Pyydetty lausunto Hallituksen esityksestä eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä siihen liittyviksi laeiksi

LAUSUNNON ANTAJAN TAUSTA

Annan lausunnon esityksestä Lohjan ja Raaseporin sairaalan synnytysten ja naistentautien ylilääkärinä eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan pyynnöstä. Ilmeisesti valiokunnasta lausuntoa pyydetään, koska Lohjan sairaalan profiili on muuttumassa merkittävästi tulevina vuosina ja oman toimialani toimintaa Lohjan ja Raaseporin sairaaloissa supistetaan merkittävästi. Näin ollen koen edustavani erityisesti Lohjan sairaalaa ja Suomessa keskisuuren sairaalan puheenvuoroa lakimuutoksen vaikutuksesta paikallisesti.

Haluan tiedottaa, että marraskuun viikolla 47, jolla lausunto pyydettiin valmistelemaan pikaisella aikataululla, käytiin paikallistasolla henkilökohtaiset neuvottelut ja kuulemiset HUS-yhtymän yhteistoimintaneuvotteluissa irtisanomisineen sekä toimien ja virkojen siirtoineen.

LAKIMUUTOKSEN TARPEEN TAUSTA

Lakimuutoksen tarpeen perusteet ovat toimintaympäristön muutokset, vanhat palvelurakenteet, ammattitaitoisen henkilöstön ja osaamisen saatavuuden merkittävä huonontuminen lähes kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ja ammattiryhmissä ja koko maassa sekä rahoituksen riittävyys.

HENKILÖSTÖN SAATAVUUS

Lääkäripulaa on vuosikymmeniä yritetty hoitaa lisäämällä lääkärikoulutuksen aloituspaikkoja, mutta lääkäripula ei ole hellittänyt. Väestön ikääntyminen ja työtehtävien muuttuminen haastavat lääkäritarpeen. Syitä työvoimapulaan tulee etsiä myös muualta.

(Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne ja koulutustarve vuoteen 2035. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:21., Lääkäriliitto: lääkärimäärä, -tarve ja -koulutus, 2023)

Erikoistumispaikkoja yliopistoissa arvioidaan säännöllisin väliajoin kartoittamalla eläköityvien erikoislääkäreiden määrä. Vuosia on ollut puutetta erityisesti psykiatriaan ja geriatriaan erikoistuvista, jatkossa operatiivisten alojen lääkäreistä, kuten gynekologeista ja kirurgeista. Yhteenvetona on ollut, ettei yksikään erikoisala kouluta liikaa lääkäreitä. Mihin erikoislääkärit sijoittuvat valmistumisen jälkeen ja miksi julkinen sektori ei saa tarvitsemaansa työvoimaa?

ERIKOISLÄÄKÄREIDEN KOULUTUS

Yliopistosta valmistuvista vain osa jää töihin julkiseen terveydenhuoltoon. Erikoistumaan hakeudutaan oletettavasti kiinnostuksen mukaan, mutta myös osittain hyvien työkokemusten kannattelemina. Kohtelu ensimmäisissä työpaikoissa, kannustava ja positiivinen ilmapiiri voi ohjata sattumanvaraisesti erikoistumista, mutta on merkittävässä roolissa lopullisessa ammatinvalinnassa.

Erikoislääkäreiden reunakoulutuksesta yo-sairaalan ulkopuolella suoritetaan muissa sairaaloissa yleensä yhdestä kahteen vuotta. Erikoistuvat lääkärit arvioivat vuosittain koulutuspaikkoja ja antavat niille tähtiluokituksia. Pienet ja keskisuuret sairaalat saavat keskimäärin paremmat arvosanat vuodesta toiseen.

KPK2023-NPS-tal□htitaulukot-5.pdf

Raportoituja syitä ovat hyvä kollegiaalinen kohtelu ja kannustava ilmapiiri, erikoislääkäreiden ohjaukseen käyttämä aika ja säännöllinen oppimisen arviointi.

Koulutus on mestari-kisälli-suhde ja erityisen merkittävää tämä on käden taitoja opettavilla operatiivisilla aloilla, joissa alkuvaiheessa riittävän pitkä kahden vuoden koulutusjakso mahdollistaa paremmat edellytykset leikkausten tekemiseen myös yliopistovaiheessa. Erikoistuvien ja vastavalmistuneiden lääkäreiden haastatteluissa toistuu käden taitojen opetuksen niukkuus yo-sairaalavaiheessa, elleivät perustaidot ole jo hallinnassa. Jo runkokoulutuksen aikana hyvin edistyneet saavat enemmän operatiivista aikaa, koska suoriutuvat toimenpiteistä nopeammin. Leikkauskiintiöiden ja leikkausjonojen aikapaineessa erikoistuvat lääkärit leikkaavat yhä harvemmin.

Erikoisaloista juuri oma erikoisalani gynekologia luopuu vuoden 2025 kirurgian pakollisesta reunakoulutuksesta, joka on aikaisemmin vaadittu. Kirurgian taidot tulee näin ollen opettaa oman erikoisalan sairaalapalvelun aikana.

Lakiluonnoksessa rajataan operatiivisten sairaaloiden määrää tullaan vähentämään ja muuttamaan jäljelle jäävien sairaaloiden profiilia konservatiivisempaan suuntaan. Tällöin kaksivuotisen reunakoulutuksen voi suorittaa pienemmissä sairaaloissa enää harvemmilla erikoisaloilla, oletettavasti sisätauti-geriatrisilla aloilla.

Operatiivisilla aloilla ortopedian, pehmytkirurgian, gynekologian/synnytysten ja anestesian reunakoulutus tulee lyhenemään 6–12 kk mittaiseksi. Koulutusoikeus lyhenee ja samalla koulutuspaikkojen määrää karsitaan. Suurempi osa koulutuksesta siirtyy monialaisiin sairaaloihin ja suurempiin yksiköihin. Riittävätkö koulutuspaikat ja paraneeko koulutuksen laatu?

Kun sairaala keskittyy kirurgiassa elektiiviseen kirurgiaan, esim. tekonivelleikkauksiin tai kiireettömiin sappileikkauksiin konservatiivisen profiilin sairaalana, ei sairaalan profiiliin kuulu enää ympärivuorokautinen kirurginen päivystys tai murtumien hoito, eikä näitä enää voida opettaa erikoistuville. Myöskään anestesiaan erikoistuvat eivät saa koulutusta päivystykselliseen valmiuteen.

Lyhyt koulutusaika ja rajattu työkuva ei houkuttele jatkossa erikoistuvia ns. akuuttisairaaloihin. Nyt lääkäreitä on saatu hyvien uran alkuvaiheiden kokemusten jälkeen palaamaan työhön aikaisempiin koulutusyksiköihin.

Haaste tulee olemaan myös erikoislääkäreiden hakeutuminen työhön sairaaloihin, joissa työnkuva kapeutuu. Riittääkö ortopedille proteesikirurgia ilman traumakirurgiaa tai nukutuslääkärille kiireettömät puudutukset? Entä valmius hätätilanteiden hoitoon, jos sairaalan valmiutta suuronnettomuuden tai poikkeustilan takia tarvitaan?

Suomalaisia nuoria opiskelee lääketiedettä ulkomailla yli tuhat, eli yhden tiedekunnan verran. Suuri osa toivoo työpaikkaa Suomesta valmistumisen jälkeen ja pakollisia harjoittelupaikkoja

tarvitaan sekä opintojen aikana että laillistamisen saamiseksi. Harjoittelupaikkojen järjestämiseen tarvittaisiin valtakunnallista koordinaatiota.

Lääkäreiden koulutusoikeus ja velvollisuus on edelleen suurelta osin vain julkisella sektorilla. Hyvä henkilöstökokemus ja koulutus sekä haastava työ eri puolilla Suomea ammattilaisen valitsemalla paikkakunnalla sitouttaa työskentelemään jatkossakin julkisella sektorilla, mutta vaihtoehtoja tulisi olla tarjolla myös kasvukeskusten ulkopuolella ihmisten erilaisten asuinympäristötoiveiden ja elämänlaadun takia, puhumattakaan huoltovarmuuden ylläpitämisestä.

ERIKOISLÄÄKÄREIDEN PITOVOIMA

Sekä yleislääketieteessä että erikoissairaanhoidossa on vallalla lääkäripakoisuus. Erikoistumisen jälkeen hakeuduttuaan yhä useammin pois julkiselta sektorilta. Omalla erikoisalallani yliopistosairaala kärsii lääkäripulasta. Reunasairaaloihin työhön haluavat raportoivat raskaista päivystyspisteistä, hallitsemattomasta työmäärästä ja huonoista vaikutusmahdollisuuksista omaan työnkuvaan. Työnkuva myös kapeutuu eikä omaa osaamistaan pääse monipuolisesti käyttämään.

Terveydenhuollon työtä pyritään tehostamaan luomalla suurempia yksiköitä, joissa työntekijä erikoistuu tekemään rajattua tehtävää tehokkuuden nimissä.

Tehokkuuden nimissä on karsittu myös avustavaa henkilökuntaa, jolloin sekä hoitotyön ammattilaiset että lääkärit toimivat sihteereinä ja siivoojina. Myös tietojärjestelmät toimivat toimintaa ohjaavina, jolloin vain lääkäri voi laittaa käsitellä potilaan asioita hoitoprosessissa sihteerin sijaan. Tämäkin ajaa ammattilaisia pois julkiselta sektorilta.

Työvoimapulaan vaikuttavia tekijöitä ei poisteta keskittämällä loputkin jäljelle jäävät lääkärit epämieluisiin suuriin yksiköihin, vaan juurisyihin puuttumalla.

Viimeisten vuosikymmenien aikana on paikallisesta terveyskeskuspäivystyksistä siirrytty keskitettyihin yhteispäivystyksiin. Henkilöstö siirrettiin näihin yksiköihin, mutta henkilöstö siirtyi huonosti (diagnostiikkajohtaja Lasse Lehtonen, HUS). Työvoimapulaa paikkamaan on jouduttu palkkaamaan lääkäreitä ja hoitohenkilöstöä vuokrafirmoista, mikä on nostanut kustannuksia huomattavasti. Keskittämällä ja pakolla toteutettu muutos ei ole osoittanut parantavan henkilöstön saatavuutta, vaan nostanut ennestään kustannuksia ja aiheuttanut julkisen sektorin pahenevan henkilöstöpulan.

Hyvinvointialueilla käydään yhteistoimintaneuvotteluja parhaillaan. Henkilöstön kuuleminen ja kohtelu Yt-lain hengen mukaisesti on ensiarvoisen tärkeää, että saamme ammattilaiset pysymään alalla ja osaamistaan vastaavissa tehtävissä jatkossakin. Nuorten hakeutumiseen alalle eivät säästöt ja yt-neuvottelut juuri kannusta. Mainehaitta voi olla merkittävä ja pitkäaikainen.

SÄÄSTÖT SAIRAALOIDEN PROFIILIN MUUTOKSESTA JA KESKITTÄMISESTÄ

Sairaalan keskittyminen vain tiettyjen erikoisalojen potilaiden hoitoon ja palveluvalikoiman kapeutuminen merkitsee lisääntyvää potilaskuljetusten tarvetta sairaaloiden välillä ja KELA-kyytien lisääntyvää kustannusta. Rajoitettu päivystys esim. leikkaavassa ns. akuuttisairaalassa

lisää potilaskuljetuksia ympärivuorokautisen kirurgipäivystyksen puuttuessa. Konservatiivisen alan sairaalapäivystäjä ei voi ottaa kantaa kirurgisiin potilaisiin, kirurgian päivystäjä ei voi ottaa kantaa naistentautien potilaisiin. Hoito voi viivästyä ja potilasturvallisuus vaarantua lisääntyvien kuljetusten myötä. Todennäköisesti oikeus tasa-arvoiseen hoitoon eri sukupuolten välillä ja eri puolilla Suomea vaarantuu.

Säästö päivystysrinkien ja leikkaussalipäivystyksen karsimisesta ei vähennä kustannuksia, vaan siirtää kustannukset potilaiden hoitamisesta kuljetusten hoitamiseen, eikä kumpikaan ole kestävän kehityksen mukaista toimintaa. Todennäköisesti tarve hoitotason ambulansseista tulee lisääntymään ja vuosikustannus on arvioitu 600 000–800 000 euroa vuodessa. Yhden erikoislääkäriringin vuosikustannus on n.600 000 euroa.

Palvelujen siirtyminen kauemmaksi lisää myös päiväaikaisen toiminnan kustannuksia yhteiskunnalle. Perheiden palvelujen keskittäminen lisää työstä poissaoloja kokopäiväisiksi pitkien matkojen takia. Lasta odottaville perheille tämä tietää molempien vanhempien poissaoloa työpaikalta ja työn tuottavuutta valtakunnallisesti Suomessa.

Keskittäminen suurempiin yksiköihin vaatii lisätilaa sairaaloihin ja niiden ympärille tukipalveluja. Tämä johtaa lisärakentamisen tarpeeseen ja pahimmillaan toimivat ja uudet tilat jäävät tyhjilleen, mutta ylläpitokustannukset jäävät.

HYVINVOINTIALUEET JA ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Hyvinvointialueiden mahdollisuuksia valita järjestämisvastuullaan olevien sote-palvelujen tarkoituksenmukaisin toteutustapa on parannettava.

Lakiehdotuksessa painotetaan tätä osa-aluetta, mutta itse lain sisältö on määräävä ja itsenäisyyttä kaventava. Uudenmaan erillisratkaisu kapeuttaa itsemääräämistä Uudenmaan hyvinvointialueilla erikoissairaanhoidon osalta, koska päätökset tehdään määräenemmistöllä HUS yhtymähallituksessa ja aluevaltuustossa. Todellisuudessa Uudenmaan hyvinvointialueet voivat päättää ainoastaan perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen järjestämisestä.

Lakiehdotuksen yksityiskohtaisessa suunnitelmassa on otettu kantaa yksittäisten sairaaloiden palveluvalikoimaan jatkossa. Tietoa paikallistasolta hyvinvointialueilta tarvittaisiin tällaisten tietojen tueksi, millaisia vaikutuksia potilasturvallisuuteen ja kustannuksiin muutoksilla olisi. Tästä on hyvänä esimerkkinä mm. Kymenlaakson Kouvolan yöpäivystyksen lakkauttamisen päätöksen muuttaminen. Osassa sairaaloita on suunnitellut leikkaukset esim. ortopedian osalta keskitetty toisiin sairaaloihin, joihin myös osaajat ja tiimit ovat siirtyneet, esim. Salon sairaalasta ortopedia on siirretty Turkuun ja Salossa keskitytään pehmytkirurgiaan. Hyvinvointialueiden osalta laskelmat säästövaikutuksista kokonaisuudet tuntien ovat arvokkaita.

Hyvinvointialueiden terveydenhuollon yhteensovittamisesta ja palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määritteleminen on vaikeaa ilman perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämistä Uudenmaan hyvinvointialueilla ilman itsemääräämisoikeutta.

Tätä työtä tekee HUS:ssa hallintoon luotu uusi porras välittömästi toimitusjohtajan alaisuudessa. Kahden toimintavuoden aikana ohjausta paikallistasolle on tullut vähänlaisesti ja

esimerkiksi uuden raskaudenkeskeytyslainsäädännön aiheuttamat muutokset hoitoketjuihin ja toimeenpano käytäntöön sovittiin paikallisesti oman hyvinvointialueen kokouksissa.

PALVELUA OMALLA ÄIDINKIELELLÄ

Lakiehdotuksessa Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueelle on annettu erityistehtävä ruotsinkielisen palvelujen organisoinnista ja turvaamisesta koko Suomessa. Tämä voi toteutua sosiaali- ja perusterveydenhuollossa, mutta ilman mandaattia erikoissairaanhoidon palveluihin jää työ puolitiehen. Potilaspalautteista saadaan käsitys palvelun toteutumisesta omalla äidinkielellä ja tarkalla analyysillä (vastausmäärät/potilaat, kielipalautteeseen vastaaminen %) antanee oikean kuvan palvelun toteutumisesta. Pelkästään äidinkielenään ruotsia puhuvien osuus väestöstä ei kerro oikeuden toteutumisesta.

JULKISEN JA YKSITYISEN SEKTORIN TOISIAAN TÄYDENTÄVÄ TOIMINTA

Lakiesityksessä ehdotetaan operatiivisten hoitojonojen purkua yksityissektorin yhteistyöllä. Mallissa muodostuu kaksi rinnakkaista hoidon järjestäjää, jossa toisella on lakisääteinen velvoite huolehtia akuuteista potilaista, komplikaatioista, koulutuksesta ja päivystyksellisestä toiminnasta.

Omalla erikoisalallani samaa suunnitellaan lapsettomuushoitoihin yksityisklinikoilla. Vaarana on, että ammattilaiset karkaavat julkiselta sektorilta yksityiselle sektorille kevyemmän työnkuvan ja muiden etujen takia. Kustannusten yksipuolisen jakaantumiseen tulisi löytää tasapuolistava ratkaisu. Myös koulutusvelvollisuutta voisi harkita soveltuvin osin myös yksityiselle sektorille. Tällä hetkellä lapsettomuutta hoitavat lääkärit siirtyvät suurin joukoin koulutuksen saatuaan pois julkiselta sektorilta.

SYNTYVYYDEN LASKU JA SAIRAALAVERKON SUPISTUMINEN

Ikäluokat ovat pienentyneet 15 vuodessa 60 000:sta 45 000een. Hallitus on asettanut työryhmän miettimään ministeri Grahn-Laasosen johdolla, miten syntyvyyttä voidaan tukea Suomessa tulevina vuosina.

Yhtenä syynä voidaan pitää lapsiperheiden palvelujen alasajoa, mm. synnytyssairaaloiden lakkauttamista. Tällä on vaikutuksensa myös potilasturvallisuuteen.

Vuoden 2005 jälkeen sairaalan ulkopuolella suunnittelematta syntyneiden lasten määrä on nelinkertaistunut 50:stä 200:aan. (THL) Tänä aikana on suljettu Uudellamaalla kolme synnytyssairaalaa, Salon sairaala ja Oulaskankaan sairaala. Matkasynnytykset ovat lisääntyneet eniten Uudellamaalla.

Sairaalan ulkopuolisissa synnytyksissä riski synnytyskomplikaatioihin ja sikiön hapenpuutteeseen kasvaa. Etäisyys synnytysyksikköön on merkittävä sairaalan ulkopuolisen synnytyksen riskitekijä.

Järvenpää et Härkänen 2017, Suunnittelemattomat sairaalan ulkopuoliset synnytykset, Ovaskainen 2021, TUNI_Ovaskainen_Katja_arkisto.pdf

Keskittäminen ja synnytysyksikön etäisyys asuinpaikkakunnasta on vaikuttanut heikentävästi luottamukseen synnytysten hoidosta ja mahdollisesti lisännyt myös synnytyspelkoa. Joensuun väitöskirjassa 2023 raportoitiin suurissa yli 4000 synnytyksen yksiköissä enemmän aikapainetta ja kiirettä, enemmän toimenpidesynnytyksiä, jotka lisäävät riskiä huonoille synnytyskokemuksille.

Huono synnytyskokemus vähentää syntyvyyttä | Helsingin yliopisto

HUSiin on perustettu 24 h toimiva synnyttäjien puhelinpalvelu ohjaamaan synnyttäjiä siihen sairaalaan, missä on tilaa Uudellamaalla. Pelko, ettei mahdu lähisairaalaan voi herättää ahdistusta ja pelkoa

Väestöliiton tutkimuksessa kysyttiin perheiden raportoimat syyt lykätä lasten hankkimista. Huonot synnytyskokemukset nousivat taloudellisten syiden rinnalle toisena yhtä tärkeänä kymmenen kohdan kyselyissä naisilla, myös miehet raportoivat huonoja kokemuksia.

Lähde: Väestöliiton Generations and Gender Survey (GGS) -kysely 2021–22, Sorsa, Lehtonen ja Rotkirch 2023

Synnytyssairaaloiden sulkeminen Suomessa ei paranna syntyvyyttä Suomessa, vaan heikentää perheiden mahdollisuuksia saavuttaa toivottu lapsilukunsa.

LAATUMITTARIT

Synnytyksiin käytettävät ja liittyvät laatumittarit Suomessa on esitetty taulukossa vuodelta 2023, jossa on raportoitu myös synnytysmäärät sairaaloittain ja niiden muutos vuodesta 2022. Tiedot on saatu sairaaloiden ylilääkäreiltä. Keskussairaalat ovat matalanriskin synnyttäjien sairaaloita ja hoidon porrastuksen mukaisesti riskisynnyttäjät keskitetään yliopistosairaaloihin. Niitä tilastossa edustaa HUSn Naistenklinikka. Keskussairaaloissa synnytysrajat vaihtelevat raskausviikkojen 32 ja 35 välillä. Osassa ei synnytetä kaksosia, mutta niiden lukumäärä on pieni, esim. Hyvinkäällä 10 ja Espoossa 20 synnytystä vuonna 2023.

Keskittämistä suurempiin yksiköihin perustellaan lakiehdotuksessa laadun parantumisella. Keskussairaaloiden lukuja voi verrata Suomen suurimman matalan riskin synnytyssairaalan Essyn lukuihin. Keskiarvomittarein keskussairaalat toimivat laadukkaasti. Kustannuksiltaan kallein synnytystapa on synnyttää keisarileikkauksella eli sektiolla. Nyt lakkautettavassa Lohjan synnytysyksikössä oli koko maan matalin sektioprosentti ja HUS:n matalan riskin sairaaloiden parhaat laatuluvut.

	2023					lapsen syntymä pH			
	sairaala	synnytykset	muutos	sektio%	imukuppi%	3°. - 4°.repeämät, %	pH <7,05,%	vuoto yli 1000 ml %	
1	Hyvinkään sairaala	2019	3.50%	20.6	13.8	1.3	1,2	7.2	
2	Nova, J-kylä	1889	-2.80%	15.4	11.5	1.7			
3	Kokkolan KS	1548	0.80%	17.1	6.3	1.4	1,6		
4	Seinäjoen KS	1381	-2.70%	17.5	10.9	0.5	0,2		
5	Satasairaala, Pori	1358	-5%	20.2	7.3	0.8	1,0	5.15	
6	Päijät-Hämeen KS, Lahti	1329	-8.30%	24	8.6	1		6.24	
7	Lohjan sairaala	1186	0.60%	14.6	9.9	1.1	0,6	5.6	lopetus 2024
8	Kanta-Hämeen KS,H-Linna	1076	-6.20%	18.4	11	1.1	0.3	7.4	
9	Vaasan KS	1053	0.00%	19.2	6	0.8	0,5	11.4	
10	Kotkan KS*	1019	-11%	16.5	11.8	1.3	0,6	8.73	
11	Siunsote, Joensuun KS*	977	-5.20%	18.9	12	0.2	1	5.1	
12	Lapin KS*	849	-5.60%	20.1	7	0.24	2,33	7.3	
13	Kajaanin KS*	733	-3.80%	17.1	11.1	0.3	0,4		
14	Lappeenranta, EkHVA	709	-8%	22.1	10	2.1	3		
15	Eloisa, Mikkelin KS*	648	1.00%	16.8	9.8	1.7	1,2	5.1	
16	Länsi-Pohjan KS*	398	2.30%	16.5	9	1.3	0,3	2.5	lopetus 2024
	k.a.		-3.15%	18.4375	9.75	1.0525		6.52	
	* THL								
	Essyn/Jorvi:suurin matalan r	4200	-0.60%	22.7	12.6	1.9	1,4	10.80	
	Helsinki Naisteklinkka	7864		25,1	11,8	1,7	1,1	11,2	
		suurin							
		pienin							

Elina Karaliksen väitöskirjassa v.2018 todetaan, että vakavat synnytykseen liittyvät poikkeavat lopputulemat ovat harvinaisia suomalaisissa synnytyssairaaloissa. Päivystysaikaiseen synnytykseen liittyy lisääntynyt riski syntymänaikaiseen hapenpuutteeseen kaikissa synnytyssairaaloissa. Synnyttäjien määrän lisääminen suuressa synnytyssairaalassa voi lisätä sekä vastasyntyneeseen että synnyttäjään liittyvien ei-toivottujen tapahtumien suhteellista osuutta.

Patient safety in maternity hospitals in Finland

Suunnitelluista leikkauksista tehdyissä tutkimuksissa on todettu laadun parantuneen määrän kasvaessa leikkaajaa kohti komplikaatioiden vähenemisenä ja sairaalaan takaisinoton vähenemisenä. Todellisessa potilasaineistossa lukuja pitäisi myös tarkastella kirurgia kohti sairaalakohtaisesti s.o. montako ammattilaista on jakamassa leikkauslukumäärää, jolloin saataisiin Suomen aineistosta vertailukelpoiset laatuluvut.

Potilastyytyväisyttä laatukriteerinä on raportoitu suositteluindeksillä NPS Net promoter score. HUSn Naistentautien ja synnytysten toimialalla pienemmät Lohjan ja Hyvinkään sairaalat saavat toistuvasti paremmat arviot. Lohjan sairaalan Naistentautien ja synnytysten yksikkö oli vuodesta 2020 alkaen 2 vuoden ajan koko HUSn paras yksikkö. Organisaatiouudistuksen 2023 jälkeen raportointi päättyi, eikä luvuista enää tiedotettu keskitetysti.

Vielä julkaisemattoman Pohjoismaiden synnytyssairaaloista tehdyn rekisteritutkimuksen mukaan matalan riskin synnytyssairaaloissa riski toimenpidesynnytyksiin on pienempi, mikä johtaa matalampiin kustannuksiin. Ero kustannuksissa säilyy, vaikka mukaan lasketaan välitön mahdollisuus keisarileikkauksiin eli leikkaussalivalmius ja päivystysvalmius.

Hyvä synnytyskokemus on ollut yhteydessä äidin ja lapsen parempaan pitkäaikaisterveyteen.

K.G. Nielsen, C. Elvader, suullinen tiedonanto (in- press)

WHO:n lausunnon mukaan sektioprosentti yli 10–15 % ei paranna syntyvien lasten ja äitien kuolleisuutta.

Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access

Yhteenvetona voidaan todeta, että laatu ei automaattisesti parane keskittämällä isompiin yksiköihin. Olennaisempaa olisi ottaa käyttöön hyviksi todettuja ja kustannustehokkaita prosesseja.

Kunnioittaen

Lohjalla 28.11.2024

ylilääkäri Susanna Naukkarinen

HUS, Lohjan ja Raaseporin sairaala

Naistentaudit ja synnytykset