

Kansalaisaloitteen otsikko

1/2015

Päivystysasetuksen muuttaminen synnytysten osalta

Aloitteen päiväys 10.4.2014

Aloitteen muoto Lakiehdotus

Oikeusministeriön asianumero OM 47/52/2014

Aloitteen sisältö

Lisätään terveydenhuoltolain 50 §:ään uusi kolmas momentti seuraavasti:

Synnytyksiä hoitavan sairaalan kunta tai kuntayhtymä voi päivystyspisteiden välisten etäisyyksien tai väestön palvelutarpeen perusteella päättää lääkäreiden päivystystasosta, ellei sairaalaan ole keskitetty riskisynnyttäjien hoito. Synnytysten hoitoon, anestesiologiaan, vastasyntyneiden virvoitteluun ja elvytykseen hyvin perehtyneiden lääkäreiden, erikoislääkäreiden tai tehtävään koulutetun hoitohenkilökunnan on saavuttava nopeasti päivystysyksikköön, elleivät he ole saatavilla välittömästi.

Samalla tulee muuttaa Sosiaali- ja terveysministeriön kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä annetun asetuksen (29.8.2013/652) 14. pykälän 1. mom. 3 ja 4. kohdat ehdotetun lainkohdan mukaiseksi.

Aloitteen tarkoituksena on se, että nykyisiä synnytysyksiköitä ei tarvitse lakkauttaa. Vaikka niitä ei lakkauteta, se ei aiheuta riskiä potilasturvallisuuteen.

Perustelut

Synnytysten osalta Helsingissä 29. päivänä elokuuta 2013 allekirjoitettu asetus astuu voimaan 1.1.2017. Asetuksen mukaan synnytyksiä hoitavassa sairaalassa tulee olla ympärivuorokautinen hätäsektiovalmius sekä saatavilla tulee olla nopeasti lastentautien erikoislääkäri tai lastentautien hoitoon hyvin perehtynyt lääkäri, jolla on mahdollisuus neuvotella hoidosta lastentautien erikoislääkärin kanssa. Tarvittaessa lastentautien erikoislääkärin on saavuttava nopeasti päivystysyksikköön.

Synnytys on luonnollinen tapahtuma. Siihen liittyviä keskeisiä arvoja ovat syntyvän lapsen, äidin ja perheen turvallisuus, oikeus terveyteen, hyvinvointiin ja yhdenvertaiseen synnytysten hoitoon. Yhdenvertaisessa hoidossa tulee ottaa huomioon myös alueelliset erityispiirteet, kuten maantieteelliset tekijät, varsinkin kun palveluiden laadun turvaamiseksi ei ole perusteltua toimia toisin.

Asetus sellaisenaan muuttaa maamme synnytyskulttuuria. Ympärivuorokautinen hätäsektiovalmius

on synnytyksiä hoitavassa sairaalassa oltava ja gynekologin, anestesia- ja gynekologin, anestesia- ja gynekologin, anestesia- ja gynekologin ja muun leikkausryhmän päivystettävä sairaalassa tai olla nopeasti saapuvilla. Huonokuntoisena syntyneen vauvan alkuhoito ei sen sijaan ole kiinni yhdestä paikalla olevasta lastenlääkäristä, vaan asiantuntevasta hoitoryhmästä.

Mikäli asetus astuu voimaan sellaisenaan, tulevat synnytykset loppumaan jopa yli 1000 synnytystä vuosittain hoitavista matalanriskin synnytyssairaaloista. Synnyttäjät saatetaan uuden ja pelottavan tilanteen eteen, kun matka seuraavaan synnytyssairaalaan jatkuu tunteja pidempään. Asetuksen myötä kasvaa riski, että synnyttäjä ei ehdi synnytyksiä hoitavaan päivystyssairaalaan ja matkalla tapahtuvat synnytykset lisääntyvät.

Lakkautusuhan alla ovat pienet synnytyssairaalat ympäri Suomea. Asetukseen vedoten synnytykset halutaan keskittää vain suuriin synnytysyksiköihin, jos sairaalassa ei ole ympärivuorokautista lastenlääkäripalvelua tai lastenlääkäriin mahdollisuutta saapua nopeasti päivystysyksikköön.

Kunnille ja sairaanhoitopiireille on annettu aikaa synnytysten osalta vuoden 2016 loppuun saakka järjestää synnytyspalvelunsa vastaamaan asetusta. Asetuksen vauhdittamana kunnissa suunnitellaankin lakkautettavaksi synnytysosastoja myös säästösyistä mikä vähentää potilasturvallisuutta. Asetuksen edellyttämää ympärivuorokautista lastenlääkäripäivystystä eivät kaikki sairaalat kykene järjestämään johtuen rahoituksesta tai yleisestä tahtotilasta hakea säästöjä synnytysosastoja lakkauttamalla.

Tilastojen mukaan vuosittain yksi vastasyntynyt tuhannesta (1/1000) tarvitsee välitöntä hoitoa. Elämän luonnollisimmasta asiasta, syntymästä, tehdään monimutkainen. Erityisesti maaseutukunnissa asuvat synnyttäjät tuleva asetus laittaa epätasa-arvoiseen asemaan. Synnyttäminen ei ole sairautta vaan inhimillinen tapahtuma naisen elämässä. Palvelun tulee olla tarjolla siellä, missä sitä tarvitaan. Terveystieteiden tavoitteena on muun muassa toteuttaa väestön tarvitsemien palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Kunnan tai sairaanhoitopiirin on järjestettävä terveydenhuoltopalvelut alueellaan lähellä asukkaita, paitsi jos palvelujen alueellinen keskittäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi.

Hoidon priorisoinnilla riskisynnyttäjät on ohjattu aiemmin ja edelleen ohjataan synnyttämään suurempiin synnytyssairaaloihin, joissa lastenlääkäri on aina saatavilla.

Maassamme tulee kaikilla synnyttäjillä olla mahdollisuus valita oma synnytyspaikkansa. Tutkimuksen mukaan synnytysten keskittämistä nykyistä harvempiin sairaaloihin ei voi perustella terveydellisin perustein, vaan Suomen synnytysjärjestelmä toimii nykyisessä mallissaan hyvin. (THL, Hemminki ym. 2011). Suomessa synnytysten ja vastasyntyneiden hoito on laadullisesti maailman huippua. Kansainvälisten mittareiden, kuten perinataaliskuolleisuuden, perusteella äitiyshuolto ja synnytystoiminta ovat Suomessa erittäin korkeatasoisia. Päivystysasetuksen muutosta ei siis voida perustella potilasturvallisuudella.

Asetusta säädettäessä on synnytystapahtumaksi mielletty vain se, mikä tapahtuu synnytyssairaalassa. Asetusta koskeva lastenlääkäriin läsnäolo on tarpeellinen vasta vauvan synnyttyä. Useilla synnyttäjillä synnytyksen vaiheet: avautumis- ja ponnistusvaihe tulevat tapahtumaan ambulanssissa, jos asetus sellaisenaan jää voimaan ja synnytysosastoja lopetetaan ympäri maata. Miten onnistuu synnyttäjän tuki ja kivunlievityksen hoitaminen ilman kättilöä/lääkäreitä avautumisvaiheen aikana? Miten onnistuu sikiön sydänäänten kuuntelu synnytysmatkan aikana? Sikiön alkava tai jatkuva hapenpuute ei näy ulospäin ja siitä johtuvat vauriot voivat ilmetä vasta vuosien päästä syntymästä. Runsaissa verenvuodoissa (esim. istukan

irtoaminen) tunnin matkakin on jo liikaa. Pelko ambulanssiin synnyttämisestä tulee myös lisäämään äitien synnytyspelkoa, mikä samalla lisää sikiön stressitilaa. Kaikkinensa synnytyspelko vaikeuttaa äidin ja vauvan alkavaa varhaista vuorovaikutusta ja kiintymyssuhteen muodostumista.

Kymmenessä vuodessa on matkasynnytysten määrä kaksinkertaistunut. Vuosittain niitä on Suomessa 70. Tällä hetkellä joka 5. päivä äiti synnyttää vauvansa matkalla sairaalaan. Tästä luvusta puuttuvat äidit, joiden synnytys tapahtuu kotona, ennen kuin matka synnytyssairaalaan on ehtinyt edes alkaa. Synnytysosastoja suljettaessa matkasynnytykset lisääntyvät, ambulanssissa tai huonoimmassa tilanteessa perheen omassa autossa tai taksissa. Autossa tapahtuvan synnytyksen hoitaminen ei vastaa synnytykseltä vaadittavia laatuksiteereitä. Ambulanssin henkilökunta tai isä ei ole riittävästi koulutettu ja turvallinen vaihtoehto hoitamaan synnytystä. Kätilön ja sairaankuljettajan opintoja vertaillen voidaan todeta, ettei ambulanssihenkilökunnalla ole riittävää pätevyyttä hoitaa synnytyksiä. Tilat ambulanssissa ovat myös riittämättömät synnytyksen hoidolle. Komplikaation sattuessa ei ole mahdollisuutta tehdä paljoakaan vauvan tai synnyttäjän hyväksi. Kuka kantaa vastuun, kun synnytykset siirtyvät hoidettavaksi tien päälle?

Miten onnistuu pienen vastasyntyneen alkuhoito tien päällä? Lastenlääkäreitä ei ambulanssissa ole. Tutkimuksen (Hemminki E. ym. 2011) mukaan vauvalla on kuusinkertainen riski kuolla syntyessään matkalle. Tämä koskee erityisesti ennenaikaisesti syntyneitä lapsia. Tälläkin hetkellä näitä lapsia saattaa syntyä matalan riskin synnytyssairaalassa, kun synnyttäjä ei ehdi korkeamman riskin sairaalaan synnyttämään. Matalan riskin synnytyssairaalassa vastasyntynyt saa kuitenkin kiistatta paremman alkuhoidon kuin ambulanssissa/autossa ennen siirtoa keskussairaalaan, jossa on lastenosasto. Hoito pienemmässäkin sairaalassa on näin ollen laadukkaampaa, kuin tien päällä.

Pienissä synnytysyksiköissä kätilöt, gynekologit ja anestesia- ja lääkärit on koulutettu vastaamaan myös huonokuntoisena syntyvän vastasyntyneen alkuhoidosta ja mahdollisesta elvytyksestä. Koulutusta annetaan jokaiselle vuosittain ja tarpeen mukaan. Sairaaloissa on ympärivuorokautinen hätäsektiovalmius. Huonokuntoisena syntyneen vauvan elvytys, virvoittelu ja alkuhoito eivät ole kiinni vain yhdestä, paikalla olevasta lastenlääkäristä vaan tiimistä, joka osaa asiansa. On kohtuutonta perustella lastenlääkärin läsnäolon tarvetta, jos tilastot muuta osoittavat.

Jos vaihtoehtona on käynnistys, jolla pyritään estämään matkalle synnyttäminen, onko maamme synnyttäjillä mahdollisuutta viettää käynnistykseen vuoksi päiviä poissa kotoa, sairaalassa? Odottelua saattaa kestää useampi viikko. Kuka kustantaa raskaana olevien oleskelun suuremman synnytyssairaalan läheisyydessä? Synnytyksen käynnistäminen itsessään on riski synnyttäjälle ja sikiölle. Käynnistys voi viedä useamman vuorokauden aiheuttaen kustannuksia niin synnyttäjälle kuin tämän kotikunnallekin. Synnyttäminen ei enää olekaan luonnollinen tapahtuma naisen elämässä, vaan joukko erilaisia lääketieteellisiä toimenpiteitä, jotka lisäävät osaltaan synnytyksen hintaa ja vauvan riskiä syntyä huonokuntoisena. WHO:n perinataalishoidon periaatteen (Chalmers ym. 2001) mukaan normaalin raskauden ja synnytyksen hoidossa on vältettävä medikalisaatiota. Se tarkoittaa, että hoito on toteutettava minimimäärällä interventioita ja hoidossa on käytettävä mahdollisuuksien mukaan vähän teknologiaa.

Ristiriitaista on myös, ettei kotisyntymistä suositella yli 30 minuutin matkan päässä synnytyssairaalaan, mutta synnytyssairaalaverkoston rajua vähentämistä ja synnytysmatkojen pitenemistä ei mielletä turvallisuusriskiksi.

Synnytysten siirtyessä suuriin yksiköihin, pelkona on, että synnyttämisestä tulee rutiininomaista, liukuhihnatyöskentelyä, koska synnytysten määrä kasvaisi reilusti. Kätilöiden sekä lääkäreiden työtahti samalla kiivastuisi. Myös LYSY-synnytykset (lyhytjälkihoitoinen synnytys, kotiutuminen

24 – 48 tunnin kuluttua synnytyksestä) lisääntyisivät. Onko neuvoloissa riittävästi resursseja ohjaamaan vastasyntyntä äitiä ja seuraamaan vauvan vointia heidän kotiuduttuaan synnytyksen jälkeen liian aikaisin? Kuinka käy imetystilastojen, kun äidit kotiutuvat ennen maidonnousua rintoihin ja imetys ei lähde kotona kunnolla käyntiin? Muihin Pohjoismaihin verrattuna meillä imetetään edelleen vähiten, josta syystä THL julkaisi vuonna 2009 Kansallisen imetyksen edistämisen toimintaohjelman tukemaan ja edistämään imetystä.

Tilastollisesti synnyttäminen on edullisempaa pienessä sairaalassa, kuin esimerkiksi yliopistosairaalassa. Kuinka käy kuntien rahallisen tilanteen, kun nopeat uudelleen synnyttäjät taittavat synnytysmatkansa jatkossa ambulanssilla samalla peläten synnyttävänsä matkalle? Kuinka käy samanaikaisesti kotona sairauskohtauksen saaneen kuntalaisen, kun kunnan ainoa hoitotason ambulanssi on matkalla viemässä synnyttäjää kauaksi suureen synnytysyksikköön ja paikalle saapuu perustason ambulanssi ilman tarvittavaa apuvälineistöä ja koulutusta. Huomioitavaa on, että tällä hetkellä hoitotason ambulanssia ei ole edes jokaisessa kunnassa. Uudelleen synnyttäjä saattaa myös käydä synnytys­sairaalassa useamman kerran supistusten alettua, mutta palata vielä kotiinsa, jos synnytys ei ole kunnolla käynnissä.

Synnytyso­sa­sto on pienen sairaalan sydän. Kun synnytykset viedään sairaalasta pois, vähenee sairaalan toiminta ja pelkona on koko sairaalan alasajo. Kunnat, joissa sairaala on, menettävät ison osan elinvoimaisuudestaan ja pelkona on muidenkin palveluiden väheneminen. Työttömyys lisääntyy, kun synnytyso­sa­stoilla työskentelevät gynekologit, anestesia­lää­kärit, kätilöt, sairaanhoitajat ja lastenhoitajat jäävät töitä vaille.

Voimaan tulevalla asetuksella on pyritty parantamaan potilasturvallisuutta. Samalla tulee kuitenkin vaikutelma, että synnytyksiä kootaan suurempiin yksiköihin perusteettomasti. Voimaan tulevalla asetuksella ei todellisuudessa paranneta synnytysturvallisuutta. Asetuksesta syntyykin vaikutelma, että se on tehty hallinnollisista ja taloudellisista lähtökohdista. Kustannustehokkuudenkin saavuttaminen on kyseenalaista.

Nyt allekirjoitettu asetus sellaisenaan asettaa maamme synnyttäjät epätasa-arvoon. Synnytys­pa­veluiden keskittäminen suuriin kaupunkeihin vie elinvoimaa maaseutukunnista.

Toivomme päättäjiltä halua lieventää asetusta.

Synnytysten keskittäminen, taustamuisto

Terhi Virtanen¹, Päivi Perttu², Elina Hemminki³, Eija Raussi-Lehto⁴ ja Eila Knuuti⁵

¹ puheenjohtaja, Suomen Kätilöliitto ry, ² varapuheenjohtaja, Suomen Kätilöliitto ry, ³ LKT, tutkimusprofessori, THL (Terveystieteiden tutkimuskeskus), ⁴ vieraileva tutkija THL ja lehtori Metropolia AMK, ⁵ naistentautien ylilääkäri, Länsi-Pohjan keskussairaala

Muistio on toimitettu tiedoksi muun muassa ministeriaudiensseissa syksyllä 2012 (STM). Muistio on päivitetty 15.6.2015 Terhi Virtasen toimesta.

1. Nykytilanne

Synnytystoiminta on vahvasti päivystystoimintaa. Päivystysaikana toteutuu noin 72 % synnytyksistä. Vuosina 1991–2014 synnytyssairaaloiden lukumäärä on laskenut 49:stä 27:een ja synnytysten määrä sairaalaa kohti on noussut huomattavasti (1322 synnytystä vuonna 1991 ja 1916 synnytystä vuonna 2011). Riskisynnytysten keskittäminen toteutuu hyvin ja vuonna 2011 pienistä keskosista vain 13 % (alle 1500 g syntymäpaino) syntyi yliopistosairaalan ulkopuolella (muista lapsista 64 % syntyi muualla kuin yliopistosairaalassa). Äitiysneuvolakäyntien määrällä ei näyttä olevan eroja pienten ja suurten sairaaloiden toiminta-alueilla ensi tai uudelleen synnyttäjien osalta.

1990-luvulla Stakesissa tutkittiin 1980-luvun lopulla syntyneiden lasten terveyttä äidin asuinkunnan mukaan (Viisainen K ym. 1994). Äideillä, jotka asuivat pienten sairaaloiden toiminta-alueella, ei ollut huonompia terveystuloksia kuin suurempien sairaaloiden toiminta-alueella asuvilla. Vastaava tulos saatiin 2000-luvun aineistolla HUS-piiristä (Hemminki E ym. 2011).

Sairaaloittain tarkasteltuna vähintään 2500 grammaa painavien lasten perinataalikuolleisuus on ollut sama eri tason sairaaloissa, mutta pienipainoisten lasten kuolleisuus on alempi yliopistosairaaloissa kuin muissa sairaaloissa. Sairaalan ulkopuolella syntyneiden lasten kuolleisuus on huomattavasti suurempi. Näin ollen voidaan todeta, että lähetejärjestelmä toimii nykyisin hyvin, eikä sairaaloiden vertailussa tule esiin eroja perinataalikuolleisuudessa (pl. kuolleen syntyneet, jotka ovat kuolleet ennen synnytyksen alkamista).

Synnytysten keskittämistä nykyistä harvempiin sairaaloihin ei voida perustella terveydellisin perustein, sillä pienten sairaaloiden toiminta-alueella synnytykset sujuvat yhtä hyvin kuin suurten sairaaloiden toiminta-alueella, mikäli mitataan synnytysten käynnistämistä, keisarileikkauksia ja sairaalassaoloajan pituutta, lasten vointia Apgar-pisteillä, lapsen erityishoidolla, sairaalan ulkopuolisilla syntymillä ja perinataalijärjestelmän kuolleisuudella.

Suomen synnytyssairaalarajajärjestelmä toimii nykyisillä vastuualueilla ja selkeillä läheteikäytännöillä hyvin.

1970-luvulta lähtien Suomessa on lakkautettu Suomessa 35 synnytyksikköä. Tällä hetkellä jäljellä on 27 synnytyksikköä. Vuonna 2011 raporttinsa jättänyt terveydenhuollon päivystystoimintaa arvioineen työryhmän (STM 2011) mukaan, synnytyksikköitä tulisi entisestään lakkauttaa siten, että jäljelle jäisi vain 19 synnytyksikköä, joissa hoidettaisiin >1000 synnytystä/vuositain.

Suuret synnytyssairaalat ovat jo nyt Suomessa toimintansa ääri rajoilla: tilat ovat liian pienet ja henkilöstöä on liian vähän hoitamaan kaikki synnytykset ja lapsivuodeaika imetystä ja vanhemmuutta tukien. Kiire ja sijaispula ovat arkea. Hoitoajat ovat lyhyitä.

2. Mitä voi seurata, jos synnytysyksiköitä suljetaan lisää?

Keskittämisen tarkoituksena on parantaa turvallisuutta (riskisynnytyksissä) sekä säästää terveydenhuollon kustannuksia. Kustannussäästöt perustuvat oletukseen, että toiminta suurimmissa yksiköissä on tehokkaampaa sekä henkilöstön saanti helpompaa.

Päivystysasetuksen osalta on asetettu 60.9 miljoonan euron säästötavoite, josta noin 20 miljoonaa euroa tulisi säästä synnytysten keskittämisellä. STM arvioi, että viiden synnytysyksikön lakkauttaminen toisi tuon tarvittavan säästön. Tämä perustuu arvioon, jonka mukaan keskisuuren synnytysyksikön pyörittäminen tukipalveluineen maksaa noin viisi miljoonaa euroa. STM:stä on todettu, että oletetut säästöt eivät perustu todellisiin laskelmiin, vaan ne perustuvat puhtaasti arvioon. Onkin tärkeää huomata, että STM ei ota huomioon säästölaskelmissaan sitä tosiasiaa, että synnytysten hoitaminen maksaa myös suurissa yksiköissä.

Tutkimuksia synnytysten keskittämisen säästövaikutuksista ei siis ole lainkaan olemassa.

Tutkimukset eivät tue myöskään käsitystä, että Suomessa lisäkeskittäminen lisäisi turvallisuutta.

Synnytystoiminnan lopettamisella sairaalassa tulee olemaan vaikutuksia äitiyspoliikkliniikoiden ja äitiysneuvoloiden toimintaan, henkilöstön osaamiseen ja kustannuksiin.

Paitsi näitä aiottuja seuraamuksia, keskittämisellä voi olla muita aikomattomia seuraamuksia. Alla on lueteltu joitain mahdollisia. Ne kaikki perustuvat päättelyyn ja kokemukseen – mistään ei ole ajantasaista tutkimusta.

1. Synnytykset suunnitellun paikan ulkopuolella (= ”matkasynnytykset”) ja käynnistysten lisääntyminen. Mitä pidempi matka synnytyspaikkaan on, sen suurempi on riski että äiti ei ehdi sinne ajoissa. Tämä koskee erityisesti nopeita synnytyksiä, joissa ennakoivia oireita ei juurikaan ole ja varautuminen on huonompaa. Sairaalan ulkopuolisissa synnytyksissä, etenkin ennenaikaisissa terveydellinen riski on kaikkein suurin. Suomessa matkasynnytykset ovat lisääntyneet. Vuonna 2009 niitä oli 156 synnytystä, 2.6 per 1000 synnytystä. Matkasynnytyksissä perinataalikuolleisuus on korkea (32.7 verrattuna 5.0 per 1000 synnytystä kaikilla naisilla). Viimeisen vuosikymmenen aikana matkasynnytysten määrä on THL:n tilastojen mukaan tuplaantunut ja edelleen jos verrataan vuosia 2012 ja 2013, kasvua on ollut lähes 20 %. Matkasynnytykset ovatkin jo arkea koko Suomessa, eikä sen voida sanoa olevan vain Pohjois- ja Itä-Suomen ongelma.

Pitkät etäisyydet voivat johtaa myös synnytysten käynnistysten lisääntymiseen: jos äiti tulee liian aikaisin pitkän matkan takaa, ei häntä haluta lähettää kotiin odottelemaan tai halutaan varmistaa, että hän varmasti ehtii. Synnytysten käynnistykset eivät aina onnistu toivotusti ja ne lisäävät toimenpiteiden määrää ja niiden aiheuttamia ongelmia. Epävarmuus sairaalaan ehtimisestä voi lisätä äidin huolestuneisuutta ja synnytyspelkoa.

Oletettavasti myös oleskelu sairaalan lähistöllä ennen laskettua aikaa lisääntyy (käytäntö Lapissa tällä hetkellä). Tällä on huomattavia kustannuksia asiakkaille sekä vaikutuksia perheeseen mikäli äiti on pitkään poissa kotoa ennen synnytystä. Vaihtoehtona tämä ei ole realistinen.

2. Valmiuden väheneminen alemman tason hoitoyksiköissä. Paitsi synnytysyksiköiden vähentämistä on suunniteltu myös riskisynnytysten lisäkeskittämistä. Tämä ajatus on periaatteessa hyvä, mutta pitkälle vietyä ongelmallinen. Koska osa riskeistä tulee synnytyksen aikana täydellisinä yllätyksinä ja osassa riskisynnytyksiä äiti ei ehdi suunniteltuun paikkaan, tarvitaan alemman tason sairaalassa myös valmiutta toimia hätätilanteissa. Suomessa on ollut suositus jo vuodesta 2006 keskittää kaikki alle 30 viikkoiset yliopistosairaaloihin. Kuitenkin vuonna 2009 peräti 17 % hyvin pienipainoisista (alle 1500g) syntyi muissa sairaaloissa. Oletettavasti suurin osa näistä oli ennakoimattomia tai äiti ei ehtinyt yliopistosairaalaan.

3. Hoitomahdollisuudet ja käytännöt ”korkean tason” sairaalassa. Yliopistosairaalat ovat rakennettu hoitamaan riskisynnytyksiä ja rajallinen määrä ”normaalisynnytyksiä”. Mikäli niihin tulee lisäksi suuri määrä ”normaalisynnytyksiä” voi tapahtua kaksi asiaa:

- kapasiteetti keskittyä riskisynnytyksiin vähenee suuren työmäärän vuoksi.
- normaalisynnytyksiä aletaan hoitaa riskisynnytysten tavoin, koska ei ole kapasiteettia viedä rinnakkain kahta hoitolinjaa. Tarpeettomat interventiot voivat viedä ”interventioiden kehään”, joka pahimmillaan johtaa kiireelliseen keisarileikkaukseen ja/tai huonokuntoiseen vastasyntyneeseen. Lisäksi interventiot lisäävät kustannuksia ja sitovat ammattilaisia toimenpiteisiin pois synnyttäjien tukemisesta, ohjauksesta ja neuvonnasta.
- synnyttäjän kohtaamiseen ja tukemiseen tarvittavaa aikaa ei ole riittävästi suuren potilasmäärän vuoksi ja normaalisynnyttäjien hoidon ja ohjauksen laatu heikkenee.
- kahden hoitolinjan rinnakkaisuus lisää kustannuksia
- tilapulan vuoksi hoitoajat lyhenevät ja se lisää avoterveydenhuollon vastuuta ja työmäärää.

4. Vaikutus sairaalaan. Jos synnytystoiminta loppu, loppuu myös vuodeosastotoiminta ennen ja jälkeen synnytyksen. Tämä tarkoittaa pitkiä poissaoloja kotipaikkakunnalta vuodeosastohoitoa tarvitsevilla äideillä. Lisäksi se kaventaa naistentautien ja synnytysten erikoislääkäreiden toimenkuvaa ja vaikeuttanee rekrytointia. Silloin myös ei-kiireellinen perustason gynekologien toiminta loppune. Tämä koskee esimerkiksi raskauden keskeytyksiä ja tavanomaisia gynekologisia hoitoja.

Kun synnytyksen loppuvat sairaalassa on oletettavissa ”domino-vaikutus”: synnytystoiminnan lakkaaminen pienessä sairaalassa johtaa yleensä muunkin päivystyksellisen toiminnan lakkauttamiseen ja erikoissairaanhoidon päivystyspisteiden määrä putoaisi huomattavasti. Erikoislääkäreiden määrän vuoksi se vaikuttaa myös ei-kiireelliseen hoitoon ja sairaalan toimikentän huomattavaan kaventumiseen.

5. Vaikutus raskauden aikaiseen ja synnytyksen jälkeiseen hoitoon. Tällä hetkellä raskauden aikaisen hoidon (äitiysneuvoloiden) tärkein tuki ovat äitiyspoliklinikat. Ne ovat toimineet synnytysairaaloitten yhteydessä ja hyödyntäneet sairaalan asiantuntijoita. Kun synnytystoiminta lakkaa, lienee vain ajan kysymys milloin myös äitiyspoliklinikka lakkaa. On vaikea palkata erityisasiantuntijoita vain äitiyspoliklinikoita varten. Mikäli äiti tarvitsee äitiyspoliklinikalla käyntiä, pitkät etäisyydet voivat olla suurempi este hoidolle kuin synnytyksen kertakäynnissä. Tämä voi joko vähentää käyntejä tai johtaa vuodeosastohoitoon. Sähköisten asiakirjojen yhteensopivuus korostuu, mitä kaukaisimmasta yksiköstä on kyse.

Myös neuvoloiden henkilöstön tuki ja jatkokoulutusmahdollisuudet voivat vähetä.

Jos synnytysairaalaan on pitkä matka, synnytyksen ennakointi ja tunnistaminen tulevat entistä tärkeämmäksi, joskin on todettava, että tämä tehtävä voi olla jopa mahdotonta. Kukaan ei tänä päivänäkään tiedä, mikä synnytyksen käynnistää. Tiettyjä merkkejä on olemassa,

mutta ennustamaan ei pysty yksikään ammattiryhmä. Äitiyspoliklinikoiden mahdollisesti vähenevä tuki riskiraskauksien seulonnassa siirtää vastuuta äitiysneuvoloihin. Synnytysairaaloiden ruuhkautuminen lyhentänee entisestään synnytyksen jälkeistä hoitoaikaa ja siirtää tehtäviä äitiysneuvoloille. Nämä mahdolliset muutokset asettavat äitiysneuvoloiden asiantuntemukselle ja neuvonnalle suuren haasteen. Se vaikuttanee siellä olevan henkilöstön koulutusvaatimukseen ja työnkuvaan. Sillä voi olla heijastuksia koko neuvolatoiminnalle ja sen järjestämistavalle.

6. Vaikutus naisten ja heidän perheidensä oikeuteen valita synnytyspaikka.

Terveydenhuoltolaki säättää potilaan oikeudesta valita hoitopaikkansa. Suomessa on jo nyt varsin vähän valintaa synnytyspaikan suhteen: sairaaloita on vähän, kättilöjohtoisia yksiköitä (birth centers) ei ole ja kotisyntyminen on vain marginaaliryhmille mahdollisuus. Keskittämisen kautta matalan riskin synnyttäjille ei jää edes teoriassa valinnan vapautta ison ja pienen yksikön välillä.

Tähän mennessä ei Suomessa ole ollut laaja-alaista kiinnostusta kättilövetoisen synnytysyksikön perustamiseksi, mutta mikäli kodinomaisena ja turvallisena koetut pienet synnytysyksiköt tullaan lakkauttamaan, on mahdollista että kiinnostus vaihtoehtoihin synnytyspaikkoihin lisääntyy. THL:n tilastoista on nähtävissä, että kotisyntymisten määrä on jo lisääntynyt. Jatkossa tullaan varmasti näkemään kasvua lisää.

3. Päivystysasetuksen sisältö

Päivystyshoidon asetus on synnytysten hoidon osalta haasteellinen. Asetuksen taustamuistiossa viitatuista raporteista erityisesti ”Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet” sisälsivät synnytysten hoidon osalta heikennyksiä ja turvallisuutta uhkaavia ehdotuksia vaatimalla kaikki < 1000 synnytystä/vuosi hoitavien yksiköiden lakkauttamista. Asetukseen tämä kokovaatimus on sisällytetty.

Lisäksi asetuksessa on epäselviä vaatimuksia henkilöstöresursseista. Esimerkiksi kättilöiden osalta puhutaan vain riittävästä määrästä.

Asetukseen on sisällytetty välittömän, 24/7 hätäsektion mahdollisuus. Viive hätäsektiöpäätöksestä lapsen syntymään on asetettu 10 minuuttiin. Tulee huomioida, että isommissakaan synnytysairaaloissa tämä ei välttämättä toteudu toiminnan suuren volyymin vuoksi. Pienten synnytysairaaloiden osalta haasteeksi nousee se, että esimerkiksi lastenlääkäri saattaa päivystää kotoa käsin henkilöstöresurssien vuoksi, eikä sairaalassa näin ollen toteudu asetuksen tarkoittama välitön sektiovalmius 24/7.

Asetuksessa ei ole riittävästi arvioitu äitiyshuollon kokonaisuutta eikä käytännön vaikutuksia. On selvää, että vaatimuksista seuraa pienten synnytysyksiköiden lopettaminen.

Lisäksi tulee huomioida, että tällä hetkellä kaikissa Suomen synnytysyksiköissä hoidetaan ainakin joitakin riskiraskauksia ja -synnytyksiä. Tämä johtuu siitä, että kaikkia riskisyntytyksiä ei voi etukäteen ennustaa, tai että äiti ei ole ehtinyt suunniteltuun paikkaan. Siksi kaikilla synnytyksiä hoitavilla sairaaloilla tulee olla tietty valmius hoitaa myös ennalta arvaamattomia riskisyntytyksiä.

Asetuksessa on hyvin ilmaistu paikallisten ja alueellisten näkökohtien huomioon ottamisen tarve. Osassa Suomea välimatkat ovat huomattava vaikeus yhdenvertaisen hoidon turvaamisessa. Päivystysyksiköiden tulee sijaita riittävän tiheässä hoidon laadun

turvaamiseksi. Päivystyspisteiden määrä putoaa huomattavasti, kun kriteereiksi on asetettu nykyisenä kriteerinä olevan anestesialääkärin lisäksi kirurgin, sisätautilääkärin, lastenlääkärin ja gynekologin aktiivipäivystys. Kuntayhtymillä ei liene tähän varaa. On arvioitu että yhden erikoisalan aktiivipäivystys 24/7 maksaa 400.000 € vuodessa.

Asetuksen vaatimukset johtavat pienten yksiköiden lakkauttamista, mikä osaltaan vähentää potilasturvallisuutta. Lisäksi se vähentää valinnanvapautta. Tämä on vastoin sekä WHO:n suositusta että Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen päätöstä (Ternovszky versus Hungary application no. 67545/09), joiden mukaan naisella on oikeus valita synnytyspaikkansa. Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen päätöksen vastainen lainsäädäntö voidaan tulkita ihmisoikeusrikkomukseksi.

Lähivuosina lakkautettujen synnytysyksiköiden kokemukset eivät myöskään rohkaise pienten yksiköiden sulkemiseen. Sairaaloissa on jo nyt vaikeuksia saada koulutettua henkilökuntaa. Sekä Länsi-Uudenmaan sairaalan (Tammisaaren yksikkö), että Raahen yksikön kokemukset osoittavat, ettei lakkautettujen yksiköiden henkilöstö juurikaan siirry muihin synnytysairaaloihin, joilla jo nyt on sijaispula; lääkäreiden siirtymisestä ei ole selvitystä. Lakkautettavista synnytysyksiköistä ei liene siis saatavissa lisäapua suurten sairaaloiden kasvavalle potilasmäärälle.

4. Ehdotuksia synnytysten hoidon kehittämiseksi

Terveydenhuoltolaissa painotetaan väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen asiakaskeksyyden vahvistamista. Synnytysyksiköiden lisävähentäminen olisi ristiriidassa terveydenhuoltolain tarkoituksen kanssa. Tarvitsemme tehokasta hoidon porrastusta ja tasa-arvoa eri alueiden ja väestöryhmien välillä ilman että terveydenhuollon kustannukset lisääntyvät.

Synnytysten turvallisuutta ja laatua voidaan lisätä

- toimivalla hoitoketjulla: hoitoketju äitiysneuvolasta, äitiyspoliklinikoista ja ensihoidon kuljetuksesta sairaalassa tapahtuvaan hoitoon toimii saumattomasti ja oikea-aikaisesti, turvallisesti ja laadukkaasti,
- odottavien äitien huolellisella jaolla matalan ja korkean riskin synnyttäjiin ja jaon mukaisella synnytysyksikön valinnalla,
- medikalisaation välttämällä,
- lääkäreiden ja kättilöiden riittävällä perus- ja täydennyskoulutuksella,
- uudenaikaisella työkierrolla,
- synnyttäjien ja vastasyntyneiden siirtojärjestelmien kehittämällä, ml. lääkärihelikopterien ja ambulanssien käyttö,
- äitiysneuvoloissa toimivan henkilökunnan pätevyys raskauksien hoitoon ja synnytysten ennakkointiin on ensiarvoisen tärkeä.

Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika prosessina. Synnytys sairaalassa on pitkän hoitoketjun loppupääte ja suuri osa äitien ja lasten terveyteen vaikuttavista asioista tapahtuu ennen sitä. Mikäli synnytysyksiköitä aiotaan harventaa entisestään, on sitä ennen tarkasteltava vaikutuksia raskauden aikaiseen hoitoon: vaikutukset äitiysneuvoloihin, äitiyspoliklinikoihin ja hätätilavalmiuteen synnytysairaalan ulkopuolella.

Äitiysneuvoloiden osaamisen vahvistaminen. Äitiysneuvoloiden henkilökunnan henkilöstörakennetta ja osaamista tulee vahvistaa raskauden aikaisen diagnostiikan ja hoidon

osaamiseen sekä synnytysten riskin ja ajoituksen ennustamiseen. Kätilöillä on tähän tarvittava koulutus ja heitä tulisi saada enenevässä määrin neuvoloihin. Raskaudenaikainen toiminta tarvitsee "keskittämistä" eli että kätilö hoitaa riittävän määrän raskaana olevia, jotta tietotaito säilyy. Lisäksi hän voi hoitaa muita läheisesti seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueeseen kuuluvia kokonaisuuksia. Näin lisääntymisterveysasioiden vaikutukset toisiinsa voitaisiin huomioida paremmin ja hoidon jatkuvuus paranisi. Lisäksi tulee huolehtia uusien kätilöiden riittävästä koulutuksesta.

Potilashotellit. Yhdeksi ratkaisuksi on esitetty potilashotelleja, joissa raskaana oleva voisi odotella synnytysten käynnistymistä ja välttyä epätoivotuilta ja riskialttiilta matkasynnytyksiltä. Yksittäistapauksiin tämä voi soveltua, mutta laajamittaisena se on epäinhimillistä ja kohtuutonta. Raskaana olevia ja synnyttäviä naisia tulee hoitaa kokonaisvaltaisesti, perheensä jäsenenä. Ei voi vaatia raskaana olevaa odottamaan itseksensä potilashotellissa synnytysten käynnistymistä. Myös perheessä mahdollisesti olevien aiempien lasten tilanne vaikeutuu.

Medikalisaation välttäminen. Perinataalimortaliteettiluvun (kuolleenä syntyneiden tai viikon sisällä kuolleiden vastasyntyneiden osuus) lisäksi on huomioitava myös muita terveyden mittareita sekä synnytysten laatua. Synnytysten turvallisuutta tulee tarkastella myös medikalisaation aiheuttaman uhan kautta. Medikalisaatiosta, eli turhasta lääketieteellistämisestä on terveydellistä haittaa ja se lisää kuluja turhien tutkimusten ja toimenpiteiden muodossa. Normaalaraskauteen tai synnytykseen puuttuminen ilman lääketieteellistä syytä voi aiheuttaa epätoivotuista vaikutuksista sekä synnyttäjän että syntyvän lapsen hyvinvointiin.

Matalan ja korkean riskin synnyttäjät. Synnyttäjien jako nykykäytäntöä tarkemmin matalan ja korkean riskin synnyttäjiin ja synnytysyksikön valinta tämän mukaisesti on tarpeellista. Näin pienemmissä synnytysyksiköissä voidaan hoitaa niitä synnyttäjiä, jotka kuuluvat matalan riskin synnyttäjiin. Päivystys voidaan toteuttaa kuten nytkin erikoislääkäreiden osalta kotipäivystyksenä. Olennaisempaa päivystyksen järjestämisessä on se, kuinka nopeasti päivystäjä aloittaa hoidon, kuin se päivystääkö lääkäri sairaalassa vai kotoa käsin. On esitetty, että 30 minuutin viive toimenpidepäätöksestä synnytykseen on riittävä. Oleellisempaa on kuinka nopeasti päätös voidaan tehdä eli kuinka nopeasti äiti saapuu sairaalaan ja kuinka hyvin ongelma huomataan.

Täydennyskoulutus. Pienemmän synnytysyksikön henkilöstön ammattitaidon takaamiseksi tulisi järjestää säännöllinen työpaikkakoulutus ja työkierto suuremmissa yksiköissä esimerkiksi 5 vuoden välein. Valtakunnallisesti ja alueellisesti tulisi järjestää ns. "häätätilannekoulutusta", johon kätilöt, synnytys- ja naistentautien sekä anestesiologian erikoislääkärit voisivat osallistua ja kerrata tieto- ja taitoaan erilaisten synnytysten hoitoon liittyvien häätätilanteiden hoitamiseksi.

Yhteenvetona: Äitiyshuollon asiantuntijoina olemme sitä mieltä, että ei ole perusteltua väittää, että keskittäminen tuo laatua ja turvallisuutta; kustannustehokkuudesta ei ole selvityksiä. Sen sijaan keskittämisellä saadaan aikaiseksi medikalisaation lisääntymistä, kustannusten nousua, turvallisuuden heikentymistä (pidentyneet matkat synnyttämään - > matkasynnytysten lisääntyminen ja niihin liittyvä huomattavasti korkeampi kuolleisuusriski), yhdenvertaisuuden vähentymistä ja eriarvoisuuden lisääntymistä sekä asiakaslähtöisyyden ja valinnan vapauden heikentymistä entisestään.

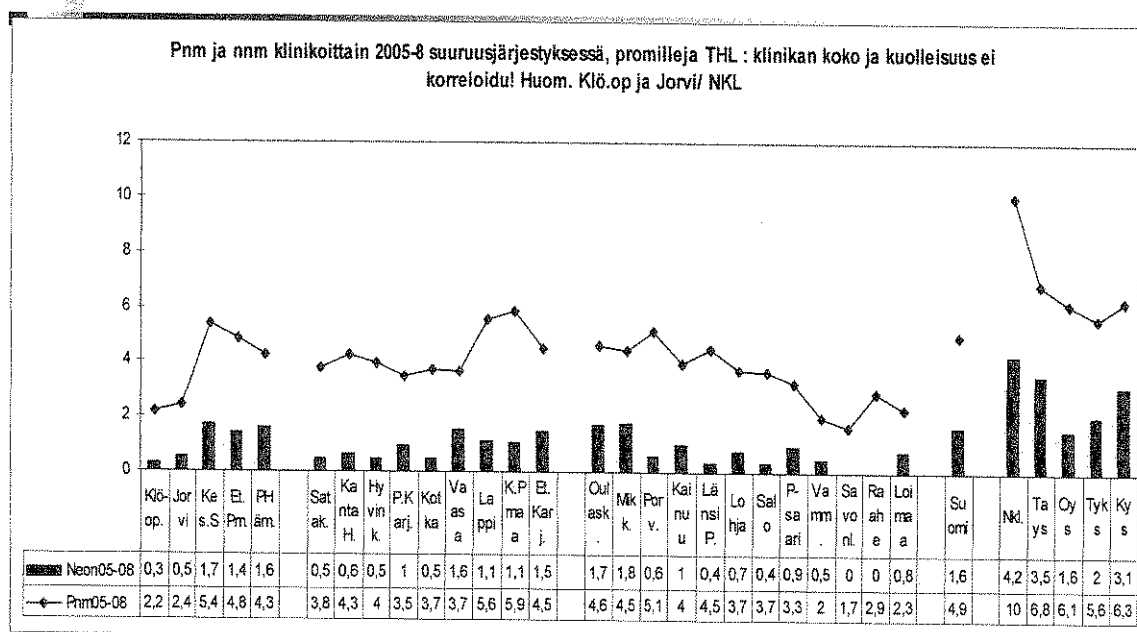
Perinataalikuolleisuus sairaalatyypeittäin 2000-2011*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Yliopistosairaalat ¹⁾	7,2	6,5	6,4	5,9	6,6	5,8	5,8	6,6	6,1	6,2	5,1	5,3
Sairaalat, joissa yli 1500 synnytystä vuodessa	5,4	4,9	4,4	4,0	4,2	4,6	3,8	4,0	3,8	3,8	2,4	2,8
Sairaalat, joissa yli 750-1499 synnytystä vuodessa	4,3	4,3	6,0	4,8	4,6	4,3	4,5	4,7	4,3	4,5	4,8	3,2
Sairaalat, joissa alle 750 synnytystä vuodessa	3,9	5,0	4,4	4,0	3,4	3,5	3,7	2,6	2,9	2,9	2,6	2,1
Koko maa	5,8	5,5	5,6	4,9	5,2	5,0	4,8	5,1	4,8	5,0	4,0	4,0

*ennakkotiedot

¹⁾ Kätilöopiston sairaala on mukana yliopistosairaloissa

Lähde: THL/ Syntymärekisteri



Muutos synnytyssairaaloiden määrässä Suomessa: Lakkautetut synnytysosastot vuodesta 1991:

- 1991: Valkeakosken, Pieksämäen ja Ähtärin aluesairaalat
- 1994: Kemijärven aluesairaala
- 1995: Heidekenin sairaala (Turku)
- 1998: Mäntän aluesairaala
- 1999: Selkämeren aluesairaala (Kristiinankaupunki) ja Inarin terveystakeskus
- 2000: Jämsän aluesairaala
- 2001: Rauman ja Varkauden aluesairaalat
- 2002: Kuusankosken ja Forssan aluesairaala
- 2003: Vakka-Suomen (Uusikaupunki) ja Iisalmen aluesairaalat
- 2008: Kuusamon terveystakeskus
- 2009: Loimaan aluesairaala
- 2010: Länsi-Uudenmaan aluesairaala (Tammisaari)
- 2012: Raahen sairaala
- 2013: Vammalan sairaala
- 2014: Malmin terveydenhuoltoalueen ky (Pietarsaari), Savonlinnan sairaala

Alle tuhannen synnytyksen synnytysosastot vuonna 2014
(THL: Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012)

Lohjan sairaala	983
Mikkelin keskussairaala	782
Oulaskankaan sairaala, Oulainen	984
Porvoon sairaala	828
Salon sairaala	724
Kainuun keskussairaala, Kajaani	701
Länsi-Pohjan keskussairaala, Kemi	645
Savonlinnan keskussairaala	342

Äitiysneuvolakäyntien keskiarvo sairaalatyypeittäin 2001-2011

Ensisynnyttäjät	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Yliopistosairaalat ¹	14,8	14,9	14,8	14,2	14,2	14,4	14,1	13,4	13,3	12,9	12,9
Sairaalat, joissa yli 1500 synnytystä vuodessa	15,7	15,7	14,9	14,4	14,4	14,1	14	13,9	13,3	12,8	12,6
Sairaalat, joissa yli 750-1499 synnytystä vuodessa	14,3	14,3	14,8	15	14,5	14,6	14,9	14,3	13,9	13,7	13,8
Sairaalat, joissa alle 750 synnytystä vuodessa	14,1	14,1	13,8	14,2	14,4	14,9	14,7	13,7	13,7	13,4	13,9
Koko maa	14,9	15,0	14,8	14,4	14,3	14,3	14,2	13,7	13,4	13,0	13,0
Uudelleensynnyttäjät											
Yliopistosairaalat ¹	13,5	13,7	13,5	12,9	13	13,2	13,2	12,5	12,5	12	12,2
Sairaalat, joissa yli 1500 synnytystä vuodessa	14,8	15	14	13,6	13,7	13,3	13,1	13,2	12,6	12	11,9
Sairaalat, joissa yli 750-1499 synnytystä vuodessa	13,3	13,4	13,8	13,9	13,5	13,8	13,8	13,3	13	12,8	13
Sairaalat, joissa alle 750 synnytystä vuodessa	13,2	12,9	12,8	13,4	13,6	13,9	13,7	12,9	12,9	12,7	12,8
Koko maa	13,9	14	13,7	13,4	13,4	13,4	13,3	12,9	12,7	12,2	12,3

*ennakkotiedot

Lähde: THL/ Syntymärekisteri

Sairaalassa ja muualla syntyneiden PWM, promilleja, THL:
Sairaalasynnytys on turvallista, matkalla synnyttäminen on riski!

