

Äitiysneuvolat muuttuvassa terveydenhuollossa — Ehdotuksia rakenteiden uudistamiseksi 2015

Toimiva äitiyshuolto on perusta uuden elämän hyvälle alulle. Suomalaisen äitiyshuollon tulokset ovat olleet hyviä, ja asiakkaat pääsääntöisesti tyytyväisiä. Äitiyshuolto on rakentunut kunnalliseen, porrastettuun järjestelmään ja kustannukset ovat olleet kohtuullisia. Ensimmäinen porras, äitiysneuvolat, on ollut hyvin saavutettavissa ja toiminta ohjeistettua. Äitiysneuvolat tekevät läheistä yhteistyötä äitiyspoliklinikoiden kanssa, mutta yhteys synnytyksiä hoitaviin yksiköihin on ollut vähäisempää.

Hyvistä tuloksista huolimatta äitiyshuoltoon liittyy joitakin huolenaiheita koskien mm. ammattihenkilöiden osaamista ja palveluiden saataavuutta. Harvaan asutuilla alueilla äitiyspoliklinikapalveluiden saatavuus on huonoa ja raskaana olevien vähäinen määrä voi olla esteenä neuvolan työntekijän ammattitaidon kehittymiselle. Joillakin alueilla äitiyshuollon työmäärä on kasvanut liialliseksi. Äitiysneuvoloiden ja äitiyspoliklinikoiden työnjako kaipaa lisäksi uudelleenarviointia.

Terveydenhuollon järjestelmää ja rahoitusta ollaan parhaillaan muuttamassa. Jo tapahtuneet ja suunnitellut muutokset edellyttävät äitiyshuollon rakenteiden uudelleentarkastelua. Tässä puheenvuorossa tarkastellaan raskauden suunnittelun ja raskauden ajan seurannan aikaista toimintaa. Puheenvuoro perustuu raporttiin (1), johon olemme koonneet tietoja ja ajatuksia siitä, millä tavoin raskauden aikainen seuranta pitäisi asemoida sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksissa, jotta toiminnan sisällön ja laadun yhdenmukaisuus voitaisiin taata asukasmäärältään erityyppisillä asuinalueilla.

Päivystysasetuksella (<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130652>) pyritään keskittämään synnytykset suurempiin yksiköihin ja asetus johtanee pienempien synnytysyksiköiden lakauttamiseen ja sitä kautta välimatkat erityistason palveluihin ja synnytysairaaloihin pidentyvät. Pidentyneet välimatkat synnytysairaaloihin ennakoivat matkasynnytysten yleistymistä ja tarvetta lisätä ensihoitajien synnytyksenhoitoval-

miuksia sekä kättilöiden valmiuksia synnytyksen hoitoon ensihoito-olosuhteissa. Pidemmät etäisyydet erityistason palveluihin johtaa myös tarpeeseen kehittää äitiysneuvoissa työskentelevien kättilöiden osaamista ja osaamisen vaatimuksia. Tällä hetkellä ammattikorkeakouluissa annettavan kättilöiden koulutuksen rakenne ja rahoitus ovat muutoksessa. Päivystysasetus johtaa myös tarpeeseen tarkastella tiivistä synnytysairaaloiden kanssa toimivien äitiyspoliklinikoiden toimintaa. Oletettavaa on, että synnytysosaston sulkemisen myötä myös äitiyspoliklinikat keskittyvät. Tämä asettaa äitiyspoliklinikoihin tukeutuvat äitiysneuvolat uuteen tilanteeseen. Päivystysasetus johtaa myös erikoislääkäreiden suurempaan tarpeeseen synnytysairaaloissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen ja rahoituksen uudistuksen valmistelut ennakoivat siis huomattavia muutoksia palveluihin. Kaikissa muutosehdotuksissa on nähtävissä muutoksia tähänastisessa alueellisessa porrastuksessa julkisessa terveydenhuollossa, sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa, monikanavaisessa rahoituksessa ja ehkäisevän toiminnan järjestämisessä. Tähän asti valtio on rajoittanut omia menojaan, mutta jatkossa valtio aikonee rajoittaa myös kuntamenoja.

ÄITIYSHUOLLON NYKYTILANNE

Suomessa on syntynyt viime vuosina hiukan alle 60 000 lasta. Väestöennusteiden mukaan syntyvyys ei nouse, mutta raskaana olevien naisten hoitotarve muuttuu enemmän erityisosaamista vaativaksi: iäkkäämpiä synnyttäjiä ja muihin riskiryhmiin kuuluvia naisia on aiempaa enemmän ja myös monikulttuurisuus lisääntyy.

Vuonna 2008 vajaassa viidenneksessä kuntia äitiysneuvolatoiminta järjestettiin erillisenä äitiysneuvolatoimintana (2). Suurimmassa osassa kuntia äitiysneuvolatoiminnot olivat yhdistettyinä perhesuunnitteluneuvolan kanssa. Yhdistäminen lastenneuvoloihin oli joka viidennessä kunnassa, mutta väestömääräisesti tarkastellen se oli tavallisin muoto. Erityisryhmien hoito ja vastuu äitiys-

neuvolan ja erikoissairaanhoidon välillä vaihteli kunnittain.

Yleensä äitiysneuvoloiden lääkärinä työskenteli yleislääkäri muun työn ohella. Hoitohenkilökunnan yleisin koulutus oli terveydenhoitaja, mutta noin viidenneksellä oli sekä kättilön että terveydenhoitajan koulutus (2). Yli puolessa kuntia terveydenhoitajat hoitivat vuosittain alle 50 raskaana olevaa ja 15 %:ssa alle 20. Kättilö-terveydenhoitajilla asiakkaiden lukumäärä oli suurempi. Osaamisen karttumisen kannalta hoidettujen äitien lukumäärä oli alhainen.

Vuonna 2014 suurin osa äitiysneuvolakäynneistä oli hoitohenkilökuntakäyntejä (78 %). Kaupunkimaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa oli hieman enemmän sekä lääkäri- että hoitajakäyntejä kuin maaseutumaisissa kunnissa, mutta erot olivat pieniä (3).

Äitiyspoliklinikoiden ja äitiysneuvoloiden toimintaympäristö ja toiminnan sisältö eroavat toisistaan. Äitiyspoliklinikat ovat kiinteä osa sairaalaa, niiden toiminta on järjestetty sairaalajärjestelmän mukaisesti, palvelut ovat maantieteellisesti keskitetyt, vallitseva ideologia on hoitava, tehtävät ovat eriytettyjä ja hoidon antajat vaihtuvia. Toiminta on erikoislääkärikeskeistä ja käytettävissä ovat uusimmat tutkimus- ja hoitomenetelmät.

Äitiyspoliklinikat toimivat lähetepoliklinikoina, päivystyspisteinä ja sikiöseulontoja tekevinä yksiköinä. Synnytys sairaalat ohjeistavat äitiysneuvoloita mm. listaamalla ongelmia ja sairauksia, joiden vuoksi äiti tulisi lähettää poliklinikalle. Äitiyspoliklinikan merkitystä on lisännyt vuodeosastohoidon muuttuminen valtaosin polikliiniseksi hoidoksi.

THL:n hoitoilmoitusrekisterin mukaan vuosina 2011–2013 koko maassa oli vuosittain noin 170 000 käyntiä sairaaloiden äitiyspoliklinikoille. Huomattava osa käynneistä oli päivystyskäyntejä. Suurin osa yleisimmistä käyntisyistä liittyi normaaliraskauden seurantaan ja vain kolmannes käynneistä oli äidin sairauden tai muun riskiraskauden vuoksi.

Vuonna 2014 äitiysneuvolakäyntejä oli 11,4 ja äitiyspoliklinikkakäyntejä 3,3 raskaana olevaa kohden (4). Käyntien määrä vaihteli sairaanhoitopiireittäin, mutta äitiysneuvola- ja äitiyspoliklinikkakäyntien määrät eivät riippuneet toisistaan sairaanhoitopiireittäin. Toisin sanoen ne eivät korvanneet toisiaan.

Vuodesta 2000 lähtien on lakkautettu 14 synnytysyksikköä. Vuoden 2014 lopussa synnytys-

sairaaloita oli 27. Vuoden 2014 synnytyksistä suurin osa (69 %) tapahtui keskussairaalassa. Riskiraskauksista pienipainoisen lasten syntymät ja kaksosraskaudet hoidetaan keskussairaaloissa.

LÄHTÖKOHDAT EHDOTUKSILLE

1. Äitiyshuollon sisällön ja laatukriteerien halutaan olevan mahdollisimman samanlaiset eri puolella Suomea. Sisältö sovitetaan raskaana olevien ja synnyttävien naisen terveyteen ja oletettuihin riskeihin sekä naisen perhetilanteeseen. Sisällöllisen kehittämisen viimeisimpiä linjauksia on koottu äitiysneuvolasuosituksiin (5).
2. Maan eri alueilla asukastiheys ja etäisyydet erikoissairaanhoidon ovat erilaisia. Järjestelmän muokkaus alueiden erityispiirteiden mukaan johtaa hoidon samanlaiseen laatuun asuinalueesta riippumatta.
3. Asiakas- ja perhekeskeisyyden on hyvä olla kehittämisen lähtökohtana.
4. Lasten saamiseen liittyvä terveydenhuollon toiminta tulisi nähdä jatkumona: raskaaksi tuleminen/lääketeieteellinen avustaminen, raskauden aika, keskenmenot ja keskeytykset, synnytykset ja synnytyksen jälkeinen aika (ml. vastasyntyneen hoito). Tässä toiminnassa äiti on keskiössä ja jatkumo on hänen kannaltaan. Synnytyksen jälkeen terveydenhuollon palvelut eriytyvät naiseen ja lapseen; suhteessa lapseen naisesta tulee äiti ja osa perheen palveluiden kohdetta.
5. Lähtökohtaisesti raskaus ja synnytys ovat normaaleja elämäntapahtumia, eivätkä sairauksia, eikä niitä tule tarpeettomasti medikalisoita ottamalla käyttöön toimenpiteitä ja teknologiaa ilman kyllin painavia lääketieteellisiä perusteita. Helpoiten se tapahtuu pitämällä normaaliraskauksien hoito perustasolla ehkäisevän terveydenhuollon piirissä ja eriyttämällä synnytysympäristöä oletetun riskin mukaan.
6. Perustasolla hoidon antajien erityisosaaminen raskaudesta ja synnytyksestä tulee olla niin syvällistä, että he pystyvät itsenäisesti hoitamaan normaaliraskaudet.
7. Synnytysyksikköjen hoitohenkilökuntana ovat kättilöt jatkossakin.
8. Raskaana olevien naisten äitiyshuollon peruspalvelujen saamisen tulisi olla mahdollisimman lähellä kotia/ työpaikkaa; etäpalveluja ja asiantuntijoiden matkustusta tulee suosia raskaana olevan matkustamisen sijasta. Läheisyysperiaatetta puoltaa medikalisaation vält-

täminen. Etuna on myös palvelujen saatavuuden paraneminen, alhaisemmat kustannukset sekä hoitojärjestelmälle että äidille, sekä paremmat mahdollisuudet tietää ja vaikuttaa äidin ja hänen perheensä olosuhteisiin.

9. Jos toiminnot eivät ole saman lähijärjestelmän sisällä, eri toimijoiden välisen yhteistyön edistämiseksi on mietittävä toimivia kannustimia.

EHDOTETTAVA MALLI

Alla esitetään mallin sovellus tiheästi ja harvaan asutuille alueille (Taulukko 1). Esitetty malli on perusmalli, joita voi paikallisen tilanteen ja hen-

kilökunnan saatavuuden mukaan muokata. Neuvoloiden osalta malli ei ota kantaa toimitilojen integraatioon, joka voidaan toteuttaa erilaisissa rakenteissa (esimerkiksi perhe- tai hyvinvointikeskuksissa). Esitetyn mallin lisäksi tulisi rohkaista alueellisia kokeiluja äitiyshuollon järjestämisessä.

Tiheän asutuksen alue. Alueilla luodaan perustasolle kahdentasoisia neuvoloita, lähineuvoloita ja keskusneuvoloita. Keskusneuvoloihin siirretään nyt sairaaloiden äitiyspoliklinikoilla olevaa erityisosaamista riskiraskauksien diagnosoimista ja hoitamista varten. Raskaana olevat jaeetaan raskauden alkuvaiheessa oletettuun matalan riskin raskauteen ja oletettuun riskiraskauteen.

Taulukko 1.

Uudet mallit äitiysneuvoloiden järjestämiseksi verrattuna nykyiseen.

	Tiheän asutuksen alueet	Haja-asutusalueet	Nykyinen
Perusidea	kahdentasoisia neuvoloita; keskusneuvoloihin äitiyspoliklinikan tehtäviä	osa SELI-neuvola ^b	vaihtelee terveys-aseman mukaan
Lähipalvelu	kyllä	kyllä	kyllä
Yhteys sosiaali-toimeen	keskusneuvoloissa integroitu	vaihtelee	vaihtelee
Hallinnollinen asema ^a	perusterveydenhuolto	perusterveydenhuolto	perusterveydenhuolto
Paikan valinnan-vapaus	lähineuvoloiden välillä	ei käytännössä	isoilla paikkakunnilla
Keskeinen ammattiryhmä	kättilö/ kokenut th	kättilö/ kokenut th	th/ kättilö
(Tuki) lääkäri	erikoistunut yl/ gynekologi	gynekologi/ erikoistunut yl	yl
Konsultaatio	keskusneuvola/ äitiyspoliklinikka	äitiyspoliklinikka	äitiyspoliklinikka
Yhteys synnytyksiin	ei	ei	ei
Synnytyksen jälkeinen aika	sama paikka ^c	sama paikkac	sama paikka
Kättilön/ th työpaikka	yksi	yksi	yksi
Lääkärin työpaikka	yksi	useita	yksi
Erytystä/ muuta	keskusneuvoloissa muita erityisosaajia	etäyhteydet konsultaatiossa	vaihtelu neuvolan mukaan
Vahvuudet	erityisosaaminen riskiraskauksissa neuvoloissa	yhteys lisääntymisterveyspalveluihin, lähipalvelut	yhteys lastenneuvolaan
Heikkoudet	leimautumismahdollisuus mitoituksen ennustaminen	lääkäreiden matkustettava	asiantuntemus paikoin puutteellinen, pitkät matkat erityisosaamiseen haja-asutusalueilla
Synnytysten keskittäminen	ottaa huomioon	ottaa huomioon	??

th= terveydenhoitaja, yl= yleislääkäri

^a Olettaen että nykyinen jako perus- ja erikoissairaanhoidon säilyy

^b SELI-neuvola =Seksuaali- ja lisääntymisterveysneuvola: kaikki lisääntymisterveyteen kuluvat perusterveydenhuoltoon soveltuvat tehtävät, myös miesten.

^c Lapset äitiysneuvolan vastuulla 3kk ikään, sen jälkeen lastenneuvolan asiakkaiksi

Jakoa voidaan korjata kullakin neuvolakäynnillä. Riskiraskauksien määrittelyyn luodaan kansalliset yleisohjeet, joita voi muokata paikallisen tilanteen mukaan. Tilanteesta riippuen riskiraskausryhmän äidit käyvät keskusneuvoloissa joko yksinomaan tai osittain. Arviolta noin 10–15 % äideistä kuuluisi riskiraskausryhmään. Matalan riskin raskauden määrittely saaneet äidit käyvät lähineuvolassa.

Lähineuvolan henkilökunnan ydinjoukon muodostavat kätilöt tai paljon raskaana olevia hoitaneet terveydenhoitajat. Heidän tukena on tehtävään erikoistunut yleislääkäri tai kiertävä naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri. Keskusneuvolan henkilökunnassa tulisi kätilöiden ja lääkäreiden lisäksi olla muita erityisosaajia ja tukitoimia (esim. sosiaalityön, ravitsemuksen, mielenterveyden, synnytyspelon, päihderiippuvuuden osaajia). He voisivat olla joko kiertäviä tai päätoimisia. Keskusneuvolan ja lähineuvolan henkilökunnan välille järjestetään työkiertoa ja muuta yhteistoimintaa osaamisen lisäämiseksi.

Keskusneuvoloita esitetään äitiyspoliklinikan rinnalle seuraavista syistä:

- 1) synnytysten keskittämisen myötä äitiyspoliklinikat ovat vähentyneet ja niiden tulisi keskittyä erityisongelmien hoitoon ja konsultaatioon,
- 2) sairaalan ulkopuolella olevassa yksikössä hoito on vähemmän altis medikalisaatiolle,
- 3) mahdollisuus perusterveydenhuollon erityisosaamisen parempaan hyödyntämisen ja
- 4) synnytysairaaloitten ja äitiyspoliklinikoiden keskittämisestä johtuva ”aukon täydentäminen” tukemalla lähipalvelujen toimintaa ja vahvistamalla perusterveydenhuoltoa. Erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikoille keskittyvät kuvantaminen ja päivystys.

Mallin vahvuutena on hyvä erityisosaaminen riskiraskauksien hoidossa ja sen edullisuus verrattuna siihen, että kaikki riskiraskaudet hoidetaan äitiyspoliklinikoilla. Suurimmalle osalle raskaana olevia se tarjoaa äitiysneuvolan lähipalveluna. Se mahdollistaa myös vaativan sosiaalityön raskaana oleville paremmin kuin hajautettuna yleisessä sosiaalityössä. Mallin kaksi mahdollista ongelmaa ovat:

- 1) se voi leimata riskiäidit ja muuttaa heidän suhtautumistaan itseensä ja raskauteensa kielteisesti,
- 2) etukäteen on vaikea ennustaa riskiryhmään kuuluvien äitien lukumäärää ja äitien halukkuutta siirtyä keskusneuvolan asiakkaaksi,

joten mitoitusta voi olla vaikea ennakoida. Näitä voi vähentää oikeilla nimikkeillä ja tiedotuksella sekä huolellisella ohjeistuksella ja niiden jalkauttamisella.

Haja-asutusalue. Haja-asutusalueilla äitiysneuvola toimii osana laajempaa seksuaali- ja lisääntymisterveysneuvolaa. Neuvolan tehtäviin kuuluvat lasten hankintaan ja seksuaaliterveyteen liittyvät, perusterveydenhuoltoon soveltuvat tehtävät. Tehtäviin voi kuulua äitiyshuolto, raskauksien ehkäisy, keskeytysten, keskenmenojen, lapsettomuuden, vaihdevuosisongelmien ja seksitauteihin liittyvä neuvonta, seulonta ja osittain myös hoito sekä gynekologiset seulonnat. Tämän toimenkuvan vuoksi työntekijöillä riittää asiakkaita pienelläkin paikkakunnalla. Hyvin harvaan asutuilla alueilla kätilö tai äitiyshuoltoon erikoistunut terveydenhoitaja on kiertävä ja neuvola on auki vain tiettyinä aikoina.

Neuvolan keskeinen henkilö on kätilö tai lisäkoulutuksen saanut/kokenut terveydenhoitaja. Erityisosaamisen tuominen neuvolaan hoidetaan jalkautuvalla mallilla: neuvoloissa kierrätetään gynekologeja tai erikoistuneita yleislääkäreitä. He hoitavat niitä raskaana olevia, jotka tiheään asutuksen alueilla hoidettaisiin keskusneuvolassa. Näiden lisäksi konsultaatiomahdollisuuksia luodaan etäyhteyksien avulla.

Mallin sovelluksessa harvaan asutulle alueelle on useita vahvuuksia: se tarjoaa haja-asutusalueillakin palveluita lähellä raskaana olevaa, se on raskaana olevaa voimaannuttava ja mahdollistaa lasten hankinnan kokonaisuuden hahmottamisen taloudellisella tavalla. Lisäksi neuvolalla on asiantunteva henkilöstö, ammattilaisilla mielekäs toimenkuva ja riittävästi asiakkaita myös pienillä paikkakunnilla. Harvan asutuksen mallin sovelluksen heikkoutena on se, että erittäin harvaan asutuilla seuduilla asiakasmäärä ei riitä joka päivä auki olevaan neuvolaan ja että riskiraskauksien asiantuntijat joutuvat matkustamaan. On siksi mahdollista, että henkilökunnan rekrytointi voi tuottaa vaikeuksia.

Äitiyshuollon yhdistelmämallilla voidaan tukea kustannustehokkaasti äitiyshuollon sisällöllistä yhdenmukaisuutta ja kohdentaa erityisosaamista asiakaslähtöisesti, pääosin lähipalveluina ja keskeisiin yhteistyötahoihin integroituna. Haasteena on riskiosuuksien ennustettavuus. Uusi malli tarjoaa tarpeen mukaisen jatkumon raskauden ajalle. Se on henkilökunnan osaamisen kannalta tarkoituksenmukainen ja pyrkii aidosti poistamaan perusterveydenhuollon ja erikois-

sairaanhoidon välistä siiloutumista. Toivomme mallista olevan hyötyä päätettäessä äitiyshuoltoon kohdistuvista rakenteellisista uudistuksista.

EIJA RAUSSI-LEHTO

ELINA HEMMINKI

Työryhmä:

*Eija Raussi-Lehto, THM, erikoissairaanhoidaja –
kätilö, lehtori*

*Mika Gissler, FT, VTM, tutkimusprofessori,
epidemiologian dosentti*

*Seppo Heinonen, naistentautien ja synnytysten
erikoislääkäri, professori*

Visa Honkanen, lastenlääkäri, dosentti

*Tapani Hämäläinen, LL, yleislääketieteen
erikoislääkäri*

*Reija Klemetti, FT, erikoistutkija, kansanterveyden
dosentti*

*Sanna-Kaisa Kukko, asiantuntijahoitaja – kätilö,
terveydenhoitaja -YAMK*

*Anna-Maija Tapper, naistentautien ja synnytysten
erikoislääkäri, terveydenhuollon hallinnon
dosentti, MBA*

Terhi Virtanen, kätilö, terveydenhoitaja, TtM

*Elina Hemminki, LKT, tutkimusprofessori,
kansanterveystieteen dosentti*

KIRJALLISUUS

- (1) Raussi-Lehto E, Hemminki E. (toim.). Äitiysneuvolat muuttuvassa terveydenhuollossa – Ehdotuksia äitiysnevoloiden rakenteiden uudistamiseksi 2015; Työpaperi. 2015_017 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-532-5>
- (2) Raussi-Lehto E, Regushevskaya E. ym. Äitiysneuvolatoiminta Suomessa 2000-luvulla. Kyselytutkimuksen peruseräraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 52/2011.
- (3) THL: Hoitoilmoitusrekisteri, julkaisemattomia tilastoja.
- (4) Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014. Ennakkotilastoja www.thl.fi/tilastoliite/synnyttajat/Perinataalitalasto_ennakko2014.xls
- (5) Klemetti R, Hakulinen-Viitanen T. (toim.). Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Helsinki: Opas 29; 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>