiköiden lopettamiseen.

Yhtenäisen päivystyshoidon perusteet raportissa (2010) todetaan, että riskisynnyttäjien osalta keskittäminen toimii hyvin. Kriittisenä tekijänä raportissa pidetään riittävää volyymia. Raportin mukaan matalan riskin synnytyksiä tulisi olla vähintään 1 000 vuodessa, jotta volyyymi olisi riittävä ja virka-ajan toimintaa olisi riittävästi päivystysresurssin ylläpitoon. Maantieteellisistä syistä johtuen joskus alle 1 000 synnytyksen yksikön ylläpito saattaa olla järkevää. Optimaalinen raja olisi kuitenkin 2 000 synnytystä vuodessa, koska silloin toimintavolyymit ovat sen verran suuret, että päivystysjärjestelyistä selvittää ilman ostopalveluja.

## Poikkeuslupahakemukset ja -päätökset

Alle 1 000 synnytystä vuodessa hoitavista yksiköistä asetuksen 14 § 3 momentin mukaista poikkeuslupaa hakivat Porvoon sairaala (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri) määräaikaaisesti vuoden 2016 loppuun saakka, Länsi-Pohjan keskussairaala (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri), Kainuun keskussairaala (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä), Mikkelin keskussairaala (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri) ja Salon aluesairaala (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri). Kaikissa hakemuksissa vedottiin palveluiden saavutettavuuteen ja välimatkoihin, joiden vuoksi toiminnan lopettaminen vaarantaisi potilasturvallisuutta. Saloa lukuun ottamatta hakemusten mukaan päivystysvalmius on päivystysasetuksen mukainen ja henkilöstöresurssit riittävät. Mikkelin osalta tuotiin esiin, että Savonlinnan synnytysten loppuessa vuoden 2014 lopussa määrällinen tavoite tulee täyttymään. Porvoon osalta mainittiin myös ruotsinkielisten synnyttäjien oikeus saada hoitoa omalla kielellään. Kemin hakemuksessa tuotiin esiin, että synnytystoiminnan lopettaminen heikentäisi alueella nyt hyvin toimivan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraation. Lisäksi tuotiin esiin, että perinataalimortaliteetin osalta tulokset ovat hyvät ja synnytyksen hinta hiukan alle maan keskitason. Salon osalta tuotiin esiin TYKS:n puutteelliset synnytystoiminnan tilat.

Porvoon osalta poikkeuslupa myönnettiin hakemuksen mukaisesti vuoden 2016 loppuun ja Kajaanin, Mikkelin ja Kemin osalta 1.6.2017 saakka. Luvan perusteluina kaikilla edellä mainituilla oli palveluiden saavutettavuus ottaen huomioon tulevat rakenteelliset muutokset. Salolta pyydettiin lisäselvityksiä, joiden saamisen jälkeen lupa myönnettiin 30.6.2017 saakka. Poikkeuslupapäätöksessä edellytetään, että Salossa muiden päivystysasetuksen vaatimusten tulee täytyä, eli tulee olla riittävästi päivystävää henkilökuntaa sekä tarvittavat tilat ja laitteet.

Poikkeusluvan saaneista sairaaloista maantieteelliset perusteet Kajaanin kohdalla ovat painavimmat, mahdollisen synnytystoiminnan lopettamisen myötä kaikilla kainuulaisilla matka synnytyssairaalaan pitenisi vähintään kahteen tuntiin. Porvoon osalta etäisyys korvaaviin HYKS:n sairaaloihin ei ole suuri. Salosta matkaa Turkuun on noin 50 km ja siitä 80 % hyväkuntoista moottoritietä. Kemistä matkaa Oulun yliopistolliseen sairaalaan ja Lapin keskussairaalaan on noin 120 km.

## 4 KIRJALLISUUSKATSAUS

Kansainvälisestä kirjallisuudesta raporttiin kerättiin tietoja artikkeleista, joissa käsiteltiin synnytystoimintaa laadun tai muiden seikkojen näkökulmasta. Mukaan kelpuutettiin kehittyneissä maissa tehdyt tutkimukset, jotta saataisiin realistinen vertailupinta Suomen tilanteeseen. Tosin eurooppalaistenkin tutkimustulosten soveltamisessa Suomen oloihin tulee olla pidättyväinen, koska toimintaprosessit ovat hyvin erilaisia. Esimerkiksi Hollannissa etäisyydet ovat lyhyitä ja kotisyntyminen hyvin yleinen ja terveydenhuoltojärjestelmän tukema. Pohjoisamerikkalainen ja australialainen synnytysten hoito poikkeaa suomalaisesta jo järjestelmältään, mutta myös toimintatavoiltaan: esim. toimenpidesyntyneiden osuus on yleensä huomattavasti suurempi kuin Suomessa. Laadukkaita kustannuksia arvioivia tutkimuksia on hyvin vähän ja kustannusvaikuttavuutta kokonaisuutena arvioivia tuskin ollenkaan. Esimerkiksi Schroeder kumppaneineen (2012) pitivät ensisyntyneiden suunniteltua kotisyntymistä kustannusvaikuttavana, vaikka perinataalinen tulos oli huonompi.

Hemminki ja työtoverit (2011) tutkivat syntymärekisteristä vastasyntyneiden tiedot vuosilta 1991–2008 Suomessa. Synnytysaikaloiden määrä laski ja sairaalan ulkopuolella syntyneiden määrä nousi (97→125 synnytystä), mutta vain Etelä-Suomessa. Sairaalan ulkopuolella suunnittelematta syntyneiden perinataalimortaliteetti yli 2 500 g painavilla oli yli 3-kertainen sairaalassa syntyneiden kuolleisuuteen verrattuna. Syntymäpaino vakioituna perinataalimortaliteetti oli yliopistosairaaloissa muita alhaisempi.

Saksalaisessa Hellerin ja kumppaneiden (2002) lähes 600 000 synnytystä koskeneessa tutkimuksessa todettiin, että varhainen neonataalikuolleisuus oli pienin sairaaloissa, joissa hoidettiin vuosittain yli 1500 synnytystä. Norjalaisessa rekisteritutkimuksessa (Moster ym. 2001) yli 3 000 synnytysten sairaaloissa neonataalikuolleisuus oli vähän, mutta tilastollisesti merkitsevästi pienempi kuin alle 3 000 synnytystä hoitavissa sairaaloissa. Ranskassa (Bouvier-Colle ym. 2001) tutkittiin synnytysten jälkeisen runsaan (>1 500 ml) vuodon hoitokäytäntöjä ja todettiin eniten puutteita pienissä (<500 synnytystä) sairaaloissa. Samassa tutkimuksessa nousi esiin myös anestesia- ja lääketieteellisten roolien vuotokomplikaatioiden hoidossa. Hollantilaisessa (Evers ym. 2010) 37 735 synnytysten kohorttitutkimuksessa yllättäen todettiin, että niissä matalan riskin synnytyksissä, joissa synnyttäjät kesken synnytysten jouduttiin siirtämään lääkärijohtoiseen yksikköön, oli korkeampi riski synnytyksenaikaiseen sikiökuolemaan ja synnytyksen jälkeiseen vastasyntyneen tehohoidon tarpeeseen, kuin korkean riskin synnyttäjillä, joiden synnytys alusta saakka hoidettiin lääkärijohtoisessa yksikössä. Tämä puoltaa toimintamalleja, joissa matalan riskin synnytyksyksikkö on toimintatapa sairaalan sisällä eikä erillinen yksikkö, josta potilas tarpeen tullen joudutaan siirtämään muualle. Toisensuuntaisia tuloksia raportoi Tracy kumppaneineen Australiasta (2006), jossa matalan riskin synnyttäjillä riski neonataalikuolemaan oli pienempi alle 2 000 synnytyksen yksikössä.

Synnytysaikaloiden etäisyyden vaikutusta on tutkittu useissa eri tutkimuksissa. Hollannissa tehdyssä tutkimuksessa (Ravelli ym. 2011) yli 20 minuutin matka synnytysaikaloon nosti vastasyntyneen kuoleman riskiä tilastollisesti merkitsevästi 1.17 kertaiseksi. Samassa aineistossa synnyttäjien raskausviikolla 37 tai 41 nosti riskin noin kaksinkertaiseksi. Paranjothyn ja kumppaneiden (2014) tutkimuksessa Walesista todettiin, että pitkä matka synnytysaikaloon nosti vastasyntyneen kuoleman riskiä, mutta lähimmän synnytysaikaloiden sijainnilla ei ollut merkitystä vaan pitkä matka nosti riskiä niillä, jotka jouduttiin siirtämään tertiärikeskukseen. Ranskalaisessa tutkimuksessa huono sosioekonominen status ja vähäinen sitoutuminen hoitoon olivat

merkittävämpiä riskitekijöitä suunnittelemattomalle sairaalan ulkopuoliselle synnytykselle kuin välimatka sairaalaan (Renesme ym 2013).

Tekay ja Kulju (2010) nostivat esiin hätäsektiökäytännöt viitaten myös tässä raportissa esitettyyn Valviran kannanottoon hätäsektiökäytännöistä ja kritisoivat asetettuja ”päätoksestä syntymään” (DDI) aikavälejä. Esimerkiksi Thomas kumppaneineen (2004) julkaisi työn, jossa lyhyt DDI aika korreloi huonoon lopputulokseen ja vasta 75 minuutin viive lisäsi merkittävästi riskiä mataliin Apgar-pisteisiin. Julkaisua tulkittaessa täytyy kuitenkin muistaa, että englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetty sana ”emergency cs” ei ole synonyymi suomalaiselle ilmaisulle hätäkeisarileikkaus, vaan sillä tarkoitetaan päivystyskeisarileikkausta. Tulkintaa sekoittavat myös hapenpuutteen diagnosointikeinot, jotka ovat melko epäspesifejä ja osassa tapauksista tilanne saattaa laueta ilman toimenpiteitä. Leung kumppaneineen (2009) totesi, että palautumattoman ahdinkotilanteen aikana vastasyntyneen tila heikkenee ajan funktiona ja vaatii välittömiä toimenpiteitä. Kirjallisuuden perusteella Valviran kannanotto hätäsektiovalmiudesta on perusteltu.

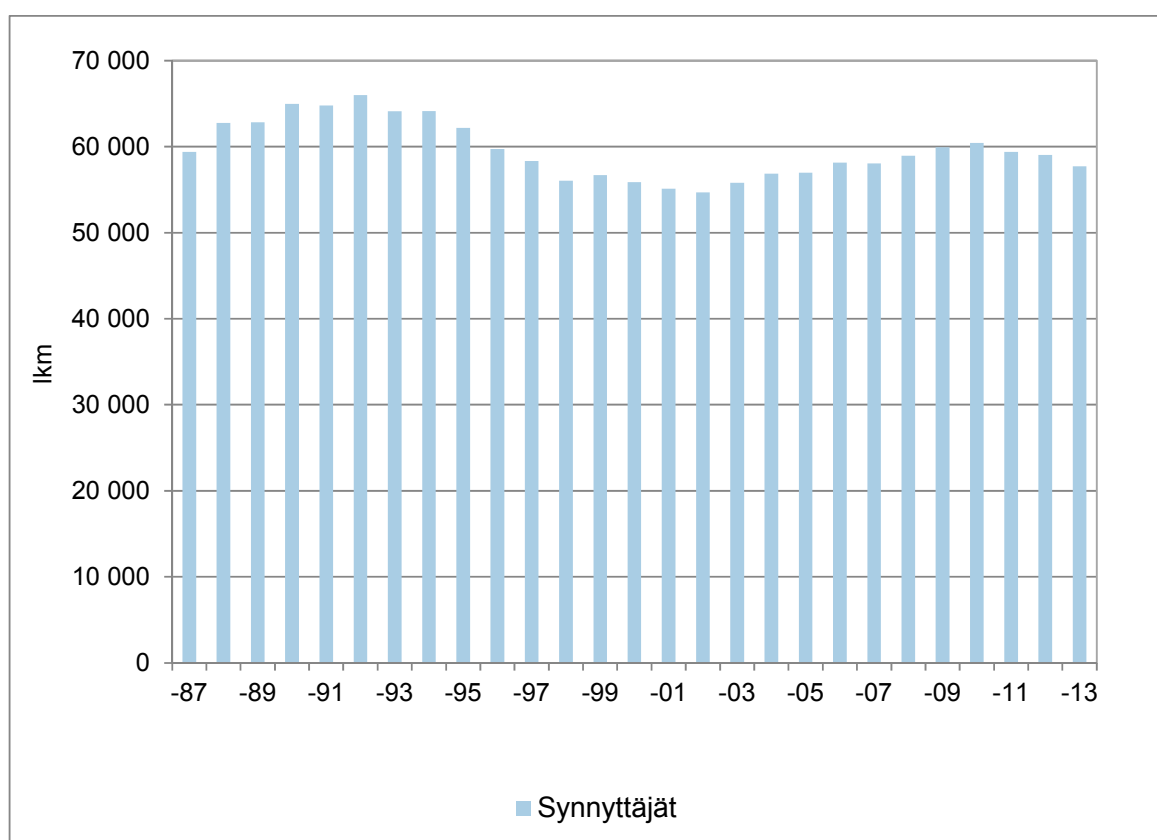
Synnytystoiminnan kustannuksista etenkin Suomessa tutkimustietoa on kovin niukasti saatavilla. Tapper työtovereineen (2013) vertaili HUS-alueen neljän eri sairaalan synnytystoiminnan kustannuksia ja totesi, että odotetusti tertiääriyksikön kustannukset olivat korkeimmat. Muiden suurten ja keskisuurten yksiköiden kokonaiskustannukset olivat lähellä toisiaan, mutta kustannusprofiilit olivat erilaiset. Esimerkiksi leikkaustoiminnan kustannukset ovat erilaisia riippuen päivystysmuodosta tai siitä, onko sairaalassa päivystysaikana muuta leikkaustoimintaa.

## 5 SYNNYTYSTOIMINTA SUOMESSA

### Trendit ja tulevaisuus

Anna-Maija Tapperin selvitystyössä vuodelta 2011 on ansiokkaasti ja laajasti käsitelty synnytystoiminnan rakenteita kokonaisuutena perusterveydenhuoltoon unohtamatta. Lisäksi kyseisessä raportissa on hyvä yleiskuvaus synnytystoimintaan vaikuttavista ja vaikuttaneista muutoksista ja esim. väestöennusteista. Väkiluku Suomessa on kasvanut tasaisesti, mutta taloudellisen taantumana aikana synnytysluvut ovat hieman laskeutuneet aiemmin laadituista ennusteista.

**Taulukko 1.** Vuosittainen synnytysten määrä Suomessa. Thl/syntymärekisteri



Terveydenhuollon henkilöstöstä on ennustettu tulevan pulaa lähivuosikymmeninä. Tämän hetken tilanne käy ilmi jäljempänä tässä raportissa kohdassa ”KUULEMISTILAISUUS 5.2.2015”.

Sairaalaverkon uudistaminen on tällä hetkellä hyvin ajankohtaista. Esimerkiksi kaikissa viidessä yliopistosairaalassa on rakennushanke joko alkamassa, meneillään tai synnytystoiminnan uudet tilat ovat jo valmistuneet. Etenkin suunnitteluvaiheessa on erinomainen tilaisuus pohtia ja uudistaa toimintamalleja ja -prosesseja. Tästä esimerkkinä on Tampereen yliopistollisen sairaalan yhteydessä sijaitsevan potilashotellin käyttö synnyttäneiden perheiden hoidossa. Toiminta-ajatuksena on kodin ja vuodeosaston välimuoto, jossa hoitohenkilökunta perinteisen hoitamisen sijasta keskittyy enemmän neuvontaan ja opastamiseen perheen sitä tarvitessa. Asiakas palaute on ollut

pääosin myönteistä ja toiminta on myös mahdollistanut perhehuoneiden perustamisen sairaalan vuodeosastoille (Mettälä 2015).

## Vuoden 2014 tilastoja

Tammikuussa 2015 pyydettiin kaikista synnytyssairaaloista tiedot synnytysten määrästä, keisarileikkauksien osuuksista, imukuppisynnytysten määrästä, kivunlievityksestä, repeämistä ja vastasyntyneiden kuntopisteistä sekä napavaltimon pH-arvoista. Luvut saatiin yhteensä 25 sairaalasta, joista neljä oli yliopistosairaaloita ja 15 keskussairaaloita. Tiedot antaneissa sairaaloissa oli synnytyksiä yhteensä 54 296, keisarileikkauksella synnytti 17 prosenttia ja imukuppisynnytyksiä oli 8 prosenttia. Matalia Apgar-pisteitä ( $\leq 5$  minuutin iässä) todettiin 2 prosentilla ja matala ( $<7.05$ , osalla  $<7$ ) napavaltimon pH yhdellä prosentilla. 63 prosenttia synnyttäjistä sai selkäpuudutuksen, vaikeita repeämiä synnytyksen jälkeen todettiin alle yhdellä prosentilla. Sairaalaakohtaisia tietoja on liitteenä olevassa taulukossa (synnytykset 2014.xls).

Erikseen vertailtiin yli ja alle 2 000 vuosittaisen synnytyksen yksiköitä ja niiden tunnuslukuja. HYKS:n (Kätilöopiston sairaala, Naistenklinikka ja Jorvin sairaala) lukuja käsiteltiin yhtenä sairaalana, koska remontin vuoksi toiminta on jaoteltu normaalitilanteesta poikkeavasti ja tästä johtuen esim. Naistenklinikalla, missä tehdään ennalta suunnitellut keisarileikkaukset, yli puolet synnyttää keisarileikkauksella. Kaikki neljä vastannutta yliopistosairaalaa kuuluvat yli 2 000 vuosittaisen synnytyksen ryhmään. Erot ryhmien välillä ovat pieniä, tilastollista merkitsevyyttä ryhmien välillä ei testattu. Huomio kiinnittyy siihen, että pienissä sairaaloissa vastasyntyneiden kuntoa mittaavat parametrit eivät olleet parempia, vaikka niissä matalan riskin synnyttäjien osuus on suurempi kuin isommissa sairaaloissa. Kivunlievitys näyttäisi olevan riittävästi saatavilla sekä pienissä että suurissa synnytysyksiköissä.

**Taulukko 2.** Sairaaloiden tunnuslukuja jaoteltuna yli ja alle 2 000 synnytyksen yksiköihin.

	Yli 2000 synnytystä vuodessa	Alle 2000 synnytystä vuodessa
Sairaaloita (n)	9	16
Synnytyksiä (n)	34778	19518
Keisarileikkauksien osuus (%) (min-max)	17 (14-20)	15 (8-22)
Imukuppisynnytykset (%) (min-max)	8 (6-11)	9 (6-11)
Epiduraalipuudutus (%) (min-max)	33-51	22-70
Apgar $\leq 5$ min (%) (min-max)	1.9 (0.9-3.5)	2.0 (1.1-3.8)
Napavaltimon pH $<7.05$ (%) (min-max)	0.9 (0.2-2.9)	1.2 (0.4-4.9)
3.-4. asteen repeämä (%) (min-max)	0.9 (0.4-1.7)	0.7 (0.3-1.6)

## 6 KUULEMISTILAISUUS 5.2.2015

Kuulemistilaisuus järjestettiin Säätytalolla 5.2. klo 10–14.30. Puheenjohtajana tilaisuudessa toimi lääkintöneuvos Timo Keistinen STM:stä. Puheenjohtaja taustoitti tilaisuuden teemoja kertomalla päivystysasetuksen valmistelusta ja tavoitteista sekä haetuista että myönnettyistä poikkeusluvista. Allekirjoittanut selvityshenkilönä esitteli selvitystyön suunnitelman ja nykyvaiheen. Tilaisuuteen oli pyydetty valmistellut esitykset ja kannanotot erwa-alueittain ja mukana olevilta järjestöiltä. Lisäksi käytiin vilkas keskustelu, josta tehty yhteenveto on seuraavassa luvussa.

### Esitysten sisältö

#### HUS erwa

Alustus: toimialajohtaja, professori Seppo Heinonen.

Alustuksessa esiteltiin arvioita toimintavolyymeista: noin 200 000 henkilön väestöpohjalla tulee noin 2 000 synnytystä vuodessa ja toiminta työllistää 8 virkalääkäriä, jonka arvioidaan olevan ns. päivystysringin minimivaatimus. Yhden synnytyspäivystäjän arvioidaan pystyvän hoitamaan 3 000 vuosittaisen synnytyksen kokoisen yksikön, anestesiapäivystäjän 6 000 ja yhden leikkaussalitiimin 8 000 synnytyksen kokoisen yksikön. Synnytys- ja anestesiapäivystäjän ja leikkaussalitiimin kunkin vuosikustannus on noin 600 000 €. Laskelmien perusteella pienten yksiköiden kustannukset ovat selvästi isoja korkeammat, esimerkiksi kätilön palkkakustannukset synnytystä kohti ovat 1 000 synnytyksen yksikössä 50 % korkeammat kuin 3 000 synnytyksen yksikössä. Lisäksi pienten sairaaloiden toimintalukujen vaihtelu on hyvin suurta, joka aiheuttaa suuren reservitarpeen. Yhteenvetona todettiin, että optimaalinen synnytysyksikön koko on vähintään 2 000 synnytystä vuodessa ja väestöpohja vähintään 150 000–200 000 asukasta. Lisäksi Heinonen valotti taustoja Porvoon poikkeuslupahakemukselle. Henkilökunnan saatavuus kaikissa ammattiryhmissä pääkaupunkiseudulla on hyvä.

Lohjan puheenvuorossa sairaanhoitoalueen johtaja Raimo Kekkonen korosti synnytysten vaikutusta muihin päivystäviin erikoisaloihin, mm. anestesiologiaan ja kirurgiaan.

Hyvinkään puheenvuorossa toimialajohtaja, ylilääkäri Ritva Hurskainen korosti yösynnytysten suurta määrää ja sen merkitystä potilasturvallisuudelle. Johtava lääkäri Anna-Maija Tapper korosti kokonaisuuden kannalta merkittävää yhteistyötä avohuolion kanssa.

Ylilääkäri Antti Valpas kertoi Lappeenrannan ongelmana olevan henkilökunnan, mutta erityisesti lastenlääkäreiden, huono saatavuus.

Kotkan ylilääkäri Marja-Liisa Mäntymaa toi esiin, että Kotka pystyy nykyhenkilökunnalla hoitamaan 1500 synnytystä vuosittain (vuonna 2014 noin 1 400). Synnytyslääkäreitä tarvittaisiin enemmän, lastenlääkäreitä on tarpeeksi. Matkasynnytyksiä oli viime vuonna 12 (aikaisempina vuosina enintään 4), vaikka alueen sairaalaverkko on ollut sama 13 vuotta.

Porvoon edustajat korostivat valmiuden ylläpidon harjoittelua ja asiakasnäkökulmaa. Arvio synnytystoiminnan sulkemisen säästöistä sairaalalle on 4 milj. euroa, jota toisaalta pidettiin yllimitoitettuna.





Savonlinnasta johtajaylilääkäri Panu Peitsaro kertoi tilanteesta synnytystoiminnan loppumisen jälkeen. Lastenlääkäreiden osalta tilanne on huono tulevan eläköitymisen vuoksi ja lastentautien päivystys ja osastotoiminta loppunevat kesällä 2015. Yhteistyötä avohoidon kanssa on lisätty, erityisesti lasten- ja äitiysneuvolan kanssa. Pienen kokonsa vuoksi Savonlinna tulee muuttumaan kuntoutussairaalaksi.

## OYS erva

Alustus: vastuualuejohtaja Eila Suvanto.

Syntyvyyslukujen suhteen OYS ervassa on hyvin suurta vaihtelua. Pohjois-Pohjanmaan hedelmällisyysluvut ovat maan korkeimmat, sen sijaan Kainuun alue on väestökehityksen kannalta huono. Tavoitteena on välttää yli 2 tunnin synnytysmatkoja, mutta Lapissa on jo nyt yli 400 km synnytysmatkoja. Esityksessä korostettiin, että vähäisestä syntyvyydestä huolimatta Kajaanin keskussairaala on sijaintinsa vuoksi merkittävä, Kemi ja Oulaskangas sen sijaan ovat etäisyyksiensä kannalta ”vähemmän ongelmallisia”. Myös Lapin keskussairaala Rovaniemellä nähdään sijaintinsa vuoksi välttämättömäksi. Koko OYS ervan kannalta ongelmallisimpana Suvanto toi esiin lastenlääkäripulan, nykyiselle sairaalaverkostolle ei löydy päivystysasetuksen vaatimaa lastenlääkärimäärää. Päivystysjärjestelyiden osalta erikoissairaanhoidon järjestämissopimusta ei ole onnistuttu päivittämään, koska ei ole päästy sopimukseen siitä, miten lastenlääkärit saadaan riittämään. Gynekologipulaa ei näyttäisi olevan erva-alueella, tulevina vuosina Oulaskankaalle tulee anestesia- ja lääkäripula. Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa Kokkolassa on hyvä lastenlääkäritilanne. Aiemmassa puheenvuorossaan Suvanto toi esiin, että synnytysten lopettaminen ei välttämättä ole kyseisen sairaalan kaiken leikkaustoiminnan loppu.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin johtaja Riitta Luosujärvi, johtava lääkäri Juha Kurusu ja ylilääkäri Eila Knuuti toivat esiin näkemyksensä siitä, että synnytystoiminnan tunnusluvut Kemissä ovat hyvät ja että Kemi on vilkkaasti liikennöidyn tien vuoksi merkittävä synnytysairaala ja korostivat sen maantieteellistä asemaa. Lisäksi Knuuti toi esiin, että terveydenhuoltomenoista raskauden ja synnytyksen hoito on melko pieni osuus. Toiminnan kannalta nostettiin esiin kysymys, tarvitaanko lapsivuodenosastolla henkilökuntaa kolmessa vuorossa. Lastenlääkäreitä tarvittaisiin lisää tulevaisuudessaakin, gynekologipula todennäköisesti on edessä, anestesia- ja lääkäritilanne on hyvä.

Lapin keskussairaalan osalta ylilääkäri Katja Hämeenoja toi esiin, että gynekologitilanne on hyvä, kättilöitä on riittävästi ja tilat ja laitteet ovat asianmukaiset. Lastentautien ylilääkäri Pekka Valmari toi esiin, että Oulaskankaan perustettua lastenlääkäreiden päivystysrenkaan päivystäjiä ei enää riitä Lappiin. Jo ensi kesän tilanne on kriittinen eikä ratkaisua ole vielä löytynyt.

Lapin sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäri Eva Salomaa korosti puheenvuorossaan myös lastenlääkäritilanteen ongelmallisuutta ja Oulaskankaan synnytysten jatkamisen poliittista aspektia. Hän myös väläytti mahdollisuutta, että mikäli järjestämissopimukseen ei päästä, saatetaan tarvita valtioneuvostoa ratkaisemaan tilanne.

Ylilääkäri Ritva Keravuo Kajaanista korosti, että synnytystoiminta on sairaalan päivystystoiminnan tukipilari. Hän toi edelleen esiin sairaalansa maantieteellisen merkityksen ja pitkät etäisyydet muihin sairaaloihin. Henkilökuntatilanne Kajaanissa on melko hyvä ja erikoistuvien lääkäreiden keskuudessa sairaalalla on hyvä maine.

Ylilääkäri Jari Johanssonin mukaa Kokkolassa synnytysmäärät ovat olleet nousussa Malmin aluesairaalan synnytystoiminnan lopettamisen myötä. Tilanteesta selvittää ilman lisäresursointia. Lastenlääkäritilanne on Kokkolassa hyvä.

## Muut puheenvuorot

Puheenjohtaja Terhi Virtanen toi esiin Kätilöliiton näkökannan, että matalan riskin synnyttäjien osalta päivystysasetusta tulisi muuttaa. Hän toi esiin matkasynnytysten nousseen määrän ja siihen liittyvät riskit. Puheenvuorossa tuotiin esiin myös mahdollisuus viedä sekä synnytyslääkäreiden että kätilöiden osaamista perusterveydenhuoltoon. Toisaalta haja-asutusalueilla äitiyshuollosta voitaisiin rakentaa ”kokonaispaketti”, jolloin osa neuvolatoiminnasta voitaisiin siirtää sairaalaan. Vastasyntyneiden sairaalasiirtoja Kätilöliitto ei pidä ongelmallisena, vaan tärkeämpää on synnytyssairaala-verkoston pitäminen ennallaan. Lisäksi toivottiin lastenlääkäreiden siirtymistä yksityisvastaanotoilta sairaaloihin päivystystyöhön.

Terveydenhoitajaliiton puheenvuorossa korostettiin äitiysneuvolatyön merkitystä ja rakenteiden kehittämistä. Käynti äitiysneuvolassa on edullisempi kuin äitiyspoliklinikalla, joka on merkittävää kustannusten kannalta. Lisäksi korostettiin, että suosituksia neuvolatyön osalta ei voi ohittaa ja että terveyden edistäminen on tärkeää myös kustannuksia ajatellen.

Ylilääkäri Andreas Blanco Sequeiros lastenlääkäriyhdistyksestä toi esiin, että päätoimisia yksityislääkäreitä pediatreissa on hyvin vähän. Hän korosti sitä, että huonokuntoisia vastasyntyneitä, jotka tarvitsevat välitöntä lastenlääkärin hoitoa, syntyy myös matalan riskin synnytyksissä ennalta arvaamatta. Tämän vuoksi sairaaloissa, joissa synnytetään, tulee olla riittävä valmius vastasyntyneen hoitoon: tilat, laitteet, osaava hoitohenkilökunta ja päivystävä lastenlääkäri. Huonokuntoisen vastasyntyneen siirtäminen on aina huonompi vaihtoehto kuin hoitaminen synnytyspaikassa.

Lopuksi keskusteltiin päivystyksen ulkoistamisesta vuokralääkäriyrityksille ja todettiin, että se on hankalaa ajoittain laadullisesti, mutta erityisesti kustannusten kannalta. Lisäksi markkinavoimien vaikutukset ovat vaikeasti hallittavissa. Pohjois-Suomessa lastenlääkäripula on nostanut merkittävästi ”keikkapäivystäjien” hintoja.

## Yhteenveto käydystä keskustelusta

Kirjallisesti toimitetut yhteenvedot sairaaloiden ja järjestöjen edustajien kannanotoista on liitetty tähän raporttiin.

Keskustelussa nousivat hyvin vahvasti esiin alueelliset erot henkilökunnan saataavuudessa, akuuteimpana ongelmana Pohjois-Suomen lastenlääkäritilanne. Maantieteelliset syyt saattavat puoltaa joidenkin pienien synnytysyksiköiden säilyttämistä. Taloudelliset seikat puoltavat synnytysten keskittämistä nykyistä isompiin yksiköihin. Voimakkaasti tuli esille myös tarve harjoitella harvoin vastaan tulevia tilanteita, jotta rutiini niihin säilyisi. Uusia toimintamalleja tulisi ottaa käyttöön, esim. potilashotelli-toiminta ja avohoitotoiminta nopean kotiuttamisen tukena. Lisäksi tulisi muistaa, että synnytystoiminta on kokonaisuus, jossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja sen kehittämistä ei tule unohtaa.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Laadullisesti synnytyssairaalan pieni koko ei johda vastasyntyneen tai synnyttäjän kannalta parempiin tuloksiin, vaikka tällaisia mielikuvia laajalti on luotu. Kansainvälisessä kirjallisuudessa on raportoitu jossakin määrin ristiriitaisia tuloksia, mutta kokonaisuutena suurissa yksiköissä syntyminen on vastasyntyneen ja äidin kannalta turvallisempaa. Suomen synnytyssairaaloiden vuoden 2014 toimintalukuja analysoituani päädyin samaan näkemykseen: pienten sairaaloiden tulokset eivät olleet parempia vastasyntyneen kannalta, vaikka niissä hoidetaan suurimmaksi osin matalan riskin synnyttäjiä ja kaikkein korkeimman riskin synnyttäjät ovat keskittyneet yliopistosairaaloihin. Tulokset ovat samansuuntaisia myös synnyttäjän turvallisuuden kannalta. Kirjallisuudesta ei myöskään löydy perusteita erillisten matalan riskin synnytysyksiköiden perustamiselle. Sen sijaan käytännön kokemuksia on siitä, että ne voivat toimia osana tavallista synnytystoimintaa.

Päivystysasetuksen vaatimukset vuosittaisten synnytysten määrästä sekä henkilöstö-, laite- ja tilaresurseista ovat keräämäni tiedon pohjalta perusteltuja. (Hätä)keisarileikkausvalmiuden vaatimuksia, joita esim. Valvira on asettanut, on kritisoitu, mutta kirjallisuuteen nojautuen ne ovat perusteltuja. Sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrä on Suomessa jonkin verran lisääntynyt. Suurin lisäys on kuitenkin Etelä-Suomessa tiheän sairaalaverkon alueella. Näkemykseni mukaan pienten synnytysyksiköiden lopettaminen Suomessa ei merkittävästi lisää matkasynnytyksiä. Maahanmuuttajien osuus matkasynnytyksistä on erityisen korkea HUS-alueella kuvaten tarvetta parantaa näiden synnyttäjien ja perheiden huomiointia neuvolatyössä ja synnytysvalmennuksessa. Luvuissa on jonkin verran myös sattuman aiheuttamaa vaihtelua, kuten Kotkan viime vuoden luvut osoittavat. Tutkimustietoa asiasta on vähän ja vaikeasti sovellettavissa Suomen oloihin. Paljon referoidussa hollantilaistutkimuksessa (Ravelli et al 2011) yli 20 minuutin matka sairaalaan nosti kuolleisuutta, mutta tilastollisesta merkitsevyydestä huolimatta lisäys oli pieni ja tutkimuksesta löytyi muita merkittävämpiä kuolleisuuden riskitekijöitä. Suomen oloissa tutkimuksessa käytetty aikaraja (20 minuuttia) etäisyyden suhteen tuntuu kovin lyhyeltä.

Pienten synnytyssairaaloiden kustannuksista on esitetty lähinnä arvioita. Luotettavimmilta näyttävät laskelmat, joiden mukaan henkilöstön ja kustannusten osalta minimivaatimus synnytysyksikön koolle olisi 2 000 synnytystä vuodessa. Maantieteellisten seikkojen vuoksi on perusteltua, että näin tiukkaa vaatimusta Suomessa ei ole asetettu.

Synnytystoimintaan tarvittavan henkilökunnan saatavuudessa Suomessa on suurta vaihtelua. Esim. pääkaupunkiseudulla ja Pirkanmaalla henkilökuntaa on hyvin saatavilla, mutta osassa keskussairaaloita henkilökunnasta on pulaa. Ajankohtaisena asiana nousi esiin henkilökunnan, akuuteimmin lastenlääkäreiden, riittävyys Pohjois-Suomessa. Esitettyjen arvioiden perusteella riittävän ja osaavan henkilökunnan saatavuus voi rajoittaa nykyisen synnytyssairaalaverkon ylläpitämistä. Tärkeää olisi myös, että asiaa voitaisiin tarkastella kokonaisuutena kulloisenkin alueen kannalta. Lastenlääkäripäivystyksen ohella merkittäviä seikkoja ovat muut edellytykset huonokuntoisen vastasyntyneen hyvään hoitoon: tilat, välineet ja osaava avustava henkilökunta.

Parhaillaan kerättävässä kansalaisaloitteessa esitetään lievennyksiä päivystysasetuksen vaatimuksiin synnytysyksiköissä, joissa ei hoideta riskisynnytyksiä. Aloitetta perustellaan mm. potilasturvallisuudella ja matkasynnytysten lisääntymisellä mikäli nykyisiä synnytysyksiköitä lakkautetaan. Tämän selvitystyön pohjalta ei kuitenkaan ole noussut esiin seikkoja, jotka puoltaisivat päivystysasetuksen muuttamista synny-

tystoiminnan osalta. Aloitteen tekstiosassa myös aliarvioidaan voimakkaasti vastasyntyneen välittömän hoidon tarvetta.

Selvitystyön aikana näkemykseni siitä, että asiakastyytyväisyys ei riipu yksikön koosta, on vahvistunut. Kaikenkokoisten sairaaloiden toimintaa voidaan kehittää asiakaslähtöisesti, kyse on asenteesta ja halusta tehdä työtä sen eteen.

Keskustelu SOTE-uudistuksesta käy vilkkaana. Oli ratkaisu ja malli mikä hyvänsä, tässä selvityksessä esiin nousseet asiat tulee ratkaista. Hallintomalli ei sinänsä korjaa henkilökuntapuutteita tai muuta maantieteellisiä seikkoja, mutta voi toki antaa eväitä näiden asioiden ratkaisemiseksi.

Tampereella 28.2.2015

Kari Nieminen  
STM:n selvityshenkilö

## 8 LÄHTEET

Bouvier-Colle M-H, El Joud DO, Varnoux N, Goffinet F, Alexander S, Bayoumeu F, Beaumont E, Fernandez H, Lansac J, Lévy G, Palot M. Evaluation of the quality of care for severe obstetrical haemorrhage in three French regions. *BJOG* 2001;108, 898–903.

Elvytys (vastasyntynyt) Käypä hoito -suositus Duodecim 2014

Evers ACC, Brouwers HAA, Hukkelhoven CWPM, Nikkels PGJ, Boon J, van Egmond-Linden A, Hillegersberg J, Snuif YS, Sterken-Hooisma S, Bruinse HW, Kwee A: Perinatal mortality and severe morbidity in low and high riskterm pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ* 2010;341:c5639 doi:10.1136/bmj.c5639

Heller G, Richardson DK, Schnell R, Misselwitz B, Künzele W, Schmidt S: Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990–1999. *Int J Epidemiol* 2002;31:1061–1068.

Leung TY, Chung PW, Rogers MS, Sahota DS, Tzu-Shi Lao T, Chung TKH: Urgent Cesarean Delivery for Fetal Bradycardia. *Obstet Gynecol* 2009;114:1023-8.

Mettälä M. Vanhempien kokemuksia lapsivuodeajan hoidosta potilashotellin lapsivuodeosastolla. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, hoitotiede, helmikuu 2015.

Moster D, Lie RT, Markestad T: Neonatal mortality rates in communities with small maternity units compared with those having larger maternity units. *BJOG* 2001; 108, 904-909.

Paranjothy S, Watkins WJ, Rolfe K, Adappa R, Gong Y, Dunstan F, Kotecha S: Perinatal outcomes and travel time from home to hospital: Welsh data from 1995 to 2009. *Acta Ped* 2014; 103, e522–e527

Ravelli A, Jager K, de Groot M, Erwich J, Rijninks-van Driel G, Tromp M, Eskes M, Abu-Hanna A, Mol B. Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. *BJOG* 2011;118:457–465.

Renesme L, Garlantézec R, Anouilh F, Bertschy F, Carpentier M, Sizun J: Accidental out-of-hospital deliveries: a case-control study. *Acta Ped* 2013 102, e174–e177

Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, Brocklehurst P on behalf of the Birthplace in England Collaborative Group: Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2012;344:e2292 doi: 10.1136/bmj.e2292.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä

Synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettiset periaatteet. Etene kannanotto 2010.  
<http://www.etene.fi/fi/aineistot/tiedotteet/tiedote/view/3829>

Tapper: Synnytyspalveluiden valtakunnallinen toteuttaminen: selvityshenkilön raportti. STM:n raportteja ja muistioita 2011:8

Terveydenhuoltolaki

Thomas J, Paranjothy S, James D. National cross sectional survey to determine whether the decision to delivery interval is critical in emergency caesarean section. BMJ 2004;328:665.

Tracy SK, Sullivan E, Dahlen H, Black D, Wang YA, Tracy MB: Does size matter? A population-based study of birth in lower volume maternity hospitals for low risk women. BJOG 2006; 113:86–96

Vuori E, Gissler M. Synnytykset ja vastasyntyneet. THL 2014

<http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataalitalasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet>

Yhtenäiset päivystyshoidon kriteerit 2010: työryhmän raportti. STM:n selvityksiä 2010:4

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf)

## 9 TOIMITETUT KIRJALLISET KANNANOTOT

### HYKS

#### **HYKS:n kannanotto 5.2.2015 pidettävään pienten synnytyssairaaloiden toiminta tulevaisuudessa -kuulemistilaisuuteen**

##### *Tausta*

7/2013 voimaan tullutta sosiaali- ja terveysministeriön päivystysasetusta muutettiin 9/2014 sillä pääasiallisella perusteella, että jo alkuperäisen asetuksen tavoite keskittää päivystystä, kirurgista toimintaa ja synnytyksiä tuli kansantaloudellisesti vaikean tilanteen vuoksi entistä kiireellisemmäksi.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin hallitus päätti 17.11.2014 hakea Päivystysasetuksen 14 §:n 3 momentin mukaista poikkeuslupaa Porvoon sairaalalle meillä olevan toiminnan uudelleenorganisoinnin l. ns. osaamiskeskusuudistuksen takia. Toisaalta myös eduskunnan käsittelyssä oleva sote-järjestämislaki ja sote-alueiden muodostaminen vaikuttavat palveluiden järjestämiseen jatkossa.

Porvoon sairaalassa oli 889 synnytystä vuonna 2013. Näin ollen asetuksen määrällinen tavoite ei toteudu, vaikka muutoin asetuksen 14 § 2 mom. laadullisten kriteerien katsottiin täyttyvän. Porvoon sairaalalle myönnettiin hakemuksen mukaisesti määräaikainen poikkeuslupa 31.12.2016 asti. Poikkeuslupapäätöksissä haluttiin ottaa huomioon tuleva sote-ratkaisu ja sote-alueille haluttiin antaa mahdollisuus arvioida myös päivystyksen kokonaisuutta. Siksi ei katsottu olevan järkevää purkaa olemassa olevia rakenteita, jotka täyttävät päivystysasetuksen laadulliset tavoitteet.

##### *HYKS synnytyssairaaloiden kapasiteetti ja taloudelliset vaikutukset*

Päivystysasetuksen perustelumuistion 17 § mukaan ”Kuntien näkökulmasta syntyy merkittävää säästö, koska synnytykset vastaanottavan sairaalan ei yleensä tarvitse oleellisesti lisätä omaa valmiuttaan.” Normaalisynnytysten lisääminen HYKS sairaaloissakaan ei olisi vaatinut lääkäripäivystyksen lisäämistä ja olisi siten ollut toteutettavissa varsin pienin kustannuksin, koska vain kättilön toimien määrää olisi pitänyt jonkin verran lisätä. Lisäksi muiden erikoisalojen päivystystoiminnan keskittäminen olisi tullut mahdolliseksi synnytysten siirron jälkeen, mistä olisi voitu ennakoida merkittäviä lisäsäästöjä. Perustelumuistion esittämiä laskelmia kustannusvaikutuksista voidaan tällä perusteella pitää realistisina.

Nykyisellään valmiuden lisääminen Porvoossa on tuonut lisäkustannuksia, jotka liittyvät palvelutason nostoon eli asetuksen laadullisiin vaatimuksiin. Säästöt jäävät saavuttamatta.

##### *Synnyttäjien määrän kehitys Porvoossa*

Vuosittaisten synnytysten määrä HUS-alueen synnytyssairaaloissa on lisääntynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana yhteensä noin 850:llä. Synnytykset ovat lisääntyneet kaikissa muissa sairaaloissa paitsi Porvoon sairaalassa. Tilastokeskuksen en-



nusteen mukaan Porvoon alueella ei ole merkittävää syntyvyyden kasvua tulevaisuudessa.

### ***Vaikutukset kuntalaisiin***

Päivystysasetuksen perustelumuistiossa tuodaan ilmi, kuinka Tammisaaren ja Vammalan sairaaloiden synnytysyksiköiden toiminnan lopettaminen ei ole oleellisesti heikentänyt synnytyspalveluiden saatavuutta. Asetuksen mukaan väestö ja terveydenhuolto ovat hyvin sopeutuneet muuttuneeseen tilanteeseen. Mahdollinen synnytysyksiköiden väheneminen ei pidentäisi matkaan kuluvaan aikaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella yli perustelumuistion esittämän kahden tunnin turvallisuusrajan. Vuosien 2010–2013 aikana kaikista HYKS erityisvastuualueen 61 matkasynnytyksestä vain yksi tapahtui Porvoon alueella. Samaan aikaan suunnittelemattomia kotisynnytyksiä oli erityisvastuualueella vastaavasti 136, ja näistä Porvoon alueella oli 2.

### ***Yhteenveto***

Päivystysasetuksen asialliset perusteet eivät ole muuttuneet. Porvoon sairaala on määrätietoisesti kehittänyt toimintaansa täyttääkseen jo tiedossa olleet valmiusvaatimukset mutta säädetty 1 000 synnytyksen minimiraja ei täyty. Samalla asetuksen välittömät vaikutukset ovat olleet palvelutasoa ja kustannuksia lisääviä, eivät kustannuksia laskevia.

Optimaalinen synnytysten määrä synnytyssairaalalle on yli 2 000 synnytystä vuodessa, jolloin toimintavolyymit ovat riittävän suuret. Tällöin päivystykseen vaadittava henkilömäärä toteutuu ilman ostopalvelua (Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2003–2007). Sote-uudistukseen liittyneen keskustelun aikana on käynyt ilmeiseksi, että rahoituksen näkökulmasta erikoissairaanhoidon päivystyksen järjestämiseen tarvittavan väestöpohjan tulisi olla ainakin 150 000–200 000 henkeä. Tällainen väestöpohja tuottaa noin 2 000 synnytystä vuosittain. Vuoden alusta voimaan astunut lääkärisopimuksen päivystysmääräyksiä koskeva uudistus edellyttää niin ikään päivystyksen keskittämistä edelleen ja on linjassa edellisten volyyminen vaatimusten kanssa. Tätä taustaa vasten päivystysjärjestelyjen kannalta synnytyksiä koskeva keskittämissyrkimys on oikean suuntainen.

## OYS erva

### Synnytyssairaaloiden tulevaisuus – pohjoisen ERVAn näkemys:

Liittyen 5.2.2015 Helsingissä järjestettyyn kuulemistilaisuuteen kokoon tässä keskeiset asiat selvityshenkilölle:

Pohjoisen ERVAn tertiaaritason sairaalana toimii Oulun yliopistollinen sairaala, jonka synnytys- ja naistentautien klinikassa v 2014 syntyi 4 174 lasta, synnytyksiä oli 4 100. ERVAssa toimii 4 keskussairaala ja 1 aluesairaala: Lapin keskussairaalassa oli viime vuonna (2014) 1 022 synnytystä, Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa Kokkolassa 1 521, Länsi-Pohjan keskussairaalassa Kemissä 650, Kainuun keskussairaalassa 712 ja Oulaskankaan aluesairaalassa 1 042 synnytystä. Alle 1 000 synnytyksen sairaalat (Länsi-Pohja ja Kainuu) hakivat STM:ltä poikkeuslupaa ja molemmat sen saivat määräaikaisena kahdeksi vuodeksi. Yhteistyö sairaaloiden välillä on toiminut hyvin ja esimerkiksi pienten keskosten synnytykset on pitkistä välimatkoista huolimatta pystytty keskittämään OYS:aan.

Tulevaisuuden kannalta ongelmallista on negatiivinen **väestökehitys** etenkin Kainuussa ja Lapissa, joissa muuttotappiota ennustetaan olevan eniten ja näin synnytyksluvut saattavat vielä nykyisestäkin laskea. Kasvukeskuksissa (Oulu ja Kokkola) synnytysten määrän oletetaan jonkin verran kasvavan johtuen positiivisesta väestöennusteesta (kuva 1). Pohjanmaalla on myös perinteisesti ollut Suomen korkein **kokonais-hedelmällisyysluku** (kuva 2).

**Työvoiman saatavuus** voi muodostua ongelmaksi tulevaisuudessa terveydenhuollossa. Tämä on nähtävissä jo nyt lastenlääkäreiden osalta. Lääkäriliiton teettämässä selvityksessä v 2012 todettiin, että OYS ERVAssa on 67 työikäistä lastenlääkärää, mutta huomattavan moni heistä on lähivuosina eläköitymässä. Kun lisäksi otetaan huomioon nuorempien lääkäreiden haluttomuus päivystykselliseen työhön, tulee olemaan vaikeuksia löytää osaajia kaikkiin yksiköihin. Synnytyslääkäreiden osalta tilanne on parempi, ja kättilöitäkin on toistaiseksi ollut tarjolla sijaisuuksiin riittävästi. Mikäli synnytyssairaalaverkosto harvenee, ja niiden yhteydessä toimivat **kättilöitä kouluttavat** oppilaitokset sulkevat myös ovensa, saattaa kättilöpula yllättää. Tästä syystä kannattaisi tehdä pitkän tähtäimen koulutussuunnitelma eri ammattiryhmien osalta. Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan erikoislääkärin koulutusohjelmassa on vaatimuksena kahden vuoden palvelu yliopistosairaalan ulkopuolella. Synnytys- ja naistentauteihin erikoistuvien osalta palvelua ei voitane kovin paljon hyväksyä sairaalasta, jossa ei hoideta synnytyksiä. Niinpä tulee myös harkita tämän ns 50/50 % säännön järjestyttävyyttä tulevaisuudessa. Se saattaa merkittävästi hidastaa erikoislääkärin valmistumista Pohjois-Suomessa.

Rutiini tuo varmuutta, ja rutiini syntyy vain kokemuksen kautta. Synnytyssairaalassa, jossa on alle 1 000 synnytystä, täytyy **ylläpitää taitoja** erilaisten simulaatioiden avulla säännöllisesti, koska arkityössä erityistilanteita tulee vastaan liian harvoin. Toki simulaatio-opetus on tärkeää myös suuremmissa koulutuslaitoksissa, joissa koulutetaan kättilöitä ja lääkäreitä.

Voidaan kysyä, millainen valmius synnytyssairaalalla tulisi tulevaisuudessa olla? Esimerkiksi embolisaatiovalmius on nykyäikää yliopistosairaaloissa, mutta sitä ei varmaankaan koskaan pystytä saavuttamaan kuin muutamissa keskussairaaloissa.

Anna-Maija Tapperin laatimassa selvityshenkilön raportissa todetaan, että matkasynnytyksen riski kasvaa, mikäli matkaan kotoa synnytyssairaalaan kuluu yli kaksi tuntia. Nykyisillä teillä kelistä ja nopeusrajoituksista riippuen tämä tarkoittaa n. 150–180 km matkaa. Lapissa matkat ovat jo nyt monesta kunnasta tätä pidempiä ja poti-

lashotellia joudutaan käyttämään apuna pitkän matkan takaa hyvissä ajoin synnytys-sairaalan lähelle tuleville synnyttäjille. Varsinkin Ylä-Kainuusta matkat ylittäisivät kahden tunnin rajan, mikäli Kainuun keskussairaala ei voisi jatkaa synnytystoimintaa.

Oulaskankaan aluesairaala täyttää tällä hetkellä päivystysasetuksen vaatimukset, kun sinne on perustettu lastenlääkäreiden päivystysrinki. Ringissä toimivat 9 lastenlääkärinä eivät ole säännöllisessä virkasuhteessa Oulaskankaan sairaalaan, vaan käyvät ainoastaan päivystämässä vapaaehtoisesti. Päivystysringistä aiheutuvat kustannukset on siirretty suoraan synnytysten kuntalaskutushintoihin, noin 500 euroa/synnytys.

Vastasyntyneiden hoidossa korostetaan nykyään alkuhoidon tärkeyttä jatkoennusteelle. Siihen kuuluu paitsi alkuvirvoittelu, myös muu vastasyntyneen tehohoito. Oulaskankaalla ei ole lastenosastoa, ja niinpä alkuvirvoittelun jälkeen tarvittaessa lapsi siirretään OYS:aan. Vuonna 2014 siirrettiin n 20 lasta erilaisten syiden vuoksi. Tilanteet eivät olleet etukäteen ennakoitavissa. Siirtojen määrä on vain n 2 % syntyneistä lapsista, mutta tietysti aina jokaisen lapsen kohdalla ainutkertainen. Lastenlääkäriyhdistys ottanee kantaa siihen, onko alkuvirvoittelu riittävä valmius vai tulisiko synnytys-sairaalassa olla vastasyntyneen hoitoyksikkö kaikkine fasilitetteineen.

Yhteenvedona pohjoisen ERVAN sairaaloista voin todeta, että OYS huolehtii koko Pohjois-Suomen osalta tertiaaritason hoidosta jo nyt. Tulevaisuuden sairaala 2030 hankkeessa on valmistauduttu siihen, että OYS:ssa hoidetaan nykyistä enemmän synnytyksiä (5 000–6 000 kpl/v). Keski-Pohjanmaan keskussairaala pystyisi nykyisilläkin resursseilla ottamaan vastaan enemmän synnyttäjiä, ja siellä myös lastenlääkäritilanne on hyvä. Kaikissa muissa sairaaloissa kilpaillaan samoista lastenlääkäriresursseista. Muutoin kaikissa sairaaloissa on valmius toimia asetuksen mukaisesti.

Oulussa, 17. helmikuuta 2015

Eila Suvanto, vastuualuejohtaja  
Oulun yliopistollinen sairaala  
Synnytykset, naistentaudit ja genetiikka

Päivi Tapanainen, tulosaluejohtaja  
Oulun yliopistollinen sairaala  
Lapset ja naiset

## Lapin, Kainuun ja Keski-Pohjanmaan keskussairaaloiden lastentautiyksiköt

### **Lapin, Kainuun ja Keski-Pohjanmaan keskussairaaloiden lastentautiyksiköiden pienten synnytyssairaaloiden tulevaisuutta koskeva lausunto**

Maassamme ja terveydenhuollon hallinnossa sekä kentällä käydään parhaillaan keskustelua pienten synnytyssairaaloiden tulevaisuudesta. STM:n koolle kutsuma kuulemiskokous käsitteli teemaa Helsingissä 5.2.2015 ja asiaa koskeva selvitys lienee jo viimeistelyvaiheessa. Haluamme tässä vaiheessa saattaa vielä ministeriön ja selvityshenkilön tiedoksi Pohjoisen ERVAn tavallisten keskussairaaloiden kannalta asiaan liittyviä merkittäviä, erityisesti erikoislääkärikoulutusta ja ERVA-tason henkilöstöresursointia koskevia näkemyksiä.

#### *Erikoislääkärikoulutus*

Synnytyssairaalaverkon muutokset saattavat johtaa synnytystoiminnan päättymiseen joissain keskussairaaloissa. Tämä heikentänee näiden sairaaloiden mahdollisuuksia kouluttaa etenkin naistentautialalle erikoistuvia lääkäreitä. Lastentaudeilla tällainen vaikutus on erikoisalan lääkärin toimenkuvaan nähden vähäisempi, ja kun neonatologinen koulutus lisäksi annetaan pääpiirteissään jo nyt yliopistosairaalassa keskos- ja muiden suuren riskin synnytysten yliopistokeskityksen vuoksi, ei lastentautien osalta ole odotettavissa huomattavaa muutosta koulutusolosuhteisiin. Muutenkaan muutos ei maantieteellisistä lähtökohdista arvioiden koskettane kuin enimmillään yhtä (Länsi-Pohjan) keskussairaala, joten sen vaikutus ei ole kovin merkittävä. Sitä voi lisäksi kompensoida pohjoisen ERVAn keskussairaaloissa herännyt pyrkimys lisätä erikoistumiskoulutuspaikkoja etenkin lääkäripulasta kärsivillä aloilla ja jatkossa mahdollisesti laajemminkin päivystävillä erikoisaloilla.

Erityisesti erikoislääkäripulasta kärsivillä aloilla kuten OYS-ERVAssa lastentautialalla on syytä pyrkiä lisäämään alalle hakeutuvien ja koulutettavien lääkärin määrää. Keskussairaaloissa toimitaan jo nyt tämän periaatteen mukaisesti, ja sitä tukevista organisatorisista muutoksistakin on jo keskusteltu jonkin verran. Suuntausta pidetään nykytilanteessa tärkeänä ja keskussairaaloilla on myös todettu valmiuksia olevan koulutuspaikkojen muodolliseen lisäykseen nopeallakin aikataululla. Näiden sairaaloiden osalta erikoistuvien lääkärin koulutuspaikkojen virallinen lisäys onkin tavallaan enää muodollisuus, sillä jo nyt esimerkiksi Lapin KS:n lastentautiyksikössä koulutetaan muodollisesta kahden koulutuspaikan virkapohjasta huolimatta (toinen on ns. liikuteltava virka) samanaikaisesti 4–5:ttä erikoistuvaa lääkärinä; LKS:ssa määrä pyritään jo erikoislääkärivajeen takia pitämään vähintään 4:nä. Keski-Pohjanmaan KS:ssa tilanne on vastaava ilman erikoislääkärivajettakin, ja Kainuun KS:ssa lastentautikoulutusta annetaan yhdellä virkapohjalla 2–3:lle erikoistuvalla lääkärillä. Käytettävissä on siten jo nyt todellisuudessa 12 pediatria erikoistumispaikkaa.

Edellä kuvatun huomioden on tärkeää, että erikoislääkärikoulutuksen ns. 50/50-säännöstä pidetään kiinni – ainakin siten, ettei keskussairaaloissa annettavan koulutuksen osuutta pienennetä. Yliopisto-osuuden lisääminen, mihin pohjoisessa ERVAssa on ollut pyrkimystä, merkitsisi obligatorisesti erikoislääkärituotannon vähentymistä kunkin koulutettavan sitoessa yliopistopaikan pitemmäksi ajaksi kuin mikä on välttämätöntä. Lisäksi säännön poistaminen merkitsisi alueellisen epätasa-arvon lisäämistä henkilöstöresurssien osalta, sillä hyvin monet suurissa keskuksissa asuvat erikois-

tuvat lääkärit hankkisivat mieluiten koko koulutuksensa yliopistosairaalaista, eikä muihin keskussairaaloihin enää riittäisi tulijoita. Kokonaistilanteen kannalta suurille keskuksille helpoin vaihtoehto eli yo-koulutusosuuden lisääminen olisi siten pidemmällä tähtäimellä erittäin haitallinen. Se lisäisi alueellista epätasa-arvoisuutta kutistamalla muiden keskussairaaloiden jo valmiiksi vajaita henkilöstöresursseja entisestään. Lisäksi se lukkiuttaisi koko tulevan erikoislääkärituotannon nykyistä alhaisemmalle tasolle, kun nykyistä suurempi koulutuspanos jäisi yliopistosairaalan yksin toteutettavaksi.

Jos muutoksia 50/50-sääntöön harkitaan, olisi sekä synnytyspäivystystoiminnan että muun pohjoisen ERVAn lastenlääkäritilanteen kannalta järkevää ja aiheellista ottaa harkittavaksikin vain yliopisto-osuuden lyhentäminen ainakin lastentautikoulutuksen osalta, jota alaa tämä lausuntomme eniten koskee. Etelä-Suomen yliopistosairaaloissa eriytyväkin koulutusta on hajautettu tilanteen salliessa yliopistoista keskussairaaloissa annettavaksi, mikä on yo-koulutuspaikkojen ollessa koko ajan täynnä lisännyt valmistuvien lastentautien erikoislääkärien määrää. Pohjoisella ERVA-alueella välillä vaikeutena ollut alalle hakeutumisen niukkuus on valtakunnallisesti ajatellen poikkeuksellinen ilmiö, joten on realistista suunnitella tilanteen korjaamista parantamalla koulutettavien työolosuhteita ja työn houkuttelevuutta kuten alueen keskussairaaloissa onkin jo alettukin tehdä, sekä tehostamalla rekrytointia kaikissa sairaaloissa.

### ***Synnytyspäivystyksen edellyttämät henkilöstöresurssit***

Kesän 2015 alussa synnytyspäivystyksestä vastaa viime kädessä erikoislääkäri myös lastentautien osalta. Tämä vaikeuttaa lastentautien erikoislääkäripulasta kärsivällä pohjoisella ERVA-alueella tuntuvasti päivystyksen toteuttamista. Asia on vaikea; ERVAssa ei edelleenkään ole kyetty sopimaan poliittisella tasolla siitä, miten Terveydenhuoltolain 2010 (§ 43) vaatimukset voitaisiin alueella toteuttaa. Jo voimaan tullut laki edellyttää päivystyspisteiden järjestämistä erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa siten, että jokaiseen voidaan allokoida mm. riittävät henkilöstöresurssit. Vaikka lastenlääkäripula on jo viime vuodet ollut niin vaikea, ettei tilanteen voisi sanoa olevan TH-lain mukainen, sopimus olisi vielä ehkä saattanut virkalääkärien toimesta syntyä tilapäisenä siirtymäkauden ajaksi entiseltä pohjalta. Olosuhteet kuitenkin vaikeutuivat kestäättömiksi, kun yliopistollisen sairaanhoitopiirin hallintoelimissä päädyttiin perustamaan samoilla erikoislääkäriresursseilla hoidettavaksi vielä yksi uusi päivystyspiste Oulaskankaan sairaalaan, jossa on aiemmin synnytetty kokonaan ilman lastenlääkäripäivystystä. Sopimuksettomana ja siten TH-lain vastaisen tilan loppumista ei nyt ole edes näköpiirissä: Tarvetta vastaavaa, varsin suurta lastentautien erikoislääkäriresurssia ei ole mahdollista saada OYS-ERVAn millään toteutettavissa olevalla keinolla useiden vuosien aikavälilläkään, ja toisaalta kunnallishallinnollisella tasolla mikään ei viittaa minkään päivystyspisteen toiminnan lopettamisaikeisiin.

Suomen Lastenlääkäriyhdistys viime vuosina julkistanut kaksi synnytyspäivystykseen liittyvää selvitystä: Valtakunnallisen vastasyntyneiden ja lasten sairaalasiirtojen selvitysryhmän raportin vuonna 2012 ja Pienten synnytyssairaaloiden toiminta tulevaisuudessa -kuulemistilaisuudessa 5.2.2015 esitellyn, synnytyspäivystyksen lääketieteellisiä edellytyksiä koskeneen selvityksen. Viimemainitun ovat allekirjoittaneet kaikkien maamme yliopistollisten ja muiden keskussairaaloiden edustajat mukaan lukien kaikkien yo-sairaaloiden neonatologiasta vastaavat erityisosaajat. Raportti edustaa siten kattavasti hyväksyttynä kriittisesti sairaiden vastasyntyneiden hoidon

tämänhetkistä valtakunnallista standardia tai sellaiseksi hyväksyttävää tasoa, jollaista ei pelkän lastentautipäivystyksen käynnistytyäkään voida turvata ilman neonatologisesti koulutettua lastensairaanhoitajakuntaa ja siirtohenkilöstöä – joita käytännössä voidaan ylläpitää vain harjoittamalla jatkuvaa osastotoimintaa.

Lapin ja Keski-Pohjanmaan keskussairaaloiden synnytystoiminta täyttää yksiselitteisesti THL 2010 edellytykset ja sen jatkaminen on maantieteellisesti välttämätöntä, Kainuun keskussairaalapiirinkin välimatkat ovat pitkiä ja sielläkin toimii mm. tästä syystä vastasyntyneiden tehohoitoa tarjoava osasto, ja se ja Länsi-Pohjan keskussairaala ovat anoneet ja saaneet toiminnan jatkamiseen vaadittavan poikkeusluvan. Vain PPSHP:ssä juuri nyt perustetun päivystyspisteen toimintaedellytyksiä ei ole arvioitu keskushallinnon taholla. PPSHP:n taholta ei myöskään ole tietääksemme esitetty konkreettisia aikeita tehtyjen päätösten muuttamiseen. Jos näitä silti olisi, asia olisi käynyt ilmi viimeistään synnytystoimintaa koskeneissa kuulemistilaisuuksissa tms. yhteyksissä. Todennäköisintä on siten lainmukaisesta poikkeavan tilan jatkuminen aina siihen asti kunnes jokin uusi tekijä tai taho muuttaa asetelmaa ratkaisevasti.

Toivomme maamme pohjoisimman ERVAn synnytyspäivystyksen edellytysten turvaamista voimassa olevan terveydenhuoltolain mukaiseksi.

Helmikuun 26. päivänä 2015

Pekka Valmari  
lastentautien ylilääkäri  
Lapin keskussairaala

Riitta Suokas  
lastentautien ylilääkäri  
Kainuun keskussairaala

Andreas Blanco Sequeiros  
lastentautien ylilääkäri  
Keski-Pohjanmaan  
keskussairaala

## Lohjan sairaanhoitoalue

### **Pienten synnytyssairaaloiden toiminta tulevaisuudessa – STM:n järjestämä kuulemistilaisuus 5.2.2015 Säätytalolla**

Kuulemistilaisuudessa sovittiin, että toimitamme kirjallista materiaalia HUS-Lohjan sairaalan osalta.

Viittaamme myös HYKS:n Naistentautien ja synnytysten toimialajohtajan Seppo Heinosen puheenvuoroon ja tilaisuudessa esittämiin kalvoihin.

Synnytyksiin liittyvät toiminta- ja muut luvut on Lohjan sairaalan synnytystoiminnasta lähetetty erikseen.

#### *Lohjan sairaalan maantieteellinen vastuualue, erityisesti synnytyksissä*

HUS-Lohjan sairaalan/sairaanhoitoalueen kunnat ovat Lohja, Vihti, Karkkila ja Siuntio (yhteensä n. 93 000 asukasta). Lohjan sairaanhoitoalueen ja samalla Lohjan sairaalan väestöpohja on eniten kasvavien alueiden joukossa HUS:n alueella. Synnytysten (ei-yliopistosairaalaan lääketieteellisesti keskitettävien) osalta Lohjan sairaalan vastuualueeseen kuuluvat käytännössä Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen kunnat Raasepori, Hanko ja Inkoo, yhteensä n. 43 000 asukasta. Synnytysvastuualueen väestöpohja on siis vajaat 140 000 asukasta. Maantieteellisesti laajahko alue (”Karkkilasta Hankoon”), ja erityisesti Hangon-Raaseporin alueilta matka pk-seudulle on pitkä. Lohjan sairaalan synnytysyksikkö hoitaa prosentuaalisesti merkittävimmän osan ns. normaalisynnytyksistä em. alueelta.

#### *Lohjan sairaala -monierikoisalainen päivystävä sairaala*

Synnytykset ovat (merkittävä) osa monierikoisalaisen päivystävän sairaalan toimintaa. Päivystäviä (24/7) erikoisaloja ovat sisätaudit, pehmytkirurgia, ortopedia ja traumatologia, naistentaudit ja synnytykset, lastentaudit, anestesiologia ja psykiatria, jonka toiminta on erillisessä kiinteistössä vuoden 2018 alkuun asti. Näistä erikoisaloista anestesiologia sekä naistentaudit ja synnytykset ovat aktiivipäivystyksiä (sairaalassa tapahtuva päivystys), muut ns. vapaamuotoisia päivystyksiä. Lisäksi sairaalan erikoisaloja ovat keuhkosairaudet, neurologia, iho- ja allergiasairaudet, KNK-taudit ja silmätaudit sekä fysiatria. Anestesia lääkäri sekä leikkaussalin 24/7 päivystysvalmius palvelevat synnytysten lisäksi kaikkea operatiivista päivystystoimintaa. Anestesia lääkäri toimii keskeisesti lisäksi myös erikoisalojen yhteisen tehovalvontayksikön vastuulääkärinä (24/7) sekä on mukana päivystyspoliklinikan akuuteissa tilanteissa (mm. elvytyksissä). Lohjan sairaala tuottaa myös ensihoidon kenttäjohto- ja vastuulääkäripalvelut sekä Lohjan että Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen kuntien alueelle.

#### *Päivystysjärjestelyt ja päivystysasetus*

Edellisessä kappaleessa on kuvattu lyhyesti lääkäreiden päivystysjärjestelyt. Lastentautien vapaamuotoinen päivystys muuttuu päivystysasetuksen mukaisesti 1.6.2015 alkaen alle 30 minuutin saapumisajan mukaiseksi. Anestesia lääkärien rooli vastasyntyneen akuuttitilanteissa on ollut aikaisemminkin keskeinen. Pediatri on myös nykyjär-

jestelyillä (alle 60 minuutin valmius 31.5.2015 asti) pyydetty kaikkiin ennakoitaviin ongelmallisiin synnytyksiin.

Pediatrician päivystävälle lääkärille tulee 1.9.2015 alkaen myös ns. makropäivystäjän tehtävät tuolloin Lohjan sairaalassa käynnistyvässä yhteispäivystyksessä. HUS-erikoissairaanhoidon etupäivystys ja perusterveydenhuollon päivystys Lohjan sairaalassa siirtyvät yhteisen hallinnon ja johdon alaisuuteen, HUS-Lohjan sairaanhoitoalueen vastuulle. Valmistelut ovat pitkällä myös Lohjan ja Länsi-Uudenmaan pediatriapoolien yhdistämisestä. Tämä vaikuttaa myös päivystysrenkaaseen siten, että osittainen ulkopuolisten päivystäjien käyttö vähenee edelleen.

Leikkaussalin hoitajapäivystys muutetaan osittain kolmivuorotyöksi 1.6.2015 alkaen. Kätilöiden työ luonnollisesti on ollut sitä aina. Kaikilta muilta osiltaan synnytys- ja sairaalan muu päivystystoiminta on jo tällä hetkellä päivystysasetuksen mukainen.

### ***Henkilökunnan rekrytointitilanne***

Synnytys-, anestesia-, ja lastenlääkärien sekä kätilöiden ja somatiikan päivystävien erikoisalojen muunkin lääkäri-/hoitohenkilökunnan rekrytointitilanne vakituisiin virkoihin/toimiin on erinomainen. Sairaalan rekrytoinnissa on magneettityyppistä imua.

### ***Naistentautien, synnytysten ja lastentautien palvelutoiminnan sisällöstä***

Toiminta-alueemme väestö lisääntyy ja myös ikääntyy valtakunnan ikärakenteen mukaisesti. Tällöin esim. laskeumien osin operatiivinen hoito on lisääntymässä lukumääräisesti alueellamme, samoin muut naistentautien alaan kuuluvat hoidon tarpeet kuten sterilisaatiot ja vuotohäiriöiden hoidot.

Lohjan sairaalassa tehdään modernia benigniä naistentautien kirurgiaa. Kohdunpoistot tehdään suurimmaksi osaksi tähyystyksellä tai alateitse. Laskeumaleikkauksista tehdään perinteisiä alatie- sekä verkkoleikkauksia. Naistentautien kirurginen hoito on viime vuosina siirtynyt yhä lyhytjälkihoitoisempaan suuntaan ja enenevästi poliklinikalla tehtäviin toimenpiteisiin aiempien leikkaussalitoimenpiteiden sijaan. Polikliiniset polyypien poistot ja sterilisaatiot ovat olleet vakiintuneita hoitomuotoja sairaalassamme usean vuoden ajan. Myös hysteroskooppiset myomapoistot ja endometriumin lämpöpallohoidot ovat käytössä. Etuna näissä on potilaiden nopea kotiutuminen, vähäisemmät sairauspäivät ja tehokas hoitopolku.

Raskausajan ja synnytysten hoidossa toimimme kiinteässä yhteistyössä alueiden Lohjan sh:n ja vuodesta 2010 alkaen myös Länsi-Uudenmaan sh:n neuvoloiden kanssa (yhteiset tapaamiset, vastavuoroiset vierailut, neuvolahenkilökunnan koulutautuminen äitiyspoliklinikalla, yhteiset hoitoketjut ja -ohjeet). Hoidonporrastus yliopistosairaalaan on selkeä ja yhteistyö hyvin toimivaa. Teemme oman alueen sikiöseulonnat, kätilöt ovat käyneet seulontakoulutuksen. Riskiraskauksien seuranta toteutuu usein omalla äitiyspoliklinikalla, vaikka synnyttäminen onkin aiheellista tapahtua yliopistoklinikassa. Synnyttäjät ovat valtaosin omilta alueilta, mutta viime vuosina myös Kirkkonummelta on tänne hakeuduttu hyvien tieyhteyksien vuoksi. Synnytyksen jälkeen pystymme tarjoamaan perhehuoneen haluaville; hoitoajat ovat olleet maamme lyhimät. Vastasyntyneiden polikliiniset tarkastukset on myös järjestetty.

Lastentautien ajanvarauspoliklinikalla työskentelee viisi lastenlääkärää, neljä sairaanhoitajaa ja sihteeri. Poliklinikalla tuotetaan yleispediatria palveluita sairaanhoi-



toalueen 0–16-vuotiaalle väestölle, ajanvarauskäyntejä on vuodessa n. 3000. Lapsiväestö kasvaa jatkuvasti, arviolta n. +8 %:lla vuoteen 2025 mennessä. Teemme tiiviisti yhteistyötä sekä alueemme kuntien että HYKS:in Lastenklinikan kanssa. Omaa vuodeosastoa ei ole, mutta synnytysosaston välittömässä yhteydessä sijaitsee pieni 2-paikkainen vastasyntyneiden valvontayksikkö, ja valtaosa sairaanhoitoa tarvitsevista vastasyntyneistä pysyy omassa sairaalassamme. Siirtoja Lastenlinikalle on n. 10 vuodessa (vaikeat sepsikset, synnynnäiset sydänviat, vaikeat synnynnäiset rakenneanomaliat).

Lastenlääkärit, anestesia- ja hoitohenkilökunta osallistuvat säännöllisesti elvytyskoulutukseen ja omalla työpaikalla järjestetään myös ns. elvytys- ja elvytyskoulutusta vuosittain. Teemme tiiviisti yhteistyötä Länsi-Uudenmaan sairaalan kanssa, ja 1.6.15 alkaen molempien sairaaloiden lastenlääkärit päivystävät Lohjalla <30 minuutin saapumisajalla. Erikoislääkärin virkoja on yhteensä seitsemän, joten uusia vakansseja ei tarvitse perustaa. 1.9.15 alkaen päivystystoiminta laajenee käsittäen myös alueemme makropediatria potilaita, ja käytännössä pediatripäivystäjää on talossa 24/7. Erikoislääkäreitä on sopivasti ja pystymme nykyresursseilla hyvin vastaamaan päivystysaasteeseen.

### ***Tilat***

Synnytystoiminnan ja vuodeosastojen käytössä olevat tilat on perusteellisesti peruskorjattu vuonna 2012. Synnytyssaleja on 3 ja valmius synnyttää on myös neljännessä, vastaanottotilassa. Salien vieressä on sektiosali ympäri vuorokauden käytettävissä, samoin kuin vastasyntyneiden virvoittelu. Vastasyntyneiden valvontayksikkö Vaava (nyt kaksipaikkainen, optio vielä kahteen paikkaan lisää) on osa lapsivuodeosastoa. Vanhemmat voivat helposti olla mukana lapsensa hoivaamisessa. NaLa:n jäljellä olevien tilojen peruskorjaus alkaa ensi vuonna. Tulossa oleva remontti pitää sisällään polikliinisen toiminnan tilat. Tämän vaiheen valmistuessa kaikki NaLan toiminnot keskittyvät kompaktisti sairaalan yhteen kerrokseen lukuun ottamatta lastenpsykiatriaa, joka toimii lähipalveluna alueen keskuspaikoissa, Lohjalla ja Nummelassa.

### ***Henkilökunta:***

- naistentaudit ja synnytykset: 5 erikoislääkärin vakanssia, kuudes alkaa 1.4.2015, 2 erikoistuvan vakanssia, vuoden koulutusosoikeus. Toinen näistä puolitetään LUS:n kanssa.

Lastentaudit:

- 4 erikoislääkärin vakanssia, yksi erikoistuva

Lastenpsykiatria:

- 2 erikoislääkärin vakanssia

Kaikki lääkäreiden virat on täytettyjä, osa-aikaisia on (50/50 %). Osalla erikoislääkäreistä on myös lisäpätevyksiä, mm. neonatologiaan, gyn. kirurgiaan.

Kätilöt (vakansseja 26 + 1 oh ja 1 aoh) ja lastensairaanhoitajat (vakansseja 9 + 1 aoh) ovat moniosajia toimipaikkakoulutuksen ja työkierron ansiosta. Henkilökunta on nuorta ja tarvetta vanhempainvapaiden sijaistuksille on, mutta sijaisia on ollut saatavilla. Työkiertoa on myös yliopistosairaaloiden kanssa.

Osastonsihteerin vakansseja on 5, joista 1 lastentautien poliklinikalla.

***Kuulemistilaisuuteen osallistuneet HUS-Lohjan sairaalan edustajat:***

Raimo Kekkonen, sairaanhoitoalueen johtaja

Anna Sariola, synnytysten osastonylilääkäri, naisten- ja lastentautien tulosityksikön johtaja

Raija Rätty, naistentautien ja synnytysten ylilääkäri

Ulla-Riitta Kitinprami, apulaisosastonhoitaja, naistentautien ja synnytysten osasto

Sari Mäkelä, apulaisosastonhoitaja, naistentautien ja synnytysten osasto

Jonas Bondestam, lastentautien erikoislääkäri

## Länsi-Pohjan keskussairaala

**Yleiskatsaus Länsi-Pohjan keskussairaalan säilyttämisen tarpeesta ja edellytyksistä selvitysmies Kari Niemiselle helmik. 2015:**

### Länsi-Pohjan alue/ Kemi-Tornio sote-tuotantoalue? / suurkunta ??

- Tiivis asutusalue, vastaa keskikokoista kaupunkia n.64.000 asukasta vs. soteratkaisun pyrkimys lähipalvelujen säilymiseen !?
- Teollinen merkitys: 2 kartonki-/ sellu-/ paperitehdasta, terästehdas, kaivos, 2 satamaa, LNG-terminaali rakenteilla, liikenteen tiimalasi, lentokenttä
- Merkitys kansantuotteeseen huomattava, 8-10%, väestöä 1,2%
- Synnytysten osalta vuosia hyvät perinataaliluvut, THL
- Lasten määrän ennuste ad. 2023 pysyy
- Lastenlääkäreiden tarve pysyy
- Benchmarking-luvut hyvät, episodituottavuus noussut viime raportin mukaan eniten koko maassa, organisaatio toimii
- Päivystysorganisaation on oltava hyvä ja kattava alueemme ihmisten palvelemiseksi!

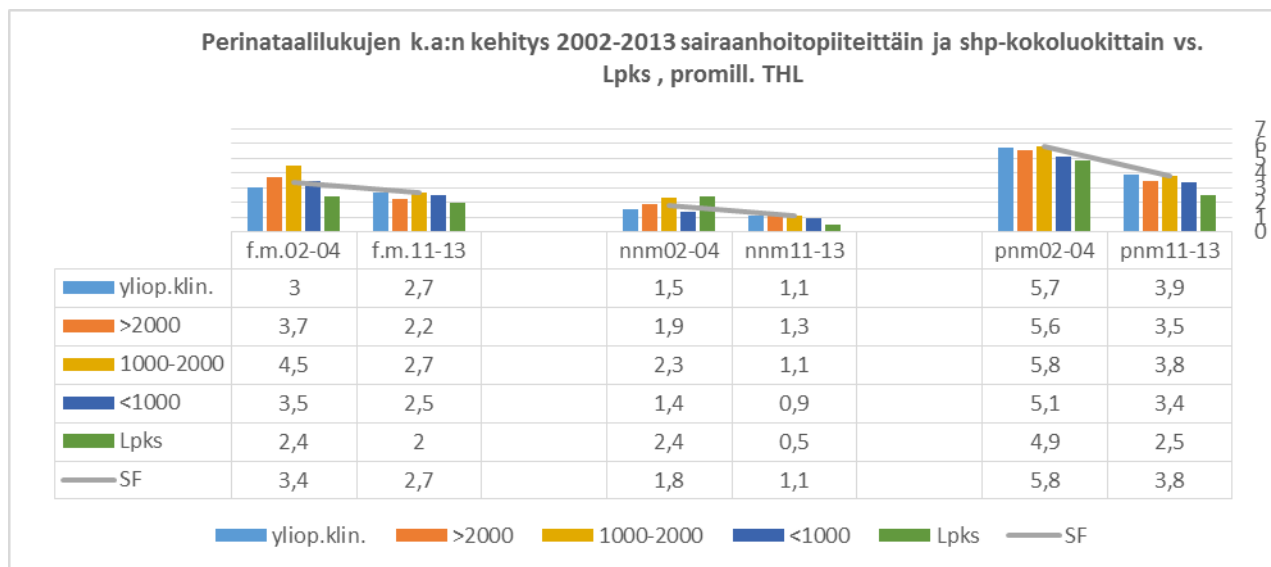
Yllä on slaidi, mihin tiivistettiin 5.2.2015 Säätytalon kokouksessa Länsi-Pohjan synnytysklinikan puheenvuoro. Sairaanhoidopiirimme on sote-alueeksi sopiva OYS-ervan tuella. Polikäyntejä v. 2014 oli 138.000 ja hoitopäiviä 46.000. Oys-ostot ovat vuosittain 15 %-20 % koko budjetista.

Kokouksessa todettiin, että kokemuksenkin perusteella synnytysklinikka on oleellinen osa päivystystoiminnan ja koko sairaalan olemassaolon runkoa. Lisäksi jokainen synnytys palvelee vähintään kolmea nuorta ihmistä: äitiä, isää ja syntyvää lasta. Panostus on nuoriin ja tulevaisuuteen.

Matka on riski. Suomen suuruisessa maassa päivystysklinikoita tulisi olla vähintään n. 100 kilometrin välein. Hollantilaisen tutkimuksen mukaan riskit nousevat, jos synnytysmatkaan kulunut aika ylittyy puoli tuntia. Kahden tunnin välimatka on ehdottomasti riski, koska siirtymiseen kuluu lisäaikaa sekä kotona että vastaanottavassa sairaalassa. Kuolleisuus muualla kuin sairaalassa tapahtuneissa synnytyksissä on n. 6–8-kertainen suomalaisissa aineistoissa. Aiempien kaavailujen kahden tunnin tavoitettavuusaika on ehdottomasti liian pitkä myös sydäninfarktien ja aivotatakkien hoidossa. Päivystyspisteiden harventaminen ei ole lähihoidon ja hoidon kattavuuden parantamista. Esimerkiksi otettu gynekologisten potilaiden embolisaatiotilanne on harvinainen kriteeri. Tilanne kehittyy tunneissa, jolloin siirtoon tarv. ehditään. Se on harvinainen tapahtuma myös yliopistoklinikoissa.

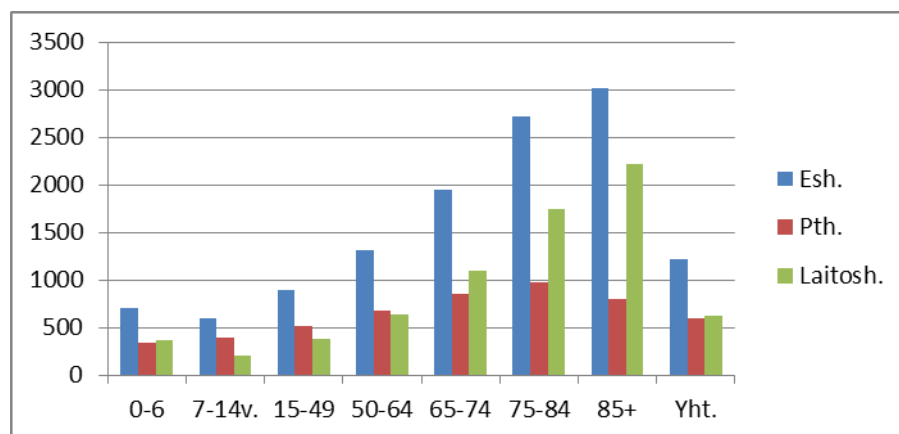
Länsi-Pohjan alueen n. 64.000 asukasta vastaavat keskikokoista kaupunkia. Näin suuren ja BKT:n näkökulmasta tuottavan populaation erikoissairaanhoidon ei saa olla yli sadan kilometrin päässä! Lisäksi EU-direktiivien oikeuttama vapaa hoitoon hakeutuminen on lisännyt Ruotsissa asuvien suomenkielisten hakeutumista Länsi-Pohjan hoitoon monilla erikoisaloilla. Väestöpohjaan voi laskea n. 10.000 potentiaalista asiakasta lisää. Rajan yli hoitoon hakeutumisen mahdollisuus on vasta nyt selkiintymässä Försäkringskassanin kanssa tapahtuvan yhteistyön muotoutumisen myötä.

THL:n tilastojen todistamina laatumme on ollut vuosia hyvä, PNM-lukumme on toistuvasti ollut matalin tai kolmen matalimman joukossa. Liikehälytyksen varoittamana lyhyen kontrollointimatkan ansiosta monta lasta lienee pelastunut kuolemalta. Hoidon porrastus Oys:iin pelaa. Rajamme yliopistoklinikkaan siirtoon ennenaikaisen synnytyksen uhatessa on 34 täyttä viikkoa. Kehitys yli 10 v. aikana on Suomessa joka klinikkaryhmässä ollut erittäin hyvä, omamme vielä erikseen. PNM kuvaa koko organisaation laatua.



Lastenlääkäritilanne on kriittinen koko maassa, meillä samoin. Keskussairaaloissa vastasyntyneen luo ehtii ensin anestesioologi – päivastoin kuin yliopistoklinikoissa. Elvytystilanteet hoituvat nopeasti heidän toimestaan. Meri-Lapin kehittämiskeskuksen laskelmien mukaan lasten lukumäärä pysyy nykyisellä tasolla 10–15 v, joten lastenlääkäreitä tarvitaan joka tapauksessa.

Koko sairaalan benchmarkingluvut osoittavat naapurisairaaloihin verrattuna hyvää ja tehokasta hoitoa. Kunnat eivät säästäisi kustannuksia naapurisairaaloiden palvelujen käytössä. Matkat vaan lisäisivät vaivaa, riskejä ja kustannuksia. Matkakustannuksia ei valitettavasti ole missään laskelmissa tuotu esiin. Kiinteistöjen laajentaminen suureneviin sairaaloihin on myös otettava kustannuslaskentaan mukaan. Kuntakoh- taisten terveystenon vertailussa ikäihmisten palvelut ovat kalleimmat. Siellä on saatavissa suurimmat säästöt. Alla on 20 keskikokoisen kunnan vuosittaiset kustannukset k.o. ikäluokan asukasta kohden v. 2013. Fertiili-ikäisen ja työssä käyvän väestön palveluiden huonontaminen on epäoikeudenmukainen ja huono ratkaisu.



## Suomen gynekologiyhdistys

SGY:n hallitus on kokouksessaan 28.2.2015 käsitellyt pienten synnytyssairaaloiden toimintaa tulevaisuudessa. Pääpiirteittäin viittaamme ohaiseen SGY:n antamaan kannanottoon 31.01.2010 koskien yhtenäisiä päivystyshoidon perusteita. Kannanoton kohta 2 on päivitetty alla olevaan muotoon.

### **KANNANOTTO PIENTEN SYNNYTYSSAIRAALOIDEN TOIMINNASTA TULEVAISUUDESSA**

Synnytysyksiköiden sijainnin määrittämisessä on tärkeää ottaa huomioon etäisyydet ja alueelliset erot. Pitkien välimatkojen alueilla hoito on saavutettava kohtuullisessa ajassa, joten pienempiäkin yksiköitä tarvitaan. Synnytyksiä siis voidaan hoitaa maantieteellisesti välttämättömissä alle 1 000 synnytyksen yksiköissä. Niissä tulee kuitenkin olla riittävät päivystysasetuksen mukaiset resurssit, jotta synnytykset voidaan hoitaa potilasturvallisuutta vaarantamatta.

Helsingissä 28.2.2015

Juha Räsänen  
Suomen Gynekologiyhdistyksen puheenjohtaja

## Suomen kättilöliitto

Suomen Kättilöliitto ry  
Asemamiehenkatu 4  
00520 Helsinki

19.2.2015

LAUSUNTO

### **STM:N KUULEMISTILAISUUS ÄITIYSHUOLLON TULEVAISUUDESTA 5.2.2015**

Suomen Kättilöliitto ry kiittää mahdollisuudesta lausua näkemyksiään koskien Suomen äitiyshuoltoa ja sen järjestämistä tulevaisuudessa.

#### *Taustaa*

Suomessa äitiyshuollossa on varsin selkeä työnjako, joka myös käytännössä toimii pääsääntöisesti hyvin. Matalan riskin synnytykset hoidetaan pienemmissä synnytysyksiköissä ja korkean riskin synnyttäjät suuremmissa yksiköissä. Lisäksi osa kaikkein vaativimmista raskauksista ja synnytyksistä ohjataan suoraan yliopistotason sairaaloihin. Äitiysneuvoloissa on käytössä sekä valtakunnalliset ohjeistukset (Äitiysneuvolaopas, THL, 2013) että alueellisesti täydentäviä lähettämisingindikaatioita.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tilastoista käy kiistatta esille, että Suomen äitiyshuolto on turvallista ja laadukasta, eikä turvallisuuden suhteen ole nähtävissä tilastollisia eroja pienten ja suurten synnytysyksiköiden välillä. Voidaan todeta, että kansainvälisestäkin tarkasteltaessa Suomen äitiyshuolto on maailman parhaimmistoa turvallisuuden suhteen. Synnytyksien hoidon kulttuurissa sen sijaan on nähtävissä selkeitä eroja myös samantasoisten synnytysyksiköiden välillä (vrt. THL:n tilastot esimerkiksi sektiofrekvenssin osalta), joita ei voida selittää esimerkiksi maantieteellisillä tai muilla vastaavilla seikoilla.

Synnytyksiä on keskitetty jo pitkään, sillä vuonna 1975 synnytysyksiköitä oli vielä 62. Nyt synnytysyksiköitä on enää Manner-Suomessa 26 ja Ahvenanmaalla yksi pieni yksikkö. Varsinaisia synnytyssairaloita voidaan Suomessa sanoa olevan kaksi, Kättilöopiston sairaala ja Naistenklinikka. Muissa synnytysyksiköt ovat osa muuta, monen erikoisalnan sairaalan kokonaisuutta.

Matkasynnytysten ja muiden sairaaloiden ulkopuolella suunnittelemattomasti syntyneiden osuus on THL:n tilastojen mukaan kasvussa. Vuonna 2013 luku oli yhteensä 152, kun se vuonna 2012 oli 131. Kuolleisuus näissä synnytyksissä on selkeästi korkeampaa, jopa kuusinkertaista. Erityisesti ennenaikaisesti syntyneiden kuolleisuusriski on huomattava. Vuosina 2009–2012 sairaalan ulkopuolella vastasyntyneitä kuoli THL:n tilastojen mukaan 11. Synnytysmatkojen pidentyessä riski matkasynnytyksiin luonnollisesti kasvaa ja näin ollen voidaan todeta, että keskittäminen ei lisää turvallisuutta, vaan se heikentää turvallisuutta kohonneen matkasynnytys- ja kuolleisuusriskin kautta.

Kättilöillä on pisin hoitoalan koulutus (270 op, 4.5 vuotta) ja heillä on erityistason osaamista seksuaali- ja lisääntymisterveyden alalla. Myös kansainvälisesti tarkasteltaessa suomalaisten kättilöiden ammattitaito on erittäin laadukasta, laaja-alaista ja korkeatasoista. Kuitenkin verrattaessa esimerkiksi Ruotsiin, Suomessa kättilöiden ammattitaitoa ei juurikaan hyödynnetä perusterveydenhuollossa. THL:n tutkimuksen mukaan ainoastaan 25 %:lla äitiysneuvoloiden hoitohenkilöstöstä on kättilön tutkinto.

Tosin näistäkin suurimmalla osalla on myös terveydenhoitajan koulutus, joka on mahdollistanut kätilön työskentelyn äitiysneuvolassa. Tulee huomioida, että ns. ”tuplakoulutuksessa” (kätilö-terveydenhoitaja) ei ole kyseessä päteväytymisestä äitiysneuvolatyöskentelyyn, vaan kyseessä on kuntien päätösvallan alla olevasta ilmiöstä. Terveydenhoitajan koulutuksen omaavaa voidaan tarvittaessa siirtää myös muihin perusterveydenhuollon yksiköihin, kuten lastenneuvolaan, kouluterveydenhuoltoon tai kotisairaanhoidon. Näin ollen kunnat palkkaavat mieluummin terveydenhoitajan tai ns. ”tuplakoulutetun”. Kätilöiden koulutus antaa täyden pätevyyden työskennellä myös äitiysneuvolassa EU-direktiivien mukaisesti ilman terveydenhoitajan koulutusta.

Kaikista Suomen synnytyksistä kätilöt hoitavat itsenäisesti noin 75 % ja jäljellä jäävissä 25 % synnytyksissä kätilöt ovat moniammatillisen tiimin merkittäviä jäseniä. Näin ollen, kun puhutaan synnytysyksiköiden keskittämisestä tai ylipäätään synnytyksiin liittyvistä asioista, tulee kätilöiden näkökulma olla merkittävästi esillä ja ohjaamassa päätöksiä. Myös vanhempien, lasta odottavien ja muiden kansalaisten näkökulmaa tulee kuulla. STM ei voi ohittaa kansalaisaloitteen ”Päivystysasetuksen muuttaminen synnytysten osalta” 66 818 kansalaisen vetoamista.

Kätilöliitto haluaa tuoda esille kätilön työn tärkeitä näkökulmia: Synnytys ei ole sairauden hoitoa, eikä vastasyntynyt ole sairas, kunnes toisin todistetaan. Vastasyntynyt on näkemyksiemme mukaan terve, kunnes toisin *tarvittaessa* todistetaan. Toisaalta, näemme Kätilöliitossa, että turvallisuus on erittäin tärkeää, eikä siitä tule tinkiä. Kaikki ne toimenpiteet, tutkimukset ja hoidot, joilla on *lääketieteellinen peruste, tulee aina tehdä*. Emme kuitenkaan halua medikaloida raskautta, synnytystä ja lapsivuodeaikaa, jotka lähtökohtaisesti ovat normaaleja, elämään kuuluvia asioita. Medikalisaatiolla on tutkitusti haitallisia vaikutuksia sekä synnyttäjän, että vastasyntyneen hyvinvointiin. Medikalisaatio lisää myös terveydenhuollon kustannuksia.

Edellä mainittujen taustatietojen pohjalta Suomen Kätilöliitto ehdottaa seuraavaa:

1. ***Päivystysasetusta tulee muuttaa*** siten, että se ei kosketa matalanriskin synnytysyksiköitä (alle 1000 synnytystä/vuosi). Nykyisellään asetus on eriarvoistava, synnytysten hoidon saavutettavuus vaarantuu ja se altistaa pidempien synnytysmatkojen vuoksi matkasynnytyksille ja sitä kautta riski vastasyntyneiden kuolleisuuden kasvuun on ilmeinen.
2. Jo pitkään jatkunut synnytysten keskittäminen on tehty siten, että äitiyshuollon koko rakennetta ei ole tarkasteltu samalla. Prosessin yhteen osaan kajoaminen, ilman selkeää kokonaisuudistusta on voinut jo nyt aiheuttaa tiettyjä ei-toivottuja ilmiöitä. ***Äitiyshuoltoa tulee tarkastella omana kokonaisuutena ja kätilöitä tulee saada lisää äitiysneuvolatyöhön.***
3. THL:n tulee perustaa ***oma äitiyshuollon rakenteita tutkiva työryhmä***, jonka tehtäväksi annettaisiin esittää nykyistä kehittyneempi malli.
  - a. Työryhmän tulisi laatia ainakin kaksi erillistä mallia; omansa suurempiin asutuskeskuksiin ja haja-asutusalueille.
  - b. Äitiyshuollon koordinaattorit (vrt. läänin kätilöt) tulee ottaa käyttöön koko Suomessa. Tämä mahdollistaisi alueellisesti äitiyshuollon kehittämistä ja koulutuksen koordinoimista.
  - c. Rohkeasti tulisi tarkastella esimerkiksi keskusäitiysneuvola-mallin laajentamista, jolloin osa nykyisellään äitiysneuvolassa tai erikoissairaanhoidossa käyvästä riskiraskauksista siirtyisivät keskitetysti keskusäitiysneuvolan asiakkaiksi. Tällaisia potilasryhmiä voisi olla esi-

merkiksi gdm, synnytyspelkoiset, osa monisikiöisistä raskauksista ja sikiöseulonnat. Lisäksi esimerkiksi synnytysvalmennukset voitaisiin järjestää keskusäitiysneuvolassa, jossa työskentelisi kättilöt ja synnytys- ja naistentautien erikoislääkärit, tarvittaessa psykologit.

- d. Lisäksi työryhmän tulisi harkita, voisiko synnytysyksikön yhteydessä järjestetty äitiysneuvola olla jossain tilanteissa tuloksellinen. Tällöin voisi niin sanotun kättilöitiimin antama raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoito mahdollistua. Tämä parantaisi hoidon jatkuvuutta ja olisi asiakaslähtöistä.
4. ***Synnytysyksiköissä tulee kiinnittää erityistä huomiota medikalisaation välttämiseen.*** Toimivia esimerkkejä on esimerkiksi Kättilöopistossa aikanaan perustettu Haikaranpesä ja TAYS:n Mariski-projekti. ***Synnytysyksikön sisään tulee perustaa niin sanottuja matalan riskin hoitolinjoja.***
5. PNM-lukumme on maailman matalampia, mutta meillä ei ole systemaattisesti kerättyä tietoa PNM-lukujen taustoista ja syistä. Kehittäksemme asiaa edelleen ja saadaksemme PNM-lukuja nykyistäkin, erittäin matalasta tasosta pienemmäksi, ***tulee THL:ään perustaa oma PNM-tilastorekisterinsä.*** Tähän tulee osoittaa STM:stä erillistä rahoitusta.
6. ***Valtakunnallisella tasolla tulee kehittää yhteistyössä synnytyksen hoidon yhteneväisiä käytänteitä.*** Tässä työssä merkittävässä roolissa ovat Suomen Gynekologiyhdistys, Suomen Kättilöliitto, Suomen Perinatologinen seura ja Lastenlääkäriyhdistys. Keskusteluun tulisi nostaa esimerkiksi oksitosiiniin varsin runsas käyttö ja sen mahdolliset vaikutukset synnytyksen kulkuun ja vastasyntyneen vointiin.
7. ***Niin sanottuja hätätila-koulutuksia tulee järjestää sairaalakoulutuksena valtakunnallisesti kehitetysti*** (aiheena esim. hartiadystokia, massiiviset äkilliset verivuodot, kouristava synnyttäjä, vastasyntyneen elvytys ja hätäsektiökäytänteet). Suomen Kättilöliitto haluaa olla yhteistyössä kehittämässä ja järjestämässä näitä täydennyskoulutuksia.
8. ***Valtakunnallisesti meillä tulee olla yhtenevät, laadukkaat ja toimivat sähköiset potilasasiakirjajärjestelmät.*** Näin varmistetaan tiedonkulku ja varmistetaan osaltaan potilasturvallisuutta sekä säästetään aikaa varsinaiseen hoitoon.
9. ***Sairaana vastasyntyneen sairaalasiirtoa ja sen edellytyksiä tulee kehittää*** siten, että se on tasalaadukasta ympäri Suomea ja käytettävissä oleva mahdollisuus.
10. Ympäri Suomen, mutta erityisesti Pohjois-Suomessa on erittäin suuri pula lastentautien erikoislääkäreistä. Samanaikaisesti merkittävä osa heistä tekee työtä yksityisellä sektorilla, joko kokoaikaisesti tai pääsääntöisesti oman kunnallisen työn ohella. ***STM:n tulee selvittää yhdessä Lastenlääkäriyhdistyksen kanssa mitä voitaisiin tehdä, jotta yksityisellä oleva työpanos saataisiin laajemmin hyödynnettyä synnytysyksiköiden käyttöön.***

Helsingissä 19.2.2015

Terhi Virtanen, puheenjohtaja  
Suomen Kättilöliitto – Finlands Barnmorskeförbund



## Suomen lastenlääkäriyhdistys

### **PIENTEN SYNNYTYSSAIRAALOIDEN TOIMINTA TULEVAISUUDESSA**

#### *Vastasyntynyt osana äitiyshuoltoa*

Synnytys on ohi kokonaisuudessaan, kun sekä äiti että vastasyntynyt ovat kotiutuneet synnytyssairaalasta. Vastasyntyneiden hoito tulee siten aina huomioida kiinteänä osana äitiyshuollon jatkumoa. Julkinen keskustelu pienten synnytyssairaaloiden tulevaisuudesta on ollut huolestuttavaa vastasyntyneen lapsen näkökulmasta. Julkisuudessa on käytännössä unohtunut, että raskaudessa ja synnytyksessä ei ole kysymys pelkästään naisen ja perheen oikeudesta yksilölliseen ja laadukkaaseen hoitoon vaan myös vastasyntyneen (ja sikiön) oikeudesta mahdollisimman terveeseen elämään. Nämä kaksi asiaa eivät voi olla toisiaan poissulkevia.

#### *Turvallinen synnytys on perinatologin, kättilön, sairaanhoitajan ja lastenlääkärin yhteistyötä*

Suurin osa synnytyksistä sujuu ongelmitta ja vastasyntynyt pääsee viettämään ensimmäiset päivensä synnytyssairaalansa vierihoidossa, jossa vanhempia ohjataan kiireettömästi vastasyntyneen hoidossa ja imetyksessä.

Noin 15–20 % kaikista synnytyksistä syntyy kuitenkin tilanteita, joihin on syytä heti hälyttää lastenlääkäri valmiuteen hoitamaan vastasyntynyttä. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi sikiön perätila, sikiön hapenpuutos, sikiön poikkeavat sydänäänät, vahvasti poikkeava tai verinen lapsivesi, monikkosynnytys, hätäkeisarinleikkaus, kiireellinen keisarinleikkaus sikiön voinnin vuoksi ja imukuppiavusteinen synnytys.

Synnytyslääkärin vahva perinatologinen osaaminen ennakoi turvallista synnytystä ja ehkäisee tehokkaasti synnytyksen poikkeustilanteita. Hyvin koulutettu kättilö- ja muu hoitohenkilökunta on turvallisen synnytyksen ja tarvittaessa vastasyntyneen alkuelvytyksen osalta tärkeässä asemassa. Lastenlääkäri yhdessä vastasyntyneiden hoitoon perehtyneiden sairaanhoitajien kanssa ovat kuitenkin ensiarvoisen tärkeitä sairaan vastasyntyneen hoidon kannalta.

Kaikista vastasyntyneistä noin 10 % tarvitsee lastenlääkärin sairaalahoitoa muutamasta tunnista aina usean viikon ikään asti ja toisinaan pidempään. Yleisimmät syyt vastasyntyneen osastohoitoon ovat keskosuus, hengitysvaikeudet, infektiot, synnytyskomplikaatiot, epämuodostumat, vastasyntyneen neurologinen oireilu sekä äidin sairaudesta tai lääkityksestä johtuvat vastasyntyneen ongelmat. Monipuolisesti koulutetun lastenlääkärin keskeinen asema sairaan vastasyntyneen hoidossa on nähtävissä Suomen matalassa neonatalikuolleisuudessa.

#### *Vastasyntyneen hoito edellyttää merkittäviä voimavaroja*

Synnytyssairaalassa tulee olla ympärivuorokautinen valmius hoitaa sairasta vastasyntynyttä. Varhaisen vuorovaikutuksen ja vanhemmuuden tukeminen on ensiarvoisen tärkeä osa vastasyntyneiden hoitoa. Synnytys yhdessä sairaalassa ja sairaan vastasyntyneen siirtäminen säännönmukaisesti hoitoa varten toiseen sairaalaan ei ole asianmukaista synnytystoimintaa. Vastasyntyneen siirtäminen hoitoon syntymäsairaalan ulkopuoliseen lastentautien yksikköön tulee tehdä vastasyntyneen yksilöllisen tilanteen sekä valtakunnallisen ja erityisvastuualueella sovitun työnjaon pohjalta siten, että sairaan vastasyntyneen hoito siirron aikana vastaa mahdollisimman hyvin hoitoa vas-

tasyntyneiden teholla. Vastasyntyneiden hoito tukitoimintoinen (mm. kuvantaminen, laboratorio, veripalvelu) edellyttävät synnytyssairaalan lastentautien osalta merkittävää virka- ja päivystysaikaista laite-, tila- ja henkilöstöresursointia. Julkisessa keskustelussa esiintynyt ajatus pelkästä lastenlääkäripäivystyksestä synnytystoiminnan mahdollistajana ei ole riittävä resursointi vastasyntyneiden hoitoon.

***Hyvin resursoitu äitiyshuolto, synnytystoiminta ja vastasyntyneen hoito on inhimillistä jataloudellista***

Synnytyksen poikkeamien ennakointi ja aktiivinen sairaan vastasyntyneen hoito on inhimillisesti tärkeää hoitaa mahdollisimman hyvin. Synnytyksessä tai syntymän jälkeen vammautuneista vastasyntyneistä kertyy elinaikansa aikana huomattavia kustannuksia, joita pystytään kustannustehokkaasti estämään riittävästi resursoidulla äitiyshuollolla, synnytystoiminnalla ja vastasyntyneiden hoidolla. Näihin kustannuksiin tuli syksyllä 2014 enemmän läpinäkyvyyttä vaihtoehtokustannusmielessä, kun Potilasvakuutuskeskus peri sairaanhoitopiireiltä, vammaispalvelulaista aiheutuvia kuntien kustannuksia, runsaan sadan miljoonan euron edestä. Näistä vammaispalvelujen kustannuksista pääosa liittyy aikanaan synnytyksessä tai syntymän jälkeen vammautuneisiin vastasyntyneisiin.

***Tiheään synnytyssairaalaverkoston ei riitä lastenlääkäreitä***

Valtakunnallinen lastenlääkäriresurssi on vastasyntyneiden hoidon osalta jo nyt riittämätön ja tiettyjen alueiden osalta erittäin heikko. Täyttämättömiä lastenlääkärin virkoja on erityisesti useassa Pohjois-Suomen synnytyssairaalassa. Paikoittain pulaa on myös gynekologeista ja osaavasta vastasyntyneiden hoitohenkilöstöstä. Lastenlääkäripäivystys ja virka-ajan lastenlääkärin työ joudutaan useassa synnytyssairaalassa ostamaan ulkopuolisilta ammatinharjoittajilta ja yksityisiltä palveluntarjoajilta. Virkatyön ulkopuolisen työvoiman laadun ja riittävyuden varmistaminen on ongelmallista sekä pitkään kestäneenä on osatekijänä ylläpitämässä alueellista lastenlääkäripulaa. Valtaosa lastenlääkäriresurssista tulee tulevaisuudessa todennäköisesti keskittymään päivystyssairaalastatuksen synnytyssairaloihin. Toiminnallisten ja rakenteellisten uudistusten on tärkeää toteutua, jotta laadukas vastasyntyneiden hoito pystytään turvaamaan jäljelle jäävässä synnytyssairaalaverkostossa.

***Päivitetty päivystysasetus kohentaa synnytysten ja vastasyntyneiden hoidon laatua***

Päivitetty päivystysasetuksen pykälä 14 (synnytykset ja lastentaudit) on oikeansuuntainen keino kohentaa synnytysten ja vastasyntyneiden hoidon laatua. Päivystysasetus kohentaa ja yhdenmukaistaa erityisesti synnytyssairaalan valmiutta hätäsektioeritystilanteissa ja siten vähentää välillisesti vastasyntyneiden kuolleisuutta ja vammautumista. Päivystysasetus kohentaa myös suoraan vastasyntyneiden hoitoa, mikäli päivystysasetuksen voimassaolevaa asetusta noudatetaan kirjaimellisesti ja kaikilta synnytyssairaalta edellytetään vähintään pykälän 14 kriteerien 1-4 ja riskisynnyttäjien osalta kriteerien 1-5 täyttymistä.

- 1) kiireellisen hoidon antamiseen tarvittava määrä kättilöitä ja leikkausta avustavaa henkilökuntaa sekä tarvittavat tilat, välineet ja laitteet sekä;

- 2) **välitön valmius** sikiön voimien seurantaan sekä **lapsen ja äidin hoidon tarpeen arviointiin, tarvittavaan välittömään hoitoon, tehostettuun valvontaan sekä hoidon edellyttämiin laboratoriotutkimuksiin ja verensiirtoihin;**
- 3) välittömästi saatavilla naistentautien- ja synnytysten sekä anestesiologian erikoislääkärit tai synnytysten hoitoon ja anestesiologiaan hyvin perehtyneet lääkärit. Tarvittaessa naistentautien- ja synnytysten sekä anestesiologian erikoislääkärin on saavuttava nopeasti synnytysyksikköön silloin, kun erikoislääkäri ei ole välittömästi vastaamassa hoidosta;
- 4) nopeasti saatavilla lastentautien erikoislääkäri tai lastentautien hoitoon hyvin perehtynyt lääkäri, jolla on mahdollisuus neuvotella hoidosta lastentautien erikoislääkärin kanssa. Tarvittaessa lastentautien erikoislääkärin on saavuttava nopeasti päivystysyksikköön; sekä
- 5) vastasyntyneiden hoitoon perehtynyt lääkäri välittömässä valmiudessa antamaan hoitoa vastasyntyneelle, jos synnytyksiä hoitavaan toimintayksikköön on keskitetty riskisyntyttäjien hoito.

*Sairaahan vastasyntyneen sairaalasiirroissa on parannettavaa*

Sairaahan vastasyntyneen siirtokuljetus tarvittaessa yliopistosairaalaan on tärkeä ja usein heikoin osa sairaahan vastasyntyneen päivystyksellistä hoitoa. Potilassiirtojen käytännöt eivät ole yhdenmukaisia tai yhteensopivia valtakunnallisesti tai edes erityisvastuualueen sisällä. Vastasyntyneen turvallinen ja laadukas potilassiirto vuorokauden ajasta riippumatta on mahdollista toteuttaa siirtämällä vastuu vastasyntyneiden potilassiirtoista ja niiden koordinaatiosta yliopistosairaaloille erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksella tai päivystysasetuksen lisäpykälällä.

Helsingissä 4.2.2015

Pekka Lahdenne  
Puheenjohtaja  
Suomen lastenlääkäriyhdistys ry

Merja Helminen  
Lastentautien ylilääkäri  
Pirkanmaan shp

Jari Petäjä  
Toimialajohtaja, johtava ylilääkäri  
HYKS Lasten ja nuorten sairaudet  
Helsingin ja Uudenmaan shp

Jussi Mertsola  
Lastentautien ylilääkäri  
Varsinais-Suomen shp

Päivi Tapanainen  
Lastentautien ylilääkäri  
Pohjois-Pohjanmaan shp

Pekka Riikonen  
Lastentautien ylilääkäri  
Pohjois-Savon shp

Andreas Blanco Sequeiros  
Lastentautien ylilääkäri  
Keski-Pohjanmaan shp

Merja Ashorn  
Lastentautien ylilääkäri  
Etelä-Karjalan shp

Pekka Valmari  
Lastentautien ylilääkäri  
Lapin shp

Riitta Suokas  
Lastentautien ylilääkäri  
Kainuun shp

Marjut Salovaara  
Lastentautien ylilääkäri  
Etelä-Savon shp

Mikko Lavonius  
Lastentautien ylilääkäri  
Päijät-Hämeen shp

Tarja Holm  
Lastentautien ylilääkäri  
Vaasan shp

Arja Tomminen  
Lastentautien ylilääkäri  
Kanta-Hämeen shp

Kirsi Nuolivirta  
Lastentautien ylilääkäri  
Etelä-Pohjanmaan shp

Ville Westerlund  
Lastentautien ylilääkäri  
Kymenlaakson shp

Juhani Lehtola  
Lastentautien ylilääkäri  
Keski-Suomen shp

Risto Lantto  
Lastentautien ylilääkäri  
Pohjois-Karjalan shp

Anssi Luoma  
Lastentautien ylilääkäri  
Satakunnan shp

Pentti Vuolukka  
Lastentautien ylilääkäri  
Länsi-Pohjan shp

Jonas Bondestam  
Lastentautien ylilääkäri  
Lohjan sairaala  
Helsingin ja Uudenmaan shp

Sture Andersson  
Neonatologian osastonylilääkäri  
Helsingin ja Uudenmaan shp

Timo Saarela  
Neonatologian osastonylilääkäri  
Pohjois-Pohjanmaan shp

Ulla Sankilampi  
Neonatologian osastonylilääkäri  
Pohjois-Savon shp

Liisa Lehtonen  
Neonatologian osastonylilääkäri  
Varsinais-Suomen shp

Outi Tammela  
Neonatologian osastonylilääkäri  
Pirkanmaan shp

Jari Johansson  
Gynekologian va. ylilääkäri  
Keski-Pohjanmaan shp

Antti Valpas  
Gynekologian ylilääkäri  
Etelä-Karjalan shp

Katja Hämeenoja  
Gynekologian ylilääkäri  
Lapin shp

Ritva Keravuo  
Gynekologian ylilääkäri  
Kainuun shp

Timo Tiilikainen  
Gynekologian ylilääkäri  
Etelä-Savon shp

Marjaleena Setälä  
Gynekologian ylilääkäri  
Päijät-Hämeen shp

Sami Onoila  
Gynekologian ylilääkäri  
Vaasan shp

Tiina-Liisa Erkinheimo  
Gynekologian ylilääkäri  
Etelä-Pohjanmaan shp

Marja-Liisa Mäntymaa  
Gynekologian ylilääkäri  
Kymenlaakson shp

Jyrki Jalkanen  
Gynekologian ylilääkäri  
Keski-Suomen shp

Jaana Fraser  
Gynekologian ylilääkäri  
Pohjois-Karjalan shp

## Suomen Terveydenhoitajaliitto

26.2.2015

### **Suomen Terveydenhoitajaliiton STHL ry:n kommentit synnytysten keskittämiseen**

#### *Osaamisvaatimuksista*

Synnytyssairaalaverkostoa Suomessa on jo purettu jo pidemmän aikaa. Vuonna 1975 synnytyssairaaloita oli 62, vuonna 2010 31 ja vuonna 2014 27. Niiden pohjalta on täytynyt kertyä jo runsaasti kokemuksia siitä, minkälaisia erityisvaatimuksia synnytysten keskittämisestä on aiheutunut perusterveydenhuoltoon ja neuvolatyölle ja miten niihin on voitu tehokkaasti vastata esim. koulutuksellisesti tai neuvoloiden ja synnytyssairaaloiden yhteistyötä kehittäen.

Perusterveydenhuollon/neuvoloiden ja synnytyssairaaloiden yhteistyötä on pidetty aina hyvin tärkeänä ja siitä on saatu pääsääntöisesti hyviä kokemuksia mm. yhteisten alueellisten koulutusten kautta. Kehitettävääkin toki löytyy, sillä aina yhteistyön käytännöt eivät ole olleet riittävät. Usein on syytetty riittämättömiä resursseja.

Synnytyksiköitä suljettaessa ja toimintaa keskitettäessä on yhteistyön toimivuuden ja käytäntöihin entisestään panostettava. On tärkeää kehittää yhdessä toimivat yhteistyön ja konsultoinnin käytännöt niin äitiyspoliklinikoiden ja neuvoloiden välille kuin synnytysosastojen ja neuvoloiden välille. Myös synnytysvalmennuksen erilaisia toimintamalleja tulee kehittää vastaamaan erilaisia alueellisia tarpeita. Perhevalmennuksiin tulisi laatia laadukas ohjelma, jossa huomioidaan alueelliset erityistarpeet erityisesti synnytysvalmennuksen osalta. Palveluita kehitettäessä voidaan käyttää myös digitalisaation antamia mahdollisuuksia ja netin välityksellä annettavia palveluja.

Neuvolatyöhön kohdistuvat mahdolliset lisäosaamisvaatimukset tulee selkeästi konkretisoida ja niihin tulee antaa riittävät valmiudet täydennyskoulutuksen kautta.

Erityinen haaste sulkemisista kohdistuu ensihoitoyksiköille mm. matkasynnytysten lisääntymisen riskin vuoksi. Niissä toimivilla tulee olla vahva osaaminen synnytysten hoitoon ja riittävä toimintavalmius ja resurssit.

#### *Äitiysneuvolat säilytettävä perusterveydenhuollossa ja palvelut tulee turvata lähipalveluina*

Äitiysneuvolatyö on ollut jo yli 40 vuotta (vuodesta 1972) olennainen osa terveydenhoitajan työtä ja koulutusta. Kokemukset äitiysneuvolatyön soveltuvuudesta terveydenhoitajan työhön kuuluvana tehtäväalueena ovat olleet hyviä niin työntekijöiden kuin asiakkaiden kokemuksina. Yleisesti käytössä olevien kansainvälisten äitiyshuollon laatua kuvaavien mittarien perusteella on äitiyshuolto Suomessa osoittautunut kansallisella tasolla varsin onnistuneeksi. ja siitä on pidettävä kiinni, Äitiysneuvolatoiminta on perusterveydenhuoltoon selkeästi kuuluva tehtävä ja kuuluu lähipalveluihin. STHL:n kanta on, että, äitiys- ja lastenneuvolapalvelut on säilytettävä myös jatkossa lähipalveluina, jotka ovat perheiden helposti saavutettavissa matalalla kynnyk-

sellä ja jotka mahdollistavat myös äitiysneuvolatyölle tärkeiden kotikäyntien tekemisen.

Terveydenhoitajaliitto ei pidä odottavien perheiden näkökulmasta tarkoituksenmukaisena eikä taloudellisesti järkevänä äitiysneuvolatoiminnan keskittämistä ja sen siirtämistä esim. äitiyspoliklinikoiden yhteyteen. Pitkät etäisyydet vähentävät palveluiden käyttöä erityisesti juuri niiden odottavien äitien/perheiden kohdalla, joille palvelut olisivat erityisen tarpeellisia mm. päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien ja syrjäytymisvaarassa olevien kohdalla. Myöskin isien osallistumismahdollisuudet neuvolakäynneille vähenisivät matkojen pidentymisen ja niiden ajan vievyyden vuoksi. Keskittäminen lisäisi myös kustannuksia niin perheiden kuin terveydenhuollon osalta. Äitiysneuvolasuosituksen mukaan v 2011 yksi neuvolakäynti maksoi n. 82 e ja äitiyspoliklinikakäynti erikoissairaanhoidossa 232 e. Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat moninkertaisia perusterveydenhuollon kustannuksiin verrattuna.

### ***Äitiysneuvolatoiminnan laaja-alaiset tavoitteet ja tehtävät***

Äitiysneuvolasuosituksessa asetetaan äitiysneuvolalle hyvin laaja-alaiset tehtävät ja velvoitteet, jotka sisältyvät terveydenhoitajakoulutuksen äitiyshuollon opetukseen ja joihin annetaan riittävät perusvalmiudet. Suositusten mukaan neuvolassa tulee:

- järjestää suositusten mukaiset määräaikaiset terveystarkastukset sikiön, lasta odottavan naisen ja koko perheen terveyden ja hyvinvoinnin seuraamiseksi ja edistämiseksi
  - järjestää osana määräaikaisia terveystarkastuksia lasta odottavalle perheelle laaja terveystarkastus, jonka avulla tuetaan koko perheen hyvinvointia
- tunnistaa mahdollisimman varhain raskaudenaikaiset häiriöt ja niiden riskitekijät sekä puuttua niihin ja ohjata tarvittaessa lisätutkimuksiin ja hoitoon
- tunnistaa varhain erityistä tukea tarvitsevat vanhemmat ja perheet ml. sukupolvelta toiselle siirtyvien ongelmien riskitekijät, sekä tukea perhettä tai järjestää perheelle riittävästi tukea ja apua (kohdennettu tuki)
- tarjota molemmille vanhemmille terveysneuvontaa, joka tukee koko perheen voimavaroja, vanhemmuutta ja parisuhdetta sekä terveyttä edistäviä valintoja
- tukea vanhempien keskinäistä kommunikaatiota sekä vanhemmuuteen ja parisuhteeseen liittyvien asioiden puheeksi ottamista rakentavalla tavalla.

Uusitun äitiysneuvolasuosituksen keskeinen muutos edellisiin suosituksiin verrattuna liittyy terveydenedistämisen näkökulman painottumiseen raskauden aikana (elintapojen merkitys ja terveysneuvonta), vanhempien voimavarojen ja vanhemmuuden tukemiseen sekä isän vahvempaan huomiointiin. Terveyden ja vanhemmuuden perustaa rakennetaan koko raskausajan ja äidin elintavoilla on suuri merkitys sikiön hyvinvoinnille. Siksi elintapaneuvonta ja tarvittavat muutokset tulee aloittaa ensi käynniltä lähtien ja tukea tarvitaan koko raskausajan.

### ***Erityistuentarpeiden tunnistaminen***

Suomen terveyspolitiikan yksi keskeinen tavoite on psykososiaalisten ongelmien ja syrjäytymisen ehkäisy ja ongelmien mahd. varhainen tunnistaminen ja tukeminen. Suomessa on varsin yleisesti yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola työtä tai toimittu ns. hyvinvointineuvolamallilla. Yhdistetystä toimintamallista saatujen kokemusten vuoksi sen käyttöönotto on koko ajan yleistynyt. Näin voidaan aikaisempaa tehokkaimmin



vastata em. syrjäytymisen ehkäisyn haasteeseen. Toimintamalli turvaa hoidon jatkuvuuden samojen työntekijöiden (th/neuvolalääkäri) toimintana, mikä puolestaan mahdollistaa luottamuksellisen hoitosuhteen muodostumisen, jota psykososiaalisten ongelmien ja syrjäytymisen ehkäisyssä ja tarvitaan. Tässä haastavassa työssä tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, jota tulee kehittää erityisesti sosiaalitoimen kanssa. Yhteistyöt myös erikoissairaanhoidon kanssa on tärkeää.

Yhdistetystä työstä on saatu erittäin hyviä kokemuksia niin perheiltä kuin terveydenhoitajilta ja siitä on myös tutkimusnäyttöä.

Neuvolapalvelut tulee järjestää jatkossakin universaaleina palveluina kaikille odotaville perheille huomioiden käyntimäärissä ja palveluissa luonnollisesti perheiden erilaiset tarpeet (uudelleen synnyttäjät, ensisynnyttäjät.). Riskiperheitä ja erityisen tuen tarpeessa olevia perheitä ei voida muuten tunnistaa eikä suunnata tukea niitä eniten tarvitseville.

Joissakin kaupungeissa on ollut ns. keskusneuvolatoimintaa ja se voisi olla kehittämiskelpoinen malli ottaa laajemmin käyttöön isoissa yksiköissä. Niissä terveydenhoitajat/kätilöt ja erikoislääkärit voisivat tukea neuvolaa erityisosaamista edellyttävissä tehtävissä ja näin vähentää erikoissairaanhoidon lähettämiseen painetta. Tällä voisi olla myös kustannuksia vähentävä vaikutus.

Helsingissä 26.2.2015

Leila Lehtomäki  
puheenjohtaja,  
Suomen Terveydenhoitajaliitto STHL ry

Tarja Leinonen  
TtT järjestöpäällikkö, THM  
Suomen Terveydenhoitajaliitto STHL ry

SAIRAALA	Synnytysten lukumäärä	Keisari-leikkauksia (%)	Ennalta suunnitellut (%)	Päivystyskeisari-leikkaukset (%)	Hätäkeisari-leikkaukset (%)	Imukuppi-synnytykset (%)	Epiduraali-puudutus (%)	spinaali (%)	3.-4. asteen repeämä (%)	Apgar ≤6 5 minuutin iässä*
Kätilöopiston sairaala	8024	11	0,3	9,7	1,0	10,9			1,6	1,2
Tampereen yliopistollinen sairaala	5337	14	5,9	7,3	0,7	6,3	51	17	0,7	2,3
Turun yliopistollinen keskussairaala	4143	17	6,2	9,3	1,5	10,1	49	5,2	1,7	1,9
Oulun yliopistollinen sairaala	4100	17	7,0	8,5	1,5	7,6	37	19	1,0	1,9
Jorvin sairaala	3843	11	2,0	8,0	0,8	8,8			1,7	0,9
Keski-Suomen keskussairaala	2828	17	4,4	10,7	1,9	8,3	43	23	0,7	
HYKS, Naistenklinikka	2427	53	34,0	18,0	1,0	4,9			0,5	3,5
Seinäjoen keskussairaala	2059	20	7,6	10,7	1,2		33	42	0,4	1,8
Satakunnan keskussairaala	2017	15	5,8	8,6	0,7	7,3	31	21	0,4	2,0
Päijät-Hämeen keskussairaala	1911	17	6,8	9,3	0,7	8,6	42	26	0,8	1,9
Hyvinkään sairaala	1842	16	7,0	8,0	0,6		59	19	0,8	2,2
Kanta-Hämeen keskussairaala	1621	15	4,5	10,0			43	21		3,8
Pohjois-Karjalan keskussairaala	1567	12	5,6	6,1	0,6	8,6	47	15	0,3	1,5
Kokkolan keskussairaala	1521	14	7,7	5,9	0,8	9,1	41	17	0,9	2,0
Vaasan keskussairaala	1445	15	4,8	10,0		11,3	35	7	1,6	1,9
Kymenlaakson keskussairaala	1406	12	4,9	6,5	0,8		49	15	0,3	
Lapin keskussairaala	1102	13	5,0	8,0	0,9	7,3	70	25	0,7	
Etelä-Karjalan keskussairaala	1097	17	5,8	10,3	0,6	7,3	35	18	0,3	2,3
Oulaskankaan sairaala	1042	8	2,9	4,3	0,7	6,2	33	38		
Lohjan sairaala	972	14	6,0	7,0	1,1	6,7	37	32	0,5	2,0
Porvoon sairaala	867	18	7,2	9,5	1,2	9	51	18	1,1	1,5
Mikkelin keskussairaala	788	22	5,7	14,9	1,5		50	20	0,5	2,0
Salon aluesairaala	714	14	5,8	6,3	1,1	10,6	35	6	0,7	1,1
Kainuun keskussairaala	712	19	6,8	10,1	1,7	10	30	34	0,0	1,4
Länsi-Pohjan keskussairaala	590	11	3,2	6,4	1,6	8	22	52	0,6	2,5
Savonlinnan keskussairaala	321	20	6,5	11,5	1,5	10,9	43	7	0,9	2,4

\*osalla ≤7