

Kalliala Aura, Muona Katarina

Synnytyssairaaloiden keskittäminen

Kartoittava tutkimus Suomesta ja Norjasta

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

13.11.2017

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Aura Kalliala, Katarina Muona Synnytyssairaaloiden keskittäminen - Kartoittava tutkimus Suomesta ja Norjasta 33 sivua + 4 liitettä 13.11.2017
Tutkinto	Kätilö (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja(t)	Lehtori Eija Raussi-Lehto, THM (terveys- ja hoitoala)
<p>Opinnäytetyön aiheina olivat synnytyssairaaloiden keskittämiset sekä sairaalan ulkopuolella tapahtuvat suunnittelemattomat synnytykset Suomessa ja Norjassa. Tavoitteena oli kerätä tietoa keskittämisten vaikutuksista kummassakin maassa sekä etsiä maiden välisiä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Opinnäytetyö tehtiin osana Metropolian Synnytys sairaalan ulkopuolella –projektia.</p> <p>Tarkoitus oli tehdä kartoittava kuvaus synnytyssairaaloiden keskittämistä. Työmenetelmänä oli kartoittava tutkimus, jota käytetään etenkin silloin, kun tutkittavasta aiheesta ei juurikaan löydy aikaisempaa tietoa. Kartoittavan tutkimuksen avulla lähdemateriaalia voi käyttää laajemmalla, tinkimättä kuitenkaan hoitotieteellisen tutkimuksen etiikasta tai lähdekriittisestä materiaalin valinnasta.</p> <p>Tuloksista kävi ilmi, että keskittämisten vaikutuksista on sekä Suomessa että Norjassa eriäviä mielipiteitä. Suurin osa tutkimuksista on kuitenkin sen kannalla, että keskittämiset ovat lisänneet matkasynnytysten ja muiden suunnittelemattomien, sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrää. Lisäksi suunnittelematon sairaalan ulkopuolinen synnytys on vaaratekijä sekä äidille että syntyvälle lapselle. Osa tutkimuksista kielsi kustannussäästöt täysin, osa arveli niitä tulevan jonkin verran. Suomessa kaikki sairaalan ulkopuoliset, suunnittelematta tapahtuvat synnytykset ovat lisääntyneet. Norjassa matkasynnytyksien määrä on vähentynyt, mutta muiden suunnittelematta sairaalan ulkopuolella tapahtuvien synnytysten (unspecified) määrä on kasvanut. Suunnittelemattomien kotisynnytysten määrä on vaihdellut.</p> <p>Työn aihe on ajankohtainen, sillä synnytysyksiköiden keskittäminen isompiin sairaaloihin on parhaillaan tapahtuva ja mahdollisesti kasvava ilmiö. Opinnäytetyö luo peruskuvan tilanteesta Suomessa ja Norjassa, ja sitä voi hyödyntää perustana jatkotutkimuksille.</p>	
Avainsanat	Suomi, Norja, sairaalan ulkopuolinen synnytys, suunnittelematon, keskittäminen, synnytyssairaala

Author(s) Title	Aura Kalliala, Katarina Muona Centralisation of maternity care hospitals - exploratory research in Finland and Norway
Number of Pages Date	33 pages + 4 appendices 13 November 2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Midwifery
Instructor(s)	Eija Raussi-Lehto, Senior Lecturer, MSc (Health Care)
<p>The themes of this study were centralisation of maternity care hospitals and unplanned out-of-hospital births in Finland and Norway. Objective was to gather information about the impacts of centralisation in both countries and to find similarities and differences between the countries. The study was made as part of Metropolias's Out-of-hospital delivery –project.</p> <p>The purpose was to make an exploratory description about the centralisation of the hospitals. The method was an exploratory research which in particular is used when there is hardly any preceding research material. This approach helps to use a wider range of research material without forgetting good ethics of nursing science or critical eye for choosing the material.</p> <p>The results showed that there are variable opinions about centralisation in both Finland and Norway. Most of the studies support the opinion of centralisation increasing the amount of out-of-hospital births. In addition out-of-hospital birth is a risk to both the mother and the unborn child. Part of the studies denied surplus of expenses, some thought there would be some. In Finland there has been an increase in all births that take place out-of-hospital. In Norway out-of-hospital births, where the birth had happened on the way to the hospital decreased but unspecified out-of-hospital births increased. The amount of unplanned births at home has varied.</p> <p>The theme of this study is linked to present time because centralising birth units to bigger hospitals is a phenomenon that is happening right now and possibly growing. The study gives a basic picture of the situation in Finland and Norway and it can be exploited as a basis for future research.</p>	
Keywords	Finland, Norway, out-of-hospital birth, unplanned, centralization, maternity care hospital

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tietoperusta	3
2.1	Yleistietoa Suomesta	3
2.2	Yleistietoa Norjasta	4
2.3	Suunnittelematon synnytys sairaalan ulkopuolella	6
2.4	Raskaus ja synnyttäminen Suomessa	8
2.5	Raskaus ja synnyttäminen Norjassa	10
2.6	Synnytykseen valmistautuminen ja lähdön ohjaus	11
2.7	Synnytysyksikköjen keskittäminen ja lakkauttaminen Suomessa	12
2.8	Synnytysyksiköiden keskittäminen ja lakkauttaminen Norjassa	14
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä tutkimuskysymykset	16
4	Työmenetelmä ja tiedonhaku	16
5	Tulokset	18
5.1	Synnytyssairaaloiden keskittämisten vaikutukset Suomessa	18
5.2	Synnytyssairaaloiden keskittämisten vaikutukset Norjassa	19
6	Pohdinta	21
6.1	Tulosten pohdinta	21
6.2	Työn luotettavuus ja eettisyys	24
6.3	Johtopäätökset ja jatkohyödyntäminen	25
	Lähteet	27
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhaku tietokannoista	
	Liite 2. Hyväksytyt ja hylätyt tutkimukset	
	Liite 3. Suomen sairaanhoidon erityisvastuualueet ja sairaanhoitopiirit 2017	
	Liite 4. Suomen maanteiden talvihoitoluokat	

1 Johdanto

Matkasynnytykset, suunnittelemattomat kotisyntytykset ja muut sairaalan ulkopuolella tapahtuvat suunnittelemattomat synnytykset ovat olleet viime aikoina usein kiivaankin keskustelun aiheena, kun synnytysyksiköitä halutaan keskittää ja synnytyssairaloita lakkautetaan yhä enemmän. Synnytysosastoja keskitetään niin Suomessa kuin Norjassa (Vihavainen 2017; Grytten – Monkerud – Skau – Sørensen 2014), ja molemmissa maissa etenkin pohjoisosissa matka sairaalaan saattaa venyä jopa satojen kilometrien pituiseksi. Etelässä puolestaan synnytysyksikköjen ruuhkautuminen on ongelma ja yksi syy suunnittelemattomille sairaalan ulkopuolisille synnytyksille (Nieminen 2016: 1875-1878).

Suomessa synnytyssairaaloiden lukumäärä jatkaa laskuaan. Kymmenen vuoden aikana yhdeksän synnytyssairaala on saanut sulkemispäätöksen. (Heino - Gissler 2016: 3.) Synnytyssairaaloiden vähetessä Suomessa matkasynnytysten ja muiden suunnittelemattomien sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrä on noussut. Vielä vuonna 2006 näiden osuus kaikista synnytyksistä oli 0,19 %, mutta vuonna 2016 osuus oli 0,36 %, eli kymmenessä vuodessa määrä on lähes kaksinkertaistunut. (Ennakkotieto: Perinataalitalasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2016.) Muualla kuin sairaalassa tapahtuneiden synnytysten määrän kasvua ja niistä seurannutta yleistä keskustelua voi kuvata myös se, että Helsingin Sanomien sivuille on avattu laskuri, josta voi tarkistaa, kuinka moni kunnassa vuosina 2013–2015 syntynyt lapsi on syntynyt suunnittelematta sairaalan ulkopuolella tai matkalla sairaalaan (Vihavainen 2016a).

Myös Norjassa synnytysosastoja on vähennetty. Vuonna 2007 Norjassa oli kuusikymmentä synnytyssairaala, mutta kymmenen vuotta myöhemmin vuonna 2017 jäljellä on 44 (Fødeavdeling.; Heino – Gissler 2016: 3). Norjassa matkasynnytysten määrä on laskenut, mutta tarkemmin määrittelemättömien (unspecified) sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrä on noussut. Suunnittelemattomien kotisyntytysten määrä 2010-luvulla on vuoroin laskenut, vuoroin kasvanut. (Antall fødte og fødsler per institusjon.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kartoittava tutkimus synnytysosastojen keskittämisten vaikutuksista Suomessa ja Norjassa. Kuvaileva kartoitus, jossa käytettävä aineistomateriaali voi olla monipuolisempaa kuin kirjallisuuskatsauksessa, valikoitui aiheesta löytyvän tiedon suppeuden vuoksi. Työn tavoitteena oli lisätä tietoa synnytysyksikköjen keskittämisten vaikutuksia Suomessa ja Norjassa, sekä kartoittaa näiden maiden synnytysyksiköiden keskittämisten yhtenäisyyksiä ja eroavaisuuksia.

2 Tietoperusta

2.1 Yleistietoa Suomesta

Metsistään ja järvistään tunnettu Suomi on pitkään ollut hyvin homogeeninen väestöltään. Viimeisimpien vuosien ja vuosikymmenten ajan Suomeenkin on kuitenkin tullut enemmän maahanmuuttajia, jotka muuttavat väestörakennetta. Maahanmuuttajanaiset muun muassa synnyttävät usein nuorempina kuin kantasuomalaiset naiset ja saavat enemmän lapsia. Suomi on tasavalta, jossa jokaisella on oikeus tasa-arvoiseen kohteluun ja uskonnonvapauteen, pääuskontona on kuitenkin kristinusko. Muuttajien uskomukset, kulttuuriset tottumukset ja uskonnot, kuten islaminusko, tuovat uusia haasteita esimerkiksi asiakkaan kohtaamisessa terveydenhuollossa toimiville kättilöille, terveydenhoitajille, ensihoitajille ja lääkäreille. (Alho 2002; Hemminki – Heino – Gissler 2011.)

Suomi on kokonaispinta-alaltaan 390 908 neliökilometriä, ja valtionrajoja sillä on Norjan, Ruotsin ja Venäjän kanssa (Ympäristö ja luonnonvarat. 2017). Tieverkko Suomessa on noin 454 000 kilometriä pitkä, päällystettyjä teitä on tästä noin 50 000 kilometriä. Vaikeiden sääolosuhteiden aikaan kaikkia vähäisessä käytössä olevia teitä, joita on 41 000 km, ei ole mahdollista pitää hyvässä kunnossa. (Tieverkko 2017.) Talviaikaan tien kunnossapidon hoitoluokat määrittelevät tavoitetason, jonka mukaan tiestöä hoidetaan. Liitteenä (Liite 1.) maanteiden talvihoitoluokat kartalla. (Teiden talvihoito 2017.)

Suomen väestöluku oli tammikuussa 2017 Tilastokeskuksen mukaan 5 503 297 ja väestötiheys oli 18,11 asukasta maapinta-alan neliökilometriä kohden. Suurin osa väestöstä elää taajama-alueilla, ja asutus keskittyy jatkuvasti enemmän kaupunkiseuduille. (Väestötiheys alueittain 1.1.2017.) Maahanmuuttajien määrä on kasvanut Suomessa tasaisesti. Vuonna 2016 maahanmuuttajia oli 364 787, joista 58 000 oli toisen sukupolven maahanmuuttajia. Yhteensä maahanmuuttajien osuus Suomen väestöstä oli 6,6 prosenttia. Suurin osa maahanmuuttajista on kotoisin entisestä Neuvostoliitosta, Virossa, Somaliasta, Irakista ja entisestä Jugoslaviasta. (Maahanmuuttajat väestössä; Ulkomailaistautaiset.)

Suomen kokonaishedelmällisyysluku, syntyvyys ja kuolleisuus vuonna 2016 ovat esiteltyinä (taulukko 1) alla. Kokonaishedelmällisyysluku kertoo, kuinka monta elävänä syntyvää lasta nainen synnyttäisi koko hedelmällisyyskautenaan, jos ikäryhmittäiset hedelmällisyysluvut pysyisivät laskentavuoden tasolla (Heino - Gissler 2016: 7).

Taulukko 1. Suomen kokonaishedelmällisyysluku, syntyvyys ja kuolleisuus vuonna 2016 (Heino – Vuori – Gissler 2017: 2-3; Kuolleiden määrä kasvoi edellisvuodesta. 2017).

Vuosi 2016

<i>Kokonaishedelmällisyysluku</i>	1,57
<i>Elävänä syntyneitä lapsia</i>	53 453 (99,7 %)
<i>Kuolleet yhteensä</i>	53 923

Suomessa on kaksikymmentä sairaanhoitopiiriä, jotka muodostavat viisi sairaanhoidon erityisvastuualuetta. Jokaisen erityisvastuualueen keskuksena toimii yliopistollinen keskussairaala. Kuntaliiton luomassa kartassa (liite 1.) esitellään sairaanhoidon erityisvastualueet ja sairaanhoitopiirit vuonna 2017. (Erikoissairaanhoito 2017.)

Suomessa raskausaikaa, synnytystä ja synnytyksen jälkeistä aikaa hoitavia ammattilaisia ovat yleensä kätilö, terveydenhoitaja ja lääkäri. Mikäli lapsi syntyy matkalla sairaalaan ambulanssissa, apuna on ensihoitaja. Vuoden 2016 opetussuunnitelman mukaan seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä opintoja on kätilöllä 120 opintopistettä eli noin 3 240 työtuntia, terveydenhoitajalla 25 opintopistettä eli noin 675 työtuntia ja ensihoitajalla 15 opintopistettä eli noin 405 työtuntia. Opetussuunnitelma kuuluu Metropolia Ammattikorkeakoululle. (Kätilötyö 2016; Terveydenhoitotyö 2016; Ensihoito 2016.)

2.2 Yleistietoa Norjasta

Norja on vuonoistaan ja tuntureistaan tunnettu perustuslaillinen monarkia. Sillä on Ruotsin, Suomen ja Venäjän kanssa maarajaa yhteensä 2 562 kilometriä ja rantaviivaa 28 953 kilometriä. Pinta-alaltaan Norja on 385 203 neliökilometriä. Suomen lailla Norjassakin on uskonnonvapaus, ja pääuskontona on kristinusko. Maahanmuuttoaaltojen aikaan

Norjalla on ja sen terveydenhuollon ammattihenkilöillä on hyvin samankaltainen lähtöasetelma ja samankaltaisia haasteita kuin suomalaisilla kollegoillaan. (Tietoa Norjasta; Religious communities and life stance communities 2016.)

Norjassa tieverkosto on noin 206 000 kilometriä pitkä (Statens vegvesen 2014). Tieverkosto on luokiteltu viiteen talvikunnossapitoluokkaan, joiden mukaan tiet pidetään kunnossa muun muassa auraamalla lunta ja torjumalla liukkautta. Kaikkia vähäisessä käytössä olevia teitä ei ole mahdollista pitää hyvässä kunnossa vaikeiden sääolosuhteiden vallitessa, jolloin teitä voi peittää lumi- ja jääpeite. (Statens vegvesen 2016.) Mikäli sääolosuhteet ovat vaikeat, teitä ja tunneleita voidaan sulkea. Erityisesti tunturialueilla lumipyry saattaa yltyä kovaksi, jolloin autot ajavat aura-auton perässä tietä pitkin. Vuoristoalueilla matkanteko on hitaampaa ja haastavampaa vuodenajasta riippumatta. (Norja: matkustustiedote 2017.) Norjassa matka sairaalaan saattaa kestää maaseudulla jopa tunteja, ja matkaa hidastavia tekijöitä voivat olla esimerkiksi vuoristoalueella talveksi suljettu tie tai lauttamatka (Gunnarsson – Fasting – Skogvoll – Smáráson - Salvesen 2014a).

Norjan väestö on kasvanut kymmenen vuoden aikana 12,7 prosentilla, ja vuoden 2017 tammikuun alussa norjalaisia oli 5 258 317. (Population and population changes 2017). Norjassa oli vuonna 2017 883 751 maahanmuuttajaa, joista toisen sukupolven maahanmuuttajia oli 158 764. Suurin osa maahanmuuttajista oli kotoisin Aasiasta, Afrikasta, Latinalaisesta Amerikasta, Oseaniasta lukuun ottamatta Australiaa ja Uutta-Seelantia, sekä Euroopasta alueilta, jotka eivät kuulu Euroopan Unioniin. Vuonna 2016 Norjan väestöstä maahanmuuttajien osuus oli 16,8 prosenttia. (Immigrants and Norwegian-born to immigrant parents 2017.)

Ulkoapäin tulevan muuttoliikkeen lisäksi Norjassa on sisäinen muuttoliike syrjäisemmiltä seuduilta kaupunkeihin, minne väestö on vahvasti keskittynyt. Lähes 81 prosenttia norjalaisista asuu kaupunkiseudulla. (Population and land area in urban settlements, 1 January 2016.) Norjan kokonaishedelmällisyysluku sekä syntyvyys ja kuolleisuus vuonna 2016 ovat esiteltynä taulukossa (taulukko 2).

Taulukko 2. Norjan kokonaishedelmällisyysluku, syntyvyys ja kuolleisuus vuonna 2016 (Births 2017. Statistisk Sentralbyrå; Deaths 2017. Statistisk Sentralbyrå).

Vuosi 2016

<i>Kokonaishedelmällisyysluku</i>	1,71
<i>Elävänä syntyneitä lapsia</i>	58 890
<i>Kuolleet</i>	40 726

Norja on jaettu neljään terveydenhoitopiiriin (norj. helseregioner), jotka ovat Helse Midt-Norge, Helse Nord, Helse Sør-Øst ja Helse Vest. Terveydenhoitopiirit vastaavat väestön terveystalvakuista, ja valtio omistaa terveydenhoitopiirit. (De regionale helseforetakene.) Omalääkäriin (General Practitioner) ovat oikeutettuja kaikki Norjassa asuvat henkilöt, jotka kuuluvat kansalliseen rekisteriin. Lapsen äidin omalääkäri määräytyy myös alle 16-vuotiaalle, tai vaihtoehtoisesti sen vanhemman mukaan kenen luona lapsi asuu. Omalääkäriin saa valita vapaasti, jos lääkäriin asiakaslistalla on tilaa. (The right to a doctor 2016.)

2.3 Suunnittelematon synnytys sairaalan ulkopuolella

Useimmiten suunnittelematon synnytys sairaalan ulkopuolella sujuu normaalisti ja sekä äiti että lapsi toipuvat hyvin. Matkasynnytys voi tapahtua esimerkiksi suunnittelemattomasti kotona, matkalla sairaalaan tai yleisellä paikalla. (Äimälä 2015: 385.) Norjalaisen tutkimuksen mukaan matkasynnytykselle alttein henkilö on nuori uudelleensynnyttäjä, joka asuu haja-asutusseudulla. Nuorella udelleensynnyttäjällä on vanhempaan ensisynnyttäjään nähden jopa kaksikymmenkertainen riski matkasynnytykseen. (Gunnarsson – Smáráson – Skogvoll – Fasting 2014b.)

Huolimatta siitä, että yleensä kaikki sujuu hyvin, syntyi lapsi sairaalassa tai suunnittelematta sen ulkopuolella, sairaalan ulkopuolella suunnittelematta syntyneillä lapsilla on silti jopa seitsenkertainen perinataalikuolleisuusriski verrattuna sairaalassa syntyneisiin. Myös äideillä oli Norjassa tehdyn tutkimuksen mukaan korkeampi kuolleisuusriski täysi-aikaisissa synnytyksissä talviaikaan - lokakuusta maaliskuulle - jos nainen oli uudelleensynnyttäjä ja asui yli kahden tunnin matkan päässä synnytysyksiköstä, verrattuna syn-

nytyksyksiköstä alle tunnin matkan päässä asuvaan synnyttäjään. Synnytysyksiköihin sisältyivät myös EmONC-yksiköt (= Emergency Obstetric and Newborn Care). (Engjom – Morken – Høydahl – Norheim – Klungsøyr 2017.)

Synnytys kestää ensisynnyttäjällä keskimäärin noin 10–14 tuntia. Ponnistusvaihe saattaa kestää useita tunteja ja synnytys etenee yleensä hitaammin kuin uudelleensynnyttäjällä, jonka synnytys kestää keskimäärin noin 4-7 tuntia (Ihme – Rainto 2014: 292.) Uudelleensynnyttäjillä synnytyksen kulku saattaa olla epämääräinen ja nopea, joten aikaa sairaalaan siirtymiseen on usein vähemmän kuin ensisynnyttäjällä. Sairaalaan lähdettäessä on tärkeää, että synnyttäjä saadaan mahdollisimman nopeasti ja turvallisesti sairaalaan, pätevimmän henkilön saattaessa ja käyttämällä tilanteeseen sopivinta kulkuvälinettä. Synnyttäjän siirtyessä sairaalaan kulkuväline valitaan sen mukaan, kuinka pitkän matkan päässä synnytyssairaala sijaitsee ja kuinka pitkälle synnytys on edennyt. Tilanteen luonne vaihtelee myös riippuen siitä, onko synnytystä avustamassa ammattihenkilö vai maallikko, ja onko kättilö ohjaamassa synnytyksen kulkua puhelimen välityksellä. (Äimälä 2015: 385.)

Matkasynnytystä hoidettaessa on priorisoitava oleelliset ja epäoleelliset asiat, sekä toimittava rauhallisesti ja synnyttäjää tyyntytellen. Tilannearvio on hoitohenkilökunnan tärkein tehtävä ensihoitoyksikössä, jossa arvioidaan, tapahtuuko synnytys kohteessa, ensihoitoyksikössä, vai lähdetäänkö synnyttäjää siirtämään synnytyssairaalaan. Synnytyksen hoitaminen kohteessa tulee kyseeseen vain siinä tilanteessa, jos ponnistusvaihe on jo käynnissä ja lapsi on syntymässä. Synnytyksen kulkua ja vastasyntyneen tilaa ei voida täysin ennalta arvioida, joten on tärkeää pyrkiä saamaan synnyttäjä kiireellisesti sairaalaan. Synnytyssairaalaan ilmoitetaan tilanteesta, jotta sairaalassa osataan varautua synnyttäjän saapumiseen tai äidin ja vastasyntyneen vastaanottamiseen, ja mahdollisiin hoitotoimenpiteisiin. (Ihme – Rainto 2014: 292-293; Äimälä 2015: 385-386.)

Synnytyksen jälkeisvaihe on äidille vaarallisin. Tällöin istukka ja jälkeiset syntyvät kohdun supistelun voimasta. Istukka tuodaan sairaalaan mukaan muovipussissa suonenupuristimen kanssa, mikäli se syntyy matkalla sairaalaan. Lapsen syntymän jälkeen on tärkeää jatkaa matkaa kohti sairaalaa, jossa kättilö pääsee tutkimaan äidin ja vastasyntyneen voinnin, sekä arvioimaan tarpeen ompeleille ja jatkohoidolle. Synnytys dokumentoidaan ja lapsesta tehdään syntymäilmoitus. (Äimälä 2015: 388.)

Tampereen yliopistollisen sairaalan sairaanhoitopiirin alueella vuosina 1996-2011 tehdyn tutkimuksen mukaan riskitekijöitä sairaalan ulkopuoliselle synnytykselle olivat synnytyksen nopea kulku, tupakointi raskauden aikana, aikaisemmat synnytykset, naimattomuus raskauden aikana, yli 35 kilometrin matka sairaalaan ja saatavilla olevien raskauden aikaisten käyntien optimaalinen käyttämättä jättäminen (Ovaskainen – Ojala – Gissler – Luukkala – Tammela 2015: 1248).

Suunnittelematta sairaalan ulkopuolella syntyneiden norjalaisten lasten perinataalikuolleisuuteen vaikuttavimpia tekijöitä olivat hyvin ennenaikainen synnytys, istukan ja vastasyntyneen kunto, sekä infektiot. Saatavilla olevan hoidon optimaalinen käyttämättä jättämisen todettiin olevan vaikuttava tekijä yli viidesosassa perinataalikuolleisuustapauksista. Myös terveydenhuollon ammattilaisten työskentelyyn liittyvien epäkohtien, kuten liian myöhäisen riskiraskauden tunnistamisen ja kielellisten tai muiden kommunikaatio-ongelmien arvioitiin vaikuttaneen pieneen osaan kuolemista. (Gunnarsson 2014a).

Norjalaisia synnyttäjiä koskeneen tutkimuksen mukaan todennäköisin sairaalan ulkopuolella suunnittelematta synnyttävä nainen on matalan riskin synnyttävä. Saman tutkimuksen mukaan suunnittelematon, sairaalan ulkopuolella tapahtuva synnytys on vahvasti yhteydessä kuolleisuuteen. Matkasynnytys lisäsi kuolleisuusriskiä sekä täysi-, että ennenaikaisilla lapsilla, vaikka ennenaikaisesti syntyneillä lapsilla riski oli korkeampi. Myös äidin kohdalla kuolleisuusriski nousi, olipa tämä matalan tai korkean riskin synnyttävä. Tutkimuksessa arvioitiin, että eliminoimalla suunnittelemattomat sairaalan ulkopuoliset synnytykset, äitien kuolleisuutta voitaisiin vähentää noin kahdella prosentilla. (Engjom ym. 2017.)

2.4 Raskaus ja synnyttäminen Suomessa

Suomessa äitiysneuvoloiden tehtävä on turvata terveys ja hyvinvointi raskaana olevalle naiselle, sikiölle, vastasyntyneelle ja perheelle. Sen palveluihin ovat oikeutettuja kaikki Suomessa lasta odottavat, ja neuvolapalveluiden käytön kattavuus on korkea. Äitiysneuvola on perheille maksuton ja vapaaehtoinen kuntien järjestämä palvelu (Hemminki ym. 2011; Pelkonen 2013: 16-18.) Myös raskaudenaikaisiin seurantatutkimuksiin osallistuminen on vapaaehtoista, mutta mikäli odottava äiti ei ole käynyt terveystarkastuksessa äitiysneuvolassa ennen raskauden neljännen kuukauden loppua, häneltä voidaan evätä äitiysavustus (Jouhki – Ylä-Soininmäki - Virtanen 2013: 100). Halutessaan perheillä on

myös mahdollisuus hyödyntää yksityisen sektorin palveluita. Perheet voivat käydä yksityisellä puolella neuvolakäynneillä, ja joissakin paikoissa on myös mahdollisuus yksityiseen synnytykseen. (Aava Raskausklinikan äitiysneuvola; Yksityinen synnytys.)

Terveydenhoitajan tai terveydenhoitaja-kätilön vastaanotto palvelee yksilöllisesti raskaana olevia naisia ja heidän perheitään äitiysneuvolassa. Raskauden aikana ensisynnyttäjälle tarjotaan vähintään yhdeksän määrääikaista terveystarkastusta ja uudelleensynnyttäjälle vähintään kahdeksan, joihin sisältyy yksi perheelle järjestettävä laaja terveystarkastus ja kaksi lääkärintarkastusta. Ensisynnyttäjälle tarjotaan kaksi kotikäyntiä, joista toinen on raskauden aikana raskausviikoilla 30–32 ja toinen 1-7 vuorokautta synnytyksestä kotiutumisen jälkeen.

Uudelleensynnyttäjälle tarjotaan yksi kotikäynti synnytyksen jälkeen. Jälkitarkastus suoritetaan äitiysneuvolassa lääkärin tai siihen koulutuksen saaneen terveydenhoitajan toimesta. Yhteensä raskauden aikana määrääkaisia terveystarkastuksia tarjotaan ensisynnyttäjälle siis 11 ja uudelleensynnyttäjälle 10. Lisäkäyntejä äitiysneuvolaan varataan tarpeen vaatiessa yksilöllisen tarpeen mukaan. (Ellilä – Hakulinen-Viitanen – Yli-Soininmäki – Korpilahti – Pelkonen 2013: 102-107.)

Sairaala on turvallisuussyistä suositelluin synnytyspaikka, ja vuonna 2016 noin 99,5 prosenttia suomalaisista naisista synnytti sairaalassa (Heino ym. 2017: 2; Räisänen – Sankilampi 2013: 242). Synnytyspaikan valinnanvapaus koskee kaikkia Suomen alueen synnytysairaaloita poissulkien Ahvenanmaan. Suomalaisilla synnyttäjillä on myös oikeus synnyttää missä tahansa Euroopan Unionin alueella tai Euroopan talousalueen maissa, toisessa Pohjoismaassa tai Sveitsissä. (Raskaus ja synnytys Suomessa.) Mikäli nainen synnyttää Euroopan Unionin alueella, koituneista synnytykseen liittyvistä kuluista saa kotimaantasaisen korvauksen. (Pouta ym. 2013: 242).

Suomessa ei ole synnytystupia tai muita kätilöjohtoisia synnytysyksiköitä, vaikkakin niistä on viritetty silloin tällöin keskustelua (Järvi 2013). Kätilöjohtaisen synnytysyksikköä ei tällä hetkellä pysty perustamaan Suomeen, sillä Sosiaali- ja terveysministeriön päivystysasetus ei sitä mahdollista (Sosiaali- ja terveysministeriön kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014 § 14).

Kotisyntyminen terveydenhuollon ammattilaisen avustuksella on mahdollista, mutta se ei kuulu julkisen terveydenhuollon piiriin. Äitiysneuvolaoppaan mukaan kotisyntytykseen

liittyy tiettyjä suosituksia, kuten että synnytys on edennyt normaalisti, synnyttäjä on terve, sikiötä on vain yksi ja mahdollinen edellinen raskaus ja synnytys ovat sujuneet normaalisti. Mikäli kotoa joudutaan siirtymään sairaalaan, on suositeltavaa, että matka sinne kestäisi korkeintaan kaksikymmentä minuuttia. Kotisyntytyksessä perheen avuksi suositellaan kahta terveydenhuollon ammattilaista, joko kättilö-kättilö paria tai kättilö-lääkäri paria. (Jouhki ym. 2013: 256-257.)

2.5 Raskaus ja synnyttäminen Norjassa

Norjalaiset odottavat äidit ovat suomalaisten äitien tavoin oikeutettuja raskausajan seuranta tutkimuksiin. Tutkimukset ovat vapaaehtoisia, eikä kukaan vaadi niihin osallistumista. Tulevat äidit voivat valita, haluavatko käyttää omalääkärin tai terveysaseman kättilön, tai yksityisen kättilön tai gynekologin palveluita. Raskausajan seurantakäynnit ovat ilmaisia. Synnytyksen jälkeen terveysasemat vastaavat lapsen rokotuksista ja kehityksen seuraamisesta. (Raskaus ja synnytys Norjassa; Holan 2013: 4.)

Useimmiten raskaana oleva nainen synnyttää sairaalassa (Holan 2013: 11). Synnyttäjällä on vapaus valita synnytyspaikkansa mistä tahansa sairaalasta tai kättilöjohtoisesta yksiköstä eli synnytystuvasta kotimaan sisällä. Lisäksi nainen voi halutessaan synnyttää Sveitsissä tai missä tahansa EU- tai Eta-alueen maissa, jolloin ainakin osa kustannuksista korvataan. (Childbirth in the EU/EEA and Switzerland; Choosing a treatment centre – from referral to treatment 2017.) Julkiselta puolelta naiset perheineen voivat valita synnytyspaikakseen synnytyssairaalan vaihtoehtona naistenklinikan tai synnytystuvan (Fødsel).

Norjalaiset naistenklinikat keskittyvät riskiraskauksiin, jotka tarvitsevat tavallista enemmän seurantaa. Tämän lisäksi siellä voi olla osasto terveille naisille, jotka toivovat luonnomukaista synnytystä. Synnytystupa on vaihtoehto silloin, jos haluaa synnyttää vähemmän sairaalamaisessa ympäristössä. Tämä synnytyspaikka on mahdollinen, kun odottaja on terve ja raskaus edennyt normaalisti. Synnytystuvassa työntekijät ovat kättilöitä, ja mikäli synnytyksessä ilmenee komplikaatioita, synnyttäjä siirretään synnytyssairaalaan tai naistenklinikalle. Seurantaa tarjotaan sekä raskausajalle, itse synnytykseen ja vielä synnytyksen jälkeen. Tämä luo turvallisuudentunnetta. (Fødsel.)

Kotisyntyys toimii vain yksityisellä sektorilla. Siihen liittyy samankaltaisia vaatimuksia kuin Suomessa, kuten normaali raskauden kulku, vain yksi sikiö, päätarjonta ja että asiakas on perusterve uudelleensynnyttäjä, eikä hänelle ole tehty keisarinleikkausta. Norjassa kotisyntytyksessä terveydenhuollon ammattilaisina työskentelee kättilöpari. (Fødsel; Hjemmefødsel.)

2.6 Synnytykseen valmistautuminen ja lähdön ohjaus

Terveystarkastuksia ja seurantakäyntejä raskausaikana ja synnytyksen jälkeen tekee Suomessa terveydenhoitaja tai terveydenhoitaja-kättilö ja lääkäri, ja Norjassa kättilö ja lääkäri. Nämä terveysalan ammattilaiset seuraavat ja tutkivat naisen ja sikiön vointia koko raskauden ajan ja synnytyksen jälkeen. He myös valmistavat naista synnytykseen, antamalla ohjeita ja konkreettista tietoa äidille ja perheelle muun muassa raskausajasta, synnytykseen valmistautumisesta, synnytyksen kulusta ja synnytyksen jälkeisestä elämästä. (Pregnancy and maternity care in Norway 2017; Pouta ym. 2013: 106.) Alla olevassa kuviossa (kuvio 1.) esitellään kättilön työhön liittyviä keskeisiä eettisiä periaatteita, jotka vaikuttavat synnytykseen kokonaisuutena.



Kuvio 1. Kättilötyön keskeiset eettiset periaatteet kuvattuna (Leino-Kilpi – Välimäki 2012).

Synnyttäjää ja hänen perhettään ohjataan seurantakäynneillä sekä perhe- ja synnytysvalmennuksessa tunnistamaan esimerkiksi käynnistyvän synnytyksen merkkejä, kerrotaan erilaisista kivunlievitysmenetelmistä synnytyksen aikana ja miten synnytyssuunnitelmaa hyödynnetään synnytyksessä (Pregnancy and maternity care in Norway. 2017). Synnyttämään lähdön ohjauksessa on tärkeää huomioida, onko synnyttäjää ensi- vai uudelleensynnyttäjää. Ensisynnyttäjälle alkavan synnytyksen tunnistaminen saattaa olla hankalaa mahdollisen latenttivaiheen vuoksi, jolloin supistukset ovat säännöllisiä mutta kohdunkaula ei avaudu tai avautuu hyvin hitaasti. Uudelleensynnyttäjillä synnytys on usein epäsäännöllinen, minkä takia sairaalaan lähtöön suositellaan varautuvan aiemmin kuin ensisynnyttäjän. Synnyttäjää ja perhettä ohjataan myös olemaan synnytyssairaalaa yhteydessä ennen sinne tuloa, ja lisäksi jos synnyttäjää tarvitsee ohjausta ja tukea. (Raussi-Lehto 2015: 221-222.)

Synnyttäjän omat toiveet, synnytyssairaalan etäisyys ja riskisynnytyksen ohjeistus ovat vaikuttavia tekijöitä synnytyspaikan valinnassa. Turvallisuuden vuoksi sairaalassa synnyttämisen on suositeltua. (Räisänen – Sankilampi 2013: 242.) Mikäli lapsen syntymäpainoksi on arvioitu alle 1 500 grammaa tai synnytys käynnistyy ennenaikaisesti, ohjataan äiti synnyttämään yliopistotasoiseen sairaalaan. Poikkeuksia lukuun ottamatta ohjeena on, että sairaalaan lähdetään silloin, kun synnyttäjää ei tunne enää pärjäävänsä kotona ja/tai säännöllisiä noin minuutin kestäviä supistuksia esiintyy alle kymmenen minuutin välein. (Pietiläinen – Väyrynen 2015: 205-207; Raussi-Lehto 2015: 221-222.)

2.7 Synnytyksikköjen keskittäminen ja lakkauttaminen Suomessa

Suomessa on viime vuosien aikana lakkautettu pienempien synnytyksikköiden toimintaa, tavoitteena tuoda säästöjä yhteiskunnalle ja valtioille, sekä parantaa potilasturvallisuutta. Suomessa on lakkautettu synnytyksikköitä, joissa hoidetaan alle tuhat synnytystä vuodessa. (Heino – Gissler 2016: 3.) Asiantuntijoilla on synnytyksosastojen keskittämisen positiivisista vaikutuksista eriäviä mielipiteitä. Kirjallisuuden perusteella on selvitetty, että synnytyksosastojen keskittäminen on perusteltua potilasturvallisuuden ja nimenomaan syntyvän lapsen kannalta. Kustannussäästöjä arvellaan tulevan jonkin verran, sillä isommissa yksiköissä synnytyksiä voidaan hoitaa pienellä henkilökuntamäärän lisäyksellä. (Nieminen 2016.)

Toisaalta ainakin yhdessä suomalaisessa tutkimuksessa on todettu, ettei kustannussäästöistä ole takuuta. Samassa tutkimuksessa esitetään myös, etteivät keskittämisten hyötysuhteet ole sellaiset, että pienten sairaaloiden sulkeminen olisi tarpeellista. Pahimmillaan matkasynnytysten määrän lisääntyminen voi kumota tavoiteltuja turvallisuusvaikutuksia. (Hemminki ym. 2011; Vihavainen 2017.)

Suomen sosiaali- ja terveysministeriö muokkasivat synnytyssairaaloille päivystysasetuksen, jonka mukaan arvioitiin synnytyssairaaloiden jatkosta. Kriteereinä olivat vähintään tuhat synnytystä vuodessa, sekä valmius hätä- ja kiireelliseen keisarileikkaukseen. Vuosina 2010–2015 synnytystoiminta lakkautettiin viidestä sairaalasta ja osa synnytyssairaaloista jatkoi toimintaansa poikkeusluvalla määräaikaaisesti. (Vuori – Gissler 2016: 1.) Vuoden 2017 lokakuussa Suomessa oli 24 synnytyssairaala. Tähän lukuun ei enää sisälly Kätilöopiston sairaala, jonka synnytysosasto lakkautti toimintansa vuoden 2017 lokakuussa. (Synnytyssairaalat. 2017.)

Synnytyssairaaloiden keskittämistä ja lakkauttamisista huolimatta matkasynnytykset ja muut sairaalan ulkopuoliset, suunnittelemattomat synnytykset ovat Suomessa edelleen harvinaisia, mutta niiden määrä on silti kasvanut joka vuosi läpi 2000-luvun. Vielä 1990-luvulla suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä tapahtui eniten Pohjois-Suomessa, mutta 2000-luvulla niiden määrä taajama-alueilla kasvoi. 2010-luvun loppupuolelta lähtien suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä on ollut kaupunkialueilla yhtä paljon, tai jopa enemmän kuin haja-asutusalueilla. (Hemminki ym. 2011; Vihavainen 2017.)

Etelä-Suomessa tapahtuville sairaalan ulkopuolisille synnytyksille syynä pidetään sitä, että synnytysosastojen ruuhkautuessa perheitä ohjeistetaan odottamaan synnytyksen käynnistymistä kotona ja konsultoimaan synnytyssairaalaan sinne lähdestä. (Vihavainen 2017; Vihavainen 2016b.) Sekä sosiaali- ja terveysministeriön lääkintöneuvos Timo Keistisen että Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaalan (HYKS) synnytystoiminnan osastonylilääkäri Mika Nuutilan mukaan myös maahanmuuttajataustaisten perheiden runsaus voi lisätä suunnittelemattomien sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrää (Vihavainen 2016a; Vihavainen 2016b).

2.8 Synnytysyksiköiden keskittäminen ja lakkauttaminen Norjassa

Myös Norjassa lakkautetaan ja keskitetään synnytysosastoja. Norjassa on vähennetty sairaaloita, joissa hoidetaan vuosittain alle kolmesataa synnytystä. Vuonna 2006 synnytys­sairaaloita oli kuusikymmentä, ja lukumäärä on vuosi vuodelta vähentynyt niin, että vuonna 2014 synnytys­sairaaloita oli 51 ja vuonna 2017 enää 44. (Fødeavdeling; Heino – Gissler 2016: 3.) Norjalaisten synnytys­sairaaloiden määrän laskua on kuvattu kuviossa (kuvio 2.).

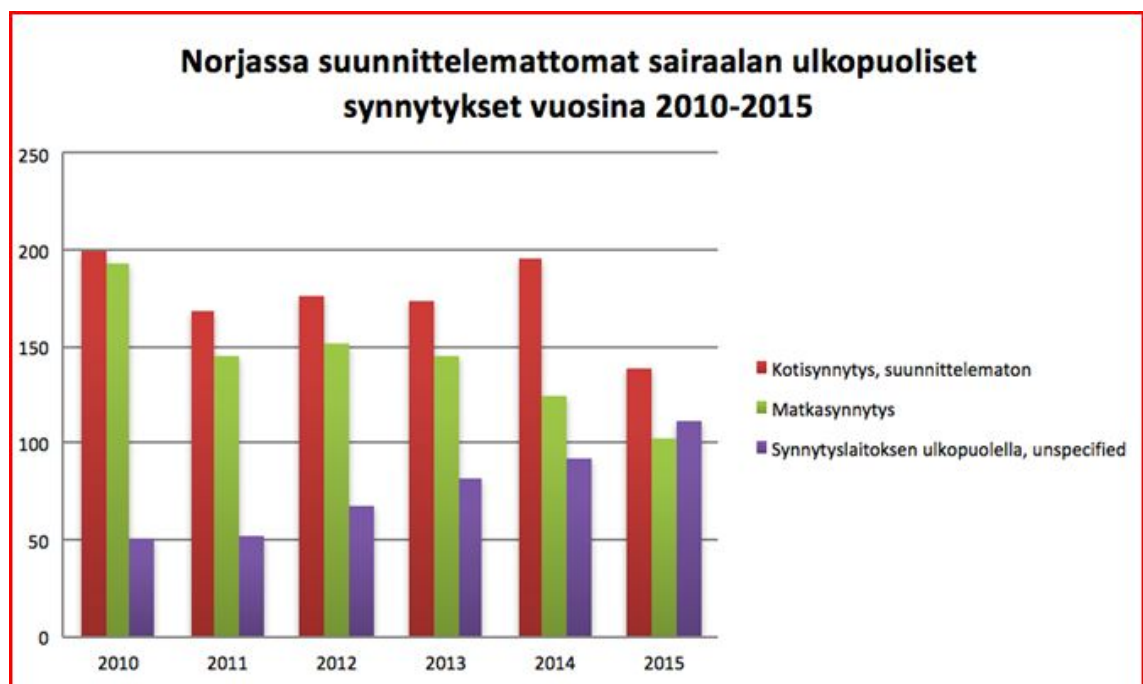


Kuvio 2. Vuosina 2010–2015 syntyneet norjalaiset lapset, jotka ovat syntyneet yhä toimivissa synnytysyksiköissä ja ne, jotka syntyivät jo suljetuissa yksiköissä (Antall fødte og fødser per institusjon).

Vuonna 2014 Norjassa raskaana olevista naisista 99 prosenttia synnytti synnytys­sairaaloissa ja syntyneistä lapsista yksi prosentti eli 565 lasta syntyi sairaalan ulkopuolella. Suurin osa kotona tapahtuvista synnytyksistä oli suunnittelemattomia, ja vain hiukan alle kolme tuhatta raskaana olevasta naisesta synnytti suunnitellusti kotona. Suunnittelemattomia kotisyntytyksiä oli vuonna 1970 kymmenen tuhatta, mutta 2014 vastaava luku oli enää kuudesta seitsemään naista tuhatta kohti. (Nøkketall for helsesektoren 2016: 73–74.)

Matkasynnytyksien osalta määrät ovat muuttuneet niin, että vuonna 2000 neljä tuhannesta lapsesta syntyi matkalla sairaalaan, mutta vuonna 2014 lukumäärä oli noin kaksi tuhannesta. Maakuntien välillä oli suuria eroja ja mitattuna tuhanteen syntyneeseen lapseen suurin osa matkasynnytyksistä tapahtui Sognin, Fjordaneen, Finnmarkin ja Tromsin alueella, eli joko Norjan länsirannikolla tai aivan pohjoisosassa. (Nøkketall for helsesektoren 2016: 73-74; Kartverket.)

Norjassa on todettu, että yleisesti ottaen sairaalan ulkopuolisten synnytyksien määrä on pysynyt tasaisena, mutta alaluokkien, kuten suunnittelemattomien kotisyntyisten ja tarkemmin määrittelemättömien (unspecified) sairaalan ulkopuolisten synnytysten lukumäärä on noussut. Vastaavasti matkasynnytysten määrä on laskenut. (Gunnarsson ym. 2014b.) Kuviossa (kuvio 3.) näkyy, miten muiden kuin perinteisten synnytyslaitoksissa tapahtuvien synnytysten määrä on muuttunut.



Kuvio 3. Norjassa vuosina 2010–2015 tapahtuneiden suunnittelemattomien sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrät (Antall fødte og fødsler per institusjon).

Synnytyslaitosten keskittämisen johdosta etenkin tiheiden väestökeskittymien ulkopuolella asuvilla naisilla riski sairaalan ulkopuoliseen synnytykseen kasvaa. Vuodesta 2000 vuoteen 2010 hedelmällisessä iässä olevien niiden naisten määrä, joiden matka-

aika synnytysyksikköön kesti yli tunnin, kasvoi 0,9 prosentilla. (Engjom – Morken – Norheim – Klungsøyr 2014.) Norjalaisessa tutkimuksessa mainitaan kuitenkin myös, että tästä huolimatta nimenomaan tiheillä asutusalueilla elävät naiset ovat silti alttiimpia kokemaan suunnittelemtoman sairaalan ulkopuolisen synnytyksen. (Gunnarsson ym. 2014b.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli tehdä kuvaileva kartoitus synnytysyksiköiden keskittämisten vaikutuksia Suomessa ja Norjassa. Kerätyn tiedon pohjalta tavoitteena oli paitsi lisätä tietoa keskittämisten vaikutuksista, myös kerätä tietoa Suomen ja Norjan välisistä yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiksi valikoituivat seuraavat kysymykset:

1. Mitä vaikutuksia synnytysyksiköiden keskittämällä on Suomessa?
2. Mitä vaikutuksia synnytysyksiköiden keskittämällä on Norjassa?
3. Mitä yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia on Suomen ja Norjan synnytysyksiköiden keskittämisten välillä?

4 Työmenetelmä ja tiedonhaku

Opinnäytetyössä käytettyä kartoittavaa tutkimusmenetelmää eli eksploratiivista tutkimusta hyödynnetään silloin, kun tutkijoilla on vähän tai ei ollenkaan tutkittua tietoa aiheesta. Tutkimusmenetelmän avulla etsitään siis uutta tietoa tai näkökulmia ja kehitetään hypoteeseja vähän tunnetusta aiheesta. Jotta tutkimusmenetelmää hyödynnettäisiin tehokkaasti, tutkijan tulee olla joustava ja avaramielinen tietosisältöä etsiessä ja koottaessa. (Stebbins 2001: 6; Tutkimuksen - Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite.) Tiedonkeruulla kartoittavassa tutkimuksessa voidaan osoittaa, että tutkittava aihe on hyvin vähän tutkittu tai tutkimaton, joten tiedonhakua on perusteltua lähestyä avoimemmin. (Stebbins 2001: 42).

Kartoittavan tutkimusmenetelmän tarkoitus ei ole tarjota ongelmiin valmiita vastauksia, vaan esittää uusia näkemyksiä tutkimattomaan aiheeseen tutkimalla tutkimuskysymyksiä. Uusien näkemysten avulla tutkittavaa ongelmaa voidaan ymmärtää paremmin. Etuina kartoittavassa tutkimusmenetelmässä ovat sen sopeutumiskyky ja joustavuus muutokseen, sekä menetelmän tehokkuus sen luodessa perustaa, josta jatkotutkimusten tekijät hyötyvät. Varjopuolena kartoittavassa tutkimusmenetelmässä ovat mahdollisesti tutkimuksien vaatimattomat näytemäärät, jotka eivät yleensä edusta kohderyhmää riittävästi. Lisäksi tutkimuksen avulla saadaan laadullista tietoa, jonka tulkintaan voi liittyä ennako-oletuksia. (Dudovskiy.)

Osan tiedonhausta toteutettiin soveltamalla järjestelmällistä tiedonhakua ja käyttämällä hakusanoja, jotka valitsimme tutkimuskysymyksiin pohjaten. Hakusanoja tarkennettiin sopivammiksi toteutettujen hakujen myötä. Tietokantojen tiedonhakua toteutettiin käyttämällä hakusanoja *synnytyssairaaloiden keskittäminen, synnytyssairaaloiden lakkauttaminen, perinataalikuolleisuus, synnytys, unplanned, out-of-hospital, birth, delivery, Finland, Norway, hospital closure, maternity care, perinatal mortality ja neonatal mortality.*

Tiedonhaku toteutettiin tietokantojen CINAHL, Medic ja PubMed avulla. Sopivia tutkimuksia löytyi jokaisesta edellä mainituista tietokannasta, ja osa valituista tutkimuksista löytyi useammasta kuin yhdestä kannasta. Synnytysosastojen keskittämistä on tapahtunut aivan viime vuosien ja kuukausien aikana, ja tästä johtuen osa hakemastamme tiedosta on muuttunut jopa opinnäytetyöprosessin aikana. Jotta opinnäytetyössä käytetty tieto olisi mahdollisimman uutta, tiedonhaku rajattiin koskemaan tutkimuksia vuodesta 2005 vuoteen 2017. Hakutuloksista hyväksyttiin ainoastaan alkuperäistutkimusten kokotekstit ja tutkimusartikkelit englannin-, suomen- ja norjankielellä. Osa lähteistä on vanhempia kuin vuodelta 2005, mutta niitä on käytetty varsinaisen tarkoituksen – eli synnytysosastojen keskittämisten vaikutuksien kartoittamisen – pohjustamiseen.

Tutkitun tiedon määrä tieteellisten hakukoneiden kautta oli sekä Suomen että Norjan osalta suppea. Osa työssä käytetystä tiedosta löytyi Google-hakukonetta käyttäen suomen-, englannin- ja norjankielisiltä internetsivuilta. Suomen ja Norjan viralliset terveyspalveluiden sivut kuten Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen -internetsivut tai Helsenorge tarjosivat paljon opinnäytetyön aiheeseen liittyvää tietoa, minkä lisäksi tietoa löytyi verkkojulkaisuista ja paperilehdistä. Tutkitun tiedon vähäisyyden lisäksi haasteena oli norjankielisten tekstien kääntäminen, sekä tutkimusmenetelmän vaihtuminen kesken opinnäytetyöprosessin kirjallisuuskatsauksesta kartoittavaan tutkimukseen.

5 Tulokset

5.1 Synnytyssairaaloiden keskittämisten vaikutukset Suomessa

Vuonna 2016 Suomessa noin 99,5 prosenttia naisista synnytti sairaalassa (Heino ym. 2017: 2). Synnytyssairaaloiden keskittämiset ovat vaikuttaneet matkasynnytysten määrän nousuun, vaikka selkeää ja yksimielistä syy-seuraussuhdetta tähän ei ole. Kymmenen vuoden aikana matkasynnytysten määrät ovat kaksinkertaistuneet 0,36 prosenttiin kaikista synnytyksistä. Vuonna 2016 92 lasta syntyi matkalla sairaalaan, mikä oli kymmenen enemmän kuin edellisvuonna. Muita sairaalan ulkopuolisia, suunnittelemattomia synnytyksiä oli vuonna 2016 kuusi vähemmän kuin vuonna 2015, mutta silti yhä enemmän kuin 2010-luvun alussa. (Heino ym. 2017: 2; Ennakkotieto: Perinataalitulasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2016.) Sairaalan ulkopuolella suunnittelematta tapahtuvien synnytysten määrän kasvu voi pahimmillaan kumota turvallisuusvaikutuksia, jota synnytyssairaaloiden keskittämisellä yritetään saavuttaa (Vihavainen 2017).

Riskitekijöitä sairaalan ulkopuolisille synnytyksille ovat aiemmat raskaudet ja synnytykset, naimattomuus raskauden aikana, tupakointi raskauden aikana, synnytyksen nopea kulku, yli 35 kilometrin matka synnytyssairaalaan ja raskauden aikaisten käyntien optimaalisesti käyttämättä jättäminen (Ovaskainen ym. 2015: 1248). Hankalat tieolosuhteet voivat myös vaikeuttaa synnytyssairaalaan pääsyä. Talvella vähäisemmässä käytössä olevat tiet voivat olla huonossa kunnossa, (Tieverkko 2017), ja mitä pohjoisemmaksi mennään, sitä vähemmän teitä hoidetaan talviaikaan (kts liite 4.). Alla olevassa taulukossa (taulukko 3.) on esitelty synnytyssairaaloiden lukumäärän laskua Suomessa vuodesta 2006 vuoteen 2017.

Taulukko 3. Synnytyssairaaloiden lukumäärät Suomessa vuosina 2006-2014 ja 2017 (Heino – Gissler 2016: 3; Synnytyssairaalat. 2017).

	2006	2007	2008	2009	2010	2013	2014	2017
Suomi synnytyssairaalat	34	33	33	32	32	30	29	24

Suomen Lääkärilehdessä olevan artikkelin mukaan synnytysyksikköjen keskittäminen on perusteltua etenkin syntyvän lapsen turvallisuuden kannalta. Toisessa suomalaisessa tutkimuksessa viitataan pääasiallisesti yhdysvaltalaisiin tutkimuksiin, joiden mukaan hyvin pienipainoisilla lapsilla on korkeampi selviytymismahdollisuus, jos syntymä tapahtuu korkeatasoisessa sairaalassa tai lapsi siirretään sinne. Matalan riskin synnytyksien suhteen eri tutkimuksissa on vaihtelua. Joidenkin mukaan synnytyksen kannalta korkean tason sairaala on parempi, toisten mukaan tasolla ei ollut merkitystä. Kustannussäästöjä on arveltu tulevan jonkin verran, koska synnytyksiä voidaan isommissa yksiköissä hoitaa pienellä henkilömäärällä. (Hemminki ym. 2011; Nieminen 2016.)

Vuosina 1991–2008 kerätyn synnytysdatan mukaan suunnittelemattomien sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrä on kasvanut 2000-luvulla vuosittain. Alueelliset erot ovat tasoittuneet muutaman vuosikymmenen aikana niin, että suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä tapahtuu kaupunkialueilla yhtä paljon, tai jopa enemmän kuin haja-asutusalueilla. Tutkimuksessa todetaan, että hyötysuhdetta keskittämisille ei nähdä, koska Suomessa on toimiva synnytysjärjestelmä. Myöskään synnytysyksiköiden keskittämisillä odotetuista säästöistä ei olla vakuuttuneita. Pääsyyksi tälle mainitaan se, ettei aiheesta ole kunnollisia tutkimuksia. (Hemminki ym. 2011.)

Pääkaupunkiseudulla Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä syntyy noin joka kolmas lapsi (Tuomi - Äimälä 2017). Tiheän väestökeskittymän alueella matkasynnytysten määrään vaikuttaa matka-aika sairaalaan, joka liikenteen ruuhkautumisen myötä saattaa kasvaa. Synnytysosastojen keskittäminen lisää ruuhkautumista synnytysosastoilla, jolloin synnyttäjää saatetaan ohjeistaa odottamaan synnytyksen käynnistymistä kotona ja soittamaan sairaalaan sinne lähdestä. Tällöin etenkin uudelleensynnyttäjillä riski sairaalan ulkopuoliselle synnytykselle kasvaa. (Vihavainen 2016b.) Muiksi syiksi matkasynnytyksille arvellaan maahanmuuttajien määrän kasvua. Tähän arvellaan syyksi sitä, ettei perhe ole äitiyshuollon kautta saanut kulttuurillisista, kielellisistä tai muista syistä johtuen riittävää ohjausta. (Vihavainen 2017; Vihavainen 2016b.)

5.2 Synnytys­sairaaloiden keskittämisten vaikutukset Norjassa

Norjankin osalta tutkimuksissa ilmeni erilaisia mielipiteitä keskittämisten hyödyllisyydestä. Norjassa lakkautetaan ja keskitetään synnytysyksiköitä, joissa hoidetaan vuosittain alle kolmesataa synnytystä (Heino – Gissler 2016: 3). Noin 99 prosenttia naisista

synnyttää sairaalassa (Nøkketall for helsesektoren 2916: 73), ja suunnittelemattomien sairaalan ulkopuolisten synnytysten lukumäärä on pysynyt suhteellisen tasaisena. Suunnittelemattomien synnytykset kotona tai tarkemmin määrittelemättömässä paikassa (unspecified) ovat lisääntyneet ja matkasynnytykset vähentyneet. Vuonna 2015 suunnittelemattomien kotisyntymysten määrä laski kuitenkin alemmas kuin kertaakaan 2010-luvulla. (Antall fødte og fødsler per institusjon; Gunnarsson ym. 2014b). Taulukossa (taulukko 4.) on esitelty synnytyssairaaloiden lukumäärän lasku Norjassa vuosina 2006-2014 ja vuonna 2017.

Taulukko 4. Synnytyssairaaloiden lukumäärät Norjassa vuosina 2006-2014 ja 2017 (Fødeavdeling; Heino - Gissler 2016: 3).

	2006	2007	2008	2009	2010	2013	2014	2017
Norja synnytys- sairaalat	60	60	57	56	55	52	51	44

Synnytysyksiköiden keskittämisten johdosta suunnittelemattomaan sairaalaan ulkopuoliseen synnytykseen riski kasvaa niillä, jotka asuvat tiheiden väestökeskittymien ulkopuolella. Tutkimusten mukaan kaikkein altteimpia suunnittelemattomalle sairaalaan ulkopuoliselle synnytykselle ovat kuitenkin kaupunkialueilla elävät naiset. Syistä ei olla varmoja, mutta maahanmuuttajien ja/tai sosiaalisesti heikommassa asemassa olevien korkeampia määriä arvellaan mahdollisiksi syiksi. (Gunnarsson ym. 2014b.)

Usein sairaalan ulkopuolella suunnittelemattomasti synnyttävä nainen on matalan riskin synnyttävä, ja synnytys sujuu ongelmitta. Suunnittelematon sairaalan ulkopuolella tapahtuva synnytys on silti riskitekijä äidin ja syntyvän lapsen terveydelle. Etenkin maahanmuuttajilla perinataalikuolleisuus voi olla jopa kolminkertainen kantaväestöön verrattuna. Tämän lisäksi terveydenhuollon ammattilainen on usein kokemattomampi maahanmuuttajien kanssa ja raskaana olevat naiset saattavat kokea tiedon- ja ohjauksen puutetta tilaansa liittyen. (Ahlberg – Vangen 2005: 586-587; Gunnarsson ym. 2014b.)

Niiden hedelmällisessä iässä olevien naisten määrä, joilla matka-aika synnytysyksikköön kestää yli tunnin on kasvanut. Tähän on yhteydessä synnytysyksiköiden saatavuuden lasku ja suunnittelemattomien sairaalan ulkopuolisten synnytysten riskin kasvu. Tämä

nähdään terveydenhuoltojärjestelmän laadun alenemisena. (Engjom ym. 2014.) Suunnittelemattomien sairaalan ulkopuolisten synnytysten perinataalikuolleisuuteen vaikuttavia tekijöitä on tutkittu olevan hyvin ennenaikainen synnytys, istukan ja vastasyntyneen kunto, infektiot ja saatavilla olevan hoidon optimaalinen käyttämättä jättäminen. Terveydenhuollon työskentelyyn liittyvät epäkohdat todettiin vaikuttavan myös pieneen osaan kuolemista. (Gunnarsson ym. 2014a.) Toisaalta on myös tutkittu, että synnytysyksikköjen keskittäminen ei ole yhteydessä vastasyntyneiden ja imeväisikäisten lasten kuolemiin. Tämä johtui siitä, että riskialttiit synnytykset tunnistettiin hyvissä ajoin ennen synnytystä, jolloin raskaana oleva ohjattiin synnyttämään isompaan sairaalaan, jossa oli resurssit toimia hätätilanteessa. (Grytten ym. 2014.)

Talviaikaan kuolleisuusriski kasvoi täysiaikaisissa synnytyksissä, jos uudelleensynnyttäjä asui yli kahden tunnin matkan päässä synnytysyksiköstä, verrattuna alla tunnin matkan päässä asuvaan synnyttäjään (Engjom ym. 2017; Äimälä 2015: 385). Matkasynnytyksiä tapahtui eniten Norjan länsirannikolla tai aivan pohjoisosassa (Nøkketall for helsektoren 2016: 73–74). Matka sairaalaan saattaa kestää jopa tunteja haja-asutusalueella ja matkaa hidastavia tekijöitä voi olla lauttamatka tai vuoristoalueella talveksi suljettu tie, sillä kaikkia vähäisessä käytössä olevia teitä ei ole mahdollista pitää hyvässä kunnossa. (Gunnarsson ym. 2014a; Statens vegvesen 2016.)

6 Pohdinta

6.1 Tulosten pohdinta

Tutkimusten mukaan todennäköisimmin sairaalan ulkopuolella suunnittelematta synnyttävä on nuori, matalan riskin uudelleensynnyttäjä (Gunnarsson ym. 2014b). Tämä viittaa siihen, että Norjassa, ja todennäköisesti ainakin muissa Pohjoismaissa korkean riskin synnyttäjät ohjataan jo aikaisemmassa vaiheessa sairaalaan tai sen läheisyyteen.

Suomessa matkasynnytykset ovat edelleen harvinaisia, mutta niiden määrä on koko ajan kasvussa. Muita sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä (unspecified) oli vuonna 2016 hie-man vähemmän kuin vuonna 2015, mutta silti enemmän kuin 2010-luvun alussa. (Heino ym. 2017: 2.) Syitä on vaikea sanoa, mutta kenties synnytysyksikköjen väheneminen

vaikuttaa siihen, että nimenomaan matkasynnytykset lisääntyvät. Suunnittelemattomat kotisynnytykset ovat mahdollisesti vähentyneet muun muassa sen vuoksi, että maahanmuuttajayhteisöt ovat kotiutuneet paremmin Suomeen, jolloin he saavat enemmän hyötyä äitiyshuollosta ja neuvoa myös oman yhteisönsä sisältä.

Norjassa matkasynnytykset ovat vähentyneet, tuntemattomassa paikassa suunnittelematta tapahtuneet synnytykset (unspecified) lisääntyneet, ja suunnittelemattomien kotisynnytysten määrä vaihtelee, joskin laski vuonna 2015 alimmalle tasolle koko 2010-luvulla (Antall fødte og fødsler per institusjon; Gunnarsson ym. 2014b). Norjassa olisi helppo olettaa matkasynnytysten olevan suhteellisen yleisiä vuoristoisen maaston takia. Kummassakin maassa etenkin talvella matkanteko voi vaikeutua haastavien tieolosuhdeiden vuoksi, etenkin Norjassa tunturialueilla. (Gunnarsson ym. 2014a.) Ehkä matkasynnytysten ja suunnittelemattomien kotisynnytysten määrä on kuitenkin laskenut onnistuneen raskaudenaikaisen ohjauksen ja maahanmuuttajataustaisen yhteisöllisyyden takia. Lisääntyneille muille sairaalan ulkopuolella tapahtuville suunnittelemattomille synnytyksille ei ole varmoja selityksiä, mutta kenties niiden määrä korostuu haja-asutusseuduilla, tai alueilla, joilla on paljon ensimmäisen polven maahanmuuttajia tai sosio-economisesti heikommassa asemassa olevia (Gunnarson ym. 2014b).

Suomessa äitiysneuvolassa työskentelee joko terveydenhoitaja tai terveydenhoitaja-kätilö, joka tarjoaa odottajalle määräaikaista raskauden aikaisia seurantakäyntejä (Ellilä ym. 2013: 102-103). Metropolia Ammattikorkeakoulun vuoden 2016 opintosuunnitelman mukaan terveydenhoitajat opiskelevat seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä opintoja noin 25 opintopistettä, joka vastaa noin 675 työtuntia. Kätilön opintopistemäärä on 120 eli noin 3 240 työtuntia (Kätilötyö 2016; Terveydenhoitotyö 2016). Tämän perusteella voi miettiä kätilöiden tarvetta neuvoloissa nimenomaan seksuaalisuus- ja lisääntymisterveyskysymyksiin liittyen.

Ensihoitaja Suomessa opiskelee seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä opintoja 15 opintopistettä eli noin 405 työtuntia Metropolia Ammattikorkeakoulussa vuoden 2016 opetussuunnitelman mukaan. Suomessa tehdyssä tutkimuksessa matkasynnytysten määrä on kasvanut ja hätäsairaanhoito hoitaa 3/1000 sairaalan ulkopuolisesta synnytyksestä vuodessa. (Pirneskoski – Peräjoki – Nuutila - Kuisma 2016.) Sairaalan ulkopuolisten synnytyksien lisääntyessä yhä useammalla ensihoitajalla on edessään avustaminen synnytyksessä joko tapahtumapaikalla tai matkalla sairaalaan. On kuitenkin pohdittava,

onko 15 opintopisteen oppimäärä riittävä tällaiseen vastuuseen, vaikka ensihoitajien taidot ovat hyvät ja suurin osa matkasynnytyksistä päättyykin hyvin ilman komplikaatioita (Pirneskoski ym. 2016). Tässä olisi mahdollista miettiä keinoja lisätä kättilöiden ja ensihoitajien yhteistyötä matkasynnytyksissä. Kättilö voi ohjeistaa ensihoitajia puhelimitse, mutta voisiko esimerkiksi sairaaloissa toimia päivystävä kättilö, joka voi tarvittaessa lähteä ambulanssiin mukaan?

Suomalaisen tutkimuksen mukaan säästöistä ei ole kunnollista näyttöä, eikä maissa, joissa on toimiva synnytys- ja terveydenhuoltojärjestelmä, ole tarvetta synnytysyksikköjen keskittämiseksi (Hemminki ym. 2011). Huolimatta siitä, että Norjassa on vähemmän väestöä, siellä on enemmän tietynlaisiin raskauksiin erikoistuneita synnytysyksiköitä. Tällä hetkellä Suomessa kättilöjohtoisia synnytysyksiköitä ei ole lain mukaan mahdollista perustaa (Sosiaali- ja terveysministeriön kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014 § 14). Jos niille kuitenkin annettaisiin mahdollisuus, kenties synnytys sairaaloiden jonot purkautuisivat, naisilla olisi mahdollisuus päästä synnyttämään kodinomaisempaan ympäristöön ja suunnittelemattomat sairaalan ulkopuoliset synnytykset vähenisivät.

Sekä Suomessa että Norjassa erot sairaalan ulkopuolisten suunnittelemattomien synnytysten määrissä haja-asutusseuduilla ja kaupungeissa on tasoittunut lähes samalle tasolle (Gunnarsson ym. 2014b; Hemminki ym. 2011). Tämä johtuu varmasti useammasta tekijästä. Ensinnäkin muuttoliike maaseudulta kaupunkiin vähentää hedelmällisessä iässä olevien naisten määrää taajamien ulkopuolella. Lisäksi synnytysyksiköiden vähenemisessä jopa kaupungeissa matka-aika kasvaa, ja vaikeivat esimerkiksi Helsinki tai Oslo kuulukaan maailman suurimpiin kaupunkiin, ruuhka-aikaan matka kaupungin toiselta puolelta synnytys sairaalaan kestää ambulanssikyvyilläkin.

Kolmanneksi maahanmuuttajat, erikoisesti hedelmällisessä iässä olevia naiset, jotka usein synnyttävät useammin ja nuorempina kuin kantaväestö (Hemminki ym. 2011.), voivat hyvin olla tekijä, jota ei ole riittävästi otettu huomioon keskittämisten vaikutuksia mietittäessä. Mikäli äitiyshuolto ei pysty tai osaa kielellisistä tai kulttuurillisista syistä kohdata ja ohjeistaa maahanmuuttajia, se voi näkyä suunnittelemattomissa sairaalan ulkopuolisissa synnytyksissä ja korkeana perinataalikuolleisuutena (Ahlberg – Vangen 2005: 586; Vihavainen 2016a; Vihavainen 2016b).

Voi myös pohtia, tuleeko sote-uudistus muuttamaan Suomessa synnyttäjien ja heidän perheidensä valintoja. Toisaalta perheillä on jo nyt oikeus valita synnytyspaikkansa mistä tahansa maan sisältä lukuun ottamatta Ahvenanmaata, joten valinnanvapaisuudistus siltä osin ei muuta mitään. Sen sijaan, jos valinnanvapaus tulee koskemaan neuvoloita, perheet saattavat päätyä käyttämään enemmän yksityisen puolen palveluita.

6.2 Työn luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön avulla luotiin alustava pohja ja perusta mahdolliselle jatkotutkimukselle. Opinnäytetyö perustuu tutkittuun tietoon ja kriittisen tarkastelun läpikäyneiden internet-sivustojen lähteisiin kartoittavan kirjallisuuskatsauksen mukaan. Jotta jokainen lukija saisi tarkan ja objektiivisen kuvan työn aiheesta, tietoa haettiin vuosilta 2005-2017 ja siinä hyödynnettiin sekä eettisesti, että tieteellisesti parhaimpia lähteitä. Työssä hyödynnettiin myös opinnäytetyön ohjaajalta ja opponoijilta saatua palautetta.

Tieteellisen tiedon vaikuttavuus ja voima on siinä, että se pyrkii muita tiedon lajeja – kuten intuitiota tai mielipiteitä - tarkemmin löytämään totuuden (Leino-Kilpi – Välimäki 2012; 369). Voi myös sanoa, että koko tieteellisen toiminnan ytimenä toimii tutkimuksen eettisyys (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 172). Tutkijan on oltava kiinnostunut etsimään tunnollisesti uutta ja luotettavaa tietoa, sekä käyttämään saamaansa tietoa oikein, eli vilpittä ja eettisten ohjeiden mukaisesti. Tutkimuksen tekeminen ei saa aiheuttaa vaaraa, vahinkoa tai loukata kenenkään ihmisarvoa. Kollegiaalisuus toista tutkijaa kohtaan on tärkeää ja yksi tukipilareista tutkimuksen edistymisen kannalta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 172.)

Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset jaetaan kahteen pääluokkaan: piittaamattomuuteen ja vilpillisyyteen. Piittaamattomuus hyvän tieteellisen käytännön suhteen voi ilmetä esimerkiksi muiden osuuden ja aikaisempien töiden vähättelynä, puutteellisina lähde- ja viitetietoina, tai virheellisenä tulosten kirjaamisena. Vilpillä tarkoitetaan tulosten ja havaintojen vääristelyä tai suoranaista keksimistä tai luvattomana lainaamisena. (Leino-Kilpi – Välimäki 2012: 364.) Aina vilpillisyys ei ole tahallista, jos tutkimustulosten virheellisyys johtuu esimerkiksi alitajuntaisesta ennakoasenteesta (Leino-Kilpi – Välimäki 2012: 370.) Luotettavuus, totuudellisuus ja se, ettei tuloksia ole väärennetty tai keksitty tyhjästä sisältyvät hyvään tieteen sisäiseen tutkimuseetiikkaan (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2009: 173).

Loukkauksia hyvää tutkimusetiikkaa ja tieteellistä käytäntöä kohtaan vältettiin olemalla rehellisiä niin itselle, työparille kuin lukijallekin, sekä kunnioittamalla aikaisempia tutkimuksia ja tutkijoita. Työn luotettavuutta ja puolueettomuutta työssä lisäsi niiden huomiointi aineiston hakua tehdessä ja kahden tekijän yhteistyö. Kartoittavaan tutkimustyöhön liittyvät haasteet ovat etenkin käytetyn tiedon pysyminen mahdollisimman luotettavana ja ajantasaisena, sekä tekijöiden vaara ottaa tutkimukseen mukaan vain yhdenlaista mielipidettä kannattavia tutkimuksia tiedostamattomien ennakkoluulojen pohjalta. Näitä vaaranpaikkoja on pyritty välttämään lähdekriittisellä tutkimusotteella ja mahdollisimman monipuolisella tiedolla. Aiheesta löytyvän tiedon suppeus varmisti myös sen, että kaikki mahdollinen tieto ja sekä samanhenkiset, että erilaista näkökulmaa tarjoavat tutkimukset otettiin huomioon.

6.3 Johtopäätökset ja jatkohyödyntäminen

Keskittämisillä on lisäävä vaikutus suunnittelemtomiin sairaalan ulkopuolisiin synnytyksiin. Suomessa sairaalan ulkopuoliset synnytykset ovat kaksinkertaistuneet kymmenen vuoden aikana. (Ennakkotieto: Perinataalitalasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2016). Norjassa puolestaan matkasynnytykset ovat vähentyneet ja muut suunnittelemtomat sairaalan ulkopuoliset synnytykset, sekä suunnittelemtomat kotisyntytykset ovat lisääntyneet. Toisaalta suunnittelemtomien kotisyntytysten määrä putosi vuonna 2015 alimmalle tasolle 2010-luvulla. (Antall fødte og fødsler per institusjon; Gunnarsson ym. 2014b.)

Haja-asutusseudulla asuvilla naisilla on suuri riski synnyttää suunnittelemtatta sairaalan ulkopuolella, mutta näyttää siltä, että kaikkein altteimpia tällaisille synnytyksille ovat taa-jama-alueilla elävät naiset (Gunnarsson ym. 2014b). Suomessa ja Norjassa, joissa on toimiva synnytysjärjestelmä, ei nähdä välitöntä tarvetta keskittämisille, sillä säästökustannuksista ja potilasturvallisuuden paranemisesta ei ole tarpeeksi tutkittua tietoa (Hemminki ym. 2011).

Jatkotutkimusta kaivataan esimerkiksi keskittämisten myötä syntyvistä säästökustannuksista verrattuna synnytysyksiköiden keskittämisestä odotettuihin hyötyihin. Aiheellista olisi myös tutkimus optimaalisesta sairaalamäärästä, joka takaa parhaan mahdollisen hoidon, mutta ei lisää suunnittelemtomien sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrää.

Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää alustavana tutkimuksena, joka muodostaa perustan jatkotutkimuksille. Tämä opinnäytetyö antaa lukijalleen käsityksen ja luo alustavan tietoperustan synnytysyksiköiden keskittämisten vaikutusten yhtäläisyyksistä ja eroavaisuuksista Suomessa ja Norjassa.

Lähteet

Aava Raskausklinikan äitiysneuvola. Lääkärikeskus Aava. Verkkodokumentti. <<https://www.aava.fi/palvelu/aava-raskausklinikan-aitiysneuvola>>. Luettu 2.11.2017.

Ahlberg, Nora – Vangen, Siri 2005. Svangerskap og fødsel i et flerkulturelt Norge. Tidsskriftet. Verkkodokumentti. <<http://tidsskriftet.no/2005/03/tema-svangerskap-og-fodsel/svangerskap-og-fodsel-i-et-flerkulturelt-norge>>. Luettu 3.11.2017. 586-588.

Alho, Olli 2002. A guide to Finnish customs and manners. This is FINLAND. Verkkodokumentti. Päivitetty 3/2010. <<https://finland.fi/life-society/a-guide-to-finnish-customs-and-manners/>>. Luettu 1.11.2017.

Antall fødte og fødsler per institusjon. Medical birth registry and abortion registry, FHI. Norwegian Institution of Public Health. Verkkodokumentti. <<http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>>. Luettu 1.11.2017.

Area of land and fresh water. 2017. Statistisk sentralbyrå. Verkkodokumentti. Päivitetty 6.3.2017. <<https://www.ssb.no/en/natur-og-miljo/statistikker/arealdekke>>. Luettu 24.10.2017.

Births. 2017. Statistisk Sentralbyrå. Verkkodokumentti. Päivitetty 9.3.2017. <<https://www.ssb.no/en/fodte/>>. Luettu 21.10.2017.

Childbirth in EU/EEA and Switzerland. Helsenorge. Verkkodokumentti. Päivitetty 10.4.2017. <<https://helsenorge.no/health-rights-abroad/childbirth-in-the-eu-eea-and-switzerland>>. Luettu 6.11.2017.

Choosing a treatment centre – from referral to treatment. 2017. Helsenorge. Verkkodokumentti. Päivitetty 19.05.2017. <<https://helsenorge.no/other-languages/english/rights/choosing-a-treatment-centre>>. Luettu 24.8.2017.

Deaths. 2017. Statistisk Sentralbyrå. Verkkodokumentti. Päivitetty 9.3.2017. <<http://www.ssb.no/en/befolkning/statistikker/dode>>. Luettu 21.10.2017.

Dudovskiy, John. Exploratory Research. Research Methodology. Verkkodokumentti. <<https://research-methodology.net/research-methodology/research-design/exploratory-research/>>. Luettu 20.10.2017.

Ellilä, Merja – Hakulinen-Viitanen, Tuovi – Yli-Soininmäki, Taina – Korpilahti, Ulla – Pelkonen, Marjaana 2013. Määräaikaisten terveystarkastusten käyntirunko. Teoksessa Klementti Raija – Hakulinen-Viitanen, Tuovi (toim.): Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. 102-107.

Engjom, Hilde M. - Morken, Nils-Halvdan - Høydahl, Even – Norheim, Ole F. - Klungsøyr, Kari 2017. Increased risk of peripartum neonatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study. American Journal of Obstetrics and Gynecology 217 (2). Saatavilla sähköisesti: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)30499-4/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)30499-4/fulltext)>.

Engjom, HM – Morken, N – Norheim, OF - Klungsøyr, K 2014. Availability and access in modern obstetric care: a retrospective population-based study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Saatavilla sähköisesti: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.12510/abstract>>.

Ennakkotieto: Perinataalitalasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2016. Saatavilla sähköisesti. Päivitetty 22.6.2017. <<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataalitalasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet>>. Luettu 20.9.2017.

Ensihoito. 2016. Metropolia. Verkkodokumentti. <<http://opinto-opas-ops.metropolia.fi/index.php/fi/88094/fi/70304/SXK16S1/year/2016>>. Luettu 30.10.2017.

Erikoissairaanhoido. 2017. Kuntaliitto. Verkkodokumentti. <<https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/erikoissairaanhoido>>. Luettu 20.10.2017.

Fødeavdeling. Helsenorge. Verkkodokumentti. <<https://helsenorge.no/velg-behandlingssted/ventetider-for-behandling?bid=120>>. Luettu 3.11.2017.

Fødsel. Helsenorge. Verkkodokumentti. Päivitetty 20.5.2016. <<https://helsenorge.no/fodsel/fodsted>>. Luettu 29.8.2017.

Grytten, Jostein – Monkerud, Lars – Skau, Irene – Sørensen, Rune 2014. Regionalization and Local Hospital Closure in Norwegian Maternity Care – the Effect of Neonatal and Infant Mortality. *Health Services Research* 49 (4). Saatavilla sähköisesti: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4239845/>>.

Gunnarsson, Björn – Fasting, Sigur – Skogvoll, Eirik – Smáráson, Alexander K. - Salvesen, Kjell Å. 2014a. Why babies die in unplanned out-of-institution births: an enquiry into perinatal deaths in Norway 1999-2013. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 96 (3). Saatavilla sähköisesti: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13067/full>>.

Gunnarsson, Björn – Smáráson, Alexander K. – Skogvoll, Eirik – Fasting, Sigurd 2014b. Characteristics and outcome of unplanned out-of-institution births in Norway from 1999 to 2013: a cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 93 (10). Saatavilla sähköisesti: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12450/full>>.

Heino, Anna – Gissler, Mika 2016. Pohjoismaiset perinataalitalastot 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130261/Tr04_16.pdf?sequence=1>. Luettu 20.8.2017.

Heino, Anna – Vuori, Eija – Gissler, Mika 2017. Perinataalitalasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. Päivitetty 31.10.2017. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135445/Tr_37_17.pdf?sequence=1>. Luettu 4.11.2017.

Hemminki E. - Heino A. - Gissler M, 2011. Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences in regionalised health care in Finland. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 118 (10). Saatavilla sähköisesti: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2011.02977.x/full>>.

Hjemmefødsel. Hjemmefødsel. Verkkodokumentti. <<https://www.hjemmefodsel.no/hjemmefodsel>>. Luettu 20.10.2017.

Ihme, Anu – Rainto, Satu 2014. *Naisen terveys*. 2. uudistettu painos. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Immigrants and Norwegian-born to immigrant parents 2017. Statistisk Sentralbyrå. Statistics Norway. Verkkodokumentti. Päivitetty 11.9.2017. <<http://www.ssb.no/en/befolkning/statistikker/innvbef>>. Luettu 18.10.2017.

Jouhki, Maija-Riitta, Raussi-Lehto, Eija – Lang, Leena – Virtanen, Terhi - Ellilä, Merja – Klemetti, Reija – Vallimies-Patomäki, Marjukka 2013. *Kotisyntytytys*. Teoksessa Klementti Raija – Hakulinen-Viitanen, Tuovi (toim.): *Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. 256-260.

Jouhki, Maija-Riitta – Ylä-Soininmäki, Taina – Virtanen, Terhi 2013. *Ensikontakti äitiysneuvolaan raskausaikana*. Teoksessa Klementti Raija – Hakulinen-Viitanen, Tuovi (toim.): *Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. 100.

Järvi, Ulla 2013. Kätilöliitto ehdottaa synnytystupia. *Lääkärilehti*. Saatavilla sähköisesti: <<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/katiloliitto-ehdottaa-synnytystupia/>>. Luettu 29.8.2017.

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sanna-Mari - Pietilä, Anna-Maija - Jääskeläinen, Petri - Liikanen, Eeva 2013. *Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenennyyn tietoon*. *Hoitotiede* 25 (4). 291-301.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro.

Kartverket. Verkkodokumentti. <http://www.norges-kart.no/?_ga=2.143093491.756252498.1507555617-1270703572.1507555617#!?project=seeiendom&layers=1002,1014&zoom=4&lat=7197864.00&lon=396722.00>. Luettu 9.10.2017.

Kuolleiden määrä kasvoi edellisvuodesta. 2017. Suomen virallinen tilasto (SVT). Helsinki: Tilastokeskus. Verkkodokumentti. Päivitetty 28.4.2017. <http://www.stat.fi/til/kuol/2016/kuol_2016_2017-04-28_tie_001_fi.html>. Luettu 20.10.2017.

Kätilötyö. 2016. Metropolia. Verkkodokumentti. <<http://opinto-opas-ops.metropolia.fi/index.php/fi/88094/fi/70307/SXL16S1/year/2016>>. Luettu 30.10.2017.

Kättilöopiston sairaalan synnytyksiä Espoon sairaalaan. 2017. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <[http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Kättilöopiston-sairaalan-synnytyksiä-Espoon-sairaalaan.aspx](http://www.hus.fi/hus-tietoa/ uutishuone/Sivut/Kättilöopiston-sairaalan-synnytyksiä-Espoon-sairaalaan.aspx)>. Luettu 23.8.2017.

Kättilöopiston sairaala suljetaan. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/katiloopiston-sairaala/katiloopiston-muutto/Sivut/default.aspx>>. Luettu 23.8.2017.

Lassheikki, Petri 2017. Tutkijat eivät olleet uskoa lukuja – lapsia syntynyt alkuvuonna ennätysvähän. Yle Uutiset. Verkkodokumentti. Päivitetty 7.7.2017. <<https://yle.fi/uutiset/3-9707111>>. Luettu 20.10.2017.

Leino-Kilpi, Helena - Välimäki, Maritta 2012. Etiikka Hoitotyössä. 5.-7. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Maahanmuuttajat väestössä. Tilastokeskus. Verkkodokumentti. <<https://www.tilastokeskus.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa.html>>. Luettu 20.10.2017.

Nieminen, Kari 2016. Synnytysten keskittäminen lisää turvallisuutta. Lääkärilehti 25-32 (71). 1875-1878.

Norja: matkustustiedoite. Ulkoasiainministeriö. Verkkodokumentti. Päivitetty 17.8.2017. <<http://formin.finland.fi/public/default.aspx?contentid=341694>>. Luettu 19.10.2017.

Nøkketall for helsesektoren. 2016. HelseDirektoratet. Verkkodokumentti. <<https://helse-direktoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1177/N%C3%B8kketall%202016%20IS-2464.pdf>>. Luettu 28.9.2017.

Ovaskainen, Katja – Ojala, Riitta – Gissler, Mika – Luukkala, Tiina – Tammela, Outi 2015. Out-of-hospital deliveries have risen involving greater neonatal morbidity – Risk factors in out-of-hospital deliveries in one University Hospital region in Finland. Acta Paediatrica 104. 1248-1252.

Pelkonen, Marjaana 2013. Tavoitteet ja tehtävät. Teoksessa Klementti Raija – Hakulinen-Viitanen, Tuovi (toim.): Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. 16.

Pietiläinen, Sirkka - Väyrynen, Pirjo 2015. Raskaudenaikaiset määräaikaistarkastukset. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina - Pietiläinen, Sirkka - Raussi-Lehto, Eija - Äimälä, Anna-Mari (toim.): Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita. 170-175.

Pirneskoski, Jussi – Peräjoki, Katja – Nuutila, Mika – Kuisma, Markku 2016. Urgent EMS managed out-of-hospital delivery dispatches in Helsinki. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 24(1):94. Saatavilla sähköisesti: <<https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-016-0285-5>>. Luettu 23.10.2017.

Population and population changes. 2017. Statistisk Sentralbyrå. Statistics Norway. Verkkodokumentti. Päivitetty 23.2.2017. <<https://www.ssb.no/en/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar>>. Luettu 19.10.2017.

Potilaan opas - Kun hakeudut hoitoon. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <http://www.potilaanopas.fi/fi/01_course/Html5_training/site/index.html#page-0>. Luettu 29.8.2017.

Potilasturvallisuus. 2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. Päivitetty 31.03.2017. <<https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>>. Luettu 25.8.2017.

Pregnancy and maternity care in Norway. 2017. Helsenorge. Verkkodokumentti. Päivitetty 13.03.2017. <<https://helsenorge.no/other-languages/english/pregnancy-and-maternity-care>>. Luettu 24.8.2017.

Raussi-Lehto, Eija 2015. Syntymän hoidon tarve. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina - Pietiläinen, Sirkka - Raussi-Lehto, Eija - Äimälä, Anna-Mari (toim.): Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita. 221-243.

Raskaus ja synnytys Norjassa. Pohjoismainen yhteistyö. Verkkodokumentti. <<http://www.norden.org/fi/haloo-pohjola/norja/lapset-ja-perheet-norjassa/raskaus-ja-synnytys-norjassa>>. Luettu 29.8.2017.

Raskaus ja synnytys Suomessa. Pohjoismainen yhteistyö. Verkkodokumentti. <<http://www.norden.org/fi/haloo-pohjola/suomi/lapset-ja-perheet-suomessa/raskaus-ja-synnytys-suomessa>>. Luettu 29.8.2017.

Rataverkko. 2017. Liikennevirasto. Verkkodokumentti. Päivitetty 5.7.2017. <<https://www.liikennevirasto.fi/rataverkko#.WeitoRO0Ob8>>. Luettu 19.10.2017.

De regionale helseforetakene. Regjeringen. Verkkodokumentti. Päivitetty 24.11.2014. <<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene/id528110/>>. Luettu 4.11.2017.

Religious communities and life stance communities. Statistisk Sentralbyrå. Statistics Norway. Verkkodokumentti. Päivitetty 25.11.2016. <<https://www.ssb.no/en/kultur-og-fritid/statistikker/trosamf>>. Luettu 29.10.2017.

Räisänen, Sari – Sankilampi, Ulla 2013. Synnytyspaikan valinta. Teoksessa Klementti Raija – Hakulinen-Viitanen, Tuovi (toim.): Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. 242-243.

Sosiaali- ja terveysministeriön kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisala-kohtaisista edellytyksistä 782/2014. Annettu Helsingissä 23.9.2014.

Statens Vegvesen. 2014. The National Road DataBase. Verkkodokumentti. Päivitetty 25.7.2014. <<https://www.vegvesen.no/en/professional/Roads+and+transport/National+Road+Data+Bank+NRDB>>. Luettu 24.10.2017.

Statens Vegvesen. 2016. Brøyting og strøing på vegene. Verkkodokumentti. Päivitetty 7.12.2016. <<https://www.vegvesen.no/trafikkinformasjon/Reiseinformasjon/vinter-pa-vegene/broyting-og-stroing-pa-vegene>>. Luettu 26.10.2017.

Stebbins, Robert A. 2001. Exploratory Research in the Social Sciences. Sage University Paper Series on Qualitative Research Methods 48. Thousand Oaks, CA: Sage.

Synnytyssairaalat. 2017. Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste, Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansaneläkelaitos. Verkkodokumentti. Päivitetty 17.2.2017. <<https://www.hoitopaikanvalinta.fi/yhteystiedot/julkinen-terveydenhuolto/synnytyssairaalat/>>. Luettu 25.8.2017.

Teiden talvihoito. 2017. Liikennevirasto. Verkkodokumentti. Päivitetty 11.9.2017. <<http://www.liikennevirasto.fi/tieverkko/kunnossapito/talvihoito#.WeiWoBO0Ob8>>. Luettu 19.10.2017.

Terveydenhoitotyö. 2016. Metropolia. Verkkodokumentti. <<http://opinto-opas-ops.metropolia.fi/index.php/fi/88094/fi/70324/SXQ16S1/year/2016>>. Luettu 30.10.2017.

The right to a doctor. 2016. Helsenorge. Verkkodokumentti. Päivitetty 5.12.2016. <<https://helsenorge.no/foreigners-in-norway/the-right-to-a-doctor#General-Practitioner-list,-common-list,-shared-list-and-group-practice>>. Luettu 27.10.2017.

Tietoa Norjasta. Pohjoismaiden yhteistyö. Verkkodokumentti. <<http://www.norden.org/fi/tietoa-pohjoismaista/pohjoismaat-sekae-ahvenanmaa-faersaaret-ja-groenlanti/tietoa-norjasta>>. Luettu 18.10.2017.

Tieverkko. 2017. Liikennevirasto. Verkkodokumentti. Päivitetty 6.3.2017. <<http://www.liikennevirasto.fi/tieverkko#.WeiBvxO0Ob8>>. Luettu 19.10.2017.

Tutkimuksen - Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Verkkodokumentti. <<https://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Tavoite-ja-tarkoitus>>. Luettu 3.11.2017.

Ulkomaalaistaustaiset. Tilastokeskus. Verkkodokumentti. <<https://www.tilastokeskus.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa/ulkomaalaistaustaiset.html>>. Luettu 20.10.2017.

Vihavainen, Suvi 2016a. Mona syntyi hirmupakkasessa Mondeon takapenkille – HS:n laskuri kertoo, kuinka paljon matkasynnytyksiä kotipaikkakunnallasi tapahtuu. Helsingin Sanomat. Verkkodokumentti. Luettu 25.8.2017.

Vihavainen, Suvi 2016b. Synnytyssosastojen sulkemiset näkyvät matkasynnytysten yleistymisenä - viime vuosina Suomessa synnytetty jopa helikopterissa. Helsingin Sanomat. Verkkodokumentti. Luettu 25.8.2017.

Vihavainen, Suvi 2017. Vappuvauva syntyi ambulanssimiesten käsiin. Helsingin Sanomat 22.8. A 12.

Vuori, Eija – Gissler, Mika 2016. Perinataalitalasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131259/Tr_16_2016.pdf?sequence=1>. Luettu 20.10.2017.

Väestötiheys alueittain 1.1.2017. Tilastokeskus. Verkkodokumentti. <<http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/sq/a6d1501f-9b47-4fa9-9814-ab6e13bc2dc3>>. Luettu 29.10.2017.

Yksityinen synnytys. HYKSin yksityissairaala. Verkkodokumentti. <<https://www.hyksin.com/palvelut/hoitopalvelut/naistentaudit-ja-synnytykset/yksityinen-synnytys/>>. Luettu 2.11.2017.

Ympäristö ja luonnonvarat. 2017. Tilastokeskus. Verkkodokumentti. Päivitetty 1.2.2017. <http://tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_alue.html>. Luettu 4.10.2017.

Äimälä, Anna-Mari 2015. Matkasynnytys. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina - Pietiläinen, Sirkka - Raussi-Lehto, Eija - Äimälä, Anna-Mari (toim.): Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita. 385-388.

Tiedonhaku tietokannoista

Tietokanta ja hakusana(t)	Kaikki tulokset	Poistettu otsikon perusteella	Poistettu abstraktin perusteella	Poistettu koko tekstin perusteella	Hyväksytään
Medic					
<i>Synnytyssairaaloiden keskittäminen OR synnytyssairaaloiden lakkauttaminen</i>	15	14	0	1	1
<i>Perinataalikuolleisuus AND synnytys</i>	11	8	0	4	0
PubMed					
<i>Out-of-hospital AND delivery AND Finland</i>	4	1	0	0	3
<i>Out-of-hospital AND delivery AND Norway</i>	6	4	0	0	2
<i>Norway AND hospital closure AND maternity care</i>	3	2	0	0	1
<i>Finland AND hospital closure AND maternity care</i>	1	1	0	0	0
<i>Unplanned AND birth AND perinatal mortality OR Unplanned AND birth AND neonatal mortality</i>	44	39	0	1	4
CINAHL					
<i>Out-of-hospital AND delivery AND Finland</i>	1	0	0	0	1
<i>Out-of-hospital AND delivery AND Norway</i>	0	0	0	0	0
<i>Finland AND hospital closure AND maternity care</i>	0	0	0	0	0
<i>Norway AND hospital closure AND maternity care</i>	1	0	0	0	1
<i>Unplanned AND birth AND perinatal mortality OR Unplanned AND birth AND neonatal mortality</i>	13	11	0	0	2

Hyväksytyt ja hylätyt tutkimukset

Tekijä(t), ot-sikko, vuosi, maa	Tarkoitus	Kohderyhmä ai-neiston keruu	Keskeiset tulokset	Julkaistu
<p>Engjom Hilde M., Morken Nils-Halvdan, Høyhdahl Even, Norheim Ole F., Klungsøyr Kari.</p> <p>Increased risk of peripartum perinatal mortality in unplanned births outside an institution: a retrospective population-based study.</p> <p>Norja 2014.</p>	<p>Arvioida kuolleisuutta synnytyspaikan ja matkajan mukaan obstetric yksiköihin olettaen, että keskittäminen vähentää yksiköiden saata-vuutta mutta vaikuttaa positiivisesti kuolleisuuteen.</p>	<p>Kaikki synnytykset Norjassa vuodesta 1999 vuoteen 2009 hyödyntäen the Medigal Birth Registry of Norwaylta saatua datas, joka sisälsi synnytykset 22. raskausviikosta alkane ja 500g syntymäpainosta</p>	<p>Äidin kuolleisuus riski nousi kolminkertaiseksi suunnittelemattomassa sairaalan ulkopuolisessa synnytyksessä verrattuna synnytysyksikköön. Pitkä matka-aika synnytysyksikköön oli myös riskitekijä, joka altisti matkasynnytyksille ja sitä kautta kuolleisuuteen.</p>	<p>American Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2017.</p>
<p>Grytten Jostein, Monkerud Lars, Skau Irene, Sørensen Rune.</p> <p>Regionalization and</p>	<p>Tutkia oliko vastasyntyneen tai imeväiskuolleisuudella yhteys siihen sairaalatyypin mistä data on kerätty.</p>	<p>The Medical Birth Registry of Norway toimitti yksityiskohtaiset lääketieteelliset tiedot kaikista syntymistä Norjassa.</p>	<p>Sairaalatyypin ei vaikuttanut perinataali- ja imeväiskuolleisuuteen.</p>	<p>Health Services Research, 2014.</p>

<p>local hospital closure in norwegian maternity care- the effect on neonatal and infant mortality. Norja 2014.</p>				
<p>Gunnarsson Björn, Fast- ing Sigurd, Skogvoll Ei- rik, Smáras- on Alexander K., Salvesen Kjell Å. Why babies die in un- planned out-of-insti- tution births: an enquiry into perinatal deaths in Norway 1999-2013. Norja 2017.</p>	<p>Kuvata suunnit- telemattomien sairaalan ulko- puolisten synny- tysten kuolemien syitä ja tutkia voitaisiinko niitä ehkäistä.</p>	<p>The Medical Birth Registry of Norway ja lääketieteelliset tiedot ajanjaksolta 1.1.1999 ja 31.12.2013.</p>	<p>Yleisimpiä kuolemien syitä olivat infektiot, hy- vin ennenaikainen syn- nytys, istukan ja vasta- syntyneen kunto. Saata- villa olevan hoidon opti- maalinen käyttämättä jättämisen todettiin ole- van vaikuttava tekijä yli viidesosassa perinataali- kuolleisuustapauksista.</p>	<p>Acta Obstet- ricia et Gy- necologica Scandinavica.</p>
<p>Gunnarsson Björn, Smár- ason Alex- ander K,</p>	<p>Tutkitaan Nor- jassa tapahtu- vissa suunnitte- lemattomissa sairaalan ulko-</p>	<p>Kaikki synnytyk- set Norjassa vuodesta 1999 vuoteen 2013 ja synnytykset,</p>	<p>Suunnittelelemattomien sairaalan ulkopuolisten synnytysten esiintyvyys pysyi noin 6,8/1000 koko tutkimuksen ajan. Peri- nataalikuolleisuuden</p>	<p>Acta Obstet- ricia et Gy- necologica, 2014.</p>

<p>Skogvoll Eirik, Fasting Sigurd.</p> <p>Characteristics and outcome of unplanned out-of-institution births in Norway from 1999 to 2013: a cross-sectional study.</p> <p>Norja 2014.</p>	<p>puolisissa synnytyksissä esiintyviä äitiin liittyviä ominaisuuksia ja lopputulemia.</p>	<p>joissa raskausviikkoja oli yli 22.</p>	<p>riski oli korkeampi tässä ryhmässä. Haja-asutusseudulla asuvilla nuorilla uudelleensynnyttäjillä oli korkein riski suunnittele mattomaan sairaalan ulkopuoliseen synnytykseen.</p>	
<p>Hemminki E, Heino A, Gissler M.</p> <p>Should births be centralized in higher level hospital? Experiences from regional-iced health care in Finland.</p> <p>Suomi 2011.</p>	<p>Kuvata trendejä sairaaloiden keskittämistä ja suunnittele mattomista sairaalan ulkopuolisista synnytyksistä.</p>	<p>Kaikki syntymät Suomessa vuosina 1991-2008 ja Uusimaan alueella 2004-2008.</p>	<p>Synnytyssairaloita vähennetään ja suunnittele mattomien sairaalan ulkopuolisten synnytysten määrä kasvoi 2000-luvulla mutta alueelliset erot pienenevät. Alhaisemman tason sairaaloiden välillä havaittiin vain pieniä eroja.</p>	<p>An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2011.</p>
<p>Nieminen Kari</p> <p>Synnytysten keskit-</p>	<p>Lehtiartikkeli, jossa kirjallisuuteen pohjaten kirjoitetaan syn-</p>	<p>Kirjallisuuteen perustuvia tieteellisiä artikke-</p>	<p>Kirjallisuuden perusteella potilasturvallisuuden takia olisi perusteltua keskittää synnytyksiä</p>	<p>Suomen Lääkärilehti, 2016.</p>

<p>täminen lisää turvallisuutta. Suomi 2016.</p>	<p>nytyssairaaloiden keskittämistä Suomessa.</p>	<p>leita ja tutkimuksia on käytetty lähteenä.</p>	<p>isompiin yksiköihin, etenkin vastasyntyneen kannalta. Keskittämisten säästökustannuksista ei ole varsinaista tutkimusnäyttöä.</p>	
<p>Ovaskainen Katja, Ojala Riitta, Gissler Mika, Luukkala Tiina, Tamme Outi. Out-of-hospital deliveries have risen involving greater neonatal morbidity: Risk factors in out-of-hospital deliveries in One University Hospital region in Finland. Suomi 2015.</p>	<p>Tutkia Tampereen yliopistollisen sairaalan sairaanhoitopiirissä tapahtuvia sairaalan ulkopuolisten synnytysten trendejä ja syitä.</p>	<p>Tutkimusaineisto sisälsi kaikki suunnitellut ja suunnittelemattomat sairaalan ulkopuoliset synnytykset Tampereen yliopistollisen sairaalan sairaanhoitopiirissä vuosina 1996-2011.</p>	<p>Tupakointi, nopea synnytys, aiemmat synnytykset, yksin eläjä ja yli 35 kilometrin matka synnytyssairaalaan. Sairaalan ulkopuolella synnyttäneistä 12 prosenttia käyttämättä raskauden aikaisia käyntejä ja heidän lapsillaan oli enemmän sairauksia vastasyntyneenä.</p>	<p>Acta Paediatrica, 2015.</p>
<p>Pirneskoski Jussi, Peräjoki Katja, Nuutila Mika, Kuisma Markku.</p>	<p>Hätäsairaanhoidon ja sairaala-arkistojen tutkiminen hätäsairaanhoidon hoitamien sairaalan ulkopuolisten</p>	<p>Kaikki kiireelliset ambulanssikuljetukset koskien synnytystä ja sairaala-arkistoista tapaukset</p>	<p>Hätäsairaanhoidon hoito 3/1000 sairaalan ulkopuolisesta synnytyksestä vuodessa. Vuosittainen määrä hätäsairaanhoidon hoitamista synnytyksistä nousi tutkimuksen</p>	<p>Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency</p>

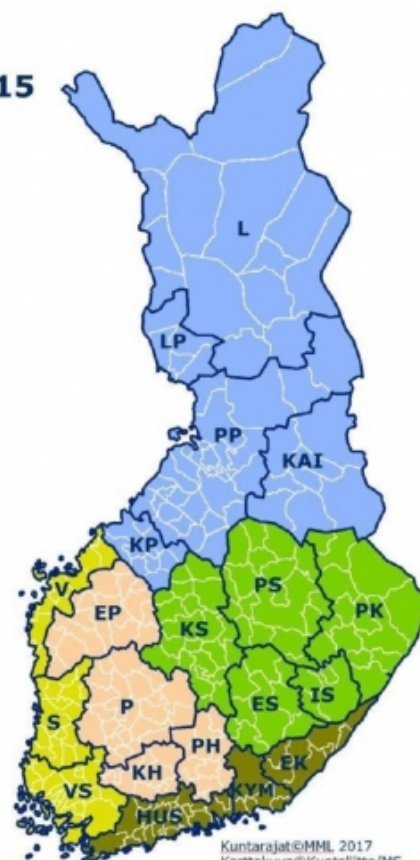
Urgent EMS managed out-of-hospital delivery dispatches in Helsinki. Suomi 2016.	synnytysten esiintymistiheyden ja mahdollisten komplikaatioiden selvittämiseksi.	koskien sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä vuoden 2010 alusta vuoden 2014 loppuun.	aikana 15:sta 28:aan. Perinataalikuolemia tai keskenmenoja ei havaittu. Ei äitikuolleisuutta tai suuria komplikaatioita.	Medicine, 2016.
---	--	--	--	-----------------

Suomen sairaanhoidon erityisvastuualueet ja sairaanhoitopiirit 2017

Sairaanhoidon erityisvastuualueet ja sairaanhoitopiirit 2017, väestö 31.12.2015

■ HYKS erva	1 919 254 as.	39 kuntaa
Helsinki ja Uusimaa	1 616 321	24 kuntaa
Etelä-Karjala	131 155	9 kuntaa
Kymenlaakso	171 778	6 kuntaa
■ KYS erva	815 093 as.	66 kuntaa
Pohjois-Savo	248 129	18 kuntaa
Etelä-Savo	103 278	9 kuntaa
Itä-Savo	43 453	4 kuntaa
Keski-Suomi	251 904	21 kuntaa
Pohjois-Karjala	168 329	14 kuntaa
■ OYS erva	741 950 as.	68 kuntaa
Pohjois-Pohjanmaa	407 160	29 kuntaa
Kainuu	75 324	8 kuntaa
Keski-Pohjanmaa	78 608	10 kuntaa
Lapin	117 789	15 kuntaa
Länsi-Pohja	63 069	6 kuntaa
■ TAYS erva	1 111 487 as.	64 kuntaa
Pirkanmaa	526 941	23 kuntaa
Etelä-Pohjanmaa	197 371	18 kuntaa
Kanta-Häme	174 710	11 kuntaa
Päijät-Häme	212 465	12 kuntaa
■ TYKS erva	870 541 as.	58 kuntaa
Varsinais-Suomi	477 372	28 kuntaa
Satakunta	222 957	17 kuntaa
Vaasa	170 212	13 kuntaa
Manner-Suomi	5 458 325 as.	295 kuntaa
Ahvenanmaa	28 983 as.	16 kuntaa
Koko maa	5 487 308 as.	311 kuntaa

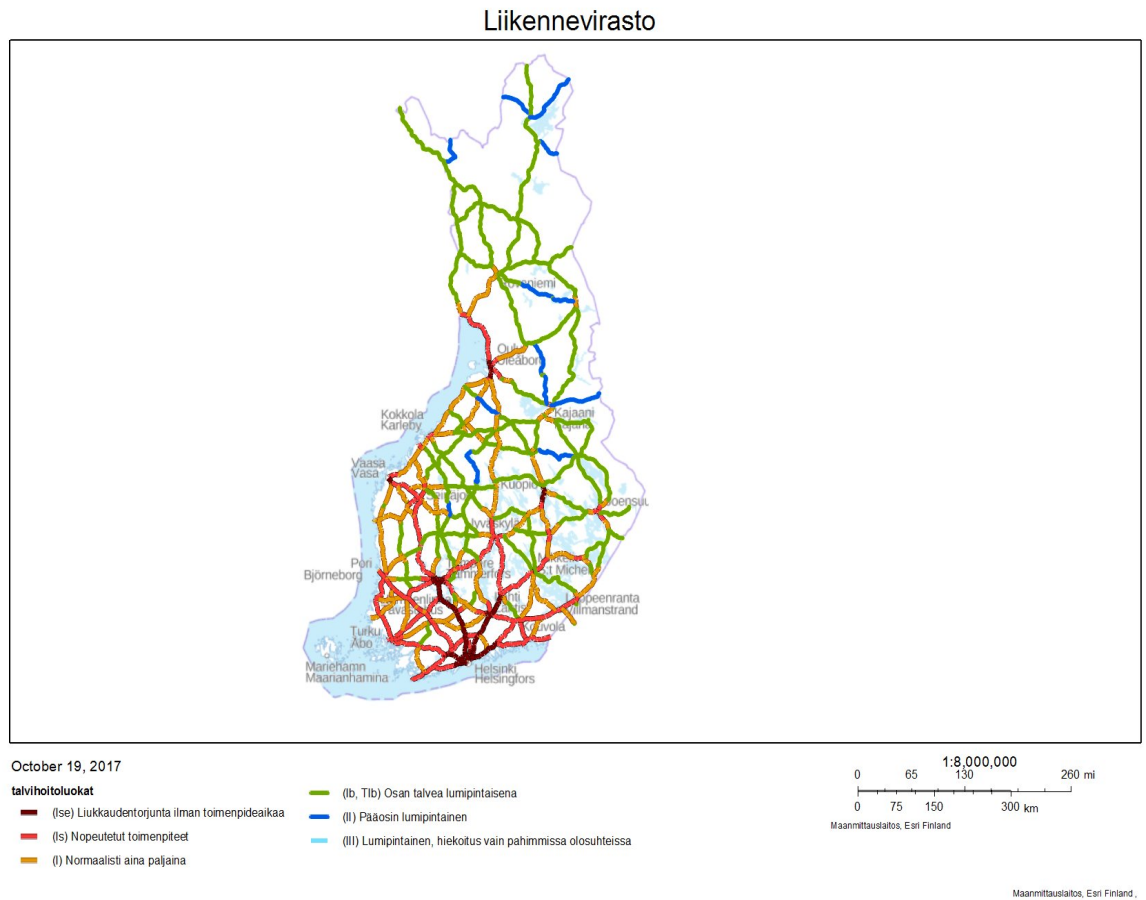
Kuntaliitto
Kommunförbundet



Kuntarajat ©MML 2017
Karttakuva@Kuntaliitto/MS

Sairaanhoidon erityisvastuualueet ja sairaanhoito vuonna 2017, väestö 31.12.2015 Kuntaliiton kuvaamana (Erikoissairaanhoito 2017).

Suomen maanteiden talvihuoltoluokat



Maanteiden talvihoitoluokat kuvattu kartalla (Teiden talvihoito 2017).