

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2011:8

Anna-Maija Tapper

SYNNYTYSPALVELUIDEN VALTAKUNNALLINEN TOTEUTTAMINEN

tyy Selvityshenkilön raportti

■ SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2011

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	11.5.2011
Tekijät	Toimeksiantaja
Anna-Maija Tapper	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimitilimen asettamispäivä

Muiston nimi

Synnytyspalveluiden valtakunnallinen toteuttaminen

Tiivistelmä

■ Lapsen kasvun ja kehityksen perusedellytys on synnytystapahtumaa edeltävän, synnytyksen aikaisen ja synnytyksen jälkeisen hoidon hyvä taso. Syntyvällä lapsella on oltava oikeus terveyteen ja hyvinvointiin, sillä se kertoo lapsen orastavan elämän arvosta yhteiskunnassa. Keskeisiä arvoja ovat syntyvän lapsen, äidin ja perheen oikeus terveyteen, hyvinvointiin, yhdenvertaisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen sekä itsemääräämiseen.

Synnytysten hoitoa järjestettäessä joudutaan ottamaan huomioon, kuinka paljon voimavaroja on käytettävissä ja kuinka ne voidaan jakaa, jotta kansalaisten yhdenvertaisuus toteutuu. Tavoitteena on oltava se, että palvelut ovat helposti saatavilla ja ne vastaavat perheiden tarpeita ja odotuksia. Suomessa toimii tällä hetkellä 31 synnytysyksikköä.

Raportissa käydään läpi synnytystoiminnan kehitystä Suomessa ja tulevia haasteita alueellisen väestökehityksen valossa. Kansainvälisten mittarien kuten perinataalikuolleisuuden perusteella äitiyshuolto ja synnytystoiminta ovat Suomessa erittäin onnistunutta. Tätä suotuisaa kehitystä ei rakennemuutoksin saa vaarantaa. Palveluita järjestettäessä on otettava huomioon väestölliset, alueelliset ja kielelliset erityispiirteet sekä yksilöiden erilaiset tarpeet. Tavoitteena tulee olla pyrkimys palveluiden kokonaisvaltaiseen tuottamiseen potilaalle, ottaen huomioon sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon että tarvittavin osin myös sosiaalitoimen toimijat.

Raportin mukaan kansallista sekä yliopistosairaalapiirien erityisvastuualueiden ohjausta ja koordinoitua tulisi lisätä terveydenhuoltolain mukaisin järjestämissopimuksin. Synnytyspalveluita tulee tuottaa potilaskeskisesti yli organisaatorajojen. Synnytysairaaloiden äitiyspoliklinikoiden ja alueiden neuvoloiden yhteistyötä tulee tiivistää ja pyrkiä erikoisosajien yhteiskäyttöön sekä konsultaatiomahdollisuuksien lisäämiseen. Erityisen tärkeäksi tämä muodostuu niissä paikoissa, joissa erikoisosajista on pulaa, sekä siellä missä välimatkat synnytysairaalaan ovat pitkät.

Synnytysyksikön minimivaatimuksena tulee olla ympärivuorokautinen hätäsektiovalmius. Riskisyntyisiä ja pienten keskosten hoitoa tulee keskittää yliopistosairaaloihin. Niukkenevat henkilöstöressurit ja lisääntynyt ammattihenkilöiden puute varsinkin päivystysaikana tulevat olemaan lähitulevaisuudessa määräävin tekijä suunniteltaessa synnytyspalveluverkkoa. Yliopistosairaalapiirin erityisvastuualueen tulee valmistella alueellaan yhteistyössä sairaanhoitopiirien ja synnytysyksiköiden kanssa varautumis- ja kustannussuunnitelma pienimpien yksiköiden synnytysten muualle siirtymisen varalta huomioiden maantieteelliset olosuhteet, väestöennusteet, potilaiden vapaa liikkuvuus, kielelliset oikeudet sekä oman alueen yli ulottuvat työssäkäyntialueet.

Asiasanat

Palvelut, raskaus, sosiaali- ja terveyspalvelut, synnytys, terveys, vastasyntyneet

Sosiaali- ja terveysministeriön
raportteja ja muistioita 2011:8

Muut tiedot
www.stm.fi

ISBN 978-952-00-3168-8
URN:ISBN: 978-952-00-3168-8

Kokonaissivumäärä
53

Kieli
suomi

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum	
Social- och hälsovårdsministeriet		
Författare	Uppdragsgivare	
Anna-Maija Tapper	Social- och hälsovårdsministeriet	
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet	
	STM1234, 1.1.2011	
Rapportens titel		
Förlossningstjänster på riksomfattande nivå. Utredningsmannens rapport		
Referat		
<p>■ En grundförutsättning för barnets uppväxt och utveckling är en god nivå på vården före, under och efter förlossningen. Barnet som föds ska ha rätt till hälsa och välbefinnande, eftersom detta ger uttryck för det värde som ett spirande barnliv ges i samhället. De centrala värderingarna är barnets, mammans och familjens rätt till hälsa, välbefinnande, jämlikhet, rättvisa och självbestämmanderätt.</p> <p>När man ordnar förlossningsvården måste man beakta hur mycket resurser som står till förfogande och hur dessa kan fördelas för att genomföra likabehandlingen av medborgarna. Målet ska vara att tjänsterna är lättillgängliga och svarar mot familjernas behov och förväntningar. För närvarande finns 31 förlossningsenheter i Finland.</p> <p>I rapporten går man igenom förlossningsverksamhetens utveckling i Finland och framtida utmaningar i ljuset av den regionala befolkningsutvecklingen. På basis av internationella mätare, såsom perinatal dödlighet är moderskapsvården och förlossningsverksamheten i Finland ytterst lyckade. Denna gynnsamma utveckling får inte äventyras genom strukturomvandlingar. När tjänster ordnas ska man beakta befolkningsmässiga, regionala och språkliga särdrag samt individernas olika slags behov. Målsättningen ska vara strävan efter en helhetsbetonad produktion av tjänster för patienten, med beaktande av aktörerna inom den specialiserade sjukvården och primärvården och i behövliga delar också aktörerna inom socialväsendet.</p> <p>Enligt rapporten ska man öka styrningen och samordningen av universitetssjukhusens specialupptagningsområden genom avtal om ordnande av specialiserad sjukvård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. Förlossningstjänster ska tillhandahållas på ett patientorienterat sätt över organisationsgränserna. Samarbetet mellan förlossningssjukhusens mödrapolikliniker och de regionala rådgivningsbyråerna ska effektiviseras och möjligheterna att gemensamt anlita och konsultera specialister förbättras. Detta är särskilt viktigt i områden där det råder brist på specialister och där avstånden till förlossningssjukhus är långa.</p> <p>Dygnet runt beredskap för akutsnitt är minimikravet för en förlossningsenhet. Riskfyllda förlossningar och vården av små prematurbarn ska centraliseras på universitetssjukhus. I nära framtid spelar de allt knappare personalresurserna och den ökade bristen på yrkesutbildade personer i synnerhet när det gäller jourverksamhet en avgörande roll när nätverk för förlossningsservice planeras. Universitetssjukhusens specialupptagningsområden ska i samarbete med sjukvårdsdistrikten och förlossningsenheterna inom regionen förbereda en beredskaps- och kostnadsplan för hur förlossningar vid mindre enheter ska överföras annanstans. Planerna ska beakta regionala omständigheter, befolkningsprognoser, fri rörlighet av patienterna, språkliga rättigheter samt pendlingsområden som sträcker sig över den egna regionen.</p>		
Nyckelord		
förlossning, graviditet, hälsa, nyfödda, social- och hälsovårdstjänster, tjänster		
Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2011:8	Övriga uppgifter	
	www.stm.fi/svenska	
ISBN 978-952-00-3168-8	Sidoantal	Språk
URN:ISBN: 978-952-00-3168-8	53	finska

SISÄLLYS

I	TOIMEKSIANTO	6
II	MENETELMÄT	6
III	Taustaa.....	7
1	Terveydenhuoltoa säätävät lait ja viranomaiskannanotot.....	7
1.1	Kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon tehtävät	7
1.2	Ensihoito ja päivystys.....	7
1.3	Valvonta.....	7
1.4	Synnytystoiminnan järjestämiseen liittyvä lainsäädäntö ja viranomaiskannanotot.....	8
1.5	Sikiön ja vastasyntyneen oikeudet	8
2	Eettiset, sosiaaliset ja juridiset näkökulmat	9
IV	NAISTENTAUTIEN JA SYNNYTUSTEN SEKÄVASTASYNTYNEEN HOIDON KEHITYKSESTÄ	10
1	Neuvolatoiminnasta terveydenhuollon menestys.....	10
2	Synnytykset siirtyvät sairaaloihin.....	10
3	Synnytystoimintaa kuvaavien suureiden tulkinnasta	11
3.1	Perinataalikuolleisuus ja varhaisneonataalikuolleisuus.....	11
3.2	Äitiyskuolleisuus.....	12
3.3	Synnytystoiminnan muita tunnuslukuja	12
V	MUUTOKSET YHTEISKUNNASSA.....	14
1	Yhteiskunnan muutokset heijastuvat terveydenhuollon toimintaan	14
2	Uusi terveydenhuoltolaki	15
2.1	Uusi terveydenhuoltolaki sisältölaiksi.....	15
2.2	Alueelliset vaikutukset.....	15
3	Väestö ja väestöennusteet.....	16
3.1	KYS- erityisvastuualue	19
3.2	OYS- erityisvastuualue	21
3.3	TYKS- erityisvastuualue ja Ahvenanmaan maakunta	22
3.4	TAYS-erityisvastuualue.....	24
3.5	HYKS- erityisvastuualue	25
4	Resurssien riittävyys	27
4.1	Henkilötyövoiman tarve ja tarjonta eivät kohtaa.....	27
4.2	Lääkärityövoimasta pulaa	27
4.3	Hoitohenkilökunnan saatavuudessa alueelliset erot korostuvat.....	30
4.4	Toiminnan ja talouden suunnasta	31
5	Rakennemuutoksia on jo tapahtunut - keskittäminen – hajauttaminen	33
5.1	Äitiys- ja lastenneuvoloiden toimintamuodot monimuotoistuneet.....	33
5.2	Synnytysyksiköiden määrä on puolittunut	34

IV Synnytyspalveluiden muuttuneet vaatimukset ja odotukset.....	37
1. Käypä hoito – suositukset; Vastasyntyneen elvytys 2008 ja ennenaikainen synnytys 2011	37
2. Kannanotto hätäkeisarileikkausvalmiuksista - Valvira ja eduskunnan oikeusasiamies 2009	37
3. Synnytyksissä toteutettavan hyvän hoidon eettiset perusteet – Etene kannanotto 2010	38
4. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020.....	38
5. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet – STM työryhmäraportti 2010	39
5.1 Päivystystyöryhmäraportin suositukset ja Suomen Gynekologiyhdistyksen (SGY), Suomen Perinatologisen Seuran (SPS) ja Suomen Kätilöliiton antamat kannanotot	41
V SUOSITUKSIA	45
VI LÄHTEET	47

I TOIMEKSIANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 5.11.2010 selvityshenkilön aihealueena ”Synnytyspalveluiden valtakunnallinen toteuttaminen”. Selvitystyön määräajaksi on asetettu 31.3.2011 ja väliraportti työn edistymisestä on annettu 31.12.2010.

Tehtävän sisältönä oli arvioida synnytysten hoidon palvelurakenteen tulevaa kehitystä tapahtuneiden muutosten ja nykytilanteen pohjalta ja tehdä ehdotus turvallisen, laadukkaan ja perhelähtöisen synnytyspalvelun edellytyksistä tutkitun tiedon pohjalta. Ehdotuksen tulee perustua em. näkökohtien yhteensovittamiseen siten, että otetaan huomioon erityisesti synnytyspalveluiden tuottamisen edellyttämän osaamisen varmistaminen ja kokemuksen saaminen, henkilöstövoimavarat ja muut resurssit, perheiden toiveet sekä uusien toimintatapojen luominen väestöpohjaltaan ja maantieteellisesti erilaisissa toimintaympäristöissä. Arviossa tulee ottaa huomioon erityisesti potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun liittyvät vaatimukset, lääketieteen ja hoitotyön menetelmien ja käytäntöjen kehitys, päivystyspalveluiden rakennemuutokset ja osaavan henkilöstön saatavuus, väestön ja perheiden toiveet sekä väestörakenteen alueellinen kehitys. Tehtävänä oli myös arvioida tarvetta ohjeistaa ja säätää synnytyspalveluiden edellytyksistä sekä niiden huomioon ottamisesta erityissairaanhoidon järjestämissopimuksessa.

II MENETELMÄT

Selvitykseen on koottu yhteen jo olemassa olevaa tietoa mahdollisimman monitahoisesti ja eri lähteistä, liittäen menneen kehityksen olemassa olevaan ja tulevan kehityksen mahdollisiin suuntiin. Selvitystyön tarkoituksena on antaa tietopohjaa ammattihenkilöille ja päättäjille keskustelun ja päätöksenteon pohjaksi tulevia ratkaisumalleja haettaessa. Selvitystyö ei pyri antamaan valmiita vastauksia tai päätöksiä, mutta se voi toimia pohjana jatkovalmisteluihin ja tulevan terveydenhuoltolain toiminnallistuksessa. Työtä varten on haastateltu ja kuultu lukuisia yksittäisiä toimijoita ja ammattiryhmiä sekä heidän edustajiaan (Suomen Gynekologiyhdistys, Suomen Perinatologinen seura, Suomen Kätilöliitto, Suomen Terveydenhoitajaliitto). Taustatietojen keräämisessä ovat ratkaisevalla tavalla avustaneet Tilastokeskus, THL, STM, Kuntaliitto, Lääkäriliitto sekä Aalto-yliopisto. Yliopistollisten sairaaloiden ja erityisvastuualueiden (erva) edustajia on kuultu järjestetyissä yhteisissä kokouksissa (KYS-erva 27.1.2011, OYS-erva 31.1.2011, TYKS-erva 15.2.2011, TAYS-erva 17.2.2011, HYKS-erva 9.3.2011). Ahvenanmaan maakuntaa ei tämä selvitys koske, vaikkakin sitä koskevat väestöennusteet ovat mukana omana osionaan TYKS –erva-alueen luvuissa. Selvityksen pohjana on käytetty vuoden 2009 lukuja, koska vuoden 2010 viralliset luvut eivät vielä ole käytettävissä.

Vaikka tämä selvitystyö on saanut alkunsa STM:n työryhmäraportista ”Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet” painottuen synnytyspäivystyksen valmiuden järjestämiseen ja sairaalatyöhön, haluan tässä vielä erikseen korostaa koko synnytyspalvelujärjestelmän kokonaisvaltaisen käsittelyn tärkeyttä. Kaikki tasot, neuvolat ja erikoissairaanhoidon synnytystoiminta, kuten myös kaikki henkilöstöryhmät on otettava mukaan suunniteltaessa synnytyspalvelujärjestelmän tulevaisuuden ratkaisuja. Tämä raportti on ajallisen rajallisuutensa vuoksi keskittynyt terveydenhuollon rakenteisiin ja toimintatapoihin. Terveydenhuollon kustannus-, tuottavuus – ja rahoitusmallit jäävät myöhempien tarkastelujen kohteeksi.

Kokoukset ja aiheen puitteissa käydyt keskustelut ovat olleet avoimia ja rakentavia, ja toivon tämän raportin samassa rakentavassa yhteistyön hengessä edesauttavan tulevaa päätöksentekoa. Kiitos kaikille tässä mukana olleille suuresta avusta ja innoituksesta – erityiskiitos Markus Rapolle Tilastokeskuksen väestöennusteiden tuottamisesta, Mika Gisslerille ja Eija Vuorelle THL:n synnytystilastojen työstämisestä ja tarkastuksesta sekä Heikki Punnoselle Kuntaliiton taulukoista.

III TAUSTAA

1 TERVEYDENHUOLTOA SÄÄTÄVÄT LAIT JA VIRANOMAISKANNANOTOT

1.1 Kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon tehtävät

Perustuslaissa (19§) säädetään, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sen mukaan kun lailla tarkemmin määrätään (1). Kansanterveystyön laissa 1 §:n 1 momentin mukaan kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, joka sisältää myös sairauksien ja tapaturmien ehkäisyn ja yksilön sairaanhoidon (2).

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja (3).

Kansanterveystyössä ja erikoissairaanhoitolaissa määritellään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtävät sekä terveyskeskusten ja sairaaloiden velvoitteet ja vastuut. Julkisen terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuden sisältö ja laajuus määritellään pääasiassa kansanterveystyön laissa 14 §:ssä ja erikoissairaanhoitolain 1 ja 3 §:ssä. Kunnan velvollisuuteen järjestää asukkaidensa sairaanhoito kuuluu lääkärin suorittama tutkimus, hänen antamansa tai valvomansa hoito sekä lääkinnällinen kuntoutus. Järjestämisvelvollisuuteen kuuluu myös velvollisuus järjestää tarvittaessa mahdollisuus erikoislääkärihoitoon sairaanhoitoon.

Terveydenhuollon järjestämisvelvollisuutta koskeva lainsäädäntö on pääosin puitelainsäädäntöä, jossa kunnan vastuu on säädetty yleisellä tasolla niin, ettei sen perusteella voida yksiselitteisesti määrittää toiminnan laajuutta tai sisältöä. Hoitotakuusäännöksillä vuodesta 2005 on kuitenkin aikaisempaa yksityiskohtaisemmin määritelty hoitoon pääsyä, hoidon tarpeen arvioinnista ja hoitoon pääsyn enimmäisajoista ei-kiireellisessä hoidossa.

Kunnat vastaavat asukkaidensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Erikoissairaanhoitoa varten maa on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin. Lisäksi Ahvenanmaa on oma sairaanhoitopiirinsä. Suurimman sairaanhoitopiirin väestöpohja on yli 1,4 miljoonaa asukasta ja pienimmän alle 70 000 asukasta. Jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin ylläpitävään kuntayhtymään. Kunta voi itse päättää mihin sairaanhoitopiiriin se haluaa kuulua. Jäsenkuntien määrä vaihtelee sairaanhoitopiireittäin, vähimmillään niitä on kuusi ja enimmillään 58. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskussairaala ja muita toimintayksiköitä. Sairaaloista viisi on erityistason hoitoa antavia yliopistosairaloita, ja ne vastaavat erityistason sairaanhoidon järjestämisestä erityisvastuualueidensa (erva) osalta. Tietyt hoidot on keskitetty valtakunnallisesti.

Sairaanhoitopiirin tehtävänä on järjestää erikoissairaanhoito alueellaan. Sairaanhoitopiirin tulee antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa. Lisäksi sairaanhoitopiirin tulee vastata terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja röntgenpalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta. Sairaanhoitopiirin tehtävänä on myös huolehtia alueellaan tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta.

1.2 Ensihoito ja päivystys

Kansanterveystyön laissa 14 §:n 1 momentin 10 kohdan mukaan kunnan tulee järjestää kiireellinen avosairaanhoito potilaan asuinpaikasta riippumatta. Erikoissairaanhoitolain 31 §:n mukaan kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on annettava hänen sairautensa edellyttämä hoito välittömästi. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa siitä, että sekä kiireellisen että lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin perustein. Päivystyshoidon tai kiireellisen hoidon käsitteitä ei ole määritelty lainsäädännössä. Käytännössä päivystyshoidolla tarkoitetaan yleensä hoitoa, joka on tarpeen antaa välittömästi, pääsääntöisesti 24 tunnin sisällä.

1.3 Valvonta

Kansanterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena aluehallintoviran-

omaisten toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon ohjauksessa ja valvonnassa. Lisäksi Valvira ohjaa ja valvoo kansanterveystyötä ja erikoissairaanhoidon erityisesti silloin, kun kysymyksessä ovat periaatteellisesti tärkeät tai laajakantoiset asiat; useaa aluetta tai koko maata koskevat asiat sekä asiat, jotka liittyvät Valvirassa käsiteltävään terveydenhuollon ammattihenkilöä koskevaan valvonta-asiaan sekä asiat, joita aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään.

Valvira ja aluehallintovirasto voivat tarkastaa kunnan ja kuntayhtymän kansanterveyslaissa tai erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettuun toimintaan käytettävät toimintayksiköt ja toimitilat silloin kun tarkastuksen tekemiseen on perusteltu syy. Jos kansanterveystyön tai erikoissairaanhoidon järjestämisessä tai toteuttamisessa havaitaan potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia taikka toiminta on muutoin tämän lain vastaista, Valvira ja aluehallintovirasto voivat antaa määräyksen puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta määräajassa. Jos potilasturvallisuus sitä edellyttää, toiminta voidaan määrätä välittömästi keskeytettäväksi taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kieltää välittömästi.

Valvira tai aluehallintovirasto voivat velvoittaa kunnan tai kuntayhtymän noudattamaan määräästä puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta sakon uhalla tai uhalla, että toiminta keskeytetään, taikka että toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kielletään (4).

1.4 Synnytystoiminnan järjestämiseen liittyvä lainsäädäntö ja viranomaiskannanotot

Erillistä synnytystoiminnan järjestämistä tai synnytyksiä hoitavan sairaalan päivystysjärjestelyä koskevaa selkeää velvoittavaa lainsäädäntöä tai ohjetta ei ole. Perustuslaissa (731/1999; 19§) säädetään, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sen mukaan kun lailla tarkemmin määrätään. Kansanterveyslain (66/1972) sekä erikoissairaanhoidolain (1062/1989) mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että kuntalaiset saavat tarvitsemansa sairaanhoidon palvelut. Käsitteitä riittävä tai tarpeellinen ei ole tarkemmin määritetty, mutta erikoissairaanhoidolaissa annetaan kiireelliselle hoidolle etusija kiireettömään nähden (1,2,3). Synnytystoiminta on verrattavissa päivystykselliseen/ kiireelliseen hoitoon, joten ko. säännökset koskevat osaltaan myös synnytyspalveluiden järjestämistä.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) otetaan huomioon myös käytettävissä olevat voimavarat terveyspalveluita tuottaessa: Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan huomioon (5).

Potilaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi suomen tai ruotsin kielellä säädetään kieli-laissa (423/2003). Hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä edistämään kielellisiä oikeuksia sekä on tavoiteltava kielellisesti yhteensopivia aluejaotuksia (6).

Järjestämisveloitteen toteuttamiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Laki ei kuitenkaan tarkemmin määritä, millä tavoin synnytyspalvelut tulisi kuntalaisille tuottaa. Sairaanhoitopiirien kuntaliitoilla on puolestaan velvollisuus alueellaan huolehtia erikoissairaanhoidopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoidon siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat järkevän toiminnallisen kokonaisuuden.

Suomessa viranomaisten valvonnan kohteena ovat terveydenhuollon piirissä toimivat ammattihenkilöt sekä palvelun tuottajat (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994, potilasvahinkolaki 585/1986 sekä laki sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta (Valvira) 669/2008) (4,7,8).

1.5 Sikiön ja vastasyntyneen oikeudet

Syntymättömällä lapsella ei ole juridisia oikeuksia, vaan hänen oikeutensa määräytyvät äidin oikeuksien kautta. Kaiken kaikkiaan synnytystoiminnan järjestämisessä on lainsäädännöllinen ja yleiseettinen velvollisuus painottaa lääketieteellisesti perusteltua hoitoa ja ennen kaikkea potilaan turvallisuutta sekä vastasyntyneen subjektiivista oikeutta parhaaseen mahdolliseen hoitoon siinä tapauksessa, että hän on sairas tai vaarassa (9, 10).

2 EETTISET, SOSIAALISET JA JURIDISET NÄKÖKULMAT

Terveydenhuolto on osa toimivaa yhteiskuntaamme. Terveydenhuoltojärjestelmän tehtävänä on tuottaa terveyspalveluita yhteiskunnan ja eri yhteisöjen jäsenille. Terveyspoliittiset valinnat määräävät, millaisia terveyspalveluita järjestelmä tarjoaa. Valintoihin vaikuttavat olemassa olevat voimavarat ja tarjolla olevat vaihtoehdot sekä se, millaisia asioita yhteiskunta pitää tärkeinä ja arvokkaina. Yhteiset arvot näkyvät etenkin lasten, vanhusten ja vajaavaltaitten hoivaamisena (11).

Terveyspolitiikan tavoite on väestön terveyden lisääminen ja sairauksien ehkäisy. Terveyden lisääntyminen väestössä säästää yhteiskunnan terveys- ja sosiaalipalveluiden kustannuksia ja vähentää myös yksittäisen ihmisen kärsimystä. Yhteiskunnan normit asettavat perusedellytykset ja vaatimukset niille yhteiskunnan palveluille, joihin yksittäinen kansalainen on oikeutettu. Säännöksissä tulee usein ottaa huomioon myös kansainväliset sopimukset, joihin Suomi muiden maiden joukossa on sitoutunut. Normiperusta luo kuitenkin vain palveluiden perusedellytykset; Yhteiskunnan moraali ja arvot sekä palveluiden tuottajien ammattitaito ja etiikka varmistavat hyvän hoidon.

Yhteiskunnan ja yhteisön etu voi poiketa yksilön edusta, ja yksilön oikeus päätöksentekoon voi sotia jonkun toisen etuja vastaan. Eturistiriitojen havaitseminen ja tunnustaminen on kuitenkin myös mahdollinen lähtökohta toimintojen parantamiselle.

IV NAISTENTAUTIEN JA SYNNYTYSTEN SEKÄVASTASYNTYNEEN HOIDON KEHITYKSESTÄ

1 NEUVOLATOIMINNASTA TERVEYDENHUOLLON MENESTYS

Voimakkaan herätteen äitiysneuvonnan kehittämiseksi antoi laaja tutkimus vuosien 1925-35 synnytyksistä Viipurin läänissä. Sen mukaan maaseudun synnyttäjien kuolleisuus oli nelinkertainen verrattuna kaupunkien synnyttäjiin, joita synnytyslaitoksissa jo 1920-luvulta alkaen oli erityinen huoltohoitajatar opastanut raskauden aikana. Äitien neuvonta pienten lasten hoitopulmissa oli virinnyt jo vuosisadan alussa ja lastenneuvoloita oli perustettu yksityisten järjestöjen ja joidenkin kuntien toimesta. Neuvolalaki tuli voimaan 1944 ja neuvolain vaikutus alkoi näkyä pian. 1950-luvun lopulle tultaessa äitiyskuolleisuus oli pienentynyt yhteen promilleen ja imeväiskuolleisuus kolmanneksen vuodesta 1944 (12,13).

Neuvolatoiminnasta tuli kiinteä osa kunnallista perusterveydenhuoltoa. Kansanterveyslain voimaantulo vuonna 1972 merkitsi muutosta äitiysneuvolatoimintaan. Kätilö-nimike poistui käytöstä ja tilalle tuli terveydenhoitaja. Muutos ohjasi toimintaa raskauden erityiskysymyksistä terveyskasvatukseen ja perheen tukemiseen. Vuonna 1990 julkaistiin suunnitelma omalääkärijärjestelmään siirtymisestä ja väestövastuuperiaatteen käyttöönotosta. Neuvolatyössä väestövastuuseen siirtyminen laajensi ja monipuolisti edelleen työntekijöidensä tehtäväkenttää. Huolestumista on kuitenkin herättänyt äitiys- ja lastenneuvoloissa työntekijäkohtainen kokemuksen vähentyminen ja neuvolajärjestelmän alueellinen pirstoutuminen (14,15). Kuntien tueksi on laadittu lukuisia kansallisia oppaita vuosina 1999–2009 (16,17,18,19). Perhetyöntekijöiden palvelut ovat selvästi lisääntyneet ja suurin osa terveyskeskuksista järjestää näitä palveluja. Sosiaali- ja terveysministeriö on asetuksella tarkentanut ohjeistusta neuvolatoiminnasta vuonna 2008 (20).

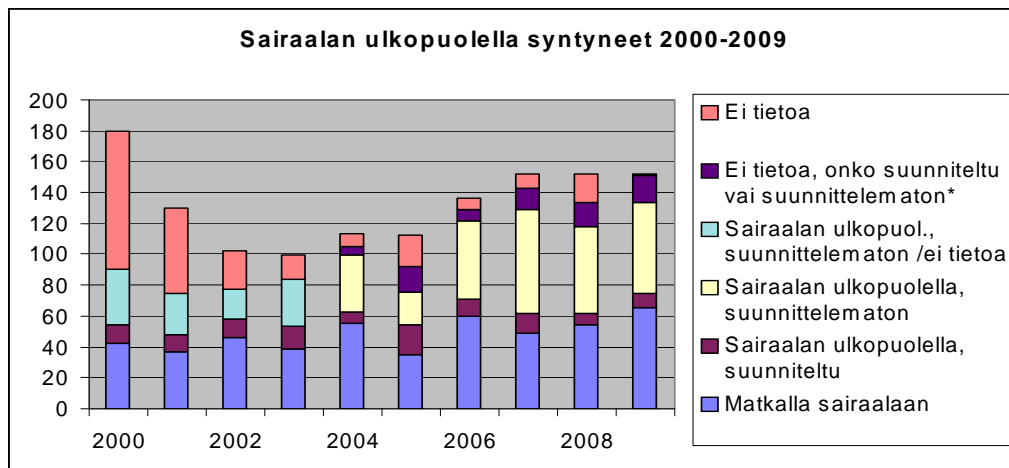
2 SYNNYTYKSET SIIRTYIVÄT SAIRAALOIHIN

Suomalaisen synnytyspaikan lähihistoriallista kehityksestä näkyy siirtyminen kotisyntyisistä sairaaloihin toisen maailmansodan jälkeen. Kehitys oli nopeaa; kun vuonna 1940 alle puolet naisista synnytti sairaaloissa, vuonna 1950 yli 90 % suomalaisista valitsi sairaalasyntyksen. Nykyisin kotisyntyksen valitsee vuosittain enää 0,01 % synnyttäjäistä (12,13). Viime vuosikymmeninä äitiys- ja perinataalikuolleisuus Suomessa on edelleen laskenut, ollen nyt alhaisimpia maailmassa (21).

Synnytystoiminnan keskittäminen sairaaloihin ja suurempiin yksiköihin parantaa mahdollisuuksia luoda ja ylläpitää erilaisia hätä- ja yllätystilanteita varten tarvittavia rakenteita (erikoisalakohtainen päivystys/toimijoiden käytännön harjaantuminen ja osaamisen ylläpito, tukipalvelut ja tarvittava laitekanta). Tiheästi asutussakin maassa, jossa välimatkat ovat lyhyet ja jossa kotisyntyisiä on paljon, on havaittu suurentunut niihin liittyvä perinataalikuolleisuus – Suomessakaan suunniteltujen sairaalan ulkopuolisten synnytysten perinataalikuolleisuusluvut eivät ole alhaisimpia (21,22). Ohjeistuksia eritasoisten synnytysyksiköiden valmiuksista on luotu kansallisesti ja kansainvälisesti (23). Tutkimusnäyttöä on siitä, että ennen aikaisten synnytysten lapsen kohdistuva kuoleman riski on merkittävästi alhaisempi niiden keskittyessä tertiääritason sairaaloihin (24,25,26).

Riskisyntyisten keskittäminen suurempiin synnytysyksiköihin tai yliopistosairaaloihin on Suomessa käytännössä jo suurelta osin tapahtunut. Myös muiden kuin riskisyntyisten keskittämistä suurempiin synnytysyksiköihin on tapahtunut runsaasti viime vuosikymmenien aikana. Keskittämisen myötä synnytysyksiköiden koko on kasvanut ja niiden lukumäärä on vähentynyt. Vuodesta 1975 synnytysyksiköiden lukumäärä on laskenut vuoden 2010 loppuun mennessä puoleen. Osassa synnytysyksiköiden lakkauttamisia ovat vaikuttaneeksi nimetty kustannussyt, useissa tapauksissa välillisenä vaikuttimena on kuitenkin ollut myös pula ammattihenkilöistä, koskien nimenomaisesti päivystysjärjestelyjä. Synnytysairaaloaverkoston vähentyessä on huomio kiinnittynyt sairaalan ulkopuolella tapahtuviin synnytyksiin. Suunnittelemattomien sairaalan ulkopuolella tapahtuneiden synnytysten osuudet ovat olleet hyvin pieniä (1-2/ 1000 synnytystä). Määrällisesti ne ovat lievästi nousseet viime vuosikymmenenä alle sadasta noin 125 tapaukseen vuodessa. Varsinaisten matkasynnytysten osuuksissa on myös tapahtunut lievää nousua. Luvut ovat kuitenkin niin alhaisia, että johtopäätösten teko vaatisi tarkemman tutkimuksen - varsinkin, kun lisääntyminen 2000-luvulla tapahtui tiheimmin asutuilla alueilla (27). Vaikka selkeää syy-yhteyttä olisikin vaikea osoittaa, on synnytys-

palveluja suunniteltaessa jo nyt välimatkatekijä otettava huomioon. Pohjois-Suomessa on tätä viety eteenpäin mm. potilashotellimallia kehittäen.

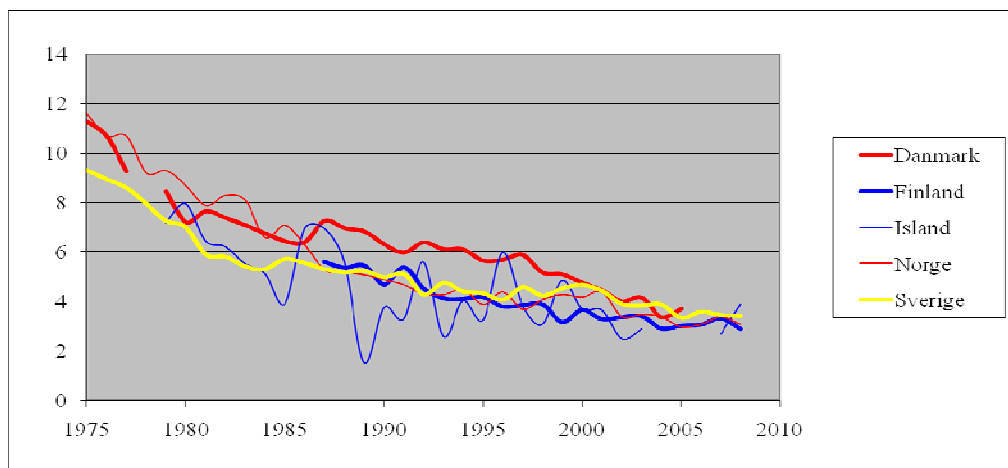


Gissler, THL, syntymärekisteri

3 SYNNYTYSTOIMINTAA KUVAAVIEN SUUREIDEN TULKINNASTA

3.1 Perinataalikuolleisuus ja varhaisneonataalikuolleisuus

Perinataalikuolleisuus (kuolleena syntyneiden ja ensimmäisen elinviikon aikana kuolleiden osuus kaikista synnytyksistä, %) on saavuttanut vankan aseman kansainvälisissä vertailuissa äitiyshuollon sekä synnytysten ja vastasyntyneiden hoidon tason mittarina. Lapsikuolleisuuden vähenemä ilmentää yhteiskunnan muutosta ja kehitystasoa ja perinataalikuolleisuusluvulle on annettu laajempaakin kantavuutta terveydenhuollon yleisen tason kuvaajana (21,28,29).



Gissler, Perinataalikuolleisuus (> 1000g) THL, pohjoismaiset syntymärekisterit

Perinataalikuolleisuuden määrävimpänä tekijänä on ennen aikaisten/pienipainoisten synnytysten osuus (21). Suomi on ollut jo pitkään perinataalikuolleisuuden kärjessä Norjan, Ruotsin, Islannin ja Japanin rinnalla ja perinataalikuolleisuus on edelleenkin vuosittain laskenut (5,0 % v 2009). Perinataalikuolleisuusluku soveltuikin hyvin suurten kokonaisuuksien tarkasteluun. Mitä pienemmät luvut ja alueet ovat kyseessä, sitä enemmän selittävät tekijät (vähäiset tapahtumat ja suuri vuosittainen vaihtelu, alueen sairaaloiden välinen työnjako) on otettava huomioon. Yliopistosairaaloissa, joissa ennen aikaisten ja muut riskisyntytykset ovat keskitettyinä, on perinataalikuolleisuus luonnollisesti korkeampi (7,0 % v 2009). Matalimpia perinataalikuolleisuuslukuja (2,1- 2,4 %) esiintyy niin suurimmissa ei-yliopistollisissa synnytysyksiköissä (> 5000 synnytystä/vuosi) kuin pienissä aluesairaaloissakin (< 750

synnytystä/vuosi). Huomionarvoisaa kuitenkin on, että viime vuosikymmenien synnytystoiminnan rakenteissa tapahtuneet muutokset ja synnytystoiminnan keskittämiset eivät ole perinataalikuolleisuuslukuja kääntäneet nousuun, vaikka yhä sairaampia ja ennenaikaisempia vastasyntyneitä on tullut hoidon piiriin (21).

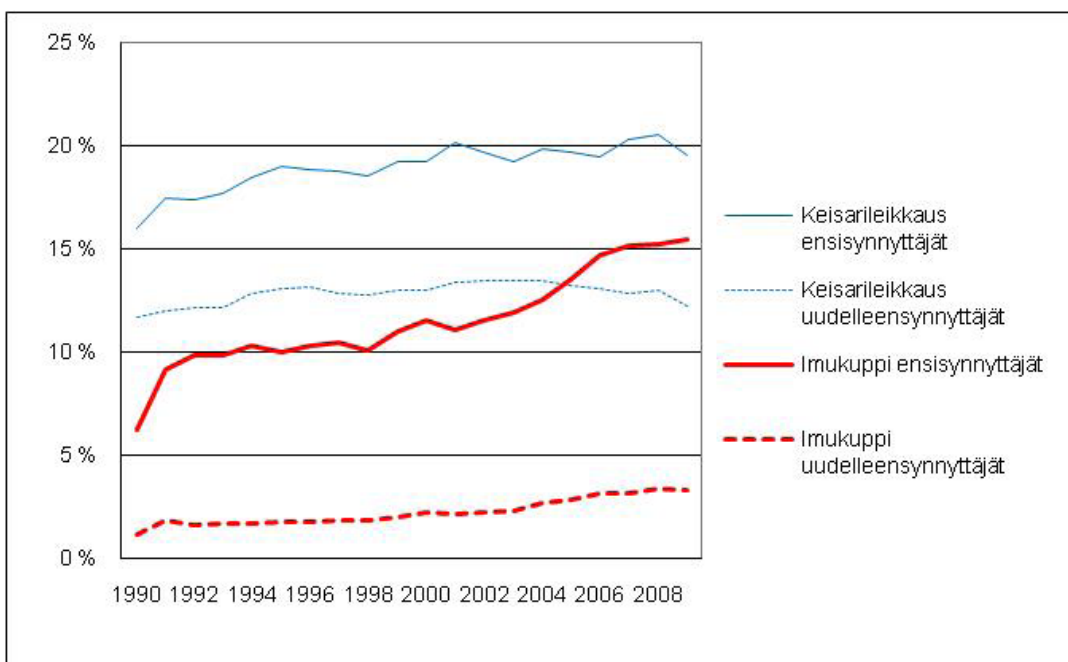
Varhaisneonatalikuolleisuutta (elävänä syntyneiden mutta ensimmäisen elinviikon aikana kuolleiden osuus kaikista synnytyksistä, ‰) on esitetty paremmaksi mittariksi synnytystoimintaan, koska kuolleena syntyneiden osuuden suuruuteen vaikuttavat monet tekijät, jotka kuitenkin välttämättä eivät ole synnytysyksikkösidonnaisia. Pyrittäessä vertailemaan normaalisynnyttäjiä keskenään, on yksisikiöisten >2500 g painavien lasten varhaisneonatalikuolleisuuslukuja myös käytetty.

3.2 Äitiyskuolleisuus

Äitiyskuolleisuus synnytysten yhteydessä (raskauteen tai sen hoitoon liittyvä kuolema, raskauden aikana tai 42 vuorokautta sen jälkeen) on Suomessa alhaisimpia maailmassa. Lapsikuolleisuuden ohella se heijastelee yhteiskunnan kehitysvaihetta (28,29). Tapahtumana se on niin harvinainen (3-4 vuosittain; keskimäärin 4,6 äitiyskuolleita 100 000 elävänä syntynyttä kohti), että sen liittymistä nykyisen synnytysjärjestelmän rakenteeseen on vaikea arvioida. On kuitenkin huomioitava, että synnytykseen liittyvä massiivinen komplikaatio on odottamatonta, harvinaista ja usein vakava tapahtuma, jota esiintyy myös entuudestaan täysin terveillä synnyttäjillä. Jokaisessa synnyttävässä yksikössä on vakaviinkin tilanteisiin varauduttava. Niiden hoitoon vaaditaan synnytysyksikössä mittavia apuvoimia ja usein myös erikoisosaamista tai -välineistöä. Valmiuden ylläpito lisähenkilökuntaan, tehohoitoon ja mm. välittömään runsaaseen verensiirtoon on luonnollisesti haastavampaa niissä yksiköissä, joissa vaaratapahtumia yleensä ottaen harvemmin joudutaan hoitamaan.

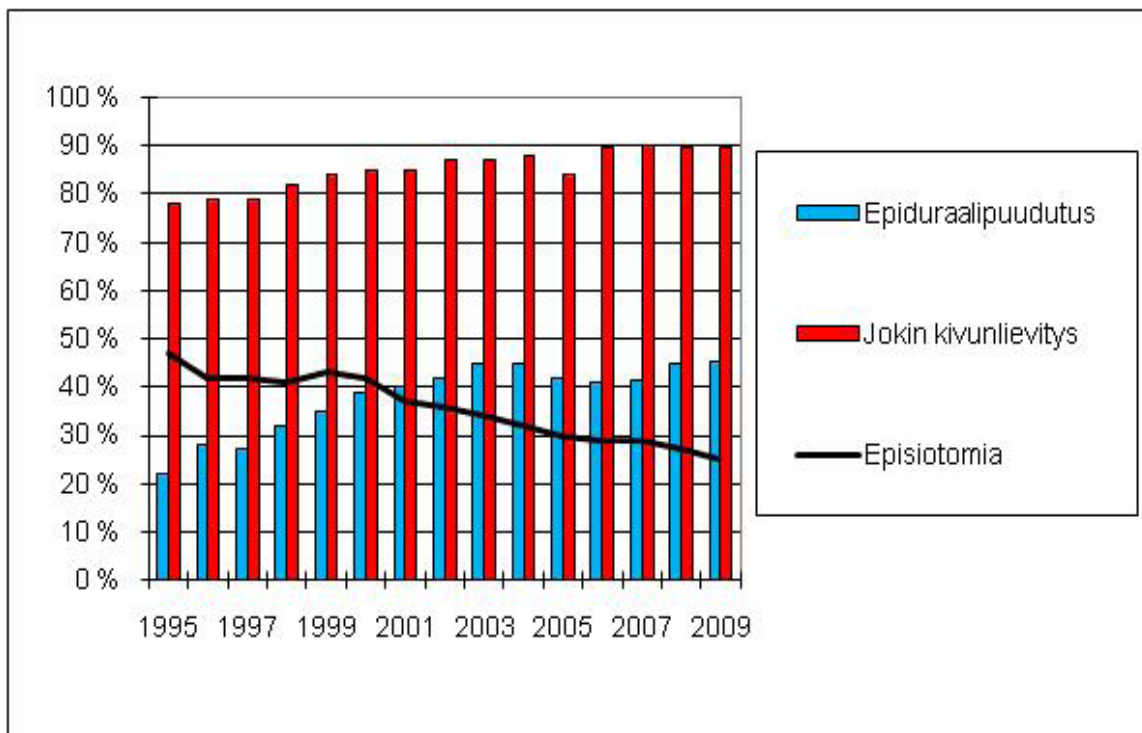
3.3 Synnytystoiminnan muita tunnuslukuja

Muita kansallisia ja yleisesti käytettyjä kansallisia ja kansainvälisiä tunnuslukuja ovat mm. keisarileikkausten, imukuppisynnytysten ja vaikeiden repeämien osuudet synnytyksistä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos tuottaa vuosittain lukuisia synnytyksiin ja vastasyntyneisiin liittyviä tunnuslukuja sekä myös vertailutietoja synnytystoimenpiteistä (21, 30). Synnytyksiin liittyvien toimenpiteiden osuudet eri synnytysyksiköissä vaihtelevat suuresti. Keisarileikkausten osuudet ovat hieman nousseet, mutta vain ensisynnyttäjien osalta. Imukuppisynnytysten osuudet ovat tasaisesti lisääntyneet. Huomattavaa onkin, että vuosina 2008-2009 jo runsas kolmannes yksisikiöisistä ensisynnyttäjistä päätyi muuhun kuin normaaliin alatiesynnytykseen. Eroja arvioitaessa on otettava huomioon eri synnytysyksiköiden potilaiden luonne, eikä näin ollen suoria vertailuja ilman taustatietoja voida niiden perusteella tehdä. Yleisesti voidaan kuitenkin todeta, että matalan riskin synnytysyksiköissä normaaliin alatiesynnytysten osuus tulisi olla suurinta ja toimenpiteiden osuudet vähäisimpiä. Yksiköiden toiminnat tulisikin pyrkiä asettamaan mahdollisimman vertailukelpoiksi, jotta vertaisarviointia (Benchmarking) voitaisiin laajentaa nykyisestä, kuten jo esimerkiksi Ruotsissa on tehty (30,31,32).



Hätäsektioprosenttia ja hätäsektioon kuluva reaktioaika (decision-delivery-interval, DDI) on pyritty usein käyttämään sairaalan reaktiovalmiuden osoittimenä liittyen vastasyntyneen turvallisuuteen (33,34,35,36,37). Tämä tarkastelu sisältää kuitenkin runsaasti epävarmuustekijöitä. Määrittely kiireellisen ja hätäsektion välillä on tilannesidonainen. DDI mittaa todellisuudessa ajan päätöksenteosta lapsen syntymään, ei varmuudella kuitenkaan intervallia lapsen ahdingosta lapsen syntymään. DDI-aika, josta hätäkeisarileikkaukseen kuuluva viive lasketaan, alkaa siitä hetkestä kun synnytyslääkäri saapuu paikalle ja toteaa toimenpiteen tarpeellisuuden. Todellinen ahdinko on voinut syntyä jo aiemmin. Synnytyslääkärin paikalle saapumisviive, ja mahdollisimman lyhyt aika lapsen ahdingosta hätäsektiopäätökseen on minimoitu yksiköissä, jossa päivystetään sairaalassa. Todellinen viive hädän syntymisestä lapsen syntymiseen on merkittävä järjestelmässä, jossa päivystetään kotona.

Synnytyskipun tehokas hoito on kehittynyt ja yleistynyt nopeasti viime vuosikymmeninä (29). Kivunlievityksen saatavuutta voidaan pitää myös sairaalan resursseja kuvaavana mittarina. Epiduraali /spinaalipuudutus on tehokas menetelmä synnytyskipujen lievittämiseen, ja sen tulisi olla mahdollinen niille synnyttäjille, joille se katsotaan tarpeelliseksi.



THL, syntymärekisteri

Potilashoidon laatumittarina on pidettävä toiminnasta aiheutuneita haittatapahtumia ja myös potilaiden omia arvioita saamastaan hoidosta. Hoitotakuulaki sekä sen myötä selkeä asiakaskeksisyyden ja valinnanvapauden lisääntyminen tulevat painottamaan laatumittareiden kehittämistä ja niiden avointa käyttöä (32). Potilaskanteluiden, -valitusten ja muistutusten arvo laadun tarkkailun ohessa on niiden heijastusvaikutus yhteiskunnan arvoista sekä sen kautta vaikutus toiminnan kehittämisen suuntiin ja painopistealueisiin. Suomen Lääkärilehden artikkelissa analysoitiin synnytysten hoitoon liittyviä kanteluita ja lausuntopyyntöjä; Kanteluita tehtiin eniten riskiraskauksien hoidosta. Potilaskohtaisia esille nousseita tekijöitä olivat synnyttäjän yli 35 vuoden ikä, krooninen sairaus, enneaikainen synnytys ja keisarileikkaus. Yhteenvedossa todettiin, että suuri osa kanteluun johtaneista tapauksista sijoittui päivystysaikaan. Toinen potilaasta riippumaton riskitekijä oli synnyttäjän pienessä synnytysyksikössä. Vastavalmistuneiden lääkäreiden ei todettu tehneen enempää virheitä kuin kokeneempien kollegojen (38).

Laatu- ja potilasturvallisuusnäkökulma liittyvät kiinteästi toisiinsa. OECD on suosittanut seurattavaksi potilasturvallisuutta kuvaavia mittareita, joiden mittaamista jäsenmaissa myös EU:n komissio on pitänyt perusteltuna. Synnytystoiminnan mittariksi on suositettu potilasvahinkojen määrää alatiesynnytyksissä, eroteltuna lisäksi imukuppi- tai pihtisynnytyksiin (39). Suomessa on jo raportoitu siihen merkittävästi liittyvästä komplikaatiosta, III-IV asteen repeämästä alatiesynnytyksissä (29).

V MUUTOKSET YHTEISKUNNASSA

1 YHTEISKUNNAN MUUTOKSET HEIJASTUVAT TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAAN

Kansantalouden nousu- ja laskukaudet heijastuvat sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön ja kustannuksiin. Kansantaloutemme kasvaa ennusteiden mukaan hitaasti lähivuodet. Suuret ikäluokat siirtyvät eläkkeelle, huoltosuhde heikenee entisestään ja hoivan tarve kasvaa. Samanaikaisesti terveydenhuollon työvoimamäärä vähenee ja tulevaisuuden työntekijöistä tulevat kilpailemaan useat eri sektorit. Talouden realiteetit ja julkisen sektorin vähenevä henkilöstö vaativat uudistamaan toimintatapoja, tuotantoprosesseja ja rakenteita. Uusi tilanne edellyttää tiedolla johtamista ja tuottavuuden parantamista, uusia teknologioita, toimivia tietoverkkoja sekä ennen kaikkea uudenlaisia ja innovatiivisia organisaatorakenteita, jotta sairaanhoidon tulevaan kysyntään pystytään vastaamaan.

Terveydenhuoltomme on kaiken kaikkiaan edullista verrattaessa OECD-maihin, ja terveydenhuollon menojen osuus bruttokansantuotteesta (bkt) on edelleen kasvanut maltillisesti. Vaikka OECD Health Datan tiedot ovatkin saatavista parhaat, on vertailussa kuitenkin huomioitava kustannusten rakenteiden vaihtelu eri maiden välillä. Kustannustekijät ovat eri maissa erisuuruisia, kuten myös palvelu- ja rahoitusrakenteet. Määritykset eivät ole täysin yhteneviä ja bruttokansantuote (bkt) on vain yksi elintaso kuvaava mittari. Kustannusten yksinomainen mittaaminen ei myöskään kerro lopullista totuutta vaikuttavuudesta ja terveyden tuottamisesta (40,41). Julkisen hallinnon tuottavuusohjelmilla on suora vaikutus terveydenhuollon tuottavuustavoitteisiin. OECD-raportissa arvioitiin Suomen vahvuudeksi ”pohjoismainen yhteiskuntasopimus”, jonka piirteinä on kyky yhdistää globalisaatio ja kollektiivinen riskien jakaminen. Haasteena jatkossa onkin todellisten rakennemuutosten lisääminen, jotta pohjoismainen hyvinvointimalli kestäisi tulevat muutokset. Kyseisessä raportissa Suomi sijoittui toiseksi parhaaksi OECD:n määrittelemien kahdeksan sosiaaliosoitimen perusteella arvioituna. Opetuksen tuloksellisuus ja koettu elämänlaatu olivat esimerkkejä niistä indikaattoreista, joissa Suomi sijoittuu OECD-maiden kärkeen - joista viimeksi mainittu lähenee vaikuttavuuden mittausta (42).

Terveydenhuollon hajanaiseen rahoitusmalliin ja sen uudistamistarpeeseen on myös kohdistunut jatkuvaa ja lisääntynyttä painetta. Hoitomuotojen nopea kehittyminen ja kansainvälistyminen sekä uudet kalliit hoitomuodot lisäävät painetta entisestään. Terveydenhuollon teknologia kehittyy nopeammin kuin yhteiskunnan voimavarat. Uusien toimintatapojen ja teknologioiden käyttöönotolla yhteiskunta antaa kansalaisille viestin niiden tärkeydestä – ovatko ne yhteiskunnan arvojen mukaisia, ja kuinka niitä tulisi arvioida ennen käyttöönottoa. Kustannusvaikuttavuuden arviointi ja vaihtoehtokustannusten huomiointi on haastavaa yhteiskunnan nopeatahtisista muutosten takia. Lähtökohtaisesti vaikuttavuusarviota ei tulisi tehdä eettisestä arvioinnista erillisenä tapahtumana. Hoitovaihtoehtojen hyötyjä ja haittoja pitäisi suhteuttaa myös laajempiin yhteiskunnallisiin ja eettisiin seuraamuksiin (43).

Potilaiden odotukset hoitomahdollisuuksista ja vaatimustaso ovat kasvaneet viime vuosikymmeninä. Lisäresursseja on ohjattu Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle (Valvira). Valvira, apunaan aluehallintokeskukset, ohjaa ja valvoo terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja toimintayksiköiden toimintaa sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa. Valviralla voi tulevaisuudessa olla merkittävä ohjausvoima käytäessä keskustelua priorisoinnista ja terveydenhuollon voimavarojen jakamisesta terveydenhuollossa.

Kunnallinen erikoissairaanhoito ja sosiaali- ja terveydenhuolto ovat jo kokeneet monia rakennemuutoksia, ja muutos jatkuu. Eri puolille maata on syntynyt ja syntyy erilaisia palvelu-, toiminta- ja organisaatorakenteita (Parashanke, SOTE-mallit), jotka pyrkivät madaltamaan eri toimijoiden välisiä raja-aitoja. Väestörakenteet ovat entisestään erilaistuneet ja sen myötä entiset kovin samanlaiset toiminta- ja hallintorakenteet ovat muuttuneet monimuotoisimmiksi. Onkin mahdollista, että eri seudut jatkossakin kehittyvät eri tavoin, mikä on otettava keskeisenä muutostekijänä huomioon. Kunta-, seutu- ja aluerakenteet ovat osin vanhentuneet ja vanhenevat suhteessa muuttuneeseen palvelutuotantoon ja kuntalaisten hallinnolliset rajat ylittävään palvelujen käyttöön. Kainuun maakuntahallintomalli sekä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri ovat esimerkkejä organisoida ja hallinnoida palvelut laajalla alueella ja pienillä väestöpohjilla. Suuntana ovat olleet suuremmat kokonaisuudet, ja jatkossa eräiden alueiden rooli korostuu. Rakennekeskeisestä toimintatavasta on siirrytty yhä enemmän toiminto- ja asiakaskeskeiseen toimintamalliin (44,45).

Hallittu toimintojen uudistuminen on jo nyt johtanut sairaaloiden profiilin tarkistuksiin ja kaikki sairaanhoitopiirit ja sairaalat eivät säily nykymuotoisina jatkossakaan. Leimaa-antavana muutosajurina on ollut hoitomuotojen keven-

tymisen, hoitoaikojen lyhentymisen sekä päivä- ja polikliinisen kirurgian lisääntymisen mukanaan tuoma avohoitopainotteisuus.

Kunnallinen erikoissairaanhoido on keskeinen osa kansalaisten turvallisuutta. Erikoissairaanhoidon ympärivuorokautinen päivystys ja synnytysten hoito ovat olleet hyvä esimerkki sen tähdellisyydestä. On ollut luontevaa lähteä hakemaan uudistumista myös päivystysvalmiuden kautta. Päivystystoiminnassa on tapahtunut suuria muutoksia 2000-luvulla. Päivystyksiä on keskitetty suurempiin yksiköihin, yhteispäivystysmalleja kehitetty ja potilasohjausta pyritty suunnittelemaan alueellisesti. Hoidon kiireellisyyden arviota on pyritty kehittämään erilaisin menetelmin ja ohjeistuksin. Päivystyksen toimipaikkojen harventuessa ja keskittyessä alueellisiin yhteispäivystyksiin ensihoitopalvelun rakenteen ja sijoittelun tärkeys asukkaiden perusturvan ja alueellisen tasa-arvon turvaamiseksi korostuu. Sosiaali- ja terveysministeriön yhtenäiset päivystyshoidon perusteet -työryhmän raportissa on linjattu keskeiset kehittämissuunnat. Raportin mukaan on tarpeen edelleen vähentää keskitettäviä palveluja tuottavien erikoislääkäritasoisien päivystyssairaaloiden määrää (46).

2 UUSI TERVEYDENHUOLTOLAKI

2.1 Uusi terveydenhuoltolaki sisältölaiksi

Uusi terveydenhuoltolaki perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisenä sisältölakina (1326/2010) on vahvistettu ja tulee voimaan 1.5.2011 (47). Samassa yhteydessä kumotaan osa kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon pykälistä (lähinnä palvelujen sisältöä koskevat pykälät), mutta kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämistä, rahoitusta ja valvontaa koskevat pykälät jäävät voimaan. Uusi terveydenhuoltolaki ei tuo suuria muutoksia palvelujen sisältöihin, mutta joitakin tarkennuksia on tehty, esim. on määritetty kiireellistä hoitoa lain tasolla. Asiakaskeskeisyyden ja potilaan valinnanvapauden lisäämisen ohella se pyrkii vahvistamaan perusterveydenhuollon asemaa sekä madaltamaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä rajaa. Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy korostuu kaikilla tasoilla. Ensihoidon järjestäminen, hoitotakuusäännökset sekä erityisvastuualueen tehtävien määrittäminen nousevat sisältölaissa esiin. Alueellisesti sovittava työjako ja hoitoketjujen saumattomuus ovat keskiössä.

2.2 Alueelliset vaikutukset

2.2.1 Erityisvastuualue

Erityisvastuualueet (erva) näyttäisivät tulevaisuudessa saavan entistä vahvemman roolin alueellisina toimijoina. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien tulee yhteistyössä järjestää alueensa erikoissairaanhoidon. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien, joissa kussakin sijaitsevat yliopistolliset sairaalat Helsingissä, Turussa, Tampereella, Kuopiossa ja Oulussa, tulee sovittaa yhteen erikoissairaanhoidon palvelujen tuotantoa, tietojärjestelmäratkaisuja, lääkinnällistä kuntoutusta ja erilaisia hankintoja. Erityisvastuualueen tulee suunnitella yhdessä koulutusviranomaisten ja työhallinnon kanssa terveydenhuollon henkilöstön perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta ja yhdessä maakuntien liittojen kanssa työvoiman kysyntää ja koulutustarjontaa. Erityisvastuualueiden yliopistollisten sairaaloiden tulee huolehtia valtakunnallisesti keskitettävästä, erityisen vaativasta erikoissairaanhoidosta.

Samaan erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien tulee tehdä erikoissairaanhoidon järjestämissopimus, jossa sovitaan alueellisesta työnjaosta, toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Sairanhoitopiirien välisen työnjaon tulee edistää terveydenhuollon laatua, potilasturvallisuutta, vaikuttavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta. Sopimalla yhteistyöstä taattaisiin riittävät voimavarat ja osaaminen sekä voimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö. Riitatilanteissa valtioneuvoston on mahdollista määrätä sopimuksen sisällöstä.

2.2.2 Sairanhoitopiiri

Sairanhoitopiiriin tulee sovittaa yhteen erikoissairaanhoidon palvelut väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Sairanhoito-

piiri voi tarjota erikoissairaanhoidon palveluita myös perusterveydenhuollon yhteydessä ja on tarvittavassa yhteistyössä myös sosiaalitoimen kanssa. Sairaanhoidopiiriin tulee vastata perusterveydenhuollon tuottamien laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadunvalvonnasta. Lisäksi sairaanhoidopiiri tulee vastaamaan alueellaan tutkimus-, kehittämis- ja koulutus-toiminnasta sekä tietojärjestelmien yhteensovittamisesta.

2.2.3 Kunnat

Kunnat järjestävät perusterveydenhuollon palvelut alueellaan. Sairaanhoidopiiriin alueen kuntien tulee laatia terveydenhuollon yhteistyösuunnitelma. Yhteistyösuunnitelmassa tulee sopia terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä, päivitys-, kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista sekä yhteistyöstä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, lääkehuollon ja muiden toimijoiden kesken.

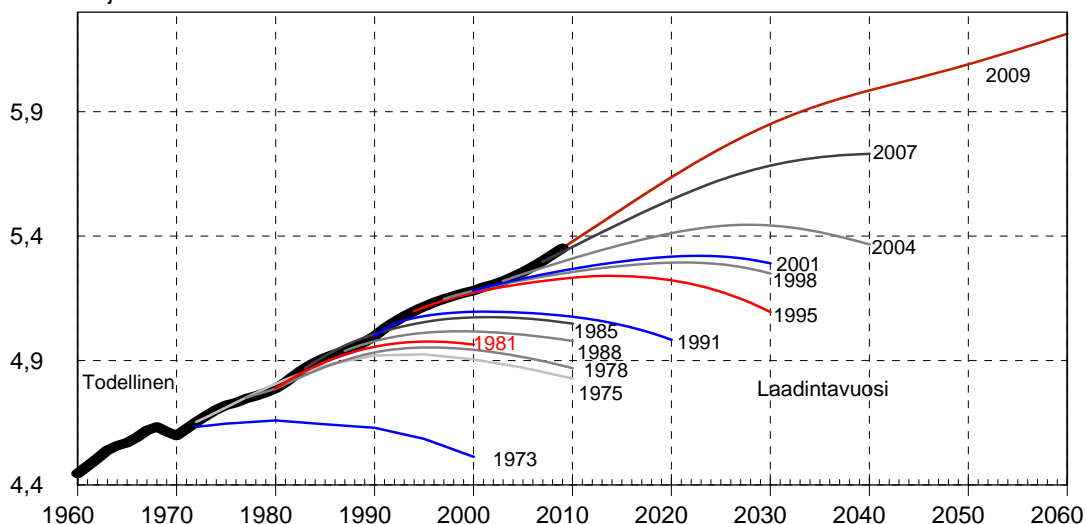
Sairaanhoidopiiriin hahmotellaan perustettavan moniammatillinen perusterveydenhuollon yksikkö, joka tukee terveydenhuollon yhteistyösuunnitelman laatimista sekä antaa asiantuntemustaan ja sovittaa yhteen perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista ja täydennyskoulutusta. Perusterveydenhuollon yksikön tulee ennakoida henkilöstötarvetta alueellaan ja sovittaa yhteen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja soveltuvin osin sosiaalitoimen palveluja.

3 VÄESTÖ JA VÄESTÖENNUSTEET

Väestöennusteet pohjautuvat parhaaseen mahdolliseen ennusteeseen syntyvyydestä, kuolleisuudesta, maahan- ja maastamuutosta, ja ne sisältävät sitä enemmän epävarmuustekijöitä, mitä kauemmaksi tulevaisuuteen ne ulottuvat. Väestöennusteita tarkasteltaessa on muistettava, että ennusteet jo sinänsä toimivat toivottuina vastavoimina havaituille epäedullisille tulevaisuuden näkymille. Poliittisin päätöksin, mm maahanmuutto- ja perhepoliittisin keinoin on tarkoituskin vaikuttaa mahdolliseen kielteiseen kehitykseen. Myös globaalit muutokset vaikuttavat kansallisiin ennusteisiin yhä enemmän (48). Jyrkät ennusteet voivat vuosien varrella loiventua ja epäedullisimmat ennusteet lieventyä päättäjille ennusteiden avulla tarjotun tiedon ja ohjausmahdollisuuden myötä.

Tilastokeskuksen väestöennusteita

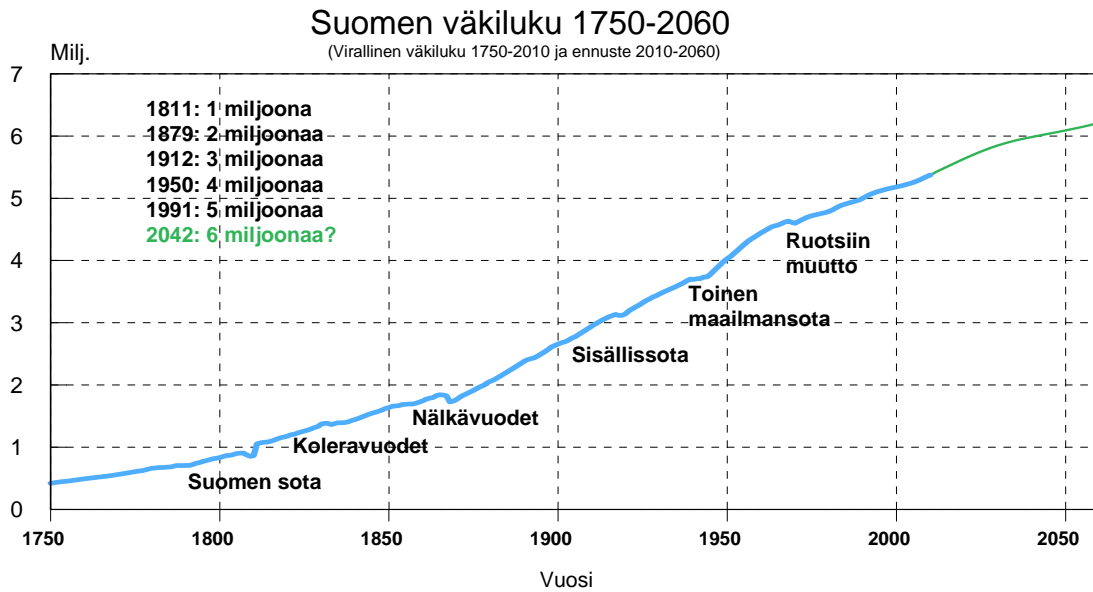
Koko maan väkiluku
Milj.



Rapo, Tilastokeskus-väestötilastot, 2010

Suomen väkiluku on pitkällä aikavälillä tarkasteltuna kasvanut tasaisesti, mutta hidastuen. Tällä hetkellä Suomen väestönkasvu näyttää jatkavan maltillista kasvuaan, saavuttaen tämänhetkisten ennusteiden mukaan 6 miljoonan

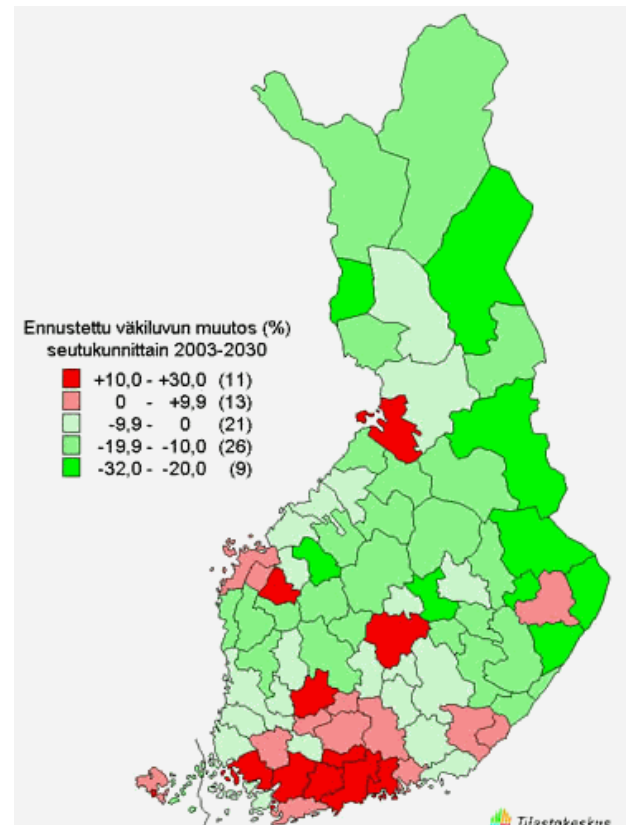
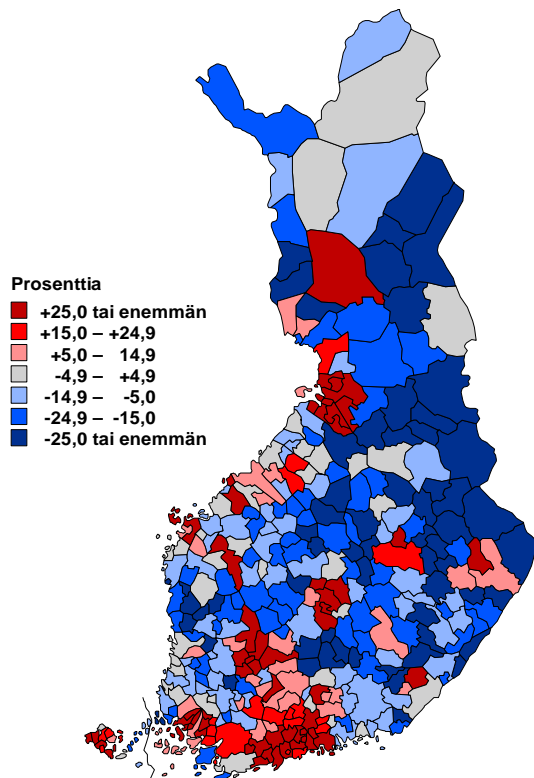
rajan 2040-luvulla Tilastokeskuksen ennakkotietojen mukaan Suomen väkiluku oli vuoden 2010 lopussa 5,4 miljoonaa. Maamme väkiluku kasvoi vuonna 2010 noin 23 000 hengellä, mikä on 2 000 vähemmän kuin vuonna 2009. Suurin syy väestönlisäykseen oli se, että maahanmuuttajia oli 13 000 enemmän kuin maastamuuttavia.



Rapo, Tilastokeskus-väestötilastot 2010

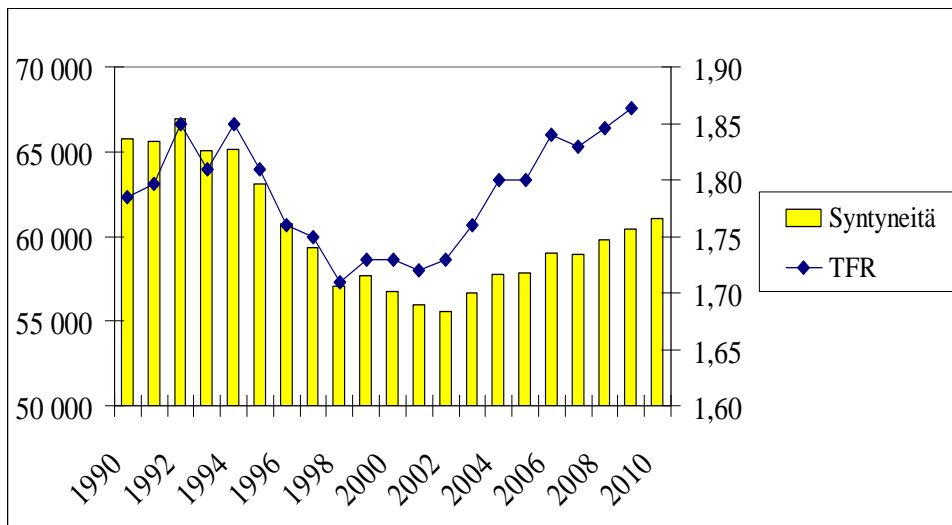
Alueelliset erot väestöennusteissa korostuvat entisestään ja keskittyminen väestökeskuksiin ja ruuhka-Suomeen edelleen lisääntyvät. Tämä on selkeästi havaittavissa sekä toteutuneessa kehityksessä että tulevissa tilastokeskuksen ennusteissa.

Ennustettu väkiluvun muutos 2003-2030



Rapo, Tilastokeskus-väestötilastot

Syntyvyyteen vaikuttava kokonaishedelmällisyysluku, TRF (lapsimäärän odote, jonka naiset keskimäärin saavat elinaikanaan, sillä oletuksella, että he synnyttävät samalla tavalla kuin eri-ikäiset naiset synnyttivät edellisen vuoden aikana) on lähes kaikissa Euroopan maissa alle väestön laskennallisen uusiutumistason (2,1). Kokonaishedelmällisyysluku Suomessa oli vuotta 2009 (1,86) korkeampi viimeksi vuonna 1969, jolloin se oli 1,94.

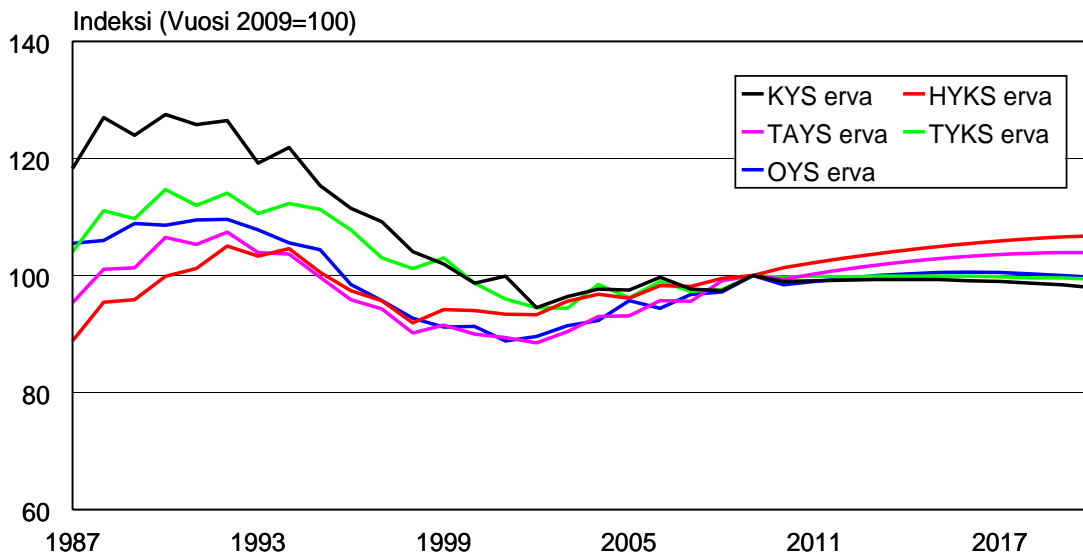


Gissler THL, Syntymärekisteri

Vuonna 2009 kokonaishedelmällisyysluku (TFR) oli väestön uusiutumisrajan yläpuolella viidessä maakunnassa: Pohjois-Pohjanmaalla, 2,40, Keski-Pohjanmaalla, 2,38, Etelä-Pohjanmaalla, 2,18, Pohjanmaalla ja Kainuussa, 2,15. Alhaisin kokonaishedelmällisyysluku oli Etelä-Karjalan maakunnassa, jossa se oli 1,67. Uudenmaan maakunnassa kokonaishedelmällisyysluku oli toiseksi alhaisin, 1,68. Uudenmaan maakunnan korkea kokonaissyntyvyttä pitää yllä osaltaan muuttovoitto, joka entisestään pienentää muuttotappiokuntien kokonaissyntyvyttä. Kokonaishedelmällisyys on ollut jo kohta kahden sukupolven ajan alle uusiutumistason ja Suomi onkin maailman nopeimmin ikääntyviä maita. Suuret ikäluokat ovat jäämässä eläkkeelle, ja pitenevä elinikä lisää vanhusväestön määrää ja hoivantarvetta tulevina vuosina. Lisäksi työiästä poistuu ihmisiä enemmän kuin työikään tulee. Jo vuosikymmenien ajan jatkuneen väestönkehityksen vaikutukset alkavat nyt näkyä. Työvoiman tarjonnan pienentyessä edessä on rakenteellinen työvoimapula, jos maahanmuuttopolitiikalla ei saada tilannetta riittävästi korjattua. Maahanmuuttajien ikä, sukupuoli ja naisten kokonaishedelmällisyysluku riippuu siitä mistä kulttuurista he ovat kotoisin. Keskimäärin maahanmuuttajien syntyvyys on korkeampaa kuin valtaväestön, mutta useat maahanmuuttajat omaksuvat suomalaisen lisääntymis- ja lapsenhankintamallin varsin nopeasti. Synnyttäjien keski-ikä on noussut vähitellen, ja 2000-luvulla se on edelleen noussut 0,6 vuodella. Synnyttäjien keski-ikä oli vuonna 2009 30,1 vuotta (ensisyntyttäjät 28,2).

Synnyttymäärät Suomessa ovat 2000-luvulla lisääntyneet tasaisesti 57 000 syntyneestä lapsesta nykyiseen 60 000 lapsen vuodessa. Syntyvyyttä ja synnytysten määrää tarkasteltaessa alueelliset erot korostuvat entisestään, joka on huomioitava alueellisia synnytyspalveluita suunniteltaessa. On hyvin selvää, että palvelukokonaisuus muodostuu erilaisiksi lyhyiden välimatkojen ruuhka-Suomessa ja pitkien välimatkojen haja-asutusseuduilla. Onkin tarpeen tarkastella erikseen eri alueita Suomessa. Tässä raportissa se on tehty erä-alueittain, siinä järjestyksessä kun erä-kokoukset alueilla järjestettiin. Erä-alueille toimitettiin oheisia väestöennusteita myös tarkemmin eriteltynä.

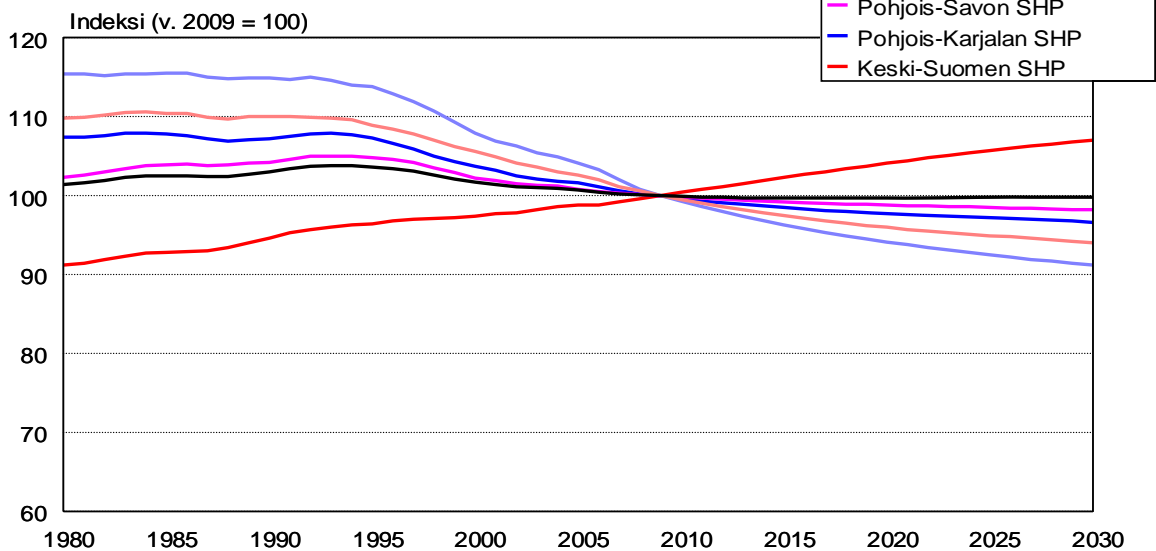
Syntyneiden määrä erityisvastuualueittain (erva) 1987-2009 ja ennuste 2010-2020



Rapo, Tilastokeskus 2010

3.1 KYS- erityisvastuualue

Väkiluvun kehitys vuosina 1980-2009 ja ennuste 2010-2030

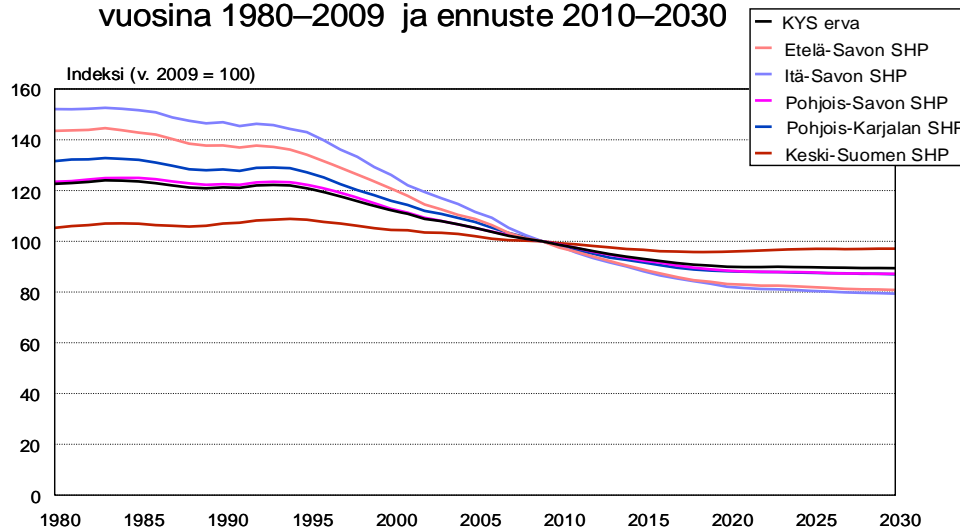


Rapo, Tilastokeskus 2010

KYS:n erva-alueen väestömäärä oli korkeimmillaan vuonna 1994 (875 000). Vuoden 2009 lopussa väestön määrä oli vähentynyt 4 %. Väestömäärän ennustetaan pysyvän tällä tasolla tulevaisuudessa. Tarkastelujaksolla ainoastaan Keski-Suomen väestön määrä on kasvanut ja ennustetaan kasvavan tulevaisuudessa. Itä-Savon sairaanhoitopiirin väestömäärä on vuoden 1995 jälkeen vähentynyt 14 %, Etelä-Savon 9 %, Pohjois-Karjalan 7 % ja Pohjois-Savon 5 %.

KYS:n erva-alueella kokonaishedelmällisyysluku on ollut hieman koko maan tasoa alempana, mutta noussut viime vuosina jopa hieman yli koko maan. Hedelmällisyysikäisten naisten määrä on vähentynyt kaikissa sairaanhoitopiireissä ja KYS:n erva-alueella 23 %. Viimeisen 30 vuoden aikana hedelmällisyysikäisten naisten määrä on vähentynyt Itä-Savon sairaanhoitopiirissä 52 %, Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä 44 %, Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä 32 %, Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä 24 % ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä 5 %. Ennusteen mukaan hedelmällisyysikäisten naisten määrä vähenisi edelleen KYS erva-alueella n. 10 % vuoteen 2030 mennessä. (Itä- ja Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä 20%, Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä 10 % ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä 3 %).

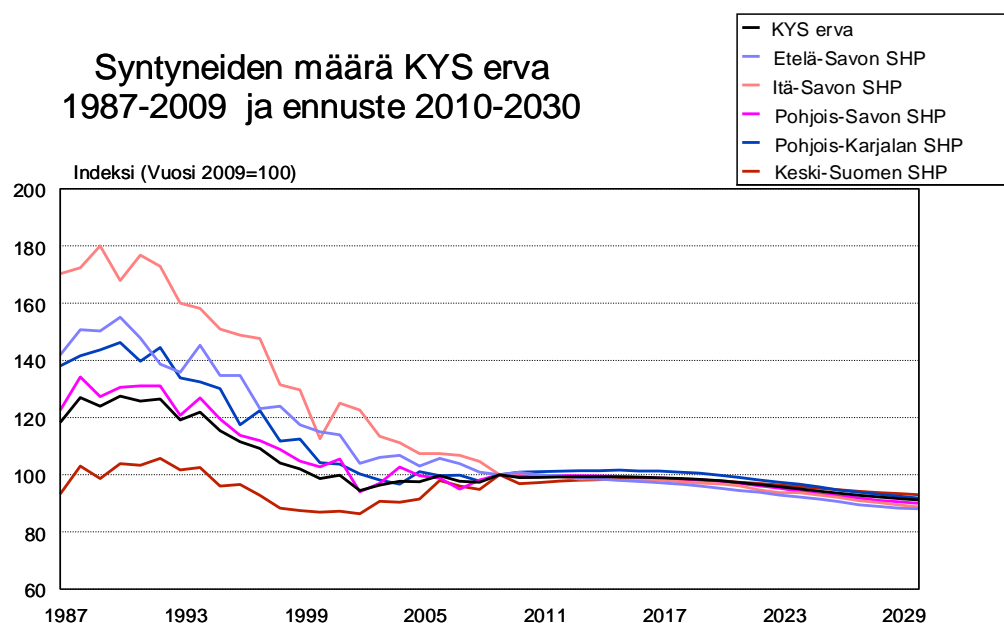
Hedelmällisyysikäisten (15-49-v.) naisten määrän kehitys vuosina 1980–2009 ja ennuste 2010–2030



Rapo, Tilastokeskus 2010

KYS erva-alueella syntyi tarkastelujakson 1987- 2009 aikana eniten lapsia vuonna 1990 (10 800 lasta). Vuoteen 2009 mennessä syntyneiden lasten määrä on pienentynyt noin 25 % eli 8 500 lapseen. Mikäli syntyvyys pysyy nykytasolla, syntyneiden määrä laskee hitaasti vuoteen 2030 mennessä noin 9 % (syntyneitä n. 7 800 lasta/vuosi). Korkean syntyvyyden vuodesta 1990 syntyneiden määrä on vähentynyt Itä-Savossa n. 80 %, Etelä-Savossa n. 55 %, Pohjois-Karjalassa n. 45 % ja Pohjois-Savossa n. 30 %. Keski-Suomessa syntyneiden määrä on pysynyt ennallaan.

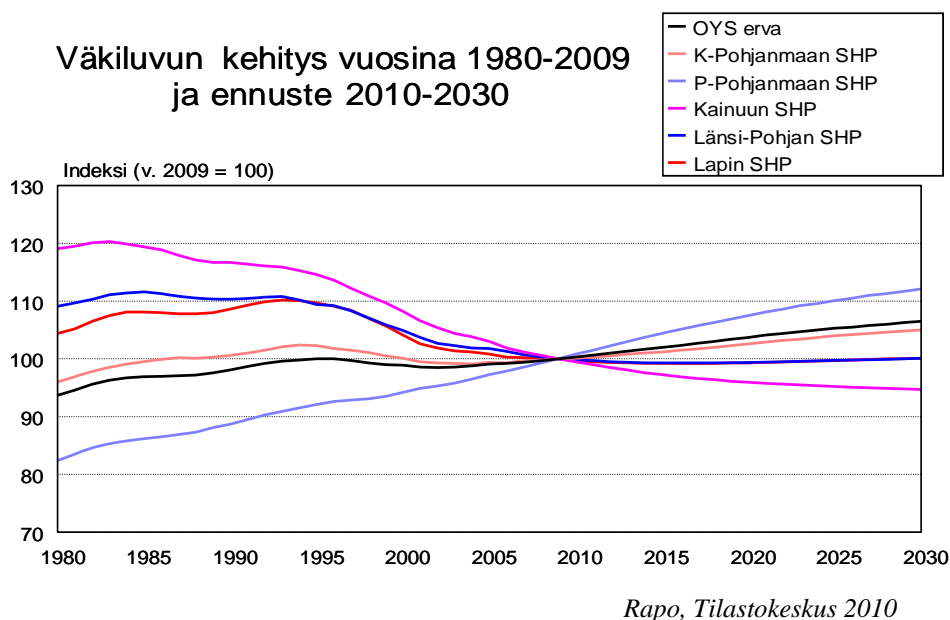
Syntyneiden määrä KYS erva 1987-2009 ja ennuste 2010-2030



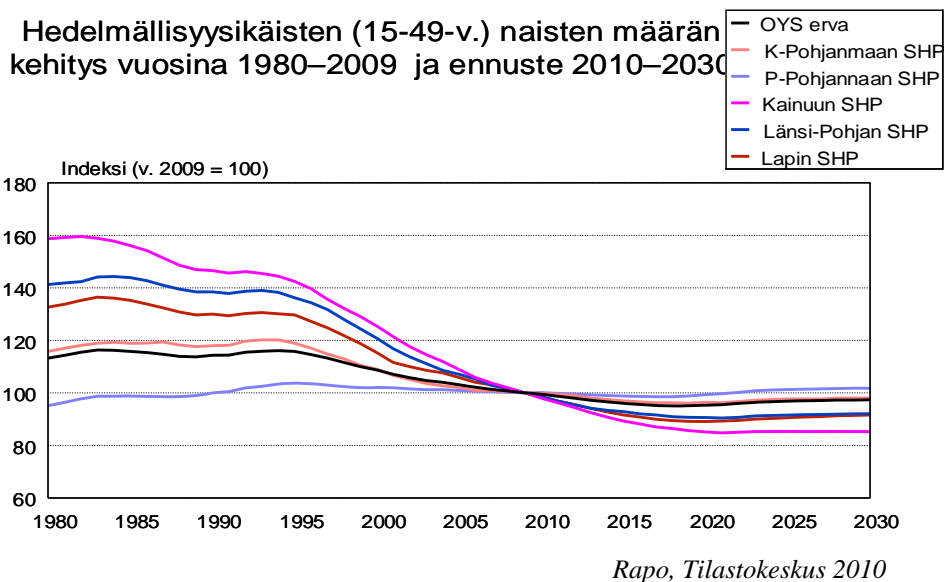
Rapo, Tilastokeskus 2010

3.2 OYS- erityisvastuualue

OYS:n erava-alueen väestömäärä oli vuoden 2009 lopussa 733 000 henkilöä. Vuosien 1980–2009 aikana väestömäärä on kasvanut 6 %. Kehitys on ollut erava-alueen sairaanhoitopiireissä eri- suuntaista. Vuosien 1980–2009 aikana Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin väkiluku on kasvanut 18 %. Samaan aikaan Kainuun sairaanhoitopiirin väkiluku on laskenut n. 20 % ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin n. 10 %. Vuoteen 2030 mennessä OYS:n erava-alueen väestömäärän ennustetaan kasvavan 6 % nykyisestä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin väkiluku kasvaisi 12 % ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin 5 %. Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiirien väkimäärän ennustetaan pysyvän ennallaan. Kainuun sairaanhoitopiirin väkiluku laskisi 5 %.

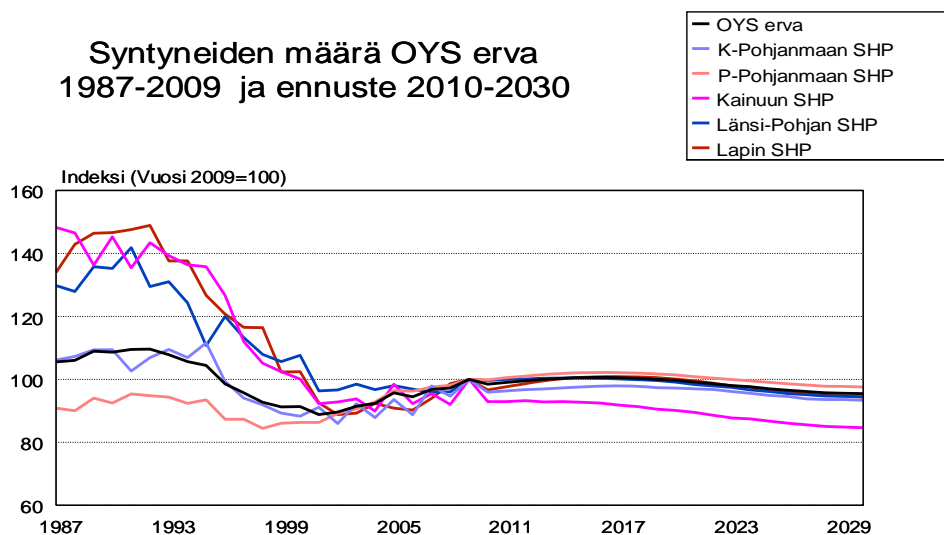


OYS erava-alueella syntyvyys on ollut selvästi koko maan tasoa ylempänä, ja se on ainoa erava-alue, jossa syntyvyys on tällä hetkellä uusiutumistason 2,1 yläpuolella. Korkeimmillaan se oli v. 2009 (2,29). Hedelmällisyysikäisten naisten määrä on vähentynyt huippuvuosista 16 %. Tänä aikana ainoastaan Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä naisten määrä on säilynyt ennallaan. Kainuun sairaanhoitopiirissä laskua on 60 %, Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä 45 %, Lapin sairaanhoitopiirissä 35 % ja Keski-Pohjanmaalla 20 %. Ennusteen mukaan hedelmällisyysikäisten naisten määrä vähenisi OYS:n erava-alueella nykyisestä 153 000 naisesta 149 000 naiseen eli n. 3 % vuoteen 2030 mennessä. Keski- ja Pohjois-Pohjanmaalla määrä säilyisi nykyisellä tasolla, Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiireissä naisten määrän ennustetaan vähenevän 8 % ja Kainuussa 15 % nykyisestä vuoteen 2030 mennessä.



OYS erva-alueella syntyi eniten lapsia vuosina 1991-1992 (10 400 lasta/v.). Vuonna 2009 syntyneitä oli 9 500 lasta. Alhaisimmillaan syntyneiden määrä oli vuonna 2001 (8 500 lasta). Syntyneiden määrä on sittemmin elpynyt muuttotappion pienentyttyä. Muutos on kuitenkin ollut varsin suuri Kainuun, Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiireissä, joissa syntyneiden määrä on vähentynyt noin 40 %. Syntyneiden määrä on kasvanut vain Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä 9 %. Mikäli syntyvyys pysyy nykytasolla, laskee syntyneiden määrä OYS:n erva-alueella vuoteen 2030 mennessä noin 5 %. Pohjois-Pohjanmaalla vähentymistä ennustetaan olevan 2 %, Keski-Pohjanmaalla, Länsi-Pohjassa ja Lapissa 5 % ja Kainuussa 15 %. Tämä edellyttää myös muuttotappion pysymistä 2000-luvun lopun maltillisella tasolla.

**Syntyneiden määrä OYS erva
1987-2009 ja ennuste 2010-2030**



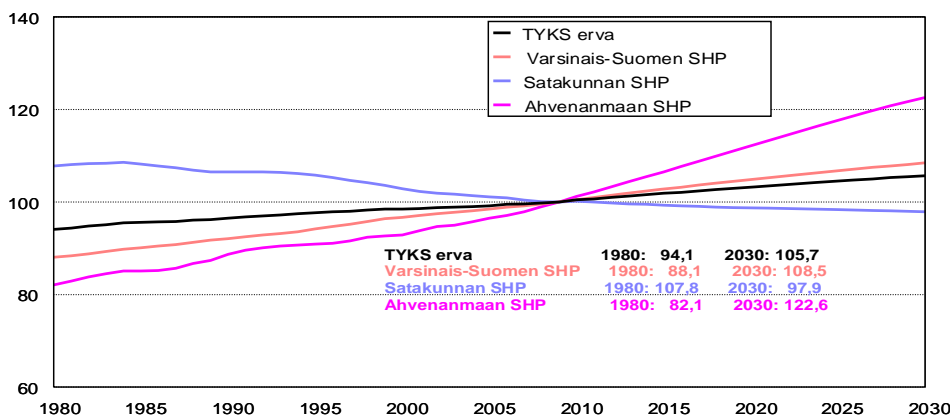
Rapo, Tilastokeskus 2010

3.3 TYKS- erityisvastuualue ja Ahvenanmaan maakunta

TYKS:n erva-alueen väestömäärä on kasvanut vuosien 1980–2009 aikana n. 6 %. Väestömäärän ennustetaan kasvavan vuosien 2010–2030 aikana n. 6 %. TYKS:n erva-alueen muuttovoitto on ollut 2000-luvulla käytännössä yksinomaan muuttovoittoa ulkomailta. Maahanmuuton muutokset vaikuttavat myös alueen väestökehitykseen ja sitä kautta myös syntyneiden määrään tulevaisuudessa

**Väkiluvun kehitys vuosina 1980-2009
ja ennuste 2010-2030**

Tilastokeskus

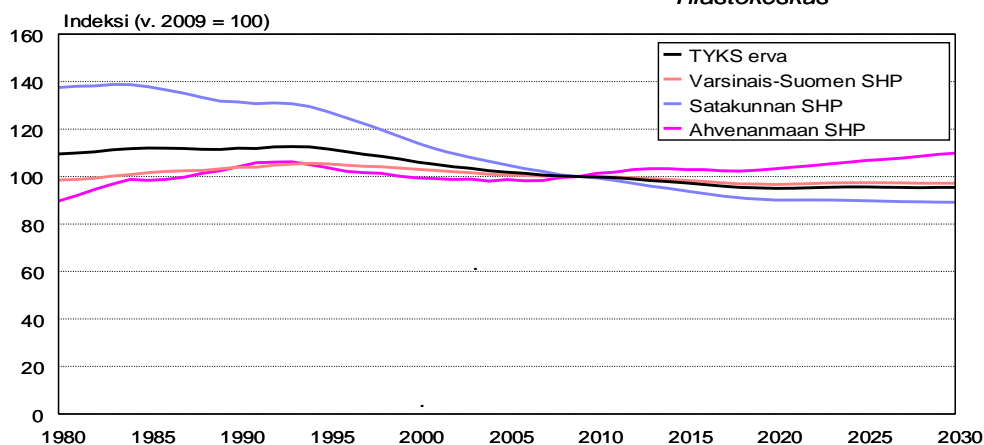


Rapo, Tilastokeskus 2010

TYKS:n erva-alueella kokonaishedelmällisyysluku on ollut hieman koko maan tasoa alempana, korkeimmillaan se oli vuonna 1995 (1,78). Korkeimmillaan synnytysikäisten naisten määrä oli vuonna 1993 (172 000 naista). Satakunnan sairaanhoitopiirissä hedelmällisyysikäisten naisten määrä on laskenut lähes 40 % vuosina 1980–2009. TYKS:n erva-alueella ennustetaan määrän vähenevän nykyisestä vuoteen 2030 mennessä n. 4 %. Pienemmät ikäluokat tulevat synnyttysikään, mutta muuttovoitto muualta Suomesta ja ulkomailta kompensoi osittain ikäluokkien pienenemistä.

Hedelmällisyysikäisten (15-49-v.) naisten määrän kehitys vuosina 1980–2009 ja ennuste 2010–2030

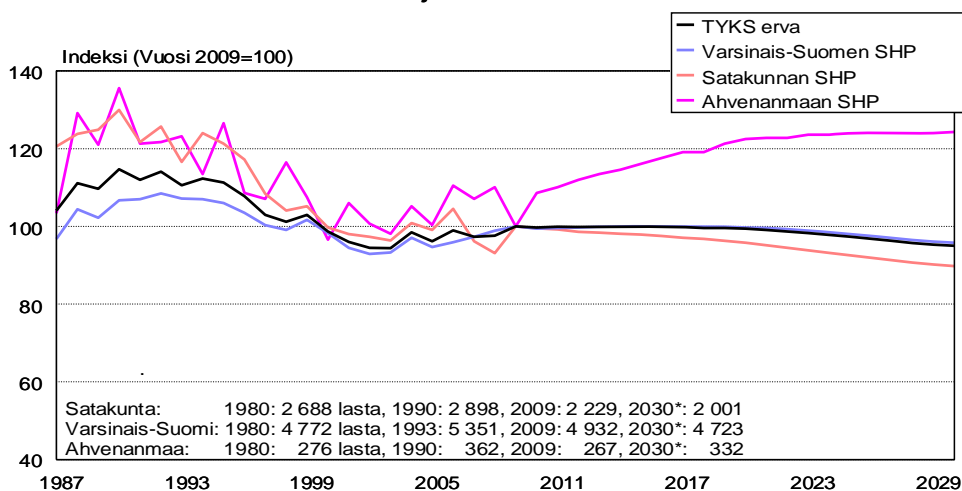
Tilastokeskus



Rapo, Tilastokeskus 2010

TYKS:n erva-alueella syntyi huippuvuonna 1990 yhteensä 8 521 lasta. Vuonna 2009 syntyneiden määrä oli 15 % alhaisempi (7 428 lasta). Syntyvyyden pysyessä nykytasolla, syntyneiden lasten määrä laskee vuoteen 2030 mennessä noin 5 %.

Syntyneiden määrä TYKS erva 1987-2009 ja ennuste 2010-2030

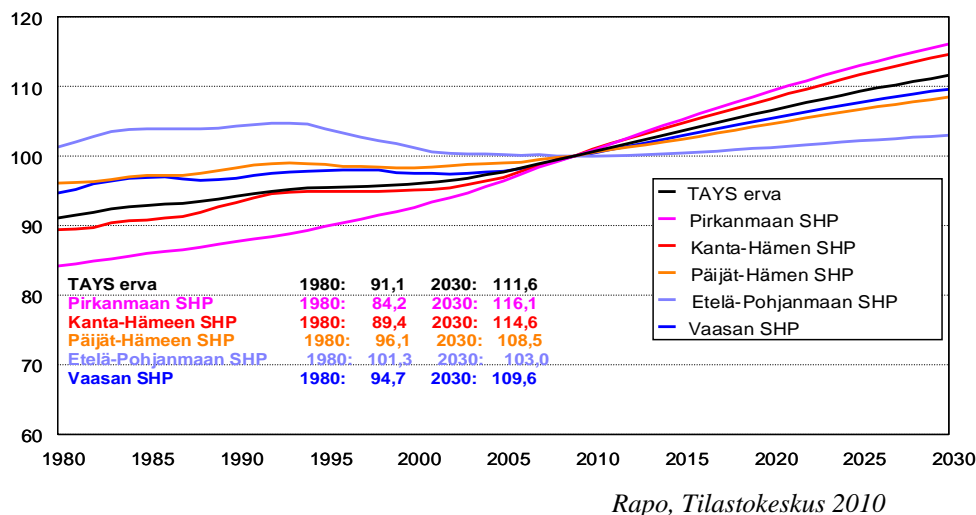


Rapo, Tilastokeskus 2010

3.4 TAYS-erityisvastuualue

TAYS:n erva-alueen väestön määrä on kasvanut vuosien 1980–2009 aikana n. 9 %. Ennusteen mukaan väestön määrä kasvaisi vuosien 2010–2030 aikana n. edelleen n. 11 %. TAYS:n erva-alueen muuttovoitto oli 1990-luvun puolivälissä vielä tappiollinen. 2000-luvulla saavutettiin kuitenkin muuttovoitto, joka lyhyessä ajassa kaksinkertaistui ollen v. 2007 jo 6 000 henkeä. Muuttovoitto TAYS:n erva-alueella muodostui sekä muuttovoitosta muualta Suomesta että ulkomailta.

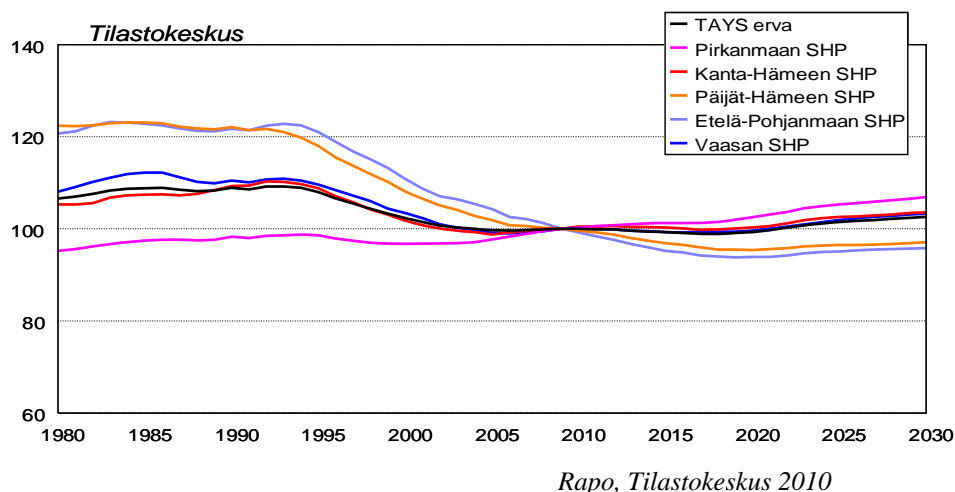
Väkiluvun kehitys vuosina 1980-2009 ja ennuste 2010-2030
Tilastokeskus



TAYS:n erva-alueella kokonaishedelmällisyysluku on ollut hyvin lähellä koko maan tasoa. Tarkastelujaksolla keskihedelmällisyysluku oli korkeimmillaan vuonna 2009 (1,94).

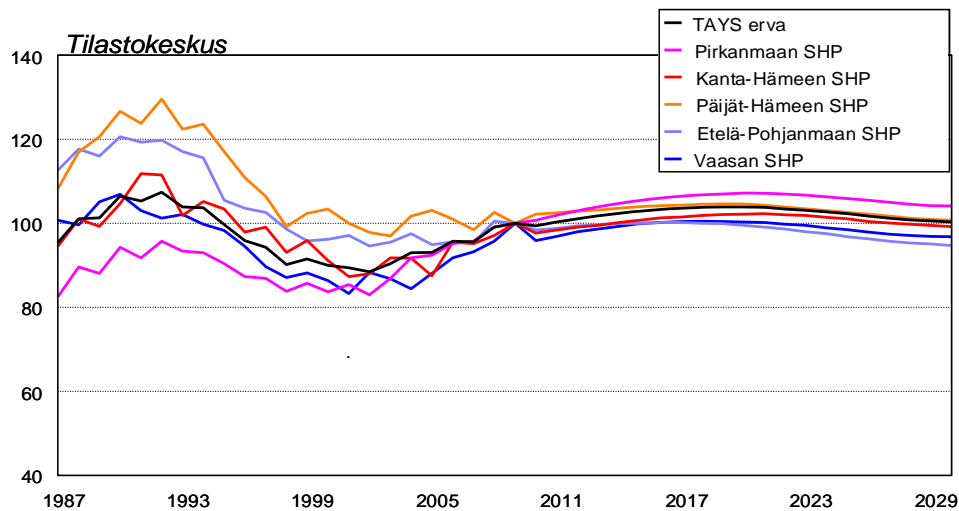
Synnytysikäisten naisten määrä laski vuosina 1992- 2009 n. 10 % . Selkein vähenemä (n. 20 %) tapahtui Päijät-Hämeessä ja Etelä-Pohjanmaalla. Ennusteen mukaan TAYS:n erva-alueen synnytysikäisten naisten määrä nousisi muuttovoiton seurauksena edelleen hieman vuoteen 2030 mennessä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä kasvua olisi n. 7 % ja koko erva-alueella n. 3 %

Hedelmällisyysikäisten (15-49-v.) naisten määrän kehitys vuosina 1980-2009 ja ennuste 2010-2020
Tilastokeskus



Syntyneiden määrä TAYS:n erva-alueella oli korkeimmillaan vuonna 1992 (14 900 lasta) ja alimmillaan vuonna 2002 (12 300 lasta), mutta trendi on muuttunut jälleen nousevaksi sen jälkeen (v. 2009 13 900 lasta). Ennusteen mukaan TAYS:n erva-alueen syntyneiden määrä pysyisi nykytasolla. Muualta Suomesta ja ulkomailta tulevan muuttovoiton johdosta synnyttäjien määrä ei vähenisi, vaikka hedelmällisyyssikään tuleekin nykyistä pienemmät ikäluokat.

Syntyneiden lasten määrä TAYS erva-alueella 1980-2009 ja ennuste 2010-2030



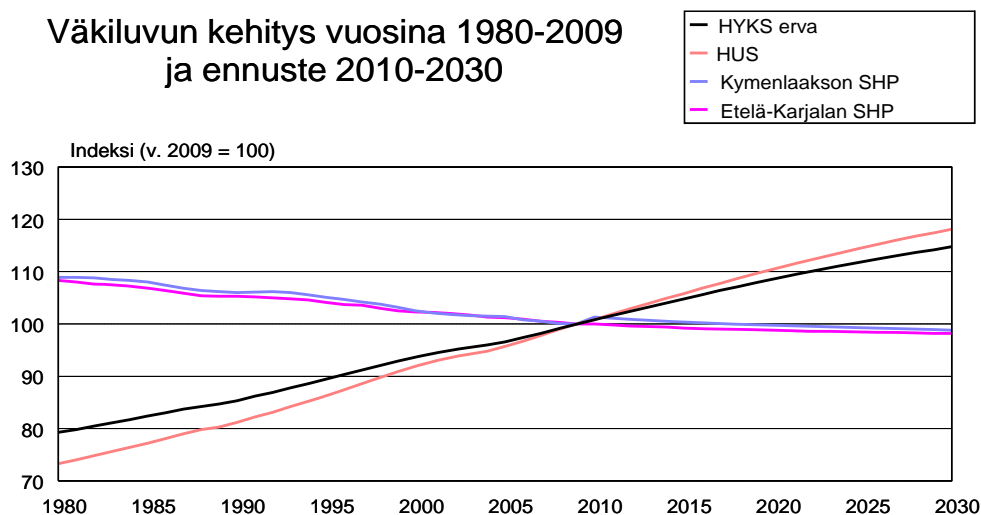
Rapo, Tilastokeskus 2010

3.5 HYKS- erityisvastuualue

HYKS:n erva-alueen väestömäärä oli vuoden 2009 lopussa 1,82 milj. henkilöä. Vuosien 1980–2009 aikana väestömäärä on kasvanut 20 %. Kehitys on ollut erva-alueen sairaanhoitopiireissä eri suuntaista. Vuosien 1980–2009 aikana HUS sairaanhoitopiirin väkiluku on kasvanut 26 %. Samaan aikaan Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirien väkiluku on laskenut n. 8 %.

Vuoteen 2030 mennessä HYKS:n erva-alueen väestömäärän ennustetaan kasvavan 15 % nykyisestä (2,09 milj. henkilöön). HUS sairaanhoitopiirin väkiluku kasvaisi 18 % ja Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirien väkimäärän ennustetaan pienenevän 1-2 %.

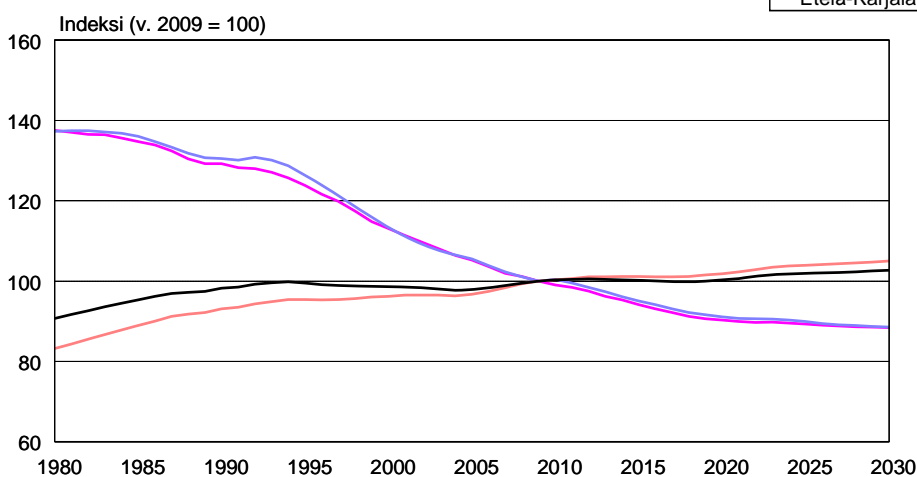
Väkiluvun kehitys vuosina 1980-2009 ja ennuste 2010-2030



Rapo, Tilastokeskus 2010

Hedelmällisyysikäisten naisten määrä on vuosien 1980–2009 aikana noussut HYKS:n erva-alueella 9%. Lisäys on tapahtunut HUS sairaanhoitopiirissä, jossa hedelmällisyysikäisten naisten määrä on noussut tuona aikana 17%. Samaan aikaan hedelmällisyysikäisten naisten määrä on vähentynyt Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiireissä 37%. Ennusteen mukaan vuoteen 2030 mennessä hedelmällisyysikäisten naisten määrä lisääntyisi HYKS:n erva-alueella 3% (HUS sairaanhoitopiiri +5%, Kymenlaakso ja Etelä-Karjala -11%). Muuttovoitto muualta Suomesta ja ulkomailta kompensoisi pienentyvät ikäluokat.

Hedelmällisyysikäisten (15-49-v.) naisten määrän kehitys vuosina 1980–2009 ja ennuste 2010–2030



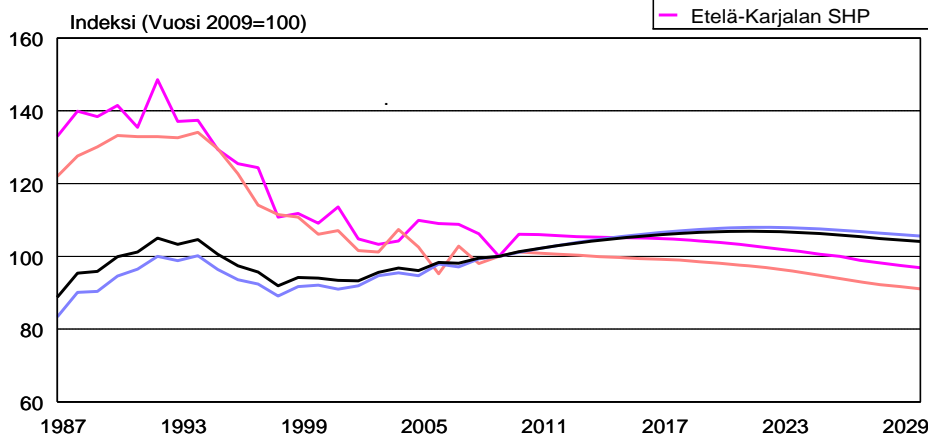
Rapo, Tilastokeskus 2010

HYKS:n erva-alueella kokonaishedelmällisyysluku on selvästi koko maan tason alapuolella (1,70), mutta varsinkin HUS sairaanhoitopiirissä se on kompensoitunut muuttovoiton kautta ja syntyneiden lasten määrä on lisääntynyt.

HYKS:n erva-alueella syntyi tarkastelujakson 1987-2009 aikana eniten lapsia vuonna 1994 (22 000 lasta) ja on pienen laskun jälkeen taas noussut liki samaan. HUS sairaanhoitopiirin alueella syntyneiden määrä on vaihdellut, Etelä-Karjalassa ja Kymenlaaksossa syntyneiden määrä on 1990-luvun alusta laskenut 30–40%.

Mikäli syntyvyys ja muuttoliike pysyvät nykytasolla, tulee syntyneiden määrä hitaasti nousemaan HYKS:n erva-alueella vuoteen 2030 mennessä noin 4% (syntyneitä n. 22 000–22 500 lasta/vuosi). Syntyneiden määrä nousisi HUS sairaanhoitopiirissä huippuunsa n 9%:n v 2020, jonka jälkeen hieman taittuisi vuoteen 2030 mennessä. Tuona aikana tasasta laskua tapahtuisi Kymenlaaksossa 9% ja Etelä-Karjalassa 4% nykyisestä.

Syntyneiden määrä HYKS erva 1987-2009 ja ennuste 2010-2030

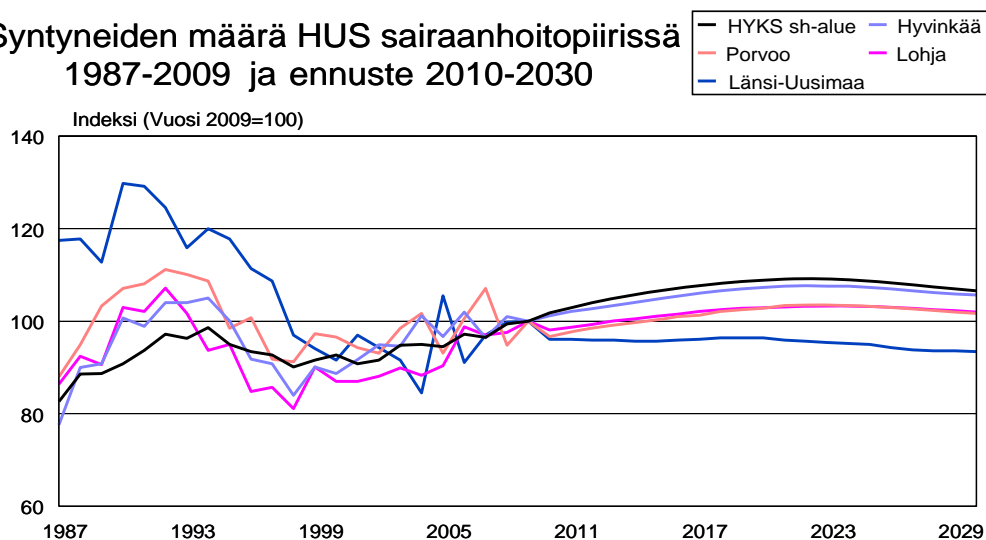


Rapo, Tilastokeskus 2010

Tarkasteltaessa väestörikkainta HUS sairaanhoitopiiriä vielä erikseen sairaanhoitoalueittain, voidaan sen sisälläkin havaita selkeitä alueellisia eroja. Mikäli syntyvyys ja muuttoliike pysyvät nykytasolla, tulee syntyneiden määrä hitaasti nousemaan HUS sairaanhoitoalueella noin 9 %

(1500 synnytystä/v) vuoteen 2020 mennessä, jonka jälkeen syntyneiden määrä hieman laskisi. Syntyneiden määrä kasvaa kaikkialla muualla paitsi Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella, johtuen ikärakenteesta ja muuttoliikkeestä.

Syntyneiden määrä HUS sairaanhoitopiirissä 1987-2009 ja ennuste 2010-2030



Rapo, Tilastokeskus 2009

4 RESURSSIEN RIITTÄVYYS

4.1 Henkilötyövoiman tarve ja tarjonta eivät kohtaa

Väestön vanhetessa ja huoltosuhteen heiketessä joutuvat työelämän eri toimijat kamppailemaan yhä vähenevän työvoiman aiheuttaman työntehostamisvaateen kanssa. Työikäinen 20- 60-vuotias väestö vähenee vuoden 2010 jälkeen, väestöllinen huoltosuhde heikkenee sekä maakuntien ja sairaanhoitopiirien väestönkehitykset ajautuvat eri suuntiin. Väestöllinen huoltosuhde kasvaa vuoden 2010 luvusta 52 vuoteen 2025 mennessä lukuun 70. Tällöin työelämän ulkopuolella on jo noin 70 % väestöstä – ikääntyessään myös osaltaan hoivantarvetta lisäten. Terveystuottajien eri tuottajat – julkinen ja yksityinen sektori - kilpailevat samoista henkilöresursseista. Yksityinen sektori on nopeammin kyennyt vastaamaan työelämän joustamistarpeisiin, joka entisestään on lisännyt henkilöstön siirtymää julkiselta puolelta yksityiselle. Erityisen näkyvää tämä on ollut perusterveydenhuollossa.

Kunnallisen sairaanhoidon piirissä työskentelee 135 000 henkilöä, 60 000 perusterveydenhuollossa ja 75 000 erikoissairanhoidossa. Eläkkeelle siirtyminen aiheuttaa yli 4000 henkilön poistuman vuosittain. Koko sosiaali- ja terveydenhuollon alojen henkilöstötarpeen arvioidaan lisääntyvän 120 000:lla vuoteen 2025 mennessä (49). Se, kuinka tavoitteeksi asetettu työurien pidentäminen molemmista päästään saadaan onnistumaan, vaikuttaa odotettavissa olevan työvoimapulan suuruuteen ratkaisevasti.

4.2 Lääkärityövoimasta pulaa

Lääketieteellisten tiedekuntien uusien opiskelijoiden sisäänottomäärät ovat aiempaa korkeammalla tasolla, ja peruskoulutuksen mitoituksen onkin arvioitu olevan oikealla tasolla (50). Erikoislääkärivajeen ei lähivuosina kuitenkaan odoteta hellittävän, koska nimenomaisesti erikoislääkäriskennasta ovat lähivuosina jäämässä eläkkeelle suuret ikäluokat. Vajetta ovat omalta osaltaan lisänneet asennemuutos työelämää kohtaan yleensä, halu vapaa-ajan lisäämiseen ja sen myötä työssä olevien hakeu

tuminen osa-aikaeläkkeelle ja osa-aikatyöhön. Osa-aikatyön osuus lääkärikunnassa on noussut tasaisesti, johtaen sijaisten sekä lyhytaikaisten työsuhteiden kasvuun. Johtaminen, työhyvinvoinnin kehittäminen ja työ-autonomian lisääminen ovat julkisen sektorin välttämättömiä kehityskohteita kilpailtaessa niukkenevista henkilöstöresursseista (51).

Gynekologien ja lastenlääkärien ikäjakauma 1.1.2009, henkilöittäin

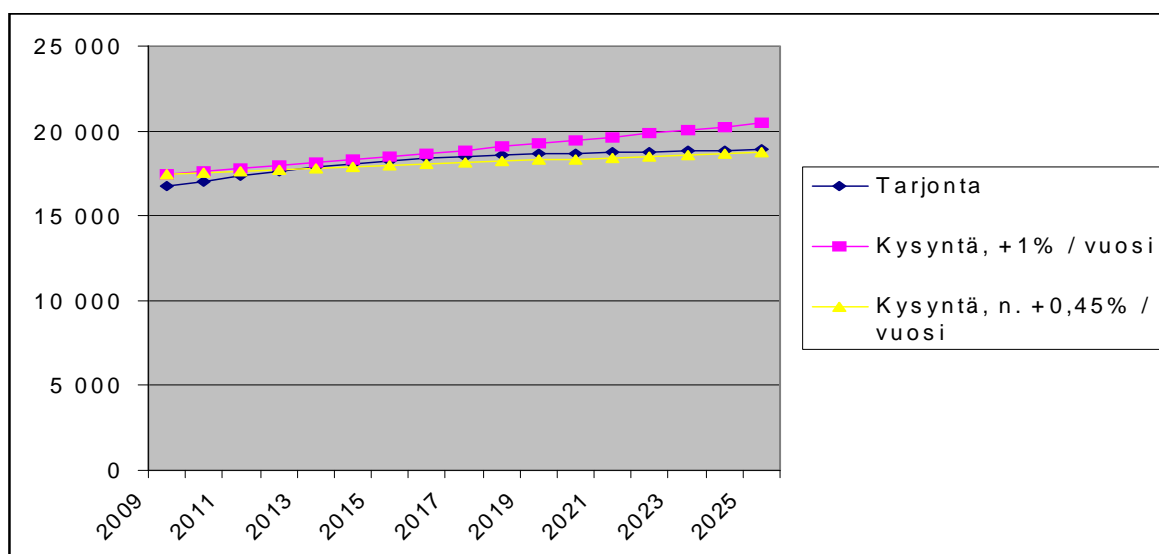
Helsinki ja Uusimaa									
	alle 30 v.	30-34 v.	35-39 v.	40-44 v.	45-49 v.	50-54 v.	55-59 v.	60-62 v.	Yhteensä
Lastenkirurgia	0	0	4	1	3	3	2	4	17
Lastenneurologia	0	1	3	6	6	10	11	3	40
Lastenpsykiatria	0	0	4	12	11	19	15	8	69
Lastentaudit	0	5	13	29	41	45	29	16	178
Naistentaudit ja synnytykset	0	2	19	31	27	53	36	22	190
Yhteensä	0	8	43	79	88	130	93	53	494

Koko maa									
	alle 30 v.	30-34 v.	35-39 v.	40-44 v.	45-49 v.	50-54 v.	55-59 v.	60-62 v.	Yhteensä
Lastenkirurgia	0	1	6	5	10	6	9	8	45
Lastenneurologia	0	1	8	16	10	22	19	5	81
Lastenpsykiatria	0	1	11	33	46	48	36	17	192
Lastentaudit	1	12	68	95	113	112	81	65	547
Naistentaudit ja synnytykset	0	9	71	92	120	144	127	68	631
Yhteensä	1	24	164	241	299	332	272	163	1 496

Halila, Lääkäriliitto 2010

Suuri osuus erikoislääkäreistä on sijoittuneena Helsingin- ja Uudenmaan alueelle, jossa myös on suurin koulutuskiintiö. Henkilöstöpula koetteleekin jo nyt pahiten harvaan asuttuja seutuja; Kansallisesti ja yhteistyössä yliopistoalueittain tulisi miettiä, millaisilla toimilla henkilöstön sijoittumista näille alueille eniten voitaisiin tukea.

Pohjoismaisten lääkäriliittojen ennusteissa on arvioitu kokoaikaisen lääkäri työvoiman tarjonnan riittävyyttä verrattuna kysyntäennusteisiin. Mikäli kysyntä kasvaa selvästi väestönkasvua nopeammin, tulee se näkymään 2020-luvulta alkaen suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle.



Erikoislääkärivaje on sairaaloiden palvelujen ja toiminnan suurin rajoite. Suomessa erikoislääkärimäärien kehitystä on arvioitu eri tietolähteiden avulla vuoteen 2025 saakka. Eri erikoisalojen kesken on havaittavissa suuria eroja, joskin arviot ovat vain suuntaa-antavia (50). Naistentautien ja synnytysten erikoisalalla on odotettavissa vähenemä, joka on otettava huomioon synnytyspalveluja suunniteltaessa. Tämä sekä myös voimistunut lastenlääkäripula on jo nyt vaikeuttanut synnytysyksiköiden toimintaa varsinkin Pohjois- ja Itä-Suomessa. Vaikka päivä-aikaiseen sairaalatyöhön edelleen on riittävästi työvoimaa, on pätevyyksien ylläpidossa suuria alueellisia eroja eikä pätevyyksiä voida turvata omin voimin.



Ruskoaho et al. SLL 46/2010

Valtakunnallisen arvioinnin lisäksi on painotettu alueellista tarkastelua erityisesti erä-alueittain. On ensiarvoisen tärkeää suunnitella yliopistosairaaloiden erikoislääkäreiden koulutuspolitiikka alueellisessa yhteistyössä alueen muiden keskus- ja aluesairaaloiden kanssa, koko alueen kysyntä ja tarve, myös väestö- ja aluepolitiikka huomioon ottaen – kuten nyt jo osassa yliopistosairaloita on tehtykin (52, 53). Koulutuspoliittisen ohjelman ja oppilaitosten uusien opiskelijoiden määrien yhteisvastuullinen ja valtakunnallinen ohjaus, koko maan kysyntä- ja tarjontaennusteet huomioiden muodostuu jatkossa yhä tärkeämmäksi niin lääkäri- kuin hoitohenkilökuntamäärienkin osalta.

Yliopisto	Opiskelijoita	Valmistuneita opiskelijoita								Yhteensä	Keskiarvo vuodessa
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009		
LASTENTAUDIT											
Helsinki	106	6	11	3	4	5	8	7	44	6,3	
Kuopio	34	1	4	3	1	3	4	2	18	2,6	
Oulu	31	2	8	3	1	6	6	0	26	3,7	
Tampere	37	6	3	3	7	9	7	6	41	5,9	
Turku	50	1	3	4	7	3	4	3	25	3,6	
Yhteensä	258	16	29	16	20	26	29	18	154	22,0	
NAISTENTAUDIT JA SYNNYTYKSET											
Helsinki	114	7	4	11	5	9	9	10	55	7,9	
Kuopio	32	1	1	2	3	2	4	3	16	2,3	
Oulu	45	7	1	4	9	2	2	3	28	4,0	
Tampere	44	2	4	7	5	6	1	3	28	4,0	
Turku	37	5	1	4	4	2	3	5	24	3,4	
Yhteensä	272	22	11	28	26	21	19	24	151	21,6	

Halila, Lääkäriliitto, lääketieteelliset tiedekunnat, tutkintotilastot

Työaikalainsäädäntö ja mahdollinen sairaala/aktiivipäivystyksen määritelmää ja päivystysrupeamien enimmäispi- tuutta koskevan EU-direktiivien voimaantulo tulevat vaikuttamaan synnytyssairaaloiden päivystysjärjestelyihin oleel- lisesti, niin anestesiologyalla, naistentaudeilla ja synnytyksissä kuin lastentaudeillakin. Uudistus tulee voimaan astu- essaan vaatimaan moninkertaisen määrän päivystäviä lääkäreitä, jolloin myös rakennemuutokset sairaalaverkostossa ja päivystysjärjestelyissä tulevat harkittavaksi ja välttämättömäksi vaihtoehdoksi. Rakenteellisia muutoksia yh- teispäivystysmallin mukaisesti on jo tehty. Yöaikaisten päivystyskäyntien ja toimenpiteiden määrä on jo tehdyillä rakenneuudistuksilla pystytty minimoimaan ja päivystäviä yksiköitä on sitä mukaa harvennettu.

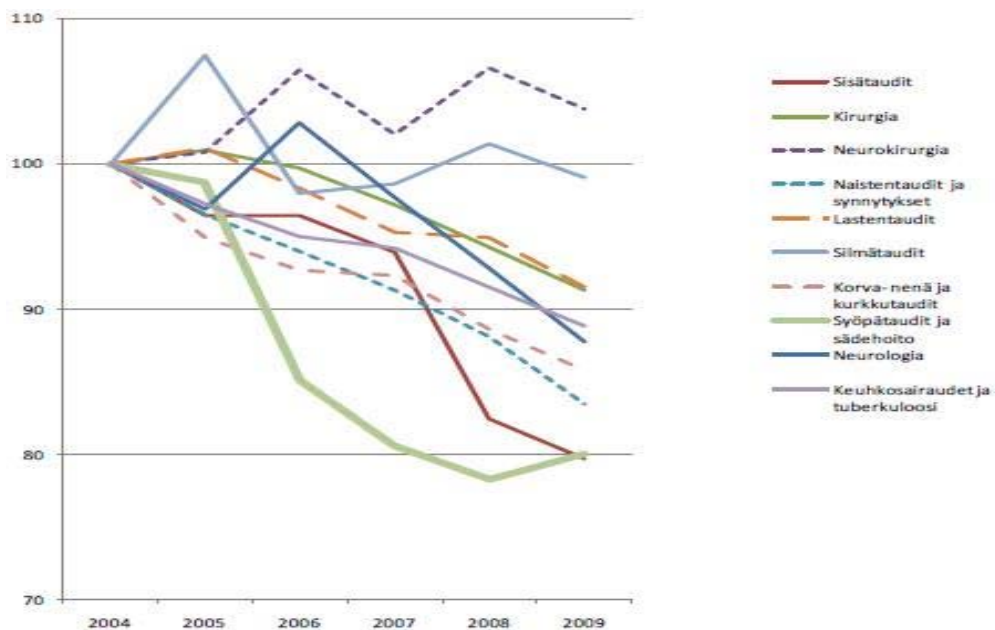
Vaikka henkilöstöpula koettelee koko terveydenhuollon henkilökuntaa, muodostuu synnytyspalveluja järjestettä- essä usein ratkaisevimmaksi tekijäksi synnytyssairaaloiden päivystystoiminnan – etenkin lääkäripäivystyksen - järjestäminen. Jo nyt päivystysjärjestelyissä on suuria haasteita, eikä päivystystä enää pienimmissä yksiköissä pysty- tä järjestämään oman henkilökunnan turvin. Ostopalveluun turvautuminen on kallista ja suhdanteille altis. On myös mahdollista, että näissä tilanteissa sitoutuminen työyhteisöön heikkenee ja työn laatu herkemmin kärsii.

4.3 Hoitohenkilökunnan saatavuudessa alueelliset erot korostuvat

Hoitohenkilökunnan osalta on nähtävissä samankaltaista osa-aikatyöhön hakeutumista, joka osaltaan edelleen lisää pätkätyömalleja ja vähentää vakinaisesti toimivien työntekijöiden suhteellista määrää. Yleisen hoitohenkilökunnan niukkuuden lisäksi on hoitohenkilökunnassa myös rakenteellista ja tietyille osa-alueille keskittyvää henkilöstöpulaa. Leikkaussali- ja tehohoidon hoitohenkilökunnan saatavuus on ollut haavoittuvinta, ja näissäkin tilanteissa on joudut- tu turvautumaan ostopalveluihin. Kätilöiden saatavuus on ollut parempaa, joskin alueelliset erot ovat suuria. Vuoden 1972 kansanterveyslain voimaantulon jälkeen kätilöiden virat muutettiin terveydenhoitajien viroiksi ja vastuu ras- kauden seurannasta sekä sen jälkeisestä ehkäisyneuvonnasta siirtyi suurelta osin terveydenhoitajille. Tämä aiheutti paikoin lisääntyvän, henkilöstöresursseja kuluttavan kaksoiskoulutukseen hakeutumisen. Kätilöliiton ylläpitämän rekisterin mukaan 1990-luvulla vuosittainen kätilöiksi valmistuvien määrä oli n 400, joka vähitellen ja laman aikana johti ylitarjontaan. Viimeisen kymmenen vuoden aikana on aloituspaikkoja kätilökoulutukseen ollut vuosittain n 210, valmistuvia n 150 (Terhi Virtanen, Kätilöliitto). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä mahdollistaa sään- nöllisen synnytyksen jälkitarkastuksen tekemisen tehtäväsiirtona lääkäreiltä kätilöille tai terveydenhoitajille (54). Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa 2007- 2011 esitettiinkin jo vaihtoehtoisia raken- teita toiminnan organisoimiselle neuvolatoiminnassa (55). Tuore, vuonna 2009 kunnille lähetetty kyselytutkimus palvelujen tuottamisen eri tavoista toi esiin jo nyt valtakunnallisesti vallitsevan varsin epäyhtenäisen kuvan (Raussi- Lehto, julkaisematon aineisto). Tilanne kaipa selkiyttämistä ainakin minimitalvoitteiden määrittämisen suhteen - varsinkin, kun neuvoloille ja perusterveydenhuollon toimijoille lisääntyvästi on asetettu uusia vaateita (mm. neuvo- loiden laaja terveystarkastus perheille). Toisaalta palvelujen tuottamisen eri tavat ovat luonnollinen seuraus alueiden erilaisesta väestö- ja toimintapolitiikasta. Erilaiset moniammatillisen yhteistyön mahdollistavat mallit osaltaan hel- pottavat toiminnan organisointia alueilla, jossa henkilöstömäärät ovat alhaiset tai eri henkilökuntaryhmistä on pulaa.

4.4 Toiminnan ja talouden suunnasta

Sairaaloiden toimintaprofiileissa on tapahtunut viime vuosikymmeninä selkeä muutos. Aiemmasta vuodeosastopainotteisesta toiminnasta on siirrytty yhä avohoitopainotteisempaan päiväsairaala- ja poliklinikkapainotteiseen suuntaan. Tämä on osaltaan johtanut jo tapahtuneeseen vuodeosastopaikkojen ja yksiköiden vähentämisen. Tehokkaammat toimintatavat sekä tuotanto- ja toimintatapojen uudistamiset ovat mahdollistaneet tämän kehityksen, ja rakennemuutoksia jatkuvasti muuttuvassa toimintaympäristössä edelleen kaivataan. Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä sosiaalihuollon välillä on tiivistynyt ja myös raja kunnallisen ja yksityisen on madaltunut.



Hoitopäivien määrän muutokset somaattisen erikoissairaanhoidon suurimmilla erikoisaloilla vuosina 2004-2009 (2004=100), *Hoitoilmoitusrekisteri, THL 2010*

Avohoitopainotteisuus on ollut vielä 2000-luvullakin edelleen lisääntyvä suuntaus ja rakennemuutoksia aikaansaava ajuri. Sairaaloiden toimintamallia on tarkasteltu alueittain ja päivystystoimintaan nojaten, ja yhteispäivystyspisteiden osuus on merkittävästi noussut. THL:n sairaaloista keräämien tietojen mukaan somaattisessa erikoissairaanhoidossa oli vuoden 2009 aikana 647 000 potilasta. Määrä on pysynyt samalla tasolla koko 2000-luvun. Päätyneiden hoitajaksojen lukumäärä vuonna 2009 oli 976 000. Hoitopäivien määrä oli lähes 3,5 miljoonaa, jossa laskua vuodesta 2008 oli 4 %. Hoitajaksojen keskimääräinen pituus pysyi ennallaan ja oli 3,6 hoitopäivää. Somaattisen erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön, kuten kaikkien muidenkin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttöön, vaikuttaa alueen ikärakenne huomattavasti. Siksi palvelujen käytön eroja alueiden välillä tulee tarkastella myös ikäryhmäkohtaisesti tai laskemalla ikä- ja sukupuolivakioituja palvelujen käytön tunnuslukuja (56).

KOKONAISMUUTOS (%) VERRATTUNA EDELLISEEN VUOTEEN 2009/ Kuntaliitto () Suluissa ko. tiedon raportoiden sairaaloiden lukumäärä ks = keskussairaalat as = aluesairaalat ja vastaavassa asemassa toimivat sairaalat						
	1 – 8/10	1 – 8/09	1 – 8/08	1 – 8/07	1 – 8/06	1 – 8/05
Lähetteet						
ks	+ 0,5 (20)	- 0,7 (19)	+ 1,7 (16)	+ 3,2 (16)	+ 5,0 (19)	+ 3,0 (20)
as	+ 1,0 (21)	+ 3,4 (18)	- 1,1 (15)	- 1,2 (17)	+ 2,4 (20)	- 0,5 (21)
Päivystyskäynnit						
ks	- 1,2 (20)	- 2,1 (19)	- 3,3 (18)	+ 2,1 (20)	+ 0,9 (20)	- 0,2 (20)
as	- 2,5 (21)	- 4,6 (18)	+ 0,6 (17)	+ 0,5 (19)	+ 0,4 (19)	+ 0,8 (23)
Päivystyssisäännotot						
ks	- 0,7 (19)	- 1,1 (18)	- 2,6 (18)	- 0,2 (19)	+ 2,3 (19)	- 1,3 (20)
as	+ 1,4 (21)	- 0,5 (18)	- 1,7 (1,6)	- 4,4 (19)	- 1,1 (19)	- 5,5 (22)
Ensikäynnit						
ks	+ 1,6 (20)	- 0,6 (19)	+ 2,3 (18)	+ 3,1 (20)	- 3,0 (20)	+ 3,3 (20)
as	+ 2,7 (21)	- 1,1 (18)	- 0,9 (18)	+ 0,7 (21)	+ 0,2 (20)	+ 0,6 (22)
Pkl-käynnit yht						
ks	+ 2,7 (20)	+ 1,1 (19)	+ 1,6 (18)	+ 2,8 (20)	+ 1,1 (20)	+ 1,8 (20)
as	+ 2,8 (21)	- 0,4 (18)	+ 2,4 (18)	+ 0,7 (21)	+ 2,8 (20)	+ 1,4 (23)
Hoitojaksot						
ks	- 2,3 (20)	- 0,6 (20)	- 2,9 (18)	- 1,0 (20)	- 1,8 (20)	+ 1,6 (20)
as	- 2,0 (21)	- 6,3 (17)	- 3,2 (18)	- 2,0 (20)	- 1,9 (20)	- 1,5 (23)
Hoitopäivät						
ks	- 3,6 (20)	- 3,4 (20)	- 5,4 (18)	- 1,8 (20)	- 2,9 (20)	- 0,8 (20)
as	- 3,9 (21)	- 6,2 (18)	- 7,2 (18)	- 3,1 (21)	- 0,6 (20)	- 0,6 (23)
Synnytykset						
ks	+ 1,2 (20)	+ 2,0 (20)	+ 1,7 (20)	- 0,5 (20)	+ 3,1 (20)	- 0,3 (20)
as	- 2,0 (9)	- 1,3 (10)	- 0,5 (10)	- 1,4 (10)	+ 1,8 (10)	- 0,9 (11)
Leikkaustmp:t						
ks	+ 1,8 (20)	- 0,1 (20)	+ 0,0 (20)	- 0,1 (20)	- 6,4 (20)	+ 6,1 (20)
as	- 5,0 (19)	- 1,6 (18)	- 0,4 (16)	- 3,4 (20)	- 5,9 (19)	- 1,9 (23)

Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-elokuu 2010, Kuntaliitto, Punningen

Toiminnan tuottavuus- ja vaikuttavuusarvioinnit eivät ole osoittautuneet ongelmattomiksi. THL:n raportoinnin mukaan julkisten sairaaloiden tuottavuus laski vuosina 2005-2009 4% - poikkeuksena yliopistosairaaloiden ja muiden sairaaloiden (aluesairaalat tai vastaavat) tuottavuuden lievä parantuminen vuonna 2008. Sairaaloiden välillä tuottavuudessa on laskennallisia eroja, kuten myös erikoissairaanhoidon ikä- ja sukupuolivakioidussa palvelujen käytössä ja kustannuksissa alueellisesti (57). Huomionarvoisaa on, että eri alueiden toimintamallit ja organisaatioratkaisut ovat kuitenkin sangen erilaisia, joten niitä ei suoraan voida verrata – palvelurakenteiden monimuotoistuksessa yhä vähemmän. Sosiaali- ja terveystieteille muodostetaan, samoin perus- ja erikoissairaanhoidon yhteenliittymiä.

Selkeästi on nähtävissä, ettei sama malli ole sovellettavissa maanlaajuisesti; harvaan asuttujen seutujen ja ruuhka-Suomen ratkaisut muotoutuvat kunkin alueen tarpeiden mukaan (41,56, 57).

Synnytystoiminnan kustannuksesta erikoissairaanhoidossa suuren osan muodostavat päivystyskustannukset. Riskianalyysien on kustannus-hyötylaskennalla pyritty analysoimaan toiminnan kustannuksia, mm. hätäsektion kustannusarvioin (35,36). Yhden hätäsektion kustannuksen arviointi sisältää kuitenkin myös paljon muita oheismuuttujia, sekä myös jo annettuna priorisointi- ja arvokeskustelun. Alueellisesti lienee käytännöllisintä pyrkiä määrittämään synnytyspalveluiden päivystys- ja virka-aikainen kustannusrakenne – ja toisaalta mitä kustannuksia ja säästöjä mahdollinen toimintojen siirtäminen toisaalle aiheuttaisi.

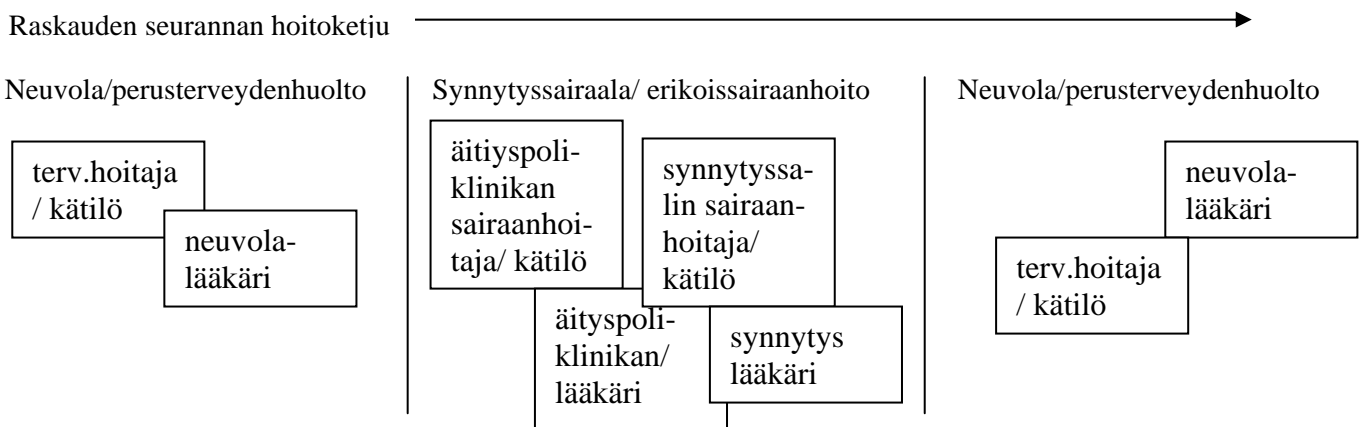
5 RAKENNUMUUTOKSIA ON JO TAPAHTUNUT - KESKITTÄMINEN – HAJAUTTAMINEN

5.1 Äitiys- ja lastenneuvoloiden toimintamuodot monimuotoistuneet

Äitiys- ja lastenneuvoloiden rooli ei nähdä pelkästään raskaana olevan vaan koko perheen vahvana terveystasvatajana (58). Raskaana olevan terveys on välittömässä yhteydessä sikiön ja vastasyntyneen terveyteen – ja raskaus on aikaikkuna, jolloin raskaana olevan ja perheen terveystasvatautumiseen voidaan äitiysshuollon kautta vaikuttaa.

Valtaosa raskaana olevista naisista on edelleen kattavan neuvolatoiminnan piirissä, ja sen toimivuudella on ollut ja on ratkaiseva merkitys koko äitiysshuollon toimivuuden kannalta; Tässä suhteessa Suomi onkin ollut mallimaa. Osaamisen ja asiantuntemuksen ylläpitämiseksi äitiysneuvolatoiminnassa on pyritty arvioimaan hoidettavien raskaana olevien naisten vuosittaisia vähimmäislukuja, kuten myös muita laatukriteereitä (59). Samanaikaisesti on julkaistu huolestuneita puheenvuoroja siitä, että neuvolatyö ja äitiysneuvolatyön sisältö olisi jäämässä terveyskeskuksissa muun toiminnan varjoon, ja sen työn laatu oli heikkenemässä (14). Keskittäminen suurempiin yksiköihin on viime vuosina lisääntynyt.

Vuonna 2009 ensisynnyttäjä kävi neuvolassa keskimäärin 13,4 (sairaanhoitopiirien vaihtelu 11,9-16,9) kertaa ja poliklinikalla 2,9 (1,3- 4,8) kertaa; uudelleensynnyttäjillä vastaavat määrät olivat 12,7 (11,0- 16,3) ja 2,9 (1,3- 4,8). Neuvolakäynneissä oli tapahtunut 2000-luvulla keskimääräisesti vain yhden käynnin alenema; keskimääräiset poliklinikkakäyntimäärät olivat pysyneet samoina, eikä eroa juuri ensi- ja uudelleensynnyttäjien välillä ole. Hajonta käynneissä oli suurta sairaanhoitopiireittäin, eikä runsaasti neuvolaa käyttävien käyttäytyminen välttämättä heijastunut vähäisenä poliklinikkakäyttönä. Joissain sairaanhoitopiireissä neuvola- ja äitiyspoliklinikkakäynnit kompensoivat toisiaan, mutta joissain sairaanhoitopiireissä molempia käytettiin joko paljon tai vähän (Liite 1). Nämä kuvannevat osaltaan tapoja toimia, mutta voivat myös olla merkki hoidon pirstaloitumisesta ja epäjatkuvuudesta organisatiorakenteiden jäykissä rajapinnoissa.



Vuositasolla lähes 60000 äitiä mahdollisine puolisoineen käyttää raskauden ja vastasyntyneisyyskauden neuvolapalveluja. Neuvolatoimintaa on edelleen noin 805 äitiysneuvolassa (58). Vuonna 2006 äitiysneuvolassa kokopäivätoimisten terveydenhoitajien asiakasmäärissä oli suurta vaihtelua kokopäiväisesti toimivaa terveydenhoitajaa kohden (7-258 raskausseurantaa / terveydenhoitaja).

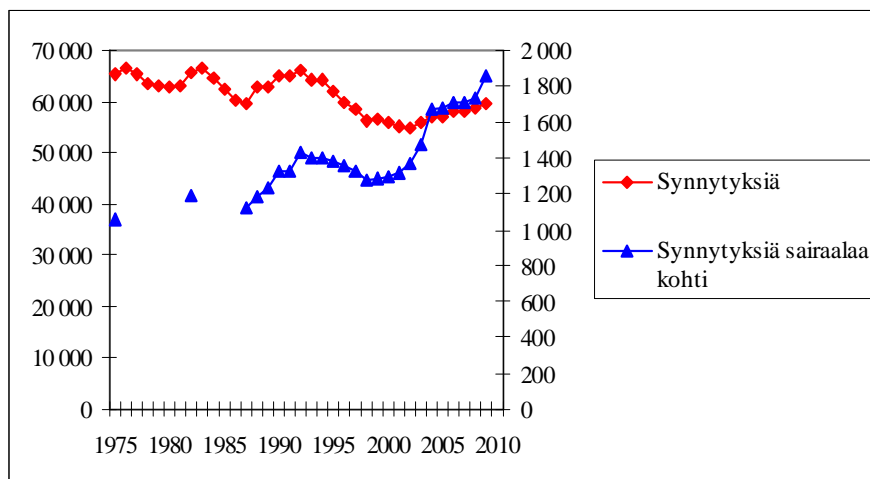
Vuonna 2007 tehdyn lasten ja nuorten ehkäiseviä palveluja selvittävän kyselyn mukaan reilu kolmannes terveyskeskuksista oli järjestänyt äitiys- ja lastenneuvolapalvelut erillisinä toimintoina, reilu viidennes yhdistettynä ja lopuissa palvelut oli järjestetty sekä erillisinä että yhdistettynä samassa terveyskeskuksessa. Määräaikaistarkastukset eivät toteutuneet suositusten mukaan vuonna 2007. Puutteellisimmin toteutuivat imeväisten tarkastukset. Terveysneuvonta, sairauksien seulonta- ja varhaistoteamistehtävät olivat lisääntyneet suunnitellusti sekä äitiys- että lastenneuvoloissa, resurssien ei koettu samassa suhteessa lisääntyneen. Monissa terveyskeskuksissa ongelmana ovat olleet riittämättömät terveydenhoitajien ja lääkäreiden resurssit. Tavoitteeksi asetettu lapsiperhepalvelujen verkostoiminen perhepalveluverkostoiksi tai -keskuksiksi on kuitenkin alkanut muotoutua; Lastenneuvolaoppaassa suositeltujen menetelmien käyttö lapsen kehityksen tai vanhempien hyvinvoinnin arvioimiseksi oli lisääntynyt. Perhevalmennuksen järjestäminen näyttää sen sijaan vähentyneen tai siirtyneen virtuaaliseksi (58).

Voimavarojen niuketessa tulisi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköiden yhteistyötä entisestään lisätä ja mahdollisia päällekkäisyyksiä purkaa. Palveluja tulee kohdentaa nykyistä enemmän niitä eniten tarvitseville, muun muassa terveyserojen kaventamisen ja mielenterveyden edistämisen näkökulmasta. Vain neljäsosa terveyskeskuksista seurasi erityistä tukea tarvitsevien lasten ja perheiden määrää vuonna 2007. On nähtävissä, että pyrkimys neuvoloissa tunnistaa riittävän hyvin erityistuen tarpeessa olevia lapsia ja perheitä ja järjestää tarvittavia tukitoimia etupainotteisesti tulee entisestään korostumaan.

5.2 Synnytysyksiköiden määrä on puolittunut

Kunnat vastaavat asukkaidensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Erikoissairaanhoidoa varten maa on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin. Lisäksi Ahvenanmaa on oma sairaanhoitopiirinsä. Suurimman sairaanhoitopiirin väestöpohja on yli 1,4 miljoonaa asukasta ja pienimmän alle 70 000 asukasta. Jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriä ylläpitävään kuntayhtymään. Kunta voi itse päättää mihin sairaanhoitopiiriin se haluaa kuulua. Jäsenkuntien määrä vaihtelee sairaanhoitopiireittäin, vähimmillään niitä on kuusi ja enimmillään 58. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskussairaala ja muita toimintayksiköitä. Sairaaloista viisi on erityistason hoitoa antavia yliopistosairaaloita, joissa kaikissa on tertiääritason synnytysairaala ja johon erityistason synnytykset ja vastasyntyneiden hoito on keskitetty.

Synnytysyksiköitä on viimeisen vuosikymmenien aikana suljettu liki puolet. Vuonna 1975 synnytysyksiköitä oli 62, vuoden 2010 lopussa enää 31, keskimääräisen yksikkökoon noustessa tuhannesta synnytyksestä lähes kahteen tuhanteen synnyttäjään synnytysyksikköä kohti (Liite 2-4).

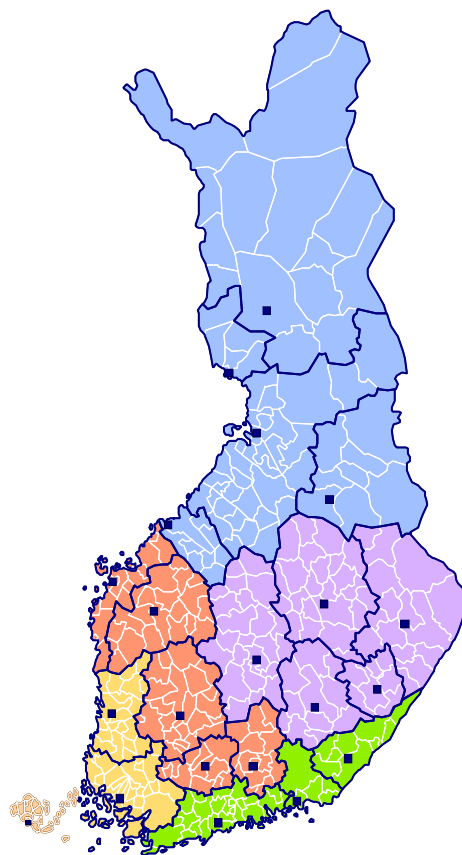


Sairaanhoidopiirien ja erityisvastuualueiden asukasluvut ja synnytysyksiköt 2010

Väestö 31.12.2009 - 1.1.2010 aluejaolla

sairaanhoidopiiri	synn yksiköt	asukkaita
H:gin ja Uudenmaan	6	1 513 517
Etelä-Karjalan	1	133 210
Kymenlaakson	1	175 556
HYKS erva	8 synn yks	1 822 283
Varsinais-Suomen	2	466 247
Satakunnan	1	227 386
TYKS erva+ Ahvenanmaa	3 synn yks	693 633
Pirkanmaan	2	481 103
Etelä-Pohjanmaan	1	198 477
Kanta-Hämeen	1	173 828
Päijät-Hämeen	1	212 356
Vaasan	1	165 365
TAYS erva	7 synn yks	1 231 129
Pohjois-Savon	1	248 182
Etelä-Savon	1	106 540
Itä-Savon	1	45 862
Keski-Suomen	1	272 784
Pohjois-Karjalan	1	169 937
KYS erva	5 synn yks	843 305
Pohjois-Pohjanmaan	3	395 510
Kainuun	1	79 234
Keski-Pohjanmaan	1	74 851
Lapin	1	118 371
Länsi-Pohjan	1	65 377
OYS erva	7 synn yks	733 343
Manner-Suomi	30 synn yks	5 323 693
Ahvenanmaa	1	27 734
Koko maa	31 synn yks	5 351 427

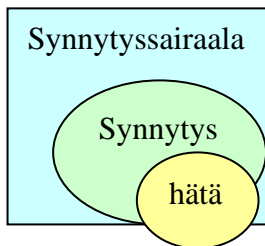
Yliopistosairaaloita 5, Keskussairaaloita 16, muita 10



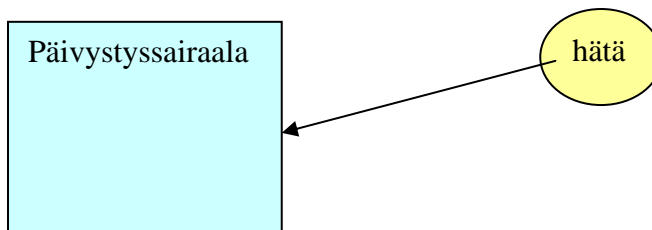
Kuntaliitto 2010

Synnytystoiminta on luonteeltaan päivystyksenomaista toimintaa, mutta myös eroa muuhun päivystystoimintaan on olemassa. Synnytysten kyseessä ollen päivystyksellinen hätätilanne syntyy useimmiten potilaan ollessa jo sairaalassa synnyttämässä. Hätä muissa päivystystoiminnoissa (mm. kirurgia, sisätaudit) sen sijaan syntyy tavallisesti sairaalan ulkopuolella, jolloin välimatka sairaalaan on merkittävä tekijä.

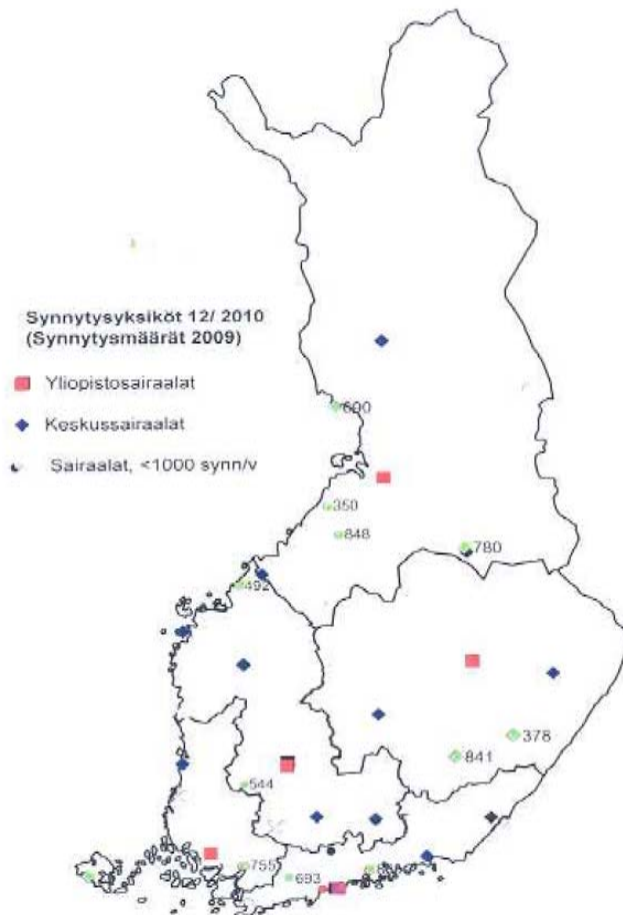
Synnytyspäivystys:



Muu päivystys:



Synnytysyksiköiden synnytysmäärät vaihtelevat suuresti vajaan kolmensadan synnytyksen yksiköstä liki kuuden tuhannen synnytyksen yksikköön. Yliopistosairaaloita on 5, yksi joka yliopistosairaalan erityisvastuualueella. Keskussairaaloita tai keskussairaالاتasoisia synnytysyksiköitä on 16 ja aluesairaaloita tai muita synnytysyksiköitä on 10. Sairaaloiden synnytysyksikköjä koskien jako keskussairaala – aluesairaala – muu sairaala onkin tässä yhteydessä harhaanjohtava. Osassa aluesairaaloita synnytysmäärä on suurempi kuin osassa keskussairaaloita. Valmiudet ja vaateet synnytysten ja vastasyntyneiden hoitoon tulisikin määritellä muulta pohjin. Osa matalan riskin synnyttäjienkin vastasyntyneistä tarvitsee siirtoa vastasyntyneiden tehohoitoon tai tehovalvontaan. Näissä tilanteissa siirtovälimatkalla myös vastasyntyneiden tehohoitoyksikköön on merkitystä.



Syntymärekisteri, THL

Synnytysyksiköiden keskittäminen on jatkunut tasaisena, ja 2000-luvullakin niitä on suljettu kymmenen. Synnytysyksikköjen sulkemiset ovat sujuneet yleensä hallitusti, vaikkakin niihin usein on liittynyt suuria muutoksia sairaalan toiminnassa ja alueen synnytyspalveluiden järjestämisessä. Suomessa tarvittavaa ”oikeaa” synnytysyksiköiden määrää ja laatua on pyritty arvioimaan niin maantieteellisten seikkojen, alue- ja henkilöstöpoliittisten tekijöiden kuin laadun ja kustannustenkin kannalta, arvioiden vaihdellussa suuresti (60,61,62)

IV SYNNYTYSPALVELUIDEN MUUTTUNEET VAATIMUKSET JA ODOTUKSET

1. KÄYPÄ HOITO – SUOSITUKSET; VASTASYNTYNEEN ELVYTYS 2008 JA ENNENAIKAINEN SYNNYTYKS 2011

Vuonna 2008 julkaistiin vastasyntyneen elvytys käypä hoito – suositus (63). Työryhmässä asettajina olivat Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Perinatologinen seura ja Suomen Perinatologisen seuran Neonatologit alajaosto. Suosituksen keskeisenä sisältönä on:

- ❖ Vastasyntyneellä lapsella tulee olla hänen sitä tarvitessaan oikeus tehokkaaseen elvytykseen kaikissa maamme synnytysyksiköissä.
- ❖ Synnytysyksikössä tulee olla ympärivuorokautinen valmius hätäkeisarileikkaukseen ja vastasyntyneen elvytykseen työryhmän ja kansainvälisten suositusten mukaan, sisältäen asianmukaiset synnytys-, anestesia- ja lastenlääkäripalvelut ja tilat sekä virka- että päivystysaikana (23,60).
- ❖ Kaikissa synnytyslaitoksissa on oltava välittömästi saatavilla vastasyntyneen elvytyksen osaava lääkäri.
- ❖ Jokaisen vastasyntyneen vointi tulee arvioida heti syntymän jälkeen, ja elvytys on tarvittaessa aloitettava viivyttelemättä.
- ❖ Vastasyntyneen elvytykseen kuuluvat stimuloinnin lisäksi hengityksen avustaminen sekä paineluelvytys ja muu verenkierron tukihoido.
- ❖ Keskeisintä elvytyksessä on hengityksen avustaminen.
- ❖ Elvytystaidon oppimiseksi ja ylläpitämiseksi tarvitaan säännöllistä koulutusta; Ehdotuksena oli, että yliopistosairaaloitten ja muiden synnytyslaitosten tulee yhdessä vastata alueensa synnytyslaitosten elvytyskoulutuksen järjestämisestä sekä nimettyjen vastuulääkäreiden ja –hoitajien kouluttamisesta. Jokaisessa synnytyslaitoksessa tulisi olla vastasyntyneen elvytyksestä koskevasta koulutuksesta vastaava nimetty lääkäri ja hoitaja.

Yliopistosairaaloihin tulisi siirtää alle 30-viikkoisten synnytykset, muutoin suosituksessa ei eroteltu eri tasoisia tai kokoisia synnytysyksiköitä.

Vuonna 2011 julkaistiin ennenaikainen synnytys käypä hoito – suositus (64). Työryhmän asettajan olivat Suomalainen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Gynekologiyhdistys. Ennenaikainen synnytys käypä hoito-suosituksen keskeinen sisältö koskien synnytyspaikkaa on:

- ❖ Ennen raskausviikkoa 30+0 tapahtuvat synnytykset tulee keskittää yliopistosairaaloihin. Syntymä muualla kuin yliopistosairaalassa lisäsi ennen raskausviikkoa 30 syntyneillä merkittävästi kuoleman riskiä ensimmäisen elinvuoden aikana. Ero yliopisto- ja keskussairaalasynnytyksien välillä oli merkittävä ennen raskausviikkoa 30+0 syntyneiden ryhmässä. Raskausviikoilla 30+0 – 31+6 syntyneiden ryhmässä merkittävä ero ei enää ollut (25).
- ❖ Valmiuksia ja resursseja ennenaikaisten vastasyntyneiden synnytysten hoitoon virka-ajan ulkopuolella tulisi parantaa. Syntymän virka-ajan ulkopuolella on todettu lisäävän merkittävästi kokonaiskuolleisuutta ensimmäisen elinvuoden aikana (mukaan luettuna kuolleet syntyneet)(25).
- ❖

2. KANNANOTTO HÄTÄKEISARILEIKKAUSVALMIUKSISTA - VALVIRA JA EDUSKUNNAN OIKEUSASIAMIES 2009

Valvira tutki saamiensa lausuntopyyntöjen johdosta synnytyslaitavalmiuksia hätäkeisarileikkausten suorittamiseen. Hätäkeisarileikkauksia joudutaan suorittamaan vajaassa kahdessa prosentissa kaikista synnytyksistä (1,1 % vuonna 2009). Viive sikiön ahdingosta syntymähetkeen ei ole aina yksiselitteisesti määritettävissä, eikä ole osoitettavissa eri tilanteisiin yhtenäistä aikamääritystä siitä, kuinka pitkään sikiö kestää hapenpuutetta. Valviran selvitysten ja asiantuntijalausuntojen perusteella oli kuitenkin perusteltua edellyttää synnytysyksiköissä välitöntä hätäsektiivalmiutta. Valvira ilmaisi kantanaan, että ainakin keskussairaaloitasoiseen synnytystoimintaan pitää kuulua ympärivuorokautinen valmius hätäkeisarileikkausten tekemiseen sekä sikiön hapetuksen tutkimiseen. Tämä edellyttää sitä, että hätäkeisarileikkaukseen osallistuvat lääkärit ja leikkaussalihenkilökunta päivystävät sairaalassa.

Eduskunnan oikeusasiamies yhtyi esitettyihin perusteluihin käsityksin ja piti Valviran toimenpiteitä asiassa perusteellina. Valviran lausunnossa tarkoitettua ympärivuorokautisella hätäkeisarileikkausvalmiudella turvataan perustuslain perustuslaissa mainittu riittävien terveyspalveluiden toteutuminen sekä erikoissairaanhoidollais- sa säädetty potilaan oikeus saada välittömästi hänen tarvitsemansa hoito silloin, kun hän on kiireellisen hoidon

tarpeessa. Eduskunnan oikeusasiamies piti kuitenkin ongelmallisena kannanotossa käytettyä keskussairaalan käsitettä, koska voimassa oleva erikoissairaanhoidolaki ei sitä tunne. Eduskunnan oikeusasiamies pyysi sosiaali- ja terveysministeriötä edelleen selvittämään, millaista valmiutta hätäkeisarileikkausten tekemiseen voidaan edellyttää muissa synnytystoimintaa hoitavissa sairaaloissa.

3. SYNNYTYKSISSÄ TOTEUTETTAVAN HYVÄN HOIDON EETTISET PERUSTEET – ETENE KANNANOTTO 2010

Lapsen kasvun ja kehityksen perusedellytys on synnytystapahtumaa edeltävän, synnytyksen aikaisen ja synnytyksen jälkeisen hoidon hyvä taso, joista on syytä keskustella. Erityisesti keskustelua tulee käydä sikiön oikeudesta terveyteen ja hyvinvointiin, sillä se kertoo lapsen orastavan elämän arvosta yhteiskunnassa.

Sikiön oikeudellinen asema tulevana lapsena tulee ottaa uudelleen arvioinnin kohteeksi. Perusoikeudet kuuluvat jokaiselle syntymästä kuolemaan saakka. Syntymättömän sikiön oikeussuoja toteutuu raskaana olevan naisen kautta. Raskaana olevan naisen moraalinen velvollisuus on toimia raskaana ollessaan siten, että toiminta koituu sikiön terveyden ja hyvinvoinnin eduksi. Raskausaikaiset tapahtumat saattavat heijastua lapsen koko elämään, sitä vastoin naisen kannalta raskausaika on lyhyt.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE antoi asiassa lausuntonsa 2010 (65). Se totesi, että eettiset periaatteet saattavat joutua joskus vastakkain synnytyksen hyvässä hoidossa. Keskeisiä arvoja synnytyksessä ovat lapsen oikeus terveyteen, hyvinvointiin ja hyvään syntymään, ihmisen kunnioittaminen, itsemäärääminen, oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus. Nämä periaatteet voivat joutua ristiriitaan silloin, kun tarkastellaan esimerkiksi äidin ja sikiön oikeuksia, hoidon turvallisuutta ja hoidon tavoitettavuutta tai äidin toiveiden kuuntelua ja lääketieteellisten näkökohtien painottamista. Tällöin joudutaan arvioimaan, mitkä eettiset periaatteet ovat ensisijaisia

Synnytysten hoitoa järjestettäessä joudutaan ottamaan huomioon, kuinka paljon voimavaroja on käytettävissä ja kuinka ne voidaan jakaa, jotta kansalaisten yhdenvertaisuus toteutuu. Tavoitteena on oltava se, että palvelut ovat helposti saatavilla ja hinnaltaan kohtuullisia sekä ne vastaavat perheiden tarpeita ja odotuksia. Näköpiirissä on, että synnytyksen turvallisuuden korostaminen johtaa synnytysten keskittämiseen, mikäli synnytysyksiköiden päivistysaikaista valmiusastetta tiukennetaan. Tämä johtaisi synnytysyksiköiden vähenemiseen ja vaikuttaisi koko sairaalaverkostoon. Tähän tulee varauduttava toimintamalleja muuttamalla. Synnytysyksiköiden keskittämistä koskevaa, perusteltua päätöstä ei voida tehdä ottamatta huomioon sen monia erilaisia vaikutuksia. Synnytysten hoito ei ole erillinen äitiyshuollon alue, vaan se on osa laajempaa kokonaisuutta, johon kuuluvat myös neuvolapalvelut raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen.

4. SYÖVÄN HOIDON KEHITTÄMINEN VUOSINA 2010-2020

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä antoi raporttinsa käsittäen syöpätautien hoidon sisältöä ja hoidon järjestämistä Suomessa vuoteen 2020 mennessä (66). Synnytys- ja naistentautien yksiköiden toimintaa ja valmiutta koskien esitettiin seuraavaa:

- ❖ Valtakunnallisia hoito- ja laatukriteereitä nostettiin esiin
- ❖ Erva-alueittaista yhteistyötä korostettiin.
- ❖ Gynekologinen kirurgia (munasarjasyöpä, kohdunkaulasyöpä, korkean riskin kohdun runko-osan syöpä, munanjohdinten syöpä, emättimen syöpä, ulkosynnytinsyöpä) tulee keskittää yliopistollisiin sairaaloihin. Poikkeuksena tästä ovat matalan riskin kohdun runko-osansyövät (kohdun runko-osaan rajoittuneet hyvin tai kohtalaisesti erilaistuneet puhtaat adenokarsinoomat ja adenoakantoomat), joita voidaan hyvin hoitaa myös keskussairaaloissa. Kohdun runko-osan syöpä lisääntyy koko ajan. Tällä hetkellä niitä on vajaat 800 vuodessa.
- ❖ Kohdunkaulasyöpää on nykyään enää vain noin 170 uutta tapausta vuosittain, joskin tauti on lisääntymässä nuorissa ikäluokissa. Kohdunkaulasyövän hoito tulisi keskittää muutamiin yliopistosairaaloihin.
- ❖ Robottiaivusteisten leikkausten asema tulee selkiintymään, ja ne tulisi keskittää muutamaan keskukseseen.

SGY totesi lausunnossaan vaativien hoitojen keskittämisen jo nyt olevan onnistunutta.

Tulevat mahdolliset lisätoimenpiteet/ keskittämiset syöpähoitojen suhteen eivät oleellisesti tule vaikuttamaan synnytys- ja naistentautien yksiköiden synnytystoiminnan palvelurakenteisiin.

5. YHTENÄISET PÄIVYSTYSHOIDON PERUSTEET – STM TYÖRYHMÄRAPORTTI 2010

Päivystystoimintaa ei ole tällä hetkellä organisoitu edistämään potilaiden saaman hoidon laatua käyttäen laatua kuvaavia tunnuslukuja, vaan päähuomio on ollut hallinnollisissa rakenteissa. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä antoi 2010 ehdotuksen päivystyksen yhtenäisistä perusteista (46).

Yhteenvetona korostettiin:

- ❖ Päivystyshoito vaatii välitöntä arviointia tai hoitoa. Sitä ei voida siirtää ilman oireiden pahenemista tai vamman vaikeutumista.
- ❖ Palveluita on saatava kaikkina vuorokauden aikana. Se on tärkeä osa julkista, hyvää terveydenhoitoa.
- ❖ Päivystystoiminnassa on tapahtunut suuria muutoksia 2000-luvulla. Päivystyksiä on keskitetty suurempiin yksiköihin, yhteispäivystysmalleja on kehitetty ja potilasohjausta on pyritty tarkastelemaan alueellisesti. Yhtenäiset toimintamallit ovat puuttuneet ja järjestelmästä on tullut sirpaleinen.
- ❖ Päivystyshoidon palveluiden tulee taata korkealaatuinen, oikea-aikainen, yhdenvertainen ja vaikuttava hoito ja hoitoon pääsy.
- ❖ Päivystyshoito edellyttää riittävän asiantuntemuksen kohdentamista päivystykseen. Sille on varattava riittävät voimavarat ja asiantuntemus. Riittävän osaamisen tulee kattaa myös puhelimitse tehtävä hoidon arviointi.
- ❖ Osaaminen edellyttää lääkärin ja hoitohenkilökunnan perus- sekä jatkokoulutuksessa uusia järjestelyjä.
- ❖ Toiminnan laatua tulee voida arvioida yhtenäisin kansallisin ja osin paikallisesti sovituin mittarein.
- ❖ Lievien sairauksien ja vammojen hoito tulee järjestää kohtuullisen matkan päässä potilaan kotoa. Työryhmä suositti väestökeskittymien alueella päivystyksen lähipalveluiden ympärivuorokautiset poliklinikat sijoitettavaksi korkeintaan reilun tunnin (noin 100 km) matkan päähän alueen etäisimmistä osista. Harvaan asutulla alueilla voidaan vähimmäistavoitetta pitää päivystyspoliklinikan saavutettavuutta kahden tunnin (vajaa 200 km) etäisyydellä. Suunnittelussa tulee huomioida pitkien etäisyyksien asettamat tavoitteet.
- ❖ Laajaa osaamista ja resursseja edellyttävien potilaiden hoito tulee järjestää riittävän laajan alueen työnjaon mukaisesti. Työnjaossa huomioidaan etäisyyksien, matkaan liittyvien riskien ja osaamisen kannalta paras mahdollinen tasapaino.
- ❖ Yhteistyö ensihoitopalveluiden, hätäkeskusten, sosiaalipäivystyksen, mielenterveys- ja päihdetyön, vammaishuollon ja virka-ajan terveystyöpalveluiden kanssa tulee huomioida palveluiden suunnittelussa.

Erityisesti koskien synnytyspalveluiden järjestämistä esitti työryhmä seuraavaa:

- ❖ Raskauden seuranta perustuu toimivaan neuvolajärjestelmään ja neuvolalla on ensisijainen vastuu raskauden seurannasta. Vaikka neuvolalla on ensisijainen vastuu raskauden seurannasta, on läheinen yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa erittäin tärkeää ja sen täytyy toimia saumattomasti.
- ❖ Suomessa synnyttäjien riskiryhmät ovat jo hyvin keskitettyinä.
- ❖ Synnytysten hoidon kannalta sairaalan tyyppi (alue/keskussairaala) ei ole määräävä tekijä, vaan riittävä toiminnan volyymi, mikä takaa osaamisen ja vaadittavat hoidolliset resurssit. THL:n syntymärekisterin perusteella normaaleissa raskauksissa (yksisikiöiset raskaudet ja vastasyntyneen syntymäpaino yli 2500 g) varhaisneonataalikuolleisuus (alle 7 vrk:n iässä) oli 2004–2008 korkein yksiköissä, joissa oli vähemmän kuin 1000 synnytystä/v verrattuna yksiköihin, joissa hoidetaan 1000–2000 synnytystä/v tai yli 2000 synnytystä/v.



- ❖ Valvira on kannanotossaan koskien keskussairaaloiden synnytysyksiköitä todennut, että turvallinen synnytysten hoito edellyttää mahdollisuutta välittömään keisarileikkaukseen mikä tarkoittaa synnytyslääkärin, anestesiologin ja leikkaustiimin sairaalapäivystystä. Yksiköissä, joissa on synnytyslääkärin sairaalapäivystys, on varhaisneonatalikuolleisuus (alle 7 vrk:n iässä) alhaisempi kuin yksiköissä, joissa päivystävä lääkäri on kotona. Lastenlääkärin saatavuus on myös oleellista.



Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet, STM 2010

- ❖ Synnytysten ja naistentautien erikoisalanelä kannalta päivystysrakenteita määrää synnytystoiminta. Alle 1000 synnytysten yksiköissä virka-aikaiseen obstetriseen toimintaan riittää 2-3 erikoislääkärinä, mikä edellyttää ulkopuolisia päivystäjiä. Optimaalinen synnytysten määrä synnytysairaalaalle on yli 2000 synnytystä vuodessa, jolloin toimintavolyymit ovat riittävän suuret. Tällöin päivystykseen vaadittava henkilömäärä toteutuu ilman ostopalvelua.
- ❖ Näyttöä on siitä, että alle 1500 g painavien tai alle 32. raskausviikolla syntyneiden lasten ennuste on parempi, jos synnytykset keskitetään yksiköihin, joissa on vastasyntyneiden teho-osasto ja ympärivuorokautinen erityisosaaminen vastasyntyneiden hoitoon (neonatologi).
- ❖ Valtakunnallisella tasolla on tarpeen keskittää harvinaisten sairauksien ja raskauskomplikaatioiden sekä lastentautien osalta harvinaisten sairauksien hoitoa yliopistosairaalaverkoston sisälläkin.
- ❖ Tällä hetkellä on synnytysairaalan saavutettavuus pääosin 1-2 tuntia. Synnytysten keskittäminen suurempiin yksiköihin aiheuttaa matkan pidentymistä osalla synnyttäjäistä. Suurimmassa osassa tapauksista, jopa yli puolessa, synnytysten ongelmat ovat ennalta arvaamattomia. On tärkeämpää, että synnytysyksikössä on hyvät valmiudet ja osaamistaso hoitaa komplisoitunutta synnytystä kuin että synnyttävällä äidillä on lyhyt välimatka kotoa synnytysyksikköön.
- ❖ Saavutettavuus 1-2 tunnissa ei toteudu haja-asutusalueilla, erityisesti Lapissa ja Kainuussa. Tällöin ensihoidon rooli kuljetuksessa on oleellinen. Riski matkasynnytyksiin lisääntyy, jos matka synnytysairaalaan pitenee yli 2 tunnin. Pieni, alle 1000 vuosittaisen synnytysten yksikkö, voi olla maantieteellisesti välttämätön. Nopea synnytys on harvoin lääketieteellinen riski. Potilashotellit voivat auttaa matkasynnytysten vähentämisessä.
- ❖ Potilasvahingoista synnytysvahingot ovat kalleimpia. THL:n selvityksessä naistentautien ja synnytysten hoidon ikä- ja sukupuolivakioidut kustannukset olivat asukasta kohden keskimääräistä korkeammat pienissä (<1000 synnytystä/v) sairaanhoitopiireissä. Sen sijaan alle keskiarvokustannusten päässeistä sairaanhoitopiireistä kaikki olivat yksiköitä, joissa oli yli 1000 synnytystä vuodessa.

5.1 Päivystystyöryhmäraportin suositukset ja Suomen Gynekologiyhdistyksen (SGY), Suomen Perinatologisen Seuran (SPS) ja Suomen Kätilöliiton antamat kannanotot

Sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä Suomen Gynekologiyhdistyksen (SGY), Suomen Perinatologinen Seura (SPS) sekä Suomen Kätilöliitto esittivät seuraavat kannanotot raportissa annettuihin suosituksiin oman viiteryhmänsä näkökulmasta (67,68,69). Annetut kannanotot ovat merkittäviä, sillä ne edustavat synnytystoimintaan liittyviä ammattiryhmiä laajapohjaisesti. Edustettuna ovat kattavasti eri henkilöstöryhmät, myös eri organisaatiotasot ja maantieteelliset alueet.

Raportti koettiin varsin tervetulleeksi ja ajankohtaiseksi. Päivystyshoito on naistentautien ja synnytysten erikoisalana ominaisinta toimintaa; missään muussa sairaalan toiminnossa ei hoideta potilaita päivystysaikana yhtä tasaisella kuormituksella kuin synnytyssalissa ja obstetrisessa leikkaustoiminnassa. Kaikista synnytyksistä 75 % tapahtuu päivystysaikana. Synnytysten ajoittuminen päivystysaikaan heijastuu suoraan vastasyntyneiden ensi- ja tehohoitoon ja toisaalta myös leikkaussali- ja anestesiapalveluihin, joiden päivystysresursseille synnytystoiminta aiheuttaa suuret vaatimukset. Kätilöliiton arvion mukaan käytännön vaikutuksia ei kuitenkaan ole otettu riittävästi huomioon.

Ohessa on erikseen esitettyinä **päivystystyöryhmän suositukset** ja siihen annetut kannanotot koskien synnytystoiminnan järjestelyjä:

1. Riskiryhmiin kuulumattomat synnytykset tulee keskittää vähintään 1000 vuosittaisen synnytyksen yksiköihin. Pienten keskosten hoito (< 1500 g tai < 32 raskausviikkoa) keskitetään yliopistosairaaloihin.

SGY: Riskiryhmää ei ole määritelty täsmällisesti ennenaikaisuutta lukuun ottamatta. Synnytyksiä hoitavan yksikön koko on merkittävä tekijä ja vaikuttaa sekä kokemukseen, päivystystoiminnan valmiusasteeseen ja toiminnan laatuun. Hyvin pienissä yksiköissä toimitaan kriittisillä resursseilla ja siksi synnytysyksikköjen koon kasvattaminen tuo mukanaan myös potilasturvallisuutta. Se luo mahdollisuudet riittävän lääkärimehityksen ja myös muun henkilöstön määrään laadukkaan toiminnan ylläpitämiseksi. Nykyisissä pienissäkin synnytysyksiköissä toimii erittäin osaavia lääkäreitä ja kätilöitä, joten pienikin yksikkö voidaan saada toimimaan hyvin. Kokonaisuuden kannalta se saattaa vaatia liikaa resursseja suoritteiden määrään nähden. Pieniä synnytysyksiköitä täytyy lakkauttaa, jos kokonaisuuden etu sitä vaatii.

PNS: Päivystyshoitoa tarvitsevien potilaiden hoitoon pääsy ei ole Suomessa nykyisin yhdenvertaista, eikä annettu hoito ole aina korkealaatuista. Erikoissairaanhoidon ja myös siihen kuuluva päivystys toimii liian monessa yksikössä, mikä aiheuttaa korkeita kustannuksia ja vaarantaa potilasturvallisuutta.

Kätilöliitto: Jako korkean ja matalan riskin synnyttäjiin on jo olemassa. Synnytystapahtumaa ei tulisi medikaloida liikaa, eikä kaikkia < 1000 synnytyksen yksiköitä tulisi sulkea. Kätilöliiton arvion mukaan se ei tulisi lisäämään synnytysten turvallisuutta, yhdenvertaisuutta, oikeudenmukaisuutta tai perheiden toiveiden mukaista hoitoa.

2. Alle 1000 vuosittaisen synnytyksen yksikkö voi olla maantieteellisesti välttämätön. Tällöin toiminnan tason ylläpito täytyy turvata paikallisin erillisjärjestelyin, mikä vaatii päivystävän henkilökunnan lisäresursointia.

SGY: Synnytysyksikköjen sijainnin määrittämisessä on tärkeää huomioida etäisyydet ja alueelliset erot. Pitkien välimatkojen alueilla hoito on saavutettava kohtuullisessa ajassa, joten pienempiäkin yksiköitä tarvitaan. Synnytyksiä siis hoidetaan jatkossakin muutamissa alle 1000 synnytyksen yksikössä, näissä oltava riittävästi lääkäreitä, jotta päivystys työpaikalla saadaan sujumaan ilman liiallista päivystysrasitusta. Maantieteellisesti välttämättömän, alle 1000 vuosittaisen synnytyksen yksikössä voi olla tarpeen hyväksyä naistentautien ja synnytysten alan lääkärin vapaamuotoinen päivystys (15 minuutin hälytysajalla) ellei erillisjärjestelyin saada lisäresursseja päivystykseen. Näyttää siltä, että tämä 1 000 vuosittaisen synnytyksen raja on merkittävä myös työvoiman määrän suhteen. Alle 1000 synnytyksen sairaalassa mielekäästä päivätyötä on vain 4-5 lääkärille, ja päivystyksen siirtäminen sairaalaan kotipäivystyksen sijasta voisi hankaloittaa virkojen täyttämistä.

SPS: On tärkeämpää, että synnytysyksikössä on hyvät valmiudet ja osaamistaso kuin että synnyttäjällä on lyhyt välimatka kotoa synnytysyksikköön. Aluepolitiikka ei voi määrätä potilaan saaman hoidon tasoa, vaan huomioon tulee ottaa potilaiden lääketieteellisen hoidon tarve, potilasturvallisuus ja osaamisen varmistaminen

Kätilöliitto: Pienissä yksiköissä voidaan hoitaa niitä synnyttäjiä, jotka kuuluvat matalan riskin synnyttäjiin. Tämän takaamiseksi tulisi taata synnytyksiä hoitavien henkilöstöryhmien riittävä koulutus ja palkkaaminen. Potilashotellimallia ei pidetä riittävänä ratkaisuna pitkän välimatkan synnytyksissä.

3. Sairaalassa päivystävä naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri ja anestesiologi sekä riittävästi leikkaussalihenkilökuntaa hätäkeisarileikkausvalmiutta varten on minimivaatimus synnytystoiminnalle.

SGY: Synnytysyksiköissä päivystävän lääkäri on oltava erikoislääkäri tai alalle erikoistuva lääkäri, jolla on riittävä kokemus erikoisalasta ja erikoislääkäri takapäivystäjänään. Erikoistuvan lääkärin päivystyskelpoisuuden perustaitotaso olisi sovittava, ohjeistettava ja minimivaatimukset määritettävä kansallisesti. Siis sairaalassa, jossa synnytetään, tulee olla naistentautien ja anestesiologian päivystystaidot hallitseva lääkäri paikalla, päivystäjän ei tarvitse olla erikoislääkäri.

Synnytysyksiköissä tarvitaan myös kattavat anestesiapalvelut, ja niiden tulisi olla talossa päivystysaikana.

SPS: SPS yhtyy raportissakin mainittuun Valviran kantaan, että turvallinen synnytysten hoito edellyttää mahdollisuutta välittömään keisarileikkaukseen kaikkina vuorokauden aikoina mikä tarkoittaa synnytyslääkärin, anestesiologin ja leikkaustiimin sairaalapäivystystä.

Kätilöliitto: Optimaalisena voidaan pitää sitä, että jokaisella synnytysyksiköllä on tarvittaessa käytettävissään synnytys- ja naistentautien erikoislääkärin, anestesiologin ja leikkaustiimin palveluita ympäri vuorokauden. Olenaisempaa päivystyksen järjestämisessä matalan riskin synnytysyksiköissä on se, kuinka nopeasti päivystäjä aloittaa hoidon kuin se päivystääkö lääkäri sairaalassa vai kotoa käsin.

4. Sairaaloissa joissa hoidetaan vain riskiryhmiin kuulumattomia synnyttäjiä, voi lastenlääkäripäivystyksen järjestää vapaamuotoisena. Jos hoidetaan riskiryhmiä, tulee lastenlääkärin olla sairaalapäivystyksessä.

SGY: Riskiryhmää ei ole määritelty täsmällisesti ennen aikaisuutta lukuun ottamatta. Normaalin vastasyntyneen elvytyksestä voi vastata asiaan perehtynyt anestesia-alääkäri. Lastenlääkäriä vaaditaan jatkohoidon toteuttamiseen ja potilassiirtoon.

SPS: Yksiköissä, joissa hoidetaan synnyttäjiä ja vastasyntyneitä, tarvitaan riittävän hoitohenkilökunnan lisäksi sairaalassa päivystävä synnytyslääkäri, lastenlääkäri, anestesiologi ja leikkaustiimi. SPS korostaa lastenlääkärin merkitystä synnytysyksikön päivystystoiminnan oleellisena kulmakivenä riippumatta päivystysyksikön koosta. Koska tiedetään, että yli puolet synnytyksenaikaisista komplikaatioista ilmenee normaalisti alkaneissa, ns. matalan riskin synnytyksissä, SPS kyseenalaistaa lastenlääkärin kotipäivystyksen missään yksikössä, joissa hoidetaan synnytyksiä. Hoitavan yksikön hyvä osaamis- ja valmiustaso ovat oleellisempia, kuin mahdollisimman lyhyt matka kotoa synnytysyksikköön.

Kätilöliitto: Matalan ja korkean riskin jako tulisi tehdä selkeämmäksi. Pienemmissä matalan riskin yksiköissä voidaan lastenlääkäripäivystys toteuttaa turvallisesti myös takapäivystyksenä, turvaraja 30 minuuttia (DDI, toimenpidepäätöksestä synnytykseen) on riittävä. Korkean riskin yksikössä on lastenlääkärin oltava sairaalapäivystyksessä.

5. Synnytyssairaalassa on oltava jatkuva valmius yksinkertaisiin laboratoriomäärityksiin (perusverinäytteet, verensiirron sopivuustestausta).

SGY: Nämä minimivaatimukset kuuluvat hyvän hoidon kriteereihin, synnytyksiä ei voida hoitaa ilman asiallista päivystyslaboratoriota. Yksikössä pitää olla myös riittävä verivarasto.

6. Vaativan erityistason päivystys tulee jatkossakin hoitaa yliopistosairaloissa, joissa voidaan taata sekä peri- että neonatologinen hoito ympäri vuorokauden.

SGY: Naistentautien ja synnytysten erikoisalalan päivystystoiminta koskee suurimmaksi osaksi raskausajan ja synnytysten hoitoa. Vaativan erityistason päivystys tulee jatkossakin hoitaa yliopistosairaloissa, joissa voidaan taata obstetrinen ja neonatologinen hoito ympäri vuorokauden ja perinatologinen erityisosaaminen virka-aikana.

7. Käytännössä toimivan naistentautien- ja synnytysyksikön ja pediatrian yksikön erikoislääkärimäärä on minimissään 7-8 loma- ja päivystysjärjestelyt huomioiden. Päivystys voidaan hoitaa ilman ostopalvelua, mikä hillitsee kustannusten kasvua. Monipuolinen työ ja kohtuullinen päivystyskuormitus parantavat ammattitaitoisien erikoislääkäri työvoiman hakeutumista yksiköihin.

SGY: Jos päivystystyöryhmän esittämät päivystysvalmiusvaatimukset otetaan velvoittavasti käyttöön, on suotavaa määritellä myös yksittäisen lääkärin työ- ja päivystyssidonnaisuuden yläraja. Päivystäjän fyysinen ja henkinen kuormitus ei saa nousta liian suureksi. Tulevaisuudessa on rajoitettava yhtenäisen päivystyksen pituus. Tällöin tarvitaan suuriin ja kiireisiin yksiköihin lisäresursointia päivystystä varten. Potilasturvallisuus on tärkeä päivystystä suunniteltaessa. Päivystysvuorojen lyhentäminen inhimillisiin työvuoroihin pitää olla tavoitteena (esim. maksimissaan 16 tuntia).

Päivystyksen ulkoistaminen nostaa kustannuksia ja johtaa epäterveeseen kilpailuun työntekijöistä. Riittävän suuri muun gynekologisen toiminnan volyymi takaa monipuolisen työnkuvan. Tämä vaatii riittävän väestöpohjan.

SPS: Henkilöstön saatavuus on erittäin tärkeä näkökulma tulevaisuuden päivystysjärjestelyitä suunniteltaessa. SPS haluaa korostaa paitsi sitä, että synnytystä hoitavissa yksiköissä on oltava paikan päällä synnytys- lasten- ja anestesia lääkäri sekä leikkaustiimi, myös näiden päivystäjien ammattitaidon ja erityisosaamisen varmistamista. Alalle koulututtavien erikoistuvien lääkärin oppimismahdollisuudet takaa parhaiten riittävästi miehitetty päivystysyksikkö, jossa potilastapauksia tulee hoidettavaksi erikoistumisen aikana riittävästi ja monipuolisesti. Keskittäminen on ainoa mahdollinen vaihtoehto, jolla osaava henkilökunta saadaan riittämään synnytyspäivystystoimintaan.

8. Riittävän suuri volyymi takaa tasapainoisen pediatrian sekä naistentautien- ja synnytysyksiköiden toiminnan myös erikoislääkärin koulutusta ajatellen. Keskittämällä hoitoa luodaan hoidon kehittämiseksi ja tutkimukselle parhaimmat edellytykset.

SGY: Ympäri vuorokautisen päivystyksen vaatima lääkärimäärä on useimmissa keskussairaaloissa suuri verrattuna päivätyön vaatimuksiin, jolloin erikoislääkäriä voidaan käyttää sairaalan ulkopuolisiin konsultaatioihin. Päivystyksen vaatima suuri lääkärimäärä pystyy hoitamaan myös suuren volyymin elektiiivistä toimintaa. Päiväkirurgista ja poliklinista toimintaa voidaan järkevästi toteuttaa muissakin kuin päivystävissä sairaaloissa. Työryhmäraportin mukaan alueellisessa terveydenhuollon työnjaossa on kuitenkin saatava kaikki päivystystoiminnan osaaminen käyttöön. Terveydenhuollon lainsäädäntöuudistuksessa on tuotu esiin ajatus erikoislääkäreiden toimimisesta enemmän perusterveydenhuollon ympäristössä. On edellytettävä, että myös nämä erikoislääkärit osallistuvat erikoissairaanhoidon päivystykseen.

SPS: Henkilöstön saatavuus on erittäin tärkeä näkökulma tulevaisuuden päivystysjärjestelyitä suunniteltaessa. SPS haluaa korostaa paitsi sitä, että synnytystä hoitavissa yksiköissä on oltava paikan päällä synnytys- lasten- ja anestesia lääkäri sekä leikkaustiimi, myös näiden päivystäjien ammattitaidon ja erityisosaamisen varmistamista. Alalle koulututtavien erikoistuvien lääkärin oppimismahdollisuudet takaa parhaiten riittävästi miehitetty päivystysyksikkö, jossa potilastapauksia tulee hoidettavaksi erikoistumisen aikana riittävästi ja monipuolisesti.

9. Riittävän suuri volyymi antaa paremmat mahdollisuudet ylläpitää ja kehittää koko henkilökunnan osaamista hätä- ja erityistilanteissa. Jos synnytystoimintaa joudutaan edelleen ylläpitämään pienissä harvaan asuttujen alueiden yksiköissä, tulisi pyrkiä luomaan jatkokoulutusmahdollisuuksia suuremmissa yksiköissä ammatillisen osaamisen varmistamiseksi.

SGY: Pitää keskittyä yleiseen valmiustason ylläpitoon, johon liittyy koko potilaan hoitoprosessi. Hätätilanteen voi pienessä yksikössä muodostaa kaksi samanaikaista potilasta. On haastavaa taata nuoren ammattihenkilön kehitys yksikössä, jossa on 1-2 synnytystä vuorokaudessa. Yhteistyötä ja työkiertoa suurempien yksiköiden kanssa on parannettava.

SPS: Synnytysten ja vastasyntyneiden hoidon osalta potilasturvallisuushaasteet ovat erittäin mittavia, koska hoidossa tapahtuneet virheet vaikuttavat lapsen koko elinaikaan. Yhden synnytyksessä tai sen jälkeisessä alkuhoidossa vammautuneen lapsen syntymän aiheuttamat kokonaiskustannukset yhteiskunnalle ovat 1,7 miljoonaa euroa puhumattakaan lapsen ja perheen inhimillisistä kärsimyksistä.

Kätilöliitto: Pienemmän synnytysyksikön henkilöstön ammattitaidon takaamiseksi tulisi järjestää säännöllinen työpaikkakoulutus ja työkierto. Valtakunnallisesti tulisi järjestää eri ammattiryhmien kanssa yhteistyössä ns. hätätilannekoulutusta.

Kommentit erilliseen kysymykseen: Valtakunnallisen ohjauksen tarpeesta:

SGY: Keskushallinto on lainsäädännöllä ja asetuksella ohjeistanut jo mm. kiireetöntä hoitoa ja seulontatutkimuksia. Päivystys on merkitykseltään suuri asia, ja pidämme loogisena sen normiohjausta keskushallinnosta.

SPS: Päivystysjärjestelyiden keskitettyä ohjaamista on kannatettavaa, jotta aluepolitiikka ei aja lääketieteellisten seikkojen ja potilasturvallisuuden ylitse.

Kätilöliitto: Kätilöliiton näkemyksen mukaan päivystysjärjestelyistä voidaan säätää keskushallinnon ohjein tai säädöksin.

V SUOSITUKSIA

Selvitystyön tarkoituksena on ollut tuottaa tietopohjaa tulevaa päätöksentekoa varten - ja esittää myös selvityksen aikana esiin nousseita suosituksia. Koska kyseessä on yhden henkilön selvitystyö, on aihetta on pyritty tarkastelemaan mahdollisimman monipuolisesti ja tietopohjaisesti. Tietoja on kerätty useista lähteistä, keskustellen ja asiantuntijoita kuullen. Väestöennusteet, mutta myös niihin liittyvät epävarmuustekijät on tässä tuotu esiin, ja paremman arvion hahmottamiseksi on esitetty niiden ohessa myös edeltävien vuosien toteumaa. Ratkaisumalleja on tämänkin työn jälkeen useita, ja alueellisuus tulee niissä korostumaan.

Yleisesti käytössä olevan kansainvälisen mittarin, perinataalikuolleisuuden perusteella ovat äitiyshuolto ja synnytystoiminta Suomessa kansallisella tasolla olleet erittäin onnistunutta. On pidettävä huolta siitä, että mahdolliset tulevat uudistukset eivät synnytyspalvelujärjestelmämme suotuisaa kehitystä tule muuttamaan.

Vaikka Suomessa jo nyt on olemassa monimuotoisia toimintamalleja, niitä tulee selkiyttää ja vahvistaa järjestämissopimuksin ja -suunnitelmin, joissa yhteiset tavoitteet ja yhdenvertaisuus määrittyvät kansallisesti sovituin, yhtenäisin ja avoimin toiminta- ja laatukriteerein.

Asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertainen kohtelu on ydintavoite. Tämän ohessa on palveluita järjestettäessä yhä enemmän otettava huomioon väestölliset, alueelliset ja kielelliset erityispiirteet sekä yksilöiden erilaiset tarpeet. Järjestämisessä on pyrittävä ottamaan huomioon yksilön omien käsitysten ja toiminnan kunnioittaminen sekä riittävä mahdollisuus palvelujen toteuttamiseen liittyviin valintoihin, kuten esimerkiksi palvelun toteuttamispaikkaan ja -tapaan. Palvelujärjestelmän tulee myös olla niin läpinäkyvää, että on mahdollisuus vertailla eri palveluiden laatua, hintaa ja saatavuutta. Valinnanvapaus tulee laajentumaan, mutta se ei saa aiheuttaa eriarvoistumista palvelujen toteutumisessa.

Synnytyspalveluiden tuottamiseen on tuskin mahdollista esittää yhtä yleispätevää mallia. Kokeilualuein/hankkein ja asteittaisin muutoksin voidaan löytää kullekin alueelle sopiva toteuttamistapa, joka parhaimmillaan on monistettavissa ”käypä hoito” – mallina samankaltaisille alueille. Tavoitteena tulee olla pyrkimys palveluiden kokonaisvaltaiseen tuottamiseen potilaalle, ottaen huomioon sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon että tarvittavin osin myös sosiaalitoimen toimijat. Tämä sisältää yhteisesti sovitut hoitoketjut – ja edellyttää myös yhteistä sairauskertomusrekisteriä.

Synnytyspalveluja on tarkasteltava koko hoitoprosessin kestäväenä palvelukokonaisuutena ilman organisatorajoja. Erityisesti tässä mahdollistuu uusien ja rakenteita muuttavien toimintojen kehittäminen ja alueelliset tekijät huomioonottava palveluiden tuottamistapa. Neuvolapalvelut voidaan tuottaa suurimmissa yhteisissä ja moniammatillisissa yksiköissä; Keskitetyssä mallissa myös erityisasiantuntijoiden ja erikoissairaanhoidon konsultaatiomahdollisuudet ja paikallaolo todennäköisimmin mahdollistuvat. Neuvolapalveluiden tuomista synnytysyksikön oheen tai synnytysairaalan kokonaan tuottamaksi on kehitettävä (mm alueilla, jossa se nyt tuotetaan ulkopuolisena ostopalveluna). Liikkuville etäpalveluille ja potilashotellitoiminnalle tulee luoda kehittymismahdollisuuksia.

Oheen on koottu selvitystyön myötä esiin tulleita tärkeimpiä seikkoja suosituksiksi

1. Kansallista sekä yliopistosairaalaapiirien erityisvastuualueiden ohjausta ja koordinointia erityisvastuualueillaan tulisi lisätä järjestämissopimuksin.

- ❖ Yliopistosairaalaapiirien erityisvastuualueen tulee järjestämissopimuksin yhteistyössä alueen sairaanhoitopiiren kanssa sopia alueellinen työnjako yhteisvastuullisesti, ja myös keskenään (valtakunnallisesti keskitettävät hoidot).
- ❖ Koulutuspoliittisen ohjelmaan ja oppilaitosten sisäänottomääriin tulee luoda selkeä valtakunnallinen ohjaus. Koko maan lääkäri- kuin hoitohenkilökuntamääriä koskevat kysyntä- ja tarjontaennusteet on otettava huomioon ja pohjana voi toimia erityisvastuualueiden tuottama alueellinen suunnitelma.

2. Synnytyspalvelukokonaisuus tulee suunnitella kansallisesti /yliopistopiirien erityisvastuualuepohjaisesti ja yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa (yhteistyöelin/ neuvottelukunta), jonka tehtävänä on hakea ja määrittellä kansallisesti

- ❖ synnytyspalveluiden vertailukelpoisia tunnuslukuja ja minimivaatimuksia (mm päivystyskelpoisuus)
- ❖ synnytyspalveluiden avointa laatukriteeristöä
- ❖ perustelut poikkeamiin (mm maantieteelliset olosuhteet) ja siirtymä-aika mahdollisiin muutoksiin

3. Synnytyspalveluita tulee tuottaa potilaskeskeisesti yli organisaatorajojen

- ❖ hoidon jatkumona ja moniammatillisesti yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa
- ❖ hoitoketjuina; Synnytysairaaloiden äitiyspoliklinikoiden ja alueiden neuvoloiden yhteistyötä tulee tiivistää ja pyrkiä erikoisosaajien yhteiskäyttöön / konsultaatiomahdollisuuksien lisäämiseen. Erityisen tärkeäksi tämä muodostuu niissä paikoissa, joissa erikoisosaajista on pulaa, sekä siellä missä välimatkat synnytysairaalaan ovat pitkät.
- ❖ alueellinen (synnytysyksiköiden välinen sekä synnytysyksiköiden ja neuvoloiden välinen) työkierto sekä jatkokouluttautumismahdollisuudet – ja velvollisuudet tulee määrittää ja vastuuttaa

4. Synnytysyksikön minimivaatimuksena tulee olla ympärivuorokautinen hätäsektiovalmius annetut kannanotot ja päivystystyöryhmäraportti huomioiden;

- ❖ sairaalapäivystyksessä naistentautien- ja synnytysten erikoislääkäri (tai riittävän kokemuksen omaava erikoistuva lääkäri ja takapäivystäjänä erikoislääkäri), riittävän kokemuksen omaava anestesia- ja välitömän hätäsektion tekemiseen riittävästi leikkausaliressurseja
- ❖ takapäivystäjänä lastenlääkäri
- ❖ riskisynnytysä hoitavassa yksikössä tulisi lisäksi sairaalapäivystäjänä olla lastenlääkäri ja tertiääriklinikkasala tulisi olla riittävä neonatologinen sekä perinatologinen konsultaatiomahdollisuus.
- ❖ pienten keskosten hoito (< 30 raskausviikkoa) tulee keskittää yliopistosairaaloihin.

5. Niukkenevat henkilöstöressurit ja lisääntynyt ammattihenkilöiden puute varsinkin päivystysaikana tulevat olemaan lähitulevaisuudessa määräävin tekijä suunniteltaessa synnytyspalveluverkkoa. Synnytysyksiköiden sekä neuvolapalveluiden keskittämiseen on varauduttava **varautumissuunnitelmin**.

- ❖ synnytystoiminnalla on mm. leikkausaliressursoinnin kautta välitön vaikutus muuhun operatiiviseen toimintaan. Suunnitelmat tulee tehdä yhteistyössä ja osana muuta terveystaloutta, huomioiden valtakunnallinen muu operatiivinen päivystysvalmius, valtakunnallinen sairaalaverkosto ja ensihoito.
- ❖ yliopistosairaalaapiirin erityisvastuualueen tulee valmistella alueellaan yhteistyössä sairaanhoitopiirien ja synnytysyksiköiden kanssa varautumis- ja kustannussuunnitelma pienimpien (< 1000 synnytystä) yksiköiden synnytysten muualle siirtymisen varalta huomioiden maantieteelliset olosuhteet, väestöennusteet, potilaiden vapaa liikkuvuus, kielelliset oikeudet sekä oman alueen yli ulottuvat työssäkäyntialueet.
- ❖ on varauduttava uudistamaan pienimpien synnytysyksiköiden toimintaprofiileja
- ❖ varautumissuunnitelmissa on ensisijaisesti tarkasteltava pienimpien ja lähellä toisiaan sijaitsevien synnytysyksiköiden toimintaa keskinäisenä yhteistyönä (alueen synnytysyksiköt ja neuvolatoiminta)
- ❖ sairaaloiden rakentamissuunnitelmissa varautumissuunnitelmat on otettava resurssointina huomioon.

VI LÄHTEET

- Perustuslaki <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Erikoissairaanhoidtolaki <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>
- Kansanterveyslaki <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>
- Laki sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirastosta 2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080669>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Kielilaki 2003. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030423>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Potilasvahinkolaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>
- Syntymättömän oikeudet. http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/syntymaton.html
- Suomen Lääkäriliitto. Lääkärietiikka. <http://www.laakariliitto.fi/files/Etiikka05.pdf>
- Tarve terveydenhuollossa. Etene julkaisuja 2006.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17145&name=DLFE-528.pdf
- Henttonen M. Kansakunnan parhaaksi. Porvoo 2009
- Kauttu K . Suomen lääkärilehteä läpi vuosikymmenten 1997;52:2195-98
<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000007686>
- Hemminki E, Gissler M Stakes 2007.
<http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/801D74DB-AF66-47F9-9F31-0E24D73DC9B6/0/HemminkiGissler.pdf>
- Äitiysneuvolatoiminta näkyväksi kansanterveystyössä. Kättilöliitto 2009.
<http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Taustamuistio.pdf>
- Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Stakes. 1999. http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/Muut/op34_1999.pdf
- Lastenneuvola lapsiperheiden tukena STM 2004.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE3578.pdf&title=Lastenneuvola_lapsiperheiden_tukena_fi.pdf
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma. STM 2007.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1180335140613/passthru.pdf>
- Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen. STM 2009.
<http://pre20090115.stm.fi/hl1233566217271/passthru.pdf>
- Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. STM 2008. <http://pre20090115.stm.fi/aa1221728351442/passthru.pdf>
- Vuori E, Gissler M. Synnytykset ja vastasyntyneet. THL 2009.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr26_10.pdf
- Evers ACC et al. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study BMJ 2010;341:c5639.
<http://www.bmj.com/content/341/bmj.c5639.short?rss=1&ssource=mfc>
- Obstetric standards for the provision of perinatal care 1998. Standards for hospitals providing neonatal intensive and high dependency care. 2. painos 2001. British Association of Perinatal Medicine.
http://www.bapm.org/media/documents/publications/obs_standards.pdf
- Bartels DB et al. Hospital volume and neonatal mortality among very low birth weight infants. Pediatrics 2006;117:2206-14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16740866>
- Rautava L, Lehtonen L, Peltola M ym. The effect of birth in secondary- or tertiary-level hospitals in Finland on mortality in very preterm infants: a birth register study. Pediatrics 2007;119:e257-63.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17200251>
- Phibbs CS et al. Level and Volume of Neonatal Intensive Care and Mortality in Very-Low-Birth-Weight Infants NJE; 2007;356:2165-75. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa065029>
- Hemminki E et al. BJOG , in press. Should births be centralised in higher level hospitals? – experiences from regionalised health care in Finland
- Tilastot. Tilastokeskus 2009 <http://www.stat.fi/til/index.html>
- Lapsikuolleisuuden vähenemä ilmentää yhteiskunnan muutosta ja kehitystasoa. Tilastokeskus 2010.
http://www.stat.fi/artikkelit/2010/art_2010-06-07_007.html?s=2

- Vuori E, Gissler M. THL 2010. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain Suomessa **2008–2009**. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr30_10.pdf
- Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. Using the medical audit cycle to reduce caesarean section rates. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:199-205. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(96\)70394-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(96)70394-0)
- Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Socialstyrelsen 2009-11-2 <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17787/2009-11-2.pdf>
- MacKenzie IZ, Cooke I. What is a reasonable time from decision-to-delivery by caesarean section? Evidence from 415 deliveries. *BJOG* 2002;109:498-504. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2002.01323.x/pdf>
- Thomas J et al. National cross sectional survey to determine whether the decision to delivery interval is critical in emergency caesarean section. *BMJ* 2004;328:665. <http://www.bmj.com/content/328/7441/665.full.pdf>
- Hillemanns P et al. Crash emergency caesarean section: decision-to-delivery interval under 30 min and its effect on Apgar and umbilical artery pH. *Arch Gynecol Obstet* 2005;273:161-5. <http://www.springerlink.com/content/n62r057085008388/fulltext.pdf>
- Tekay A, Kulju P. Mikä hätänä hätäsektiökäytännössä? *Lääkärilehti* 2010;65:474-475 <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL62010-474.pdf>
- Punnonen H. Hätäsektiovalmiusko ainoa synnytystoiminnan järjestämisen kriteeri ja peruste. *Sairaalaviesti* 3/2009. <http://www.kunnat.net/binary.asp?path=1;29;145;30546;5702;38885;11415;154187&field=FileAttachment&version=1>
- Lehtinen Å, et al. Synnytysten hoitoa koskevat kantelut ja lausuntopyyntöt: Eniten kanteluja TEO:lle riskisynnyttäjien hoidosta. *Suomen Lääkärilehti* 2008;63:2449-2452 <http://www.fimnet.fi/cgicug/brs/artikkeli.cgi?docn=000030494>
- OECD Health Care Quality Indicators Project:: Patient Safety Indicators Report 2009; <http://www.oecd.org/dataoecd/56/31/44192992.pdf>
- OECD Health Statistics 2009. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en
- Punnonen H. Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-elokuu 2010. Suomen kuntaliitto Helsinki 2010. <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutisia/2010/Sivut/sairaaloiden-ja-sairaanhoitopiirien-tammi-elokuu-2010.aspx>
- Finnish Public Governance. OECD-raportti 2010. http://www.vm.fi/vm/en/04_publications_and_documents/01_publications/08_other_publications/20100330Finnis/18_2010_low.pdf
- Mäkelä M, Kaila M, Lampe K, Teikari M. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. *Duodecim* 2006
- Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169>
- Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastotoiminta ja päiväkirurgia 2009. THL 2010. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr34_10.pdf
- Yhtenäiset päivystyshoidon kriteerit 2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf
- Terveydenhuoltolaki HE 2010. http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/ev_244_2010_p.shtml
- Tilastokeskus, väestötilastot – ja ennusteet 2010; <http://www.stat.fi/til/vrm.html>
- Honkatukia J, et al. Työvoiman tarve Suomen taloudessa vuosina 2010-2025. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. VATT tutkimukset 154/2010. http://www.vatt.fi/file/vatt_publication_pdf/t154.pdf
- Erikoislääkärimäärien ennusteet vaihtelevat erikoisaloittain Ruskoaho J, et al SLL 46/2010 <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000034914>
- Halava I, Pantzar M. Kuluttajakansalaiset tulevat! – miksi työn johtaminen muuttuu. EVA-julkaisuja 2010. <http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2010/09/Kuluttajakansalaiset.pdf>
- Heikkilä T. Erikoisaloittainen erikoislääkärityövuoteen 2020 Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja 71/2009.
- Puhakka A. Erikoisaloittainen lääkäritilanne ja koulutuksen tarve vuoteen 2020 TYKSin erityisvastuualueella. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja 2007.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi HE 283/ 2009. <http://www.edilex.fi/kela/fi/he/20090283>
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, toimintaohjelma 2007-2011. STM 17/2007. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/A3B6229B-CC75-49D7-B569-ACEF2565A0E1/0/julk_2007_17_sexterveys_paino.pdf
- Forsström J. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastotoiminta ja päiväkirurgia 2009. THL Tilastoraportti 5/2011. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr34_10.pdf
- Häkkinen P. Sairaaloiden tuottavuus 2009. THL Tilastoraportti 3/2011.

http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr03_11.pdf

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Stakes 2008.

<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/380D3FE9-82C8-4F60-9895-B3A8872932DF/0/%C3%84itiivisjalastenneuvolatoimintaraportti.pdf>

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090380>

Tammela O et al.. Riittävätkö synnytyssairaaloiden resurssit vastasyntyneiden turvalliseen hoitoon? SLL 2006;47:4957-8. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2006/SLL472006-4957.pdf>

Venesmaa J. Organising a maternity care service network. Aalto yliopisto 2011

Venesmaa J, Peltokorpi A. Tuotantotalous asiakkaan arvoketjussa. TKK / terveydenhuollon tuotantotalous 2010

Vastasyntyneen elvytys käypä hoito-suositus. Duodecim 2008.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50065>

Ennenaikainen synnytys käypä hoito-suositus. Duodecim 2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50089>

Synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettiset periaatteet. Etene kannanotto 2010.

<http://www.etene.fi/fi/aineistot/tiedotteet/tiedote/view/3829>

Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020. STM-työryhmä 2010.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11085.pdf

Suomen Gynekologiyhdistys; Kannanotto päivystystyöryhmäraporttiin 2010.

Suomen Perinatologinen Seura; Kannanotto päivystystyöryhmäraporttiin 2010

Suomen Kätilöliitto; Kannanotto päivystystyöryhmäraporttiin 2010

Liite 1. Neuvolakäynnit ja äitiyspoliklinikkakäynnit 1999- 2009, THL

Neuvolakäyntien lukumäärä	Ensisynnyttäjät										
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HUS	14,3	14,4	14,6	14,5	14,5	14,3	14,1	13,7	13,5	13,0	12,5
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri	17,6	17,9	18,6	18,7	18,7	17,3	17,6	17,9	17,1	13,2	12,3
Satakunnan sairaanhoitopiiri	18,1	18,7	19,6	20,1	15,4	11,3	11,8	11,7	12,4	12,0	11,9
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri	12,4	12,6	12,7	12,7	12,6	12,5	12,8	12,6	12,5	12,5	12,4
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	14,9	15,0	15,4	15,4	14,9	14,4	14,3	14,5	14,4	14,6	15,4
Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri	13,2	13,2	13,6	13,8	13,7	13,7	13,6	13,8	13,7	13,6	13,6
Kymenlaakson sairaanhoitopiiri	13,3	13,3	13,3	13,4	13,3	13,0	12,8	12,9	12,9	12,6	12,5
Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri	14,7	14,7	14,6	14,8	15,5	15,4	16,0	15,8	16,1	16,5	16,5
Etelä-Savon sairaanhoitopiiri	13,4	13,4	13,5	13,4	13,4	13,2	13,7	13,9	13,7	13,4	13,0
Itä-Savon sairaanhoitopiiri	12,4	12,5	12,1	12,8	12,3	12,5	16,7	15,8	16,1	16,2	15,3
Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri	12,8	13,2	13,3	13,3	13,7	13,4	13,5	13,8	13,7	14,1	13,5
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	12,6	12,9	12,8	13,0	13,2	12,9	11,8	12,1	11,8	11,9	12,6
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri	17,8	18,0	18,3	18,1	18,2	17,7	17,4	17,5	17,3	17,3	15,4
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	12,8	14,1	16,3	16,4	16,5	16,6	16,7	17,0	16,7	16,8	16,9
Vaasan sairaanhoitopiiri	13,9	13,5	13,6	14,1	14,5	15,4	15,2	15,6	15,3	16,0	15,5
Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	14,4	14,7	14,8	14,9	14,9	14,8	14,1	14,4	14,6	14,2	14,0
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	12,8	12,5	12,9	12,7	12,7	13,0	13,1	13,8	14,0	14,2	14,0
Kainuun sairaanhoitopiiri	14,1	14,2	14,6	14,4	12,9	13,8	14,0	13,8	13,8	13,7	13,7
Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri	12,9	13,0	12,4	12,3	12,1	11,9	12,3	12,4	12,0	12,1	11,9
Lapin sairaanhoitopiiri	14,1	13,9	14,0	14,1	14,0	13,6	13,4	13,2	12,7	12,6	12,9
Ahvenanmaa	12,0	11,2	12,0	12,8	11,6	10,9	10,9	11,3	11,1	11,5	12,0
Koko maa	14,5	14,6	14,9	15,0	14,8	14,4	14,3	14,3	14,2	13,7	13,4

Poliklinikkakäyntien lukumäärä	Ensisynnyttäjät										
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HUS	3,2	3,4	3,4	3,3	3,1	3,1	2,9	2,7	3,0	2,9	3,0
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri	2,6	2,5	2,8	2,7	2,1	2,4	2,2	2,5	2,6	2,9	2,9
Satakunnan sairaanhoitopiiri	3,5	3,7	4,0	4,5	4,0	4,0	4,2	4,0	4,5	4,5	4,8
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri	3,5	3,5	3,5	3,7	4,0	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,2
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	1,6	1,6	1,6	1,8	2,1	2,2	2,1	2,0	2,0	1,8	1,7
Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri	2,7	2,4	2,5	2,4	2,7	2,3	2,3	2,2	2,5	2,3	2,5
Kymenlaakson sairaanhoitopiiri	3,7	3,5	3,7	3,6	3,7	3,5	3,6	3,6	4,0	4,0	4,1
Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri	3,9	3,9	3,7	4,0	4,4	4,3	4,1	3,9	2,2	3,4	3,3
Etelä-Savon sairaanhoitopiiri	4,5	4,8	5,1	5,2	5,6	5,4	4,8	4,6	3,7	3,5	3,5
Itä-Savon sairaanhoitopiiri	4,7	4,3	4,2	4,4	4,3	4,5	4,5	4,6	4,7	4,7	4,6
Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri	3,6	3,6	3,6	3,7	3,4	3,6	3,8	3,1	3,1	3,1	3,0
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	2,6	2,7	2,9	3,0	2,8	3,2	3,0	3,0	3,3	2,7	2,9
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri	3,2	3,1	3,2	3,2	3,3	3,3	3,3	3,3	3,5	3,4	1,3
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	2,7	2,9	3,4	3,7	3,8	4,0	3,9	4,1	4,1	4,1	4,0
Vaasan sairaanhoitopiiri	1,5	1,5	1,5	1,9	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	1,9
Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	2,9	3,0	2,9	3,4	3,7	3,7	4,3	4,5	4,4	4,3	4,5
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	2,2	2,3	2,4	2,1	2,1	1,9	2,1	2,0	2,1	2,3	2,2
Kainuun sairaanhoitopiiri	2,0	1,6	2,1	2,3	2,6	2,6	2,7	2,9	3,3	3,4	3,6
Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri	2,2	2,4	2,8	3,0	3,5	3,8	4,1	4,3	4,2	4,1	4,3
Lapin sairaanhoitopiiri	1,5	1,7	1,9	2,2	2,4	2,8	3,0	2,9	2,7	2,9	3,0
Ahvenanmaa	3,5	3,4	3,0	3,2	3,6	3,7	3,3	3,8	3,2	3,4	3,6
Koko maa	2,9	2,9	3,0	3,0	3,0	3,0	2,9	2,8	3,0	3,0	2,9

Liite 2. Synnytykset sairaaloittain 1999-2009, THL

Synnytykset sairaaloittain 1999-2009	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HYKS, Naistenklinikka	4 568	4 821	4 563	4 545	4 719	4 684	4 728	4 951	5 033	5 440	5 451
TYKS	3 713	3 613	3 433	3 435	3 585	3 790	3 740	3 769	3 891	3 991	4 111
KYS	1 923	1 909	2 083	2 113	2 306	2 541	2 445	2 430	2 358	2 450	2 487
OYS	3 396	3 329	3 465	3 569	3 710	3 857	4 045	4 158	4 110	4 235	4 386
TAYS	4 422	4 414	4 459	4 346	4 473	4 783	4 848	4 986	4 948	5 140	5 246
Kätilöopiston sairaala	4 576	4 714	5 082	5 190	5 492	5 513	5 494	5 700	5 747	5 822	5 672
Jorvin sairaala	3 683	3 472	3 256	3 409	3 266	3 444	3 348	3 521	3 301	3 338	3 473
Etelä-Karjalan keskussairaala	1 183	1 155	1 196	1 135	1 103	1 103	1 165	1 153	1 142	1 137	1 076
Keski-Suomen keskussairaala	2 587	2 672	2 703	2 681	2 814	2 834	2 855	3 077	2 998	2 979	3 148
Pohjois-Karjalan keskussairaala	1 748	1 611	1 609	1 551	1 539	1 499	1 573	1 553	1 553	1 512	1 565
Savonlinnan keskussairaala	512	447	487	506	476	477	466	459	448	405	378
Vaasan keskussairaala	1 238	1 253	1 198	1 251	1 247	1 195	1 248	1 284	1 266	1 283	1 454
Ålands centralsjukhus	269	252	271	259	252	273	257	294	278	283	262
Kanta-Pämeen keskussairaala	1 461	1 413	1 346	1 361	1 537	1 554	1 477	1 610	1 646	1 673	1 770
Länsi-Pohjan keskussairaala	722	730	637	649	658	672	661	646	659	671	690
Lapin keskussairaala	1 177	1 077	1 059	1 032	1 038	1 065	1 080	1 068	1 116	1 175	1 197
Mikkelin keskussairaala	899	868	901	845	868	853	829	854	840	831	841
Satakunnan keskussairaala	1 700	1 666	1 681	1 974	1 948	2 067	2 021	2 159	1 978	1 937	2 100
Kymenlaakson keskussairaala	1 137	1 104	1 112	1 468	1 546	1 631	1 581	1 466	1 588	1 512	1 534
Keski-Pohjanmaan keskussairaala	1 134	1 147	1 094	1 097	1 144	1 094	1 117	1 075	1 203	1 160	1 271
Kainuun keskussairaala	806	778	725	732	740	711	772	739	743	719	780
Etelä-Pohjanmaan keskussairaala	2 018	2 093	2 099	2 045	2 045	2 082	2 059	2 045	2 073	2 208	2 177
Päijät-Hämeen keskussairaala	2 012	2 019	1 956	1 936	1 931	2 030	2 054	2 022	1 964	2 072	1 990
Porvoon sairaala / Borgå sjukhus	882	856	820	800	878	901	808	868	869	756	863
Iisalmen sairaala	434	403	333	213	78	-	-	-	-	-	-
Kuusankosken sairaala	608	651	562	80	-	-	-	-	-	-	-
Lohjan sairaala	714	699	677	650	670	632	624	694	690	677	693
Loimaan sairaala	399	397	413	378	435	363	377	358	272	293	-
Rauman sairaala	409	371	287	-	-	-	-	-	-	-	-
Salon sairaala	716	627	669	682	621	677	653	661	666	625	755
Varkauden sairaala	328	360	236	-	-	-	-	-	-	-	-
Västra Nylands sjukhus	565	545	539	546	595	580	679	616	646	652	650
Selkämeren sairaala	126	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vammalan sairaala	430	423	428	397	528	484	439	482	541	517	544
Oulaskankaan sairaala	761	822	769	821	785	836	872	855	856	853	848
Vakka-Suomen sairaala	247	227	207	161	92	-	-	-	-	-	-
Hyvinkään sairaala	1 635	1 552	1 523	1 587	1 600	1 645	1 626	1 638	1 533	1 590	1 651
Inarin terveyskeskus	31	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuusamon terveyskeskus	241	262	234	231	233	197	173	115	133	64	-
Lounais-Hämeen sairaala	220	180	165	148	-	-	-	-	-	-	-
Raahen terveyskeskus	390	399	375	364	377	319	348	308	374	344	350
Malmin terveydenhuoltoalue ky	441	451	457	488	445	479	479	523	554	569	492
Jämsän seudun terveyskeskus	186	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kotisyntytyt	15	9	8	6	3	7	10	10	3	5	10
Sairaalat, joissa alle 5 synnytystä/vuosi	2	6	3	7	-	6	2	2	2	1	-
Tuntematon	40	21	10	10	11	-	10	9	3	6	3

Vuori, THL, syntymärekisteri

Liite 3. Sairaaloiden kysyntä ja tuotanto 2010 ensikooste, Kuntaliitto

SAIRAALOIDEN TAMMI - JOULUKUU 2010 VERRATTUNA TAMMI - JOULUKUUHUN 2009								
Sairaala	Kysyntä				Asiakkaat		Palvelut	
	Lähetteet		Päiv.käynnit		Palv. käyttäneet		Käynnit yht.	
	2010	muutos	2010	muutos	2010	muutos	2010	muutos
	lkm	%	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Etelä-Karjalan ks	50589	5,4	18497	1,5	..	..	161638	-7,1
Etelä-Pohjanmaan ks	81341	3,5	27310	3,5	67833	4,8	236644	3,5
HYKS sha	331338	0,2	151157	-3,4	349992	0,2	1435111	2,7
Kainuun ks	28823	4,4	14617	-2,3	30570	0,0	121123	9,1
Kanta-Hämeen ks	52121	-0,6	31582	-2,4	54495	-0,1	217274	2,3
Keski-Pohjanmaan ks	29812	7,0	16753	-6,8	32684	-0,5	114857	4,5
Keski-Suomen ks	75551	0,6	40749	-1,8	..	..	240480	3,3
Kymenlaakson ks	38572	-2,3	20778	2,9	42879	2,5	153189	5,2
KYS	86845	3,1	39413	2,2	77462	-2,4	342663	4,1
Lapin ks	40253	-1,1	15525	-2,6	41073	0,3	134954	-0,5
Länsi-Pohjan ks	21864	0,4	12706	2,3	24481	-0,6	95057	-1,8
Mikkelin ks	34035	2,4	16617	-5,1	34673	0,5	123680	4,2
OYS	95116	0,1	43820	-1,9	107644	0,7	392240	0,7
Pohjois-Karjalan ks	57219	-9,2	..	..	..	..	219210	-2,3
Päijät-Hämeen ks	57462	1,7	31523	-2,1	69071	2,2	350263	6,0
Satakunnan shp	78254	0,3	29980	-1,3	67811	1,0	335575	4,3
Savonlinnan ks	20088	-4,0	12780	-2,7	21424	-4,6	82727	-3,6
TAYS	102612	-2,2	55336	3,1	118280	5,0	457389	8,5
TYKS	107087	4,4	51131	-2,7	121617	0,3	440178	3,1
Vaasan ks	44937	-0,6	23086	-5,5	49481	-2,4	214620	3,5
Yhteensä *)	1433919	0,6	653360	-1,5	1311470	0,7	5868872	3,0
Forssan sair.	10572	12,2	10306	6,3	14831	6,6	51579	8,7
Hyvinkään sair.	38443	2,2	23136	3,2	57681	2,2	189980	4,5
Iisalmen sair.	11994	20,3	1588	-11,8	..	..	102996	9,9
Jokilaakson sair.	8063	36,5	16	-79,2	7614	13,1	19211	-1,8
Kuusankosken as	17875	-0,6	14033	-1,7	22275	-0,7	50333	0,7
Lohjan sair.	25765	5,1	10465	4,8	28541	4,3	107202	5,5
Loimaan as	8894	4,7	8072	-5,8	14785	1,9	38587	-0,2
Länsi-Uudenmaan sair.	11611	3,4	8241	-1,2	16732	..	60047	0,7
Malmin (Pietars.) sair.	11553	-6,4	9348	-2,7	15702	-0,9	51026	-6,7
Mäntän sair.	3375	-6,5	385	-8,8	4874	-9,4	11240	-2,7
Oulaskankaan sair.	11720	0,5	4960	-1,1	13563	-2,2	32538	17,8
Pieksämäen sair.	5303	6,1	2567	-23,1	12693	17,3	21517	-2,7
Porvoon sair.	18371	8,2	15825	0,1	23364	0,5	55395	0,0
Raahen sair.	11072	-1,5	205	34,9	10241	1,6	28698	..
Salon seudun sair.	15911	2,8	9344	1,5	19048	1,5	57676	-0,8
Turunmaan sair.	7500	3,7	166	64,4	10132	3,2	32214	3,5
Vakka-Suomen sair.	8664	6,6	7099	-0,7	15432	-1,5	47225	0,5
Valkeakosken sair.	14259	7,5	5908	2,6	14734	2,8	35810	8,3
Vammalan sair.	8560	5,7	5712	-3,7	11960	0,7	48416	4,4
Varkauden sair.	8181	-9,5	1759	-48,1	7194	-14,4	21200	-17,7
VSSHHP psyk.tulosalue	4598	-5,0	5870	-11,2	9236	1,5	89524	1,8
Visalan sair.	532	0,2	26	-16,1	490	-7,2	716	-0,6
Yhteensä *)	262816	4,1	145031	-1,8	314390	1,7	1124432	2,8
Kaikki yhteensä *)	1696735	1,1	798391	-1,6	1625860	0,9	6993304	2,9

*) muutokset laskettu niistä, joista molempien vuosien tiedot käytössä

Liite 4. Sairaaloiden kysyntä ja tuotanto 2010 ensikooste, Kuntaliitto

SAIRAALOIDEN TAMMI - JOULUKUU 2010 VERRATTUNA TAMMI - JOULUKUUHUN 2009							
Sairaala	Hoitojaksot		Synnytykset		Keisari-	Leikkaukset	
	2010	muutos	2010	muutos	leikk.	2010	muutos
	lkm	%	lkm	%	%-osuus	lkm	%
Etelä-Karjalan ks	17745	-0,1	1224	13,8	17,2	9430	2,6
Etelä-Pohjanmaan ks	25321	-2,2	2186	0,5	16,1	14258	1,2
HYKS sha	149684	-1,0	14991	1,7	18,2	67566	2,0
Kainuun ks	15140	5,8	753	-3,5	17,3	5395	-5,3
Kanta-Hämeen ks	24357	0,6	1642	-7,2	15,7	9451	2,1
Keski-Pohjanmaan ks	13934	-9,6	1331	4,8	17,4	6806	-2,1
Keski-Suomen ks	38162	-0,6	3078	-2,3	18,1	15278	5,9
Kymenlaakson ks	20463	1,8	1626	6,1	16,7	11024	-0,9
KYS	49626	0,4	2501	0,6	11,8	21574	7,4
Lapin ks	17802	-1,9	1204	0,6	16,6	9514	3,4
Länsi-Pohjan ks	10735	-12,9	718	2,1	13,5	5666	-3,4
Mikkelin ks	15582	-1,3	818	-2,7	19,2	7259	8,9
OYS	53008	-2,1	4404	0,5	16,3	28330	2,1
Pohjois-Karjalan ks	29556	-10,5	1568	0,2	13,5	12132	-3,6
Päijät-Hämeen ks	36282	-0,1	2035	3,2	15,7	15978	3,7
Satakunnan shp	34919	3,5	2091	-0,4	15,1	15714	3,3
Savonlinnan ks	11307	-4,8	402	6,3	24,1	4317	-11,9
TAYS	55925	0,4	5114	-2,5	17,1	23144	2,8
TYKS	54635	-3,2	4303	4,7	14,5	28896	-0,9
Vaasan ks	24795	-3,8	1467	0,9	11,9	8869	0,3
Yhteensä *)	698978	-1,6	53456	1,0	16,5	320601	1,7
Forssan sair.	5523	-3,4	-			1645	0,9
Hyvinkään sair.	21336	6,4	1634	-1,2	13,6	7472	-1,7
Iisalmen sair.	5122	-3,4	-			2603	-6,6
Jokilaakson sair.	2856	-0,3	-			1905	23,2
Kuusankosken as	7444	5,0	-			3648	1,8
Lohjan sair.	11312	6,6	936	33,7	13,6	5231	12,6
Loimaan as	4048	-2,6	-			2236	-4,6
Länsi-Uudenmaan sair.	7212	2,1	272	-58,2	17,6	2381	6,6
Malmin (Pietars.) sair.	5741	-10,0	433	-12,9	17,3	1969	-13,4
Mäntän sair.	1783	-21,1	-			802	-37,6
Oulaskankaan sair.	6661	-1,3	812	-4,2	7,4	3460	-2,1
Pieksämäen sair.	1721	-3,3	1			1131	-6,8
Porvoon sair.	10714	1,1	831	-3,9	16,0	3915	1,3
Raahen sair.	4379	-4,2	385	10,3	19,2	2766	2,3
Salon seudun sair.	7659	-5,4	778	3,0	12,2	3000	-8,5
Turunmaan sair.	2169	3,2	-			2241	-2,3
Vakka-Suomen sair.	3386	-1,7	-			1710	-6,7
Valkeakosken sair.	5845	-0,7	-			2727	4,4
Vammalan sair.	4080	0,6	582	7,0	12,9	1814	8,0
Varkauden sair.	2902	-17,4	-			251	-78,8
VSSHP psyk.tulosalue	1884	-9,6	-			-	
Visalan sair.	718	-7,5	-			-	
Yhteensä *)	124495	-0,5	6664	-2,9	13,7	52907	-2,3
Kaikki yhteensä *)	823473	-1,4	60120	0,5	16,2	373508	1,2

*) muutokset laskettu niistä, joista molempien vuosien tiedot käytössä