



Eija Raussi-Lehto, Elina Hemminki (toim.)
Mika Gissler, Seppo Heinonen, Visa Honkanen, Tapani Hämäläinen, Reija Klemetti,
Sanna-Kaisa Kukko, Anna-Maija Tapper, Terhi Virtanen

Äitiysneuvolat muuttuvassa terveydenhuollossa

Ehdotuksia rakenteiden uudistamiseksi 2015

TYÖPAPERI 17/2015

Eija Raussi-Lehto, Elina Hemminki (toim.)
Mika Gissler, Seppo Heinonen, Visa Honkanen, Tapani Hämäläinen, Reija Klemetti,
Sanna-Kaisa Kukko, Anna-Maija Tapper, Terhi Virtanen

**Äitiysneuvolat muuttuvassa
terveydenhuollossa
Ehdotuksia rakenteiden uudistamiseksi 2015**



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-532-5 (verkkajulkaisu)
ISSN 2323-363X
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-532-5>

Helsinki, 2015

Sisällys

Johdanto	4
1. Hallinnolliset muutokset	5
2. Äitiyshuollon nykytilanne	6
2.1. Tarve	6
2.2. Tarjonta	7
2.3. Käyttö	9
2.4. Kehittämistarpeita tämän hetken äitiysneuvolatoimintaan	11
3. Työryhmän ehdotukset	11
3.1. Lähtökohdat ehdotuksille	11
3.2. Ehdotettava malli	12
Lähteet	14
Liitteet	15

Johdanto

Suomen äitiysneuvolat ja äitiyshuolto on ollut toimiva kokonaisuus. Äitiyshuollon tulokset ovat olleet hyviä, ja asiakkaat ovat olleet pääsääntöisesti tyytyväisiä. Äitiyshuolto on rakentunut kunnalliseen, porrastettuun järjestelmään. Äitiyshuollon kustannukset ovat olleet kohtuullisia, mutta niihin kohdistuu enenevästi nousupaineita. Terveydenhuollon järjestelmää ja rahoitusta ollaan muuttamassa. Jo tapahtuneet hallinnolliset muutokset, suunnitelmat sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten vähentämiseksi ja ennen kaikkea suunniteltu sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus edellyttävät myös äitiyshuollon rakenteiden uudelleentarkastelua ja mahdollistavat uudenlaisen, entistä toimivamman ja uudenlaiset vaatimukset huomiioon ottavan järjestelmän kehittämisen.

Vuonna 2014 Suomessa syntyi 57 805 lasta. Synnyttäjistä 41 prosenttia oli ensisynnyttäjiä. Väestöennusteiden mukaan syntyvyys ei nouse, mutta raskaana olevien (ja synnyttävien) naisten hoitotarve muuttuu enemmän erityisosaamista vaativaksi: vanhoja synnyttäjiä ja muihin riskiryhmiin kuuluvia naisia on aiempaa enemmän ja monikulttuurisuus lisääntyy.

Toimiva äitiyshuolto on oleellinen uuden elämän hyvälle alulle. Äitiyshuollon toimintakenttä on laaja: se ulottuu naisten ja heidän läheistensä voimavarojen inhimillisestä tukemisesta korkean lääketieteellisen teknologian käyttöön. Tämä raportti keskittyy äitiyshuollon yhteen osa-alueeseen: raskauden suunnittelun ja raskauden aikaan (prenataaliaikaan) ja sen tärkeään hallinnolliseen osa-alueeseen, äitiysneuvolatoimintaan. Olemme koonneet tähän raporttiin ajatuksia, millä tavoin tämä tärkeä ja erityisluonteinen terveydenhuollon osa-alue pitäisi asemoida sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksissa. Raportti ei ole valmis toimitasuunnitelma; sen tarkoitus on toimia jatkotyöskentelyn pohjana. Sen näkökulma on raskaana oleva nainen osana perhettään.

Raportti tarjoaa aineksia sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden suunnittelijoille ja päätöksentekijöille valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. Lisäksi se tuo aineksia terveydenhuollon ammattilaisten kouluttajille opiskelijamitoitukseen ja koulutukseen sekä avaa uuden näkökulman perusterveydenhuollon työntekijöiden rekrytoinnille.

Työryhmä.

Työryhmän jäsenet edustavat terveydenhuollon eri ammatteja ja yhteistä heille on kiinnostus ja halu äitiyshuollon kehittämiseen. Jäsenet tulevat eri organisaatioista, mutta tämän raportin teossa he eivät edusta taustaorganisaatioitaan. Työ on tehty asiantuntijoiden omasta kiinnostuksesta, eivätkä työryhmän suositukset välttämättä kuvasta taustaorganisaatioiden näkemyksiä. Alla on annettu kunkin jäsenen ammatillinen tausta selventämään lukijoille asiantuntijuuden ulottuvuuksia.

Työryhmä:

Mika Gissler, FT, VTM, tutkimusprofessori, epidemiologian dosentti

Seppo Heinonen, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, professori

Elina Hemminki, LKT, tutkimusprofessori, kansanterveystieteen dosentti

Visa Honkanen, lastenlääkäri, dosentti

Tapani Hämäläinen, LL, yleislääketieteen erikoislääkäri

Reija Klemetti, FT, erikoistutkija, kansanterveystieteen dosentti

Sanna-Kaisa Kukko, asiantuntijahoitaja - kättilö, terveydenhoitaja -YAMK

Eija Raussi-Lehto, erikoissairaanhoitaja-kättilö, THM, kättilötyön lehtori

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

Terhi Virtanen, kättilö, terveydenhoitaja, TtM

1 Hallinnolliset muutokset

Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa on tapahtumassa useita muutoksia, joiden sinänsä ei ole suoraan tarkoitettu muuttavan prenataalihoitoa tai äitiysneuvolatoimintaa, mutta joilla tästä huolimatta on vaikutuksia siihen. Alla on esitelty neljä tapahtunutta tai todennäköisesti tapahtuvaa muutosta. Nämä esitetään perusteina, miksi varautuminen muutoksiin prenataalihoitossa ja äitiysneuvolatoiminnassa on välttämätöntä.

Päivystysasetus.

Asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (nk. päivystysasetus) allekirjoitettiin syksyllä 2013 ja sitä täsmennettiin jo syksyllä 2014. Asetuksen synnytyksiä koskeva osuus tuli voimaan kesällä 2015. Uudella päivystysasetuksella on merkittävä vaikutus synnytyksiin ja äitiyshuollon järjestämiseen (<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130652>). Asetuksen avulla pyritään keskittämään synnytykset suurempiin yksiköihin; näiden yksiköiden resursoinnista ja lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan läsnäolosta annettiin entistä tarkempia ohjeita lisääntyvin vaatimuksin. Asetus johtanee pienempien synnytysyksiköiden lakkauttamiseen ja sitä kautta pidempiin välimatkoihin erityistason palveluihin ja synnytyssairaaloihin. Synnytysten loppumisen myötä mahdollisesti myös äitiyspoliklinikat keskittyvät. Tämä asettaa äitiyspoliklinikoihin tukeutuvat äitiysneuvolat uuteen tilanteeseen.

Asetuksen perusteluasiassa todetaan, että vaikka äitiysneuvolalla on ensisijainen vastuu raskauden seurannasta, läheinen yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa on erittäin tärkeää ja sen täytyy toimia saumattomasti. Synnytysyksiköiden vähentyessä synnytyssairaaloiden äitiyspoliklinikoiden ja alueiden neuvoloiden yhteistyötä on tiivistettävä ja pyrittävä erikoisosaajien yhteiskäyttöön sekä konsultaatiomahdollisuuksien lisäämiseen. Muistiossa ei kuitenkaan esitetä konkreettisesti, miten tämä tapahtuu. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityshenkilön raportissa pienten synnytyssairaaloiden tulevaisuudesta sekä Kätilöliitto että Terveystieteiden tutkimuskeskus kannattavat keskusneuvolatoimintaa, jolla voitaisiin tukea neuvolaa erityisosaamista edellyttävissä tehtävissä ja vähentää erikoissairaanhoidon lähettämistä (Nieminen, 2015).

SOTE-uudistus.

Pitkään valmisteltu sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen (ns. SOTE-uudistus) valmistelu jatkuu. Myös SOTE-palveluiden rahoituksen uudistuksesta on valmistunut työryhmän esitys. Tähänastiset valmistelut ennakoivat huomattavia muutoksia palveluihin, myös äitiyshuoltoon. Esillä on ollut keskenään ristiriitaisiakin tavoitteita, mutta kaikissa muutosehdotuksissa on nähtävissä halu muuttaa tähänastista alueellista porrastettua julkista terveydenhuoltoa, sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota, monikanavaista rahoitusta ja ehkäisevän toiminnan järjestämistä. Uusimman suunnitelman mukaan järjestämistä vastuu sosiaali- ja terveyspalveluista tulee uusille itsehallintoalueille. Rahoitusratkaisussa tärkeää ovat Kelan kautta kulkevat matkakorvaukset, jotka lisääntyvät synnytysten ja äitiyspoliklinikoiden keskittämisen myötä.

Kuntamenojen rajoitus

Tähän asti valtio on rajoittanut vain omia menojaan, mutta uusien suunnitelmien mukaan valtio aikoo jatkossa rajoittaa myös kuntamenoja. Näillä suunnitelmilla voi olla merkittäviä vaikutuksia terveydenhuoltoon.

Ammattilaisten koulutus

Päivystysasetus määrittää synnytysyksiköiden ammattilaisten lukumäärää ja osaamista – se lisää erikoislääkäreiden (naistentautien ja synnytysten, anesthesiologian ja lastentautien erikoislääkäreiden) tarvetta sairaaloissa. Päivystystoiminnan ylläpitämiseksi on arvioitu, että kuhunkin päivystävään sairaalaan tarvitaan 7–8 kunkin erikoisalalan lääkäriä ja jopa 10–12, kun loma- ja päivystysjärjestelyt otetaan huomioon.

Pidentyneet välimatkat synnytyssairaaloihin ennakoivat matkasynnytysten yleistymistä ja tarvetta lisätä ensihoitajien synnytysvalmiuksia sekä synnytyssairaaloiden kättilöiden valmiuksia synnytysten hoitoon ensihoito-olosuhteissa. Pidemmät etäisyydet lisäävät myös äitiysneuvoloissa työskentelevien erityisosaamisen vaatimuksia, lähinnä kättilötyön osaamista. Opetus- ja kulttuuriministeriön suunnitelmissa (hyvinvointialojen dialogi 2014–2015) kiinnitetään huomiota myös kaksoistutkintoihin. Ammattikorkeakouluissa annettavan koulutuksen rakenne ja määrä sekä rahoitus ovat muutoksessa. Tämä koskee myös kättilökoulutusta, jonka osalta on voimakkaita paineita entisestään pidentää koulutusta EU-direktiivien mukaisesti. Ylempänä ammattikorkeakoulututkintona suoritettava kättilökoulutus ehdotetaan käynnistettäväksi vuonna 2017. (Karttunen, Vallimies-Patomäki).

2 Äitiyshuollon nykytilanne

2.1 Tarve

Vuonna 2013 Suomessa oli noin 58 000 synnytystä, joista suurin osa (70 %) tapahtui joko yliopisto- tai muussa keskussairaalassa, [Taulukko 1](#). Varsinkin pienipainoisen lapsen syntymään päätyneet raskaudet tai kaksosraskaudet oli ohjattu keskussairaaloille.

Taulukko 1. Synnytysten ja alle 2500g:n lkm ja osuudet synnytyspaikan mukaan, 2013

	Yliopisto-sairaalat	Keskussairaalat + KOS	Muut sairaalat	Sairaalan ulkopuoliset	Yhteensä
Sairaloita	5	16+1	8	-	30
Synnytyksiä	19216	28426	9908	178	57728
Ensisynnytyksiä	7904	11709	3890	15	23518
Ensisynnytyksiä, %	41,1	41,2	39,3	8,4	40,7
Uudelleensynnytyksiä	11312	16717	6018	163	34210
Uudelleensynnytyksiä, %	58,9	58,8	60,7	91,6	59,3
Alle 2500-grammaisia	1132	800	156	9	2097
Alle 2500-grammaisia, %	5,9	2,8	1,6	5,1	3,6
Monisikiöisiä	415	300	75	0	790
Monisikiöisiä, %	2,2	1,1	0,8	0,0	1,4

KOS= Kättilöopiston sairaala

Lähde: THL. Syntyneiden lasten rekisteri

2.2 Tarjonta

Vuonna 2014 synnytyssairaaloihin oli 27, kun HYKS:n Naistenklinikka, Kätilöopiston ja Jorvin sairaalat lasketaan erikseen. Vuonna 1975 Suomessa oli 62 synnytyssairaaloita. 2000-luvulla on lakkautettu 14 synnytyssairaaloita: Jämsä, Rauma, Varkaus, Kuusankoski, Forssa, Uusikaupunki, Iisalmi, Kuusamo, Loimaa, Tammisaari, Raahe, Vammala, Pietarsaari ja Savonlinna. Vuonna 2013 sairaaloista joka kolmannessa oli alle 1 000 synnytystä, [Liite 1](#).

Äitiysneuvolat ovat prenataalihuollon keskeinen toteuttaja. Vuonna 2008 tehdyn kyselyn mukaan (Raussi-Lehto, Regushevskaya, ym. 2011) vajaassa viidenneksessä kuntia äitiysneuvolatoiminta järjestettiin erillisenä äitiysneuvolatoimintana ([Taulukko 2](#)). Suurimmassa osassa kuntia äitiysneuvolatoiminnat olivat yhdistettyinä perhesuunnittelu- tai/ ja ehkäisyneuvolan kanssa. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta järjestettiin yhdistettynä joka viidennessä kunnassa. Nämä olivat kuitenkin suuria kuntia, joten väestömääräisesti tarkastellen lastenneuvoloihin yhdistäminen oli tavallisin muoto.

Taulukko 2. Äitiysneuvoloiden järjestämistapa kuntien (n = 311) asukasmäärän mukaan vuonna 2008

Kunnan asukasmäärä												
	<4000		4000–9999		10 000–24 999		25 000–99 999		≥100 000		Yhteensä	
Järjestämistapa	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erillinen äitiysneuvola	5	4	23	21	14	29	10	35	1	14	53	17
Yhdistetty perhesuunnittelu/ ehkäisyneuvolaan	41	36	50	45	15	31	5	17	0	0	111	36
Yhdistetty lastenneuvolaan	24	21	13	12	11	22	11	38	5	71	64	21
Useampi yhdistelmä tai muu tapa	45	39	25	23	9	18	3	10	1	14	83	27
Yhteensä	115	100	111	100	49	100	29	100	7	100	311	100

Lähde: Raussi-Lehto ym. 2011

Lähes aina äitiysneuvolatoiminnasta vastaavan johtajan vastuualueeseen kuului muutakin kuin äitiyshuolto, joka yleensä oli vain pieni osa hänen toimenkuvaansa. Tavallisimmin poliittisille päättäjille äitiysneuvolatoimintaa koskevien asioiden valmistelijana toimi terveyskeskuksen johtava hoitaja tai lääkäri. Kolmasosassa kunnista oli olemassa äitiysneuvolatoimintaa kehittävä ja/ tai koordinoiva joko kunnan tai terveyskeskuksen työryhmä. Mitä suurempi kunta, sen useammin koordinoiva elin oli olemassa, mutta lähes kolmanneksessa suurimmistakaan, yli 100 000 asukkaan kunnista sitä ei ollut.

Raskaana olevien erityisryhmien hoito ja vastuu äitiysneuvolan ja erikoissairaanhoidon välillä vaihteli kunnittain. Päihdeongelmiin tukea tarjottiin eniten keskussairaaloissa ja yliopistollisissa keskussairaaloissa. Runsaassa viidenneksessä kunnista erityistukea tarjottiin äitiysneuvoloissa. Sairaalat vastasivat ensisijaisesti synnytyspelkoisten hoidosta. Muuten yleensä äitiysneuvolat vastasivat synnytysvalmennuksesta. Monikulttuuriset perheet saivat erityistukea pääasiassa äitiysneuvoloista. Masentuneita äitejä hoidettiin ensisijaisesti äitiysneuvoloissa, mutta myös yhteistyössä kunnan mielenterveyspalvelujen kanssa.

Yleensä äitiysneuvoloiden lääkärinä työskenteli yleislääkäri, useimmiten muun työn ohella. Vain muutamassa kunnassa lääkärit olivat erikoistuneet yksinomaan äitiysneuvolatyöhön. Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäreitä äitiysneuvolapalvelujen toteuttajina oli vähän. Terveystieteiden tutkinto oli yleisin hoitohenkilökunnan koulutus, mutta noin viidenneksellä oli kaksoistutkinto: sekä kätilön että terveydenhoitajan koulutus ([Taulukko 3](#)).

Taulukko 3. Äitiysneuvolatoiminnassa työskentelevän hoitohenkilökunnan koulutustausta vuonna 2008, %

Asukkaita	<4000	4000–9999	10 000–24 999	25 000–99 999	≥100 000	
						Yhteensä
	n=306	n=334	n=242	n=318	n=507	n=1707
Kätilöitä	4,3	11,4	3,3	6,9	1,0	5,1
Terveydenhoitajia	76,8	66,8	69,4	71,1	84,4	74,9
Kätilö-terveydenhoitaja (kaksoistutkinto)	18,9	21,8	27,3	22,0	14,6	20,0
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

Raskaana olevien hoidon osaamista voi hankkia koulutuksella ja kokemuksella. Vuoden 2008 kyselyn tietojen avulla arvioitiin montaako raskaana olevaa naista terveydenhoitajat ja kätilöt keskimäärin hoitivat (Taulukko 4). Yli puolessa kuntia terveydenhoitajat hoitivat alle 50 raskaana olevaa vuosittain ja 15 %:ssa alle 20 raskautta vuodessa. Kätilö-terveydenhoitajilla asiakkaiden lukumäärä oli suurempi. Osaamisen karttumisen kannalta hoidettujen äitien lukumäärä oli alhainen.

Taulukko 4. Arvio äitiysneuvoloiden hoitajakohtaisista vuosittaisista asiakasmääristä kunnan asukasmäärän mukaan vuonna 2008, %

Asiakasmäärät ¹	Kunnan asukasmäärä										
	< 4 000		4 000–9 999		10 000–24 999		25 000–99 999		≥ 100 000		Yhteensä
	Th2	K-th2	Th	K-th	Th	K-th	Th	K-th	Th	K-th	Th
≤ 20	30	3	13	4	0	3	4	4	0	0	15
20–49	54	34	45	44	42	14	26	21	57	50	43
50–79	9	40	21	34	19	41	15	25	0	0	14
≥ 80	7	24	21	18	39	41	56	50	43	50	22
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

¹Huomioitu kunnat, joissa ilmoitettu olevan ko. hoitohenkilöstöä ja joiden asiakasmäärätiedot eivät puutu.

²Th=terveydenhoitaja, K-th=kätilö-terveydenhoitaja

Lähde: Raussi-Lehto ym. 2011

Äitiyspoliklinikat ovat prenataalihoidon erikoistaso. Ne toimivat lähete-poliklinikoina, päivystyspisteinä ja sikiöseulontoja tekevinä yksikköinä. Vuonna 2013 päivystyskäyntien osuus oli 35 prosenttia kaikista käynneistä. Synnytysairaalat ohjeistavat äitiysneuvoloita mm. listaamalla raskausajan ongelmia tai sairauksia, joiden vuoksi äiti tulisi lähettää poliklinikalle. Kullakin keskussairaallalla on omat ohjeensa, mutta ne muistuttavat läheisesti toisiaan. Erikseen määriteltäviin riskiryhmiin kuuluvien raskaana olevien ja synnyttäjien hoito on keskitetty suurimpiin synnytysyksiköihin. Äitiyspoliklinikan merkitystä on lisännyt vuodeosastohoidon muuttuminen valtaosin polikliiniseksi hoidoksi.

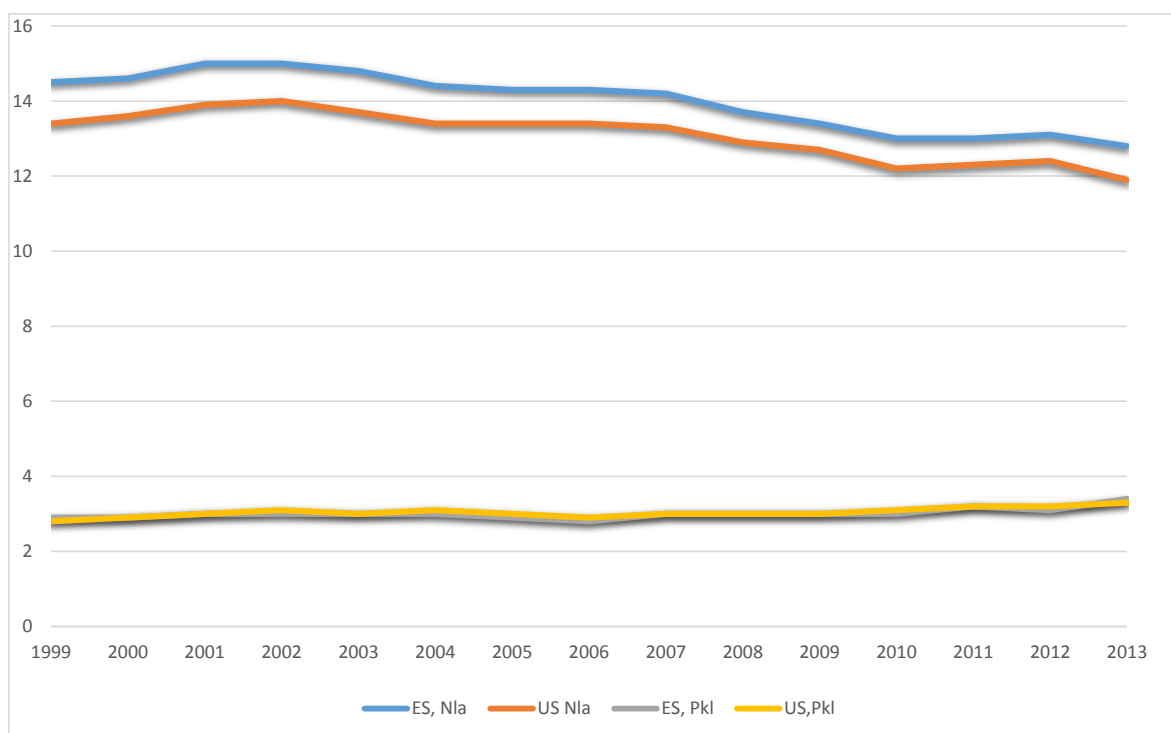
Äitiyspoliklinikoiden toimintaympäristö ja toiminnan sisältö ovat monessa suhteessa erilaiset äitiysneuvoloiden toimintaan vertailtaessa. Äitiyspoliklinikat ovat kiinteä osa sairaalaa. Niiden toiminta on järjestetty sairaalajärjestelmän mukaisesti. Palvelut ovat maantieteellisesti keskitetyt, vallitseva ideologia on ehkäisevän toiminnan sijaan hoitava, tehtävät ovat eriytettyjä ja hoidon antajat vaihtuvia. Toiminta on erikoislääkärikeskeistä ja käytettävissä ovat uusimmat tutkimus- ja hoitomenetelmät.

Äitiyspoliklinikka- ja synnytystoiminta ovat tiiviisti toisiinsa yhteydessä. Lähes kaikki äitiyspoliklinikat ovat sairaaloissa, joissa on myös synnytysyksiköitä. Muutamassa sairaalassa, jossa synnytystoiminta oli hiljattain

lopetettu, toimi vielä vuonna 2015 äitiyspoliklinikka, mutta muissa synnytykset lopettaneissa sairaaloissa myös äitiyspoliklinikka oli suljettu.

2.3 Käyttö

Vuonna 2013 koko maassa oli syntymärekisterin tietojen mukaan keskimäärin 12,3 äitiysneuvolakäyntiä raskaana olevaa kohden (Kuvio 2). Käyntimäärät ovat lievästi vähentyneet vuodesta 2000 alkaen. Vuoden 2013 Äitiysneuvolaoppaassa (Klemetti, Hakulinen-Viitanen 2014) raskaudenaikaisia terveystarkastuksia suositellaan järjestettävän ensisynnyttäjälle vähintään 9 ja uudelleensynnyttäjälle vähintään 8 käyntiä, joista kaksi on lääkärintarkastusta. Lisäkäyntejä suositellaan järjestettävän tarpeen mukaan.



Kuvio 2. Äitiysneuvolakäyntien (Nla)- ja poliklinikkakäyntien (Pkl) keskiarvot, ensi- ja uudelleensynnyttäjillä 1999–2013.

ES= ensisynnyttävä, US= uudelleen synnyttävä. Säännölliset rutiinimittaukset äitiysneuvolassa, sairaalan poliklinikalla (myös pelkästään kättilön luona) tai yksityislääkärillä raskauden vuoksi, kuten myös seulonta-UÄ- ja KTG-tutkimukset, lasketaan tarkastuskäynneiksi.

Lähde: syntymärekisteri.

Äitiysneuvolakäyntien määrä vaihteli sairaanhoitopiireittäin Etelä-Karjalan ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien lähes 16 käynnistä Helsingin sairaanhoitopiirin 10 käyntiin (Liitetaulukko 1).

Äitiyspoliklinikkakäynnit ovat koko maassa lisääntyneet vähän vuodesta 2006 vuoteen 2013 (kuvio 2). Päivystyskäyntien tilastointi vaihtelee, eivätkä päivystyskäynnit ole kaikissa tilastoissa mukana. Vuonna 2013 oli keskimäärin 3,3 käyntiä synnyttäjää kohti. Käyntejä oli suurin piirtein yhtä paljon ensi- ja uudelleensynnyttäjillä (Liitetaulukko 1). Myös äitiyspoliklinikoiden käyttö vaihteli sairaanhoitopiireittäin. Eniten käyntejä oli Itä-Savon sairaanhoitopiirissä (5,2 käyntiä synnyttäjää kohti) ja vähiten Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (2,5 käyntiä); Keski-Suomen sairaanhoitopiirin luvut puuttuivat. Poliklinikan vähintään viisi kertaa käyneitä oli vuonna 2013 hieman alle 3 % synnyttäjistä. Osuus on lievästi noussut ajan mukana (noin 2,5 % vuonna 2000).

Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna äitiysneuvola- ja äitiyspoliklinikkakäyntien määrät eivät juuri riippuneet toisistaan. Toisin sanoen ne eivät korvanneet toisiaan.

Avo-Hilmossa on saatavilla äitiysneuvolakäyntien lukumäärät ammattiryhmittäin. Tilastotietoja ei ole saatavilla yhtä raskautta tai synnytystä kohti, mutta suhteelliset käyntiluvut osoittavat, että vuonna 2014 suurin osa äitiysneuvolakäynneistä oli hoitohenkilökuntakäyntejä (79 %). Kaupunkimaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa oli hieman enemmän sekä lääkäri- että hoitajakäyntejä kuin maaseutumaisissa kunnissa, mutta erot olivat pieniä.

Vuosina 2011–2013 koko maassa oli yli 520 000 raskauteen liittyvää käyntiä sairaalan poliklinikalle, eli noin 170 000 käyntiä vuodessa (Taulukko 5). Huomattava osa käynneistä oli päivystyskäyntejä. Tarkkaa osuutta ei voi laskea, koska suurimmasta osasta käyntejä sairaaloiden hoitorekisterissä puuttui tieto käynnin luonteesta. Suurin osa käynneistä oli normaaliraskauksien seuranta. Kolmannes käynneistä tehtiin äidin sairauden tai muuten riskiraskaudeksi määritetyn raskauden vuoksi. Käyntien lisäksi äitiyspoliklinikat neuvotivat usein äitiysneuvoloiden ammattilaisia ja asiakkaita puhelimitse.

Taulukko 5. Syyt äitiyspoliklinikka käynteihin, 20 tavallisimman diagnoosin mukaan, koko maa 2011-2013

	Ei tietoa	Päivystys	Ajanvaraus	Muu syy	Yhteensä	Päivystyskäyntien osuus, % *
Normaaliraskauden seuranta	117 044	31 778	56 997	663	206 482	35,5 %
Äidin sairaus/riskiraskaus	79 443	26 794	66 019	905	173 161	28,6 %
(Uhkaava) ennenaikainen synnytys, alavatsakipu, supistukset	28 491	17 266	0	1 216	46 973	93,4 %
Keskeytys	21 788	1 321	18 547	167	41 823	6,6 %
Synnytyspelko	13 669	0	10 468	0	24 137	0,0 %
(Uhkaava) keskenmeno, kohdunulkoinen raskaus, kuollut sikiö, alkuraskauden vuoto	12 315	8 860	0	466	21 641	95,0 %
Muut raskauteen liittyvät	0	1 325	7 476	443	9 244	14,3 %
Yhteensä	272 750	87 344	159 507	3 860	523 461	34,8 %

* Käynnit, joiden syy ei ole tiedossa (Ei tietoa), eivät ole mukana

Useimmilla paikkakunnilla myös sikiöseulonnat oli keskitetty äitiyspoliklinikoille. THL:n syntyneiden lasten rekisterin mukaan vuonna 2013 ensimmäisen raskauskolmanneksen ultraäänitutkimuksessa kävi 69 % ja toisen raskauskolmanneksen ultraäänitutkimuksessa 82 % synnyttäjäistä.

Taulukossa 6 on kuvattu kahden keskussairaalan, HYKS:n ja TAYS:n, äitiyspoliklinikkakäynnit luonteen mukaan 2011 ja 2014. Tampereen seulontakäynnit oli järjestetty Tampereen kaupungin toimesta.

Taulukko 6. HYKS ja TAYS 2011 ja 2014, synnytykset, lähetekäynnit, ensikäynnit, päivystyskäynnit, puhelut, seulontakäynnit

	HYKS		TAYS	
	2011	2014	2011	2014
Synnytyksiä	14877	14294	5178	5337
Lähetekäyntejä, yhteensä	..	7470	7918	8230
Ensikäyntejä	7762	7232	3046	3295
Päivystyskäyntejä	14480	14200	8265*	7954*
Puhelut	5098	4918	5431	5037
Seulontakäynnit	24914	23163

* mukana myös synnytyspäivystys

2.4 Kehittämistarpeita tämän hetken äitiysneuvolatoimintaan

Suomen nykyisessä äitiyshuollossa on paljon vahvuuksia: tulokset ovat olleet hyviä ja asiakkaat ovat olleet pääsääntöisesti tyytyväisiä. Se on rakentunut kunnalliseen porrastettuun järjestelmään, ja sen kokonaiskustannukset ovat olleet kohtuullisia. Prenataalihoidon ensimmäinen porras, äitiysneuvolat, ovat olleet hyvin saavutettavissa ja toiminta hyvin ohjeistettu. Yhteistyö äitiyspoliklinikoiden kanssa on ollut läheistä, mutta yhteys synnytystoimintaan vähäisempää.

Äitiysneuvolatoiminnan huoli on ollut mahdollinen osaamisvaje niillä terveydenhoitajilla, joiden kokemus ei kartu raskaana olevien vähäisen määrän vuoksi. Prenataalihoidon toisen portaan, äitiyspoliklinikoiden, saatavuus on harvaan asutuilla alueilla huono ja huonontunut synnytysyksiköiden sulkemisen vuoksi. Joillain poliklinikoilla työmäärä on myös kasvanut ja työnjako äitiysneuvoloiden kanssa kaipaava uudelleenarviointia.

3 Työryhmän ehdotukset

3.1 Lähtökohdat ehdotuksille

1. Äitiyshuollon sisällön ja laatuksien halutaan olevan mahdollisimman samanlaiset Suomen eri alueilla. Sisältö sovitetaan raskaana olevien ja synnyttävien naisen terveyteen ja oletettuihin riskeihin sekä naisen perhetilanteeseen. Sisällöllinen kehittäminen on ammattilaisten tehtävä; viimeisimpiä linjauksia on koottu THL:n toimittamiin äitiysneuvolasuosituksiin (2013).
2. Maan eri alueilla asukastiheys ja etäisyydet erikoissairaanhoidon ovat erilaisia. Järjestelmän muokkaus alueiden erityispiirteiden mukaan edistää sisällöllistä yhdenmukaisuutta.
3. Asiakas- ja perhekeskeisyyden on hyvä olla kehittämisen lähtökohdaksi.
4. Lasten saamiseen liittyvä terveydenhuollon toiminta tulisi nähdä jatkumona: raskaaksi tuleminen/ lääketieteellinen avustaminen, raskauden aika, keskenmenot ja keskeytykset, synnytykset ja synnytyksen jälkeinen aika (postpartaalinen aika, ml. vastasyntyneen hoito). Tässä toiminnassa äiti on keskiössä ja jatkumoa katsotaan hänen kannaltaan. Synnytyksen jälkeen terveydenhuollon palvelut eriytyvät naiseen ja lapseen; suhteessa lapseen naisesta tulee äiti ja osa perheen palvelujen kohdetta.
5. Lähtökohtaisesti raskaus ja synnytys ovat normaaleja tapahtumia eikä niitä tule tarpeettomasti medikaloida 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 hoitohenkilökunta on kättilöitä 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 puoltavat medikalisaation ja sen haittojen välttäminen, palvelujen saatavuuden paraneminen (lyhyet matkat), alhaisemmat kustannukset sekä hoitojärjestelmälle että äidille/ perheelle ja paremmat mahdollisuudet tietää ja vaikuttaa äidin ja perheen olosuhteisiin.
9. Jos toiminnat eivät ole saman lähiorganisaation sisällä, eri toimijoiden välisen yhteistyön edistämiseksi on mietittävä toimivia kannustimia.

3.2 Ehdotettava malli

Työryhmä rakensi erilaisia malleja raskauden suunnittelun ja raskauden aikaisen hoidon (prenataalihoidon) järjestämiseksi. Liitteessä 3 ne esitetään yksinkertaistettuina. Niiden perusteella ehdotetaan niin sanottua yhdistelmämallia. Perusajatuksena on, että mahdollisimman paljon asioita hoidetaan perustasolla (äitiysneuvolassa) ja vastasyntyneen hoito jatkuisi siellä 3 kuukauden ikään. Äitiyspoliklinikat toimisivat lähete-poliklinikkoina hoitaen pääasiassa niitä äitejä, joiden tila vaatii sairaalatasoista välineistöä.

Maan eri osissa etäisyydet palveluihin ja väestötiheys vaikuttavat palvelujen rakenteeseen. Alla esitetään mallin sovellus tiheään ja harvaan asutuille alueille. Esitetty malli on perusmalli, jota voi muokata paikallisen tilanteen ja henkilökunnan saatavuuden mukaan. Alueella jo nyt olevia palveluja kannattaa hyödyntää. Neuvoloiden osalta malli ei ota kantaa toimitilojen integraatioon, joka voidaan toteuttaa erilaisissa rakenteissa (esimerkiksi perhe- tai hyvinvointikeskuksissa).

Esitetyn mallin lisäksi työryhmän mielestä tulisi rohkaista alueellisia kokeiluja äitiyshuollon järjestämisessä. Esimerkiksi liitteessä 3 olevana Englannin mallin (malli 6) soveltuvuutta Suomessa kannattaisi kokeilla. Se tarjoaisi kokonaisvaltaisen lähestymisen ja jatkumon raskaudenajasta synnytykseen ja siitä synnytyksen jälkeiseen aikaan. Se edellyttäisi myös perusterveydenhuollossa valmiutta vuorotyöhön.

Mallin sovellus tiheään asutuksen alueelle, joilla on keskusneuvolalle sopiva infrastruktuuri. Tiheään asutuksen alueilla luodaan perustasolle kahdentasoisia neuvoloita, lähineuvoloita ja keskusneuvoloita. Keskusneuvoloihin siirretään nyt sairaaloiden äitiyspoliklinikoilla olevaa erityisosaamista riskiraskauksien diagnosointia ja hoitamista varten. Raskaana olevat jaetaan raskauden alkuvaiheessa kahteen ryhmään: oletettu matalan riskin raskaus ja oletettu riskiraskaus. Jakoa voidaan korjata kullakin neuvolakäynnillä. Riskiraskausryhmän äidit kävisivät keskusneuvoloissa joko yksinomaan tai osittain äidin tilasta riippuen. Työryhmän arvion mukaan noin 10–15 % äideistä kuuluisi riskiraskausryhmään. Matalan riskin raskauden määrittelyn saaneet äidit käyvät perusäitiysneuvolassa. Riskiraskauksien määrittelyyn luodaan kansalliset yleisohjeet, joita voi muokata paikallisen tilanteen mukaan.

Lähineuvolan henkilökunnan ydinjoukon muodostavat kättilöt tai äitiyshuoltoon erikoistuneet terveydenhoitajat. Heidän tukenaan on tehtävään erikoistunut yleislääkäri tai kiertävä naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri. Keskusneuvolan henkilökunnassa tulisi kättilöiden 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.

Erityisosaamista vaativaksi tahoksi mallissa esitetään keskusneuvolaa 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) synnytyssairaaloiden 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, esim. päihdeongelmaisten raskaana olevien hoidon toteuttamisen paremmin kuin hajautettuna yleisessä sosiaalityössä. Mallin kaksi mahdollista ongelmaa ovat:

- 1) se voi leimata raskaana olevat riskiäideiksi ja muuttaa heidän suhtautumistaan itseensä ja raskauteensa kielteisesti,
- 2) etukäteen on vaikea ennustaa riskiryhmään tulevien 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.

Mallin sovellus haja-asutusalueille. 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, vaihdevuosisiongelmien ja seksitautien neuvonta, seulonta ja osittain myös hoito sekä gynekologiset seulonnat. Tämän toimenkuvan vuoksi työntekijöillä riittää asiakkaita pienelläkin paikkakunnalla. Hyvin harvaan asutuilla alueilla kättilö tai äitiyshuoltoon erikoistunut/kokenut terveydenhoitaja on kiertävä ja neuvola on auki vain tiettyinä aikoina.

Neuvolan keskeinen henkilö on kättilö tai lisäkoulutuksen saanut terveydenhoitaja. Erityisosaamisen tuominen neuvolaan hoidetaan jalkautuvalla mallilla: neuvoloissa kiertää gynekologeja (tai erikoistuneita yleislääkäreitä). He hoitavat niitä raskaana olevia, jotka tiheän asutuksen alueilla hoidettaisiin keskusneuvolas-
sa. Näiden lisäksi konsultaatiomahdollisuuksia luodaan etäyhteyksien avulla.

Mallin sovelluksessa harvaan asutulle alueelle on useita vahvuuksia: se tarjoaa haja-asutusalueillakin palveluja lähellä raskaana olevaa, on raskaana olevaa voimaannuttava ja mahdollistaa lasten hankinnan kokonaisuuden hahmottamisen. Näiden lisäksi neuvolalla on asiantunteva henkilöstö, ammattilaisilla mielekäs toimenkuva ja riittävästi asiakkaita myös pienillä paikkakunnilla. Ehdotettu malli on myös kokonaistaloudellisesti edullinen. 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. Henkilökunnan rekrytointi voi siksi tuottaa vaikeuksia.

Edellä esitellyllä äitiyshuollon yhdistelmämallilla voidaan tukea kustannustehokkaasti äitiyshuollon sisältöistä 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 erikoissairaanhoidon välistä siiloutumista. Toivomme mallista olevan hyötyä päätettäessä äitiyshuoltoon kohdistuvista rakenteellisista uudistuksista.

Lähteet

- Karttunen, P., Vallimies-Patomäki, M. Kätilökoulutukselle uusi suunta. Selvitys rakennevaihtoehdoista. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2015:11
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2015/liitteet/tr11.pdf?lang=fi>
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.). 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>
- Nieminen K. 2015. Pienten synnytyssairaaloiden tulevaisuus. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:35.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126814/URN_ISBN_978-952-00-3599-0.pdf?sequence=1
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. Keskustelutilaisuus ammattikorkeakouluille ja sidosryhmille terveysalan kaksioistutkinnoista
http://www.minedu.fi/OPM/Tapahtumakalenteri/2014/08/Keskustelutilaisuus_ammattikorkeakouluille_ja_sidosryhmille_terveysalan_kaksioistutkinnoista.html?lang=fi
- Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2013. Tilastoraportti 23/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014101345161>
- Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014. Tilastoraportti 19/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015093014230>
- Raussi-Lehto, E., Regushevskaya, E., ym. 2011. Äitiysneuvolatoiminta Suomessa 2000-luvulla. Kyselytutkimuksen perusraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 52/2011.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80435/da06c9a3-9e36-43a1-ac3b-693b1601d26c.pdf?sequence=1>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Päivystysasetuksella varmistetaan riittävä asiantuntemus kiireellisessä hoidossa. Tiedote 153/2013.
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1862521>
- Suomen virallinen tilasto (SVT). 2013. Syntyneet. Helsinki: Tilastokeskus.
http://www.stat.fi/til/synt/2013/synt_2013_2014-04-08_tie_001_fi.html
- Tapper A-M: Synnytyspalveluiden valtakunnallinen toteuttaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3168-8>
- THL: Hoitoilmoitusrekisteri, julkaisemattomia tilastoja.

Liite 2.

Äitiysneuvola ja poliklinikka (pkl) käynnit sairaanhoitopiireittäin, 2013				
	Tarkastuskäynnit yhteensä	Muut kuin pkl käynnit	Pkl käynnit	Pkl käyntien osuus, %
Uusimaa	14,6	11,0	3,6	24,7
Helsinki	13,6	10,0	3,6	26,5
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri	17,2	14,0	3,2	18,6
Satakunnan sairaanhoitopiiri	17,1	12,5	4,6	26,9
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri	15,6	11,2	4,4	28,2
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	16,3	13,6	2,7	16,6
Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri	16,0	11,8	4,2	26,3
Kymenlaakson sairaanhoitopiiri	16,5	11,8	4,7	28,5
Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri	19,1	15,7	3,4	17,8
Etelä-Savon sairaanhoitopiiri	15,7	11,5	4,2	26,8
Itä-Savon sairaanhoitopiiri	20,9	15,7	5,2	24,9
Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri	16,4	12,7	3,7	22,6
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	15,3	11,8	3,5	22,9
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri	..	14,1
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	17,6	13,6	4,0	22,7
Vaasan sairaanhoitopiiri	16,6	12,8	3,8	22,9
Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	17,2	12,8	4,4	25,6
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri	15,9	13,4	2,5	15,7
Kainuun sairaanhoitopiiri	15,1	12,5	2,6	17,2
Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri	15,6	11,4	4,2	26,9
Lapin sairaanhoitopiiri	15,6	12,7	2,9	18,6
Ahvenanmaa	14,6	11,2	3,4	23,3

Liite 3. Työryhmän kehittämiä malleja äitiyshuollon järjestämiseksi

Huom. Mallien piirteet ja oletetut seuraamukset ovat asiantuntija-arvioita, jotka perustuvat kokemukseen ja erittelemättömiin tutkimuksiin ja muuhun kirjallisuuteen.

Kaikissa malleissa

- äitiysneuvola säilyy sisällöllisesti omana toimintanaan
- sisältö on lähellä nykyistä tehtävää (paitsi mallit 2 ja 6)
- lähtee alueellisesta vastuusta (vaikkakin mahdollisuus valita neuvola on olemassa)
- on käyttäjälle ilmainen
- synnytyksen jälkeinen aika: lapsi saman paikan vastuulla 3 kk ikään asti (sitten lastenneuvolan asiakkaaksi)

	1. Yhdistelmämalli ¹	2. SELI- (Naisten) neuvola ²	3. Erikoissairaanhoido, poliklinikka	4. Erikoissairaanhoido, eriytetty ⁴	5. Jaettu hoito ³
Periaate	äidit jaetaan ryhmiin riskin mukaan; perus- ja keskusneuvola	neuvola erikoistunut lisääntymisterveyteen	pre- ja postnataalihoito sairaalan poliklinikalla	pre- ja postnataalihoito sairaalan neuvolassa	kaikkien naisten käynneistä osa sairaalan neuvolassa
Lähipalvelu	osalla äideistä	kyllä	ei	ei	osa
Keskeinen ammattiryhmä	kättilö, lisäkoulutettu/kokenut th	kättilö	kättilö	kättilö	th, kättilö, gynekologi
(Tuki) lääkäri	osa: gynekologi, osa: yleislääkäri	yleislääkäri, gynekologi	gynekologi	gynekologi	gynekologi
Konsultaatio	äitiyspoliklinikka	äitiyspoliklinikka	-	äitiyspoliklinikka	-
Yhteys synnytyksiin	ei	ei	jatkuvuus	jatkuvuus	jatkuvuus
Postnataaliaika	vaihtelee	sama paikka	sama paikka	sama paikka	perusterveydenhuolto
Kättilö/th työpaikka	yksi	yksi/kiertävä	yksi	yksi	yksi/kiertävä
Lääkäri työpaikka	yksi	kiertävä (pääsääntö)	yksi	yksi	yksi
Järjestelmän kustannukset	?	pienet	suuret	pienet	suuret
Perheen kustannukset	vaihtelee	pienet	suuret	suuret	suuret
Hallinnollinen asema	perusterveydenhuolto	perusterveydenhuolto	erikoissairaanhoido	erikoissairaanhoido	?
Paikan valinnanvapaus	ei	isoilla paikkakunnilla	ei	ei	ei
Minimiväestöpohja	perusneuvola: 10 000, keskusneuvola: 100 000	2000/ei alarajaa	määräytyy synnytysten järjestelyn mukaan	määräytyy synnytysten järjestelyn mukaan	10 000/ei alarajaa
Erityistä	luo kolmannen portaan ”keskusneuvolat”			kättilöt ”itsenäisiä” hallinnollisesti	
Vahvuudet	asiantuntemus, tarpeenmukaisuus	asiantuntemus, yhteys muihin seksuaali- ja lisääntymisasioihin	asiantuntemus, yhteys synnytykseen	asiantuntemus, yhteys synnytykseen	asiantuntemus, yhteys synnytykseen

Heikkoudet	leimautuminen, riskiä vaikea ennustaa, resurssien jako	nykyinen ammattiryhmä th-painotteinen	kallis, medikalisaation vaara	pitkät matkat haja-asutusalueilla	monta ammattilaista
------------	--	---------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	---------------------

¹Yhdistelmämalli = Maan eri osissa väestötiheydestä ja liikenneyhteyksistä riippuen erilaiset mallit.

Raskaana olevat jaetaan (ensimmäisellä lääkärikäynnillä ja tarpeen mukaan lisäjakoja myöhemmillä käynneillä) kahteen ryhmään: oletettu normaaliraskaus, oletettu riskiraskaus. Riskiraskauksia varten luodaan ”keskusneuvolat”, jotka voivat olla synnytyssairaalan yhteydessä tai erikseen, paikallisesta tilanteesta johtuen.

²Ammattilaisilla laajemmat toimenkuvat kuin raskaudet: kaikki lisääntymisterveyteen kuluvat perusterveydenhuoltoon soveltuvat tehtävät, myös miesten. Vahvuudet: lähellä äitiä/ perhettä, asiantunteva henkilöstö, äitiä voimaannuttava, edullinen, mahdollistaa paremmin lasten hankinnan kokonaisuuden, ammattilaisille mielekäs toimenkuva ja riittävästi asiakkaita myös pienillä paikkakunnilla.

³Jaettu hoito = kaikilla naisilla osa käynneistä suunnitellusti synnytyssairaalan yhteydessä olevassa neuvolassa, osa perusterveydenhuollossa olevassa neuvolassa (tavallisimmin yhdistettynä lastenneuvolaan).

Yhteenvetotaulukko, jatkoa

	6. ”Englannin malli” ⁴	7. Vanha äitiysneuvola	8. Integroitu lasten neuvolaan	9. Nykyinen	Yhdistelmämallit ⁵
Periaate	yksi tiimi hoitaa raskauden ja synnytykset	raskauden aikainen hoito itsenäinen toimintakokonaisuus	äitiysneuvola yhdistetty lastenneuvolaan	vaihtelee terveys-aseman ja – keskuksen mukaan	alueilla eri malleja, väestötiheyden ja olosuhteiden mukaan
Lähipalvelu	kyllä kaupungit / ei haja-asutus	kyllä	kyllä	kyllä	<i>vaihtelee</i>
Keskeinen ammattiryhmä	kätilötiimi	kätilö	terveydenhoitaja	terveydenhoitaja, kätilö	<i>vaihtelee</i>
(Tuki) lääkäri	gynekologi, yleislääkäri	gynekologi, yleislääkäri	yleislääkäri	yleislääkäri	<i>vaihtelee</i>
Konsultaatio	äitiyspoliklinikka	äitiyspoliklinikka	äitiyspoliklinikka	äitiyspoliklinikka	<i>vaihtelee</i>
Yhteys synnytyksiin	jatkuvuus	ei	ei	ei	<i>vaihtelee</i>
Postnataali-aika	sama paikka	sama paikka	sama paikka	sama paikka	<i>vaihtelee</i>
Kätilö/ th työpaikka	yksi (+sairaala)	yksi/ kierto (haja-asutus)	yksi	yksi	<i>vaihtelee</i>
Lääkäri työpaikka	kiertävä (pääsääntö)	kiertävä (pääsääntö)	yksi	yksi	<i>vaihtelee</i>
Järjestelmän kustannukset	?	kohtuulliset	pienet	pienet	<i>vaihtelee</i>
Perheen kustannukset	?	pienet	pienet	pienet	<i>vaihtelee</i>
Hallinnollinen asema	erikoissairaanhoido	perusterveyden-huolto	perusterveydenhuolto	perusterveydenhuolto	
Paikan valinnanvapaus	ei käytännössä	isoilla paikkakunnilla	isoilla paikkakunnilla	isoilla paikkakunnilla	<i>vaihtelee</i>
Minimiväestöpohja					
Erityistä			alisteinen lastenneuvola-osaamiselle	vaihtelua neuvolan mukaan	mallien valinta oleellista
Vahvuudet	asiantuntemus, yhteys synnytykseen	asiantuntemus, lähellä, edullinen	yhteys lastenneuvolaan	yhteys lastenneuvolaan	mahdollistaa taloudellisen toteutuksen paikallisuus huomioiden
Heikkoudet	työaikajärjestelyt ongelmallisia	ammattilaisten matkustettava haja-asutusalueilla	asiantuntemus epäselvä	asiantuntemus epäselvä	vaihtelua alueen mukaan

⁴ Englannin malli: Synnytyssairaaloihin perustetaan omat kättilöjohtoiset yksiköt, jotka huolehtivat normaaliraskauksista. Riskiraskauden siirretään/ niissä konsultoidaan sairaalan äitiyspoliklinikkaa (erikoislääkärijohtoisia). Taajamissa yksikkö on sairaalassa/ sen välittömässä läheisyydessä. Työntekijät ovat sairaalan työntekijöitä.

⁵Yhdistelmämallit = Maan eri osissa väestötiheydestä ja liikenneyhteyksistä riippuen erilaiset mallit.

Asiantuntemus= asiantuntemus raskauksiin ja synnytyksiin

Lähipalvelu: Äiti saavuttaa helposti; matka-aika kohtuullinen

SELI= seksuaali- ja lisääntymisterveys

th= terveydenhoitaja