

# Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Klemetti Reija  
Paavilainen Miia  
Kalliolehto Johanna  
Karakainen Minna  
Gissler Mika  
Heino Anna  
Vuorenmaa Maaret  
Raussi-Lehto Eija  
Jouhki Maija-Riitta  
Hyvönen Hanna  
Hujala Anneli



**Klemetti Reija<sup>1</sup>**  
**Paavilainen Miia<sup>1</sup>**  
**Kalliolehto Johanna<sup>2</sup>**  
**Kaarakainen Minna<sup>2,3</sup>**  
**Gissler Mika<sup>1</sup>**  
**Heino Anna<sup>1</sup>**  
**Vuorenmaa Maaret<sup>1</sup>**  
**Raussi-Lehto Eija<sup>4</sup>**  
**Jouhki Maija-Riitta<sup>4</sup>**  
**Hyvönen Hanna<sup>4</sup>**  
**Hujala Anneli<sup>2</sup>**

- 1) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- 2) Itä-Suomen yliopisto
- 3) Savonia Ammattikorkeakoulu
- 4) Metropolia Ammattikorkeakoulu

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: Miia Paavilainen (Danny Osborne: Constance Lloyd)

ISBN 978-952-408-209-9 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-209-9>

PunaMusta Oy  
Vantaa, 2024



 **Metropolia**

**SAVONIA**

## Esipuhe

Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto on murroksessa. Murrosvaihepuhetta on kuultu useiden vuosien ajan alkaen sosiaali- ja terveysalan uudistamisesta sekä sosiaali- ja terveysalaan liittyvistä megatrendeistä: väestömme ikääntyminen, syntyvyyden lasku, globalisaatio, työnmurros sekä teknologinen kehitys. Samoin korostuvat yksilöllisten hoitojen tarve sekä se, että kansalaiset ottavat aktiivisesti vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. (STM, Megatrendit 2023.) Uudistusta edistetään tällä hetkellä poliittisella ylätasolla, mutta ajattelu- ja toimintatapojen operatiivinen johtaminen ja käytäntöön saattaminen etenevät vielä varsin hitaasti. Tähän muutokseen ei kukaan pysty yksin, ja siksi on luotava uusia ratkaisuja ja saatettava eri toimijat sekä verkostot dialogiin. Toimijoita on koottava ja johdettava systemaattisesti laajemmiksi ekosysteemeiksi. Muutoksessa oleva sosiaali- ja terveysala tarvitsee uudenlaista ajattelua ja toimintaa sekä koulutuksessa että työelämässä. Uusia ratkaisuja ja uudenlaista osaamista syntyy organisaatiokulttuurissa, joka pohjautuu vuorovaikutukseen, yhdessä kehittämiseen ja avoimeen tiedon jakamiseen (Kaihovaara ym. 2017).

Sosiaali- ja terveysalan integraatio tarvitsee vahvan tukijalan tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoiminnasta ja osaamisesta. Megatrendien ratkaisemisessa korostuu juuri tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan sekä jatkuvan oppimisen keskinäinen vuoropuhelu- TKIO:n ja osaamisen välisen vuoropuhelun ylläpitäminen on varsin merkityksellistä myös hyvinvointialueiden strategioiden toteuttamisessa. Sote-alan integraatiota vahvistavat ja vauhdittavat perustutkimus, soveltava tutkimus, kehittäminen ja innovaatiot. Varsinkin sosiaalisille innovaatioille on nyt tarvetta enemmän kuin koskaan. Innovaatiot eivät kuitenkaan synny tyhjästä ilman aktiivista tahtotilaa ja sitä tukevia rakenteita. Avainasemassa ovat avoimen TKIO-kulttuurin luominen, yhteiskehittämisen alustat sekä ymmärrys yksityisen, julkisen, kolmannen ja neljännen sektorin toimijoiden merkityksestä osana sote-integraation konkreettista toimintaa. Tulevaisuuden kannalta kestävästi järjestetyt sosiaali- ja terveyspalvelut edellyttävät palvelujen kehittämistä systemaattisesti ja poikkihallinnollisesti.

Suomessa tulee päämäärätietoisesti pyrkiä sekä horisontaaliseen että vertikaaliseen palveluintegraatioon (THL 2023, Palveluintegraatio). Se ei kuitenkaan onnistu ilman ymmärrystä asiakasrajapinnasta. Tarvitaan rohkeutta sekä jakaa että kokeilla keskeneräisiä toimintoja ja ajatuksia yhdessä asiakkaiden ja yhteisöjen kanssa. Asiakasrajapinnassa tapahtuva yhteiskehittäminen ja strategisten tavoitteiden operationalisointi tuottavat uudenlaisia toimintatapoja ja arkeen vietyjä käytäntöjä. Tämän kaltainen toimintatapa tuottaa ihmisten, yhteisöjen ja yhteiskunnan resilienssiä ja lisää kestävää hyvinvointia. Poliittisissa linjauksissa unohdetaan usein loppukäyttäjien mukaan ottaminen. He ovat kuitenkin juuri niitä, jotka tietävät tarpeensa parhaiten.

Uusia innovaatioita ja yhteiskehittämistä tarvitaan siis kipeästi sosiaali- ja terveysalan integraation sekä asiakkaiden ja potilaiden hoitopolkujen ja -toimintojen kehittämiseen ja toteuttamiseen. Palvelupolkuja on kehitettävä monialaisesti ja -tieteisesti siten, että hoitopolut ovat tasarvoisia, laadukkaita ja saumattomia jokaiselle hyvinvointialueen kansalaiselle. Monialaisuuden ottaminen uusien hyvinvointialueiden palveluiden keskeiseksi toimintamalliksi tuottaa laadukkaampia ja inhimillisempiä palveluita kansalaisille. Hyvinvointialueiden palvelutoiminta ei voi perustua pelkästään moniammatillisuuden vahvistamiseen, vaan myös saumattoman yhteistyön rakentamiseen monialaisesti eri yhdyspinnoilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraation kehittämisen kello tikittää nopeammin kuin koskaan aikaisemmin. Digitalisaatio ja megatrendit haastavat muutosnopeudellaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Tarvitaan tahtoa ja kykyä jakaa osaamista monialaisesti yhdessä siten, että asiakkaat ja yhteisöt nähdään myös asiantuntijoina. Tulisiko meidän puhua moniammatillisuuden ja monialai-

## Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

suuden rinnalla myös moninaisesti kehittyvästä sosiaali- ja terveydenhuollosta? On selvää, että moninaisuutta ja monialaisuutta tukeva TKIO ja sote-palveluiden kehittäminen ovat ainoa keino selvitä yhdessä sosiaali- ja terveystieteiden koordinoitavista haasteista. Ja tämän aika on juuri nyt.

Äitiyshuollon integraatiotutkimuksessa sote-integraation ilmiötä tutkittiin yhdistämällä asiantuntijoita tutkimuslaitoksesta, yliopistosta sekä ammattikorkeakoulusta. Tutkimus osoitti, että vertikaalisesti integroiduilla alueilla asiakastytyväisyys oli osin parempi ja että yhteiset rakenteet ja hallinto- ja tietojärjestelmät ovat äitiyshuollon integraation onnistumisen edellytyksiä. Tällä tutkimusyhteistyöllä ja saadulla näyttöön perustuvalla tiedolla on merkittävä rooli sekä sote-integraatiota ja hyvinvointialueiden toimintaa, että ammattikorkeakoulujen pedagogiikkaa kehitettäessä.

Minna Elomaa-Krapu, TtT, innovaatiojohtaja  
Metropolia Ammattikorkeakoulu

## Tiivistelmä

Klemetti Reija, Paavilainen Miia, Kalliolehto Johanna, Kaarakainen Minna, Gissler Mika, Heino Anna, Vuorenmaa Maaret, Raussi-Lehto Eija, Jouhki Maija-Riitta, Hyvönen Hanna, Hujala Anne. Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 10/2023. 121 sivua. Helsinki 2024. ISBN 978-952-408-209-9 (verkkojulkaisu)

**Tutkimuksen tausta:** Äitiyshuollossa pyritään joustavasti toimimaan palveluketjuun, jossa raskaana olevan, synnyttäjän, synnyttäneen ja hänen perheensä hoito on hallittua riippumatta hoitoa antavasta yksiköstä. Osa nykyisistä hyvinvointialueista tarjosi sosiaali- ja terveystalvet ennen vuotta 2023 kuntayhtymänä, jossa perus- ja erityistason talvet olivat jossain määrin integroituja (vertikaalinen integraatio) ja myös tietojärjestelmät yhtenevät. Tutkittua tietoa kuntayhtymien palveluintegraation yhteydestä äitiyshuollon palvelujen toimintaan, perinataaliajan terveyteen tai asiakastytyväisyyteen ei ole saatavilla.

**Tutkimuksen tarkoitus:** Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää 1) äitiyshuollon vastaavien johtajien näkemyksiä äitiyshuollon integraatiosta (osatutkimus 1), 2) äitiyshuollon palvelujen käyttöä ja perinataaliajan terveyttä integroiduilla (kuntayhtymä ennen vuotta 2020) ja integroimattomilla (ei kuntayhtymää) hyvinvointialueilla (osatutkimus 2), 3) äitiyshuollon asiakastytyväisyyttä integroiduilla ja integroimattomilla hyvinvointialueilla (osatutkimus 3) sekä 4) kansallisessa seurannassa käytettävien äitiyshuollon indikaattoreiden vastaavuutta kansainvälisiin laatumittareihin, ns. ICHOM-mittaristoon (International Consortium of Health Outcome Measurement) (osatutkimus 4).

**Aineistot ja menetelmät:** Ensimmäisessä osatutkimuksessa äitiyshuollon johtajien näkemyksiä selvitettiin erikoissairaanhoidon (n = 4) ja perusterveydenhuollon (n = 4) vastaavien johtajien teemahaastattelulla vuonna 2022. Analyysimenetelmänä käytettiin teoriasidonnaista sisällönanalyysiä.

Toisessa osatutkimuksessa käytettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) rekisteriaineistoja. Äitiyshuollon palvelujen ja perinataaliajan terveyden tarkastelussa käytettiin syntyneiden lasten rekisterin aineistoa vuosilta 2020–2021. Integroiduilla alueilla asui 12 % (n = 11 567) ja integroimattomilla alueilla 88 % synnyttäjistä (n = 82 415). Tarkasteltaviksi valittiin 16 perinataaliaikaan liittyvää indikaattoria. Tulokset analysoitiin erikseen ensi- ja uudelleensynnyttäjille. Integroituja alueita verrattiin integroimattomiin logistisella regressiolla synnyttäjän ikä ja tupakointi vakioiden.

THL:n terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä tarkasteltiin vuosina 2020–2022 kiireetömillä äitiyspoliklinikakäynneillä annettuja päädiagnooseja. Tutkimukseen valittiin seitsemän päädiagnoosia, joihin liittyvän hoidon tulisi pääsääntöisesti tapahtua perusterveydenhuollossa eikä johtaa erikoissairaanhoidon käyntiin. Erikoissairaanhoidon käyntien lukumäärät suhteutettiin synnyttäjien lukumäärään. Suhdeluku laskettiin kullekin hyvinvointialueelle sekä integroiduille ja integroimattomille alueille.

Kolmannessa osatutkimuksessa tutkittiin pikkuvauvojen vanhempien asiakastytyväisyyttä vuoden 2020 FinLapset-kyselytutkimuksen avulla. Tutkimukseen otettiin mukaan 8 923 äitien ja 5 805 isien vastausta. Asiakaskokemusta ja vanhempien hyvinvointia tutkittiin 33 indikaattoria käyttäen. Integroiduilla alueilla asuvien (n = 1 848) kokemuksia verrattiin integroimattomilla alueilla asuvien (n = 12 880) kokemuksiin; yhden ja useamman lapsen vanhempien vastaukset analysoitiin erikseen. Menetelminä käytettiin ristiintaulukointia ja logistista regressiota, jossa vakioitiin vanhemman ikä, koulutustaso, syntyperä ja asuinalue (kaupunki/maaseutu). Neljännessä osatutkimuksessa syntyneiden lasten rekisterin ja FinLapset-kyselytutkimusaineiston indikaattoreita verrattiin äitiyshuoltoa koskeviin ICHOM-mittariston indikaattoreihin käyttäen yhteensopivuusanalyysiä.

**Tutkimuksen tulokset:** Ensimmäisessä osatutkimuksessa haastatellut äitiyshuollon vastaavat johtajat kokivat, että äitiyshuollon pirstoutuneet rakenteet ja organisaatorajat muodostavat haasteen integroidulle hoidolle. Yhteiset rakenteet sekä hallinto- ja tietojärjestelmät nähtiin integraation kannalta tärkeiksi.

Toisessa osatutkimuksessa todettiin, että erot äitiyshuollon palvelujen käytössä ja perinataaliajan terveydessä olivat pieniä integroitujen ja integroimattomien alueiden välillä. Integroiduilla alueilla uudelleensynnyttäjien alkuraskausajan tupakointi oli hieman yleisempää ja ensisynnyttäjien tupakoinnin lopettaminen harvinaisempaa kuin integroimattomilla alueilla. Vaikea lihavuus oli yleisempää integroiduilla alueilla, mutta vähäinen (alle 4) tai suuri (yli 18) raskausajan neuvolakäyntien määrä harvinaisempaa. Synnytyksen päätyminen keisarileikkaukseen, kahta vuorokautta pidempi hoitoaika synnytyksen yhteydessä ja vastasyntyneen teho- tai valvontahoito olivat hieman yleisempiä integroiduilla alueilla.

Lisäksi toisessa osatutkimuksessa havaittiin, että integroiduilla alueilla oli integroimattomiin alueisiin nähden suhteellisesti vähemmän erikoissairaanhoidon käyntejä, joissa diagnoosina oli gynekologinen tarkastus, normaaliraskauden seuranta ja yleinen hedelmällisyysneuvonta. Integroiduilla alueilla oli puolestaan enemmän erikoissairaanhoidon käyntejä, joissa diagnoosina oli todettu raskaus ja muu sukupuolineuvonta.

Kolmannessa osatutkimuksessa havaittiin asiakastyytyväisyydessä joitain eroja integroitujen ja integroimattomien alueiden välillä, erityisesti ensimmäistä lastaan odottaneilla. Integroiduilla alueilla ensimmäistä lastaan odottaneet äidit kokivat harvemmin jääneensä ilman riittävää ammattimaista tukea odotusaikana kuin äidit integroimattomilla alueilla. He olivat useammin tyytyväisiä äitiysneuvolapalveluihin ja perhe- tai synnytysvalmennukseen, ja harvemmin sitä mieltä, että äitiysneuvolan terveydenhoitaja oli vaihtunut liian usein. Sen sijaan integroiduilla alueilla useamman lapsen äideistä pienempi osa kuin integroimattomilla alueilla koki toipuneensa synnytyksestä erittäin hyvin.

Neljännän osatutkimuksen mukaan FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattorit vastasivat lähes kaikkia potilaan raporttoimia terveyttä ja hoitotyytyväisyyttä kuvaavia ICHOM-indikaattoreita. Ainoastaan lantion alueen kipua ja toimintahäiriöitä koskevalle ICHOM-indikaattorille ei löytynyt vastaavuutta FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreista. Syntyneiden lasten rekisterin tietosisällöistä löytyi vastaavuus ICHOM-mittariston sairastuvuus- ja kuolleisuusosioiden indikaattoreihin, muttei muihin ICHOM-mittariston osioihin.

**Johtopäätökset:** Äitiyshuollon vertikaalisella integraatiolla – sellaisena kuin se kuntayhtymäpohjaisena oli ennen vuotta 2020 – ei ollut kovin suurta merkitystä äitiyshuollon palvelujen käytön ja perinataaliajan terveyden kannalta. Normaaliraskauden seuranta näytti integroiduilla alueilla tapahtuvan integroimattomia alueita useammin tarkoituksenmukaisesti perusterveydenhuollossa, ja asiakastyytyväisyys oli osin korkeampi integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla. FinLapset-kyselytutkimuksessa käytetyt palvelujen laatua kuvaavat mittarit ovat kansainvälisestikin tarkasteltuna sopivia äitiyshuollon kontekstiin, mutta äitiyshuoltoa koskevan rekisteriseurannan indikaattoreita olisi hyvä kehittää paremmin kansainvälisiä laatumittareita vastaaviksi.

Integraatiossa tulisi kiinnittää huomiota äitiyshuollon rakenteisiin. Äitiyshuollosta vastaavia johtajia olisi tärkeää kuulla, synnytys- ja äitiysneuvolatoiminnan tulisi olla yhden johtajan alaisuudessa ja yhteistyön äitiysneuvoloiden ja synnytysyksiköiden välillä pitäisi olla säännöllistä. Yhteiset fyysiset tilat ja yhtenäiset tietojärjestelmät ovat olennaisen tärkeitä. Vertikaalisen integraation tarkoituksenmukainen toteuttaminen helpottaisi ammattilaisten osaamisen kehittämistä. Olisi myös välttämätöntä pohtia, minkälainen hoidon jatkuvuus hoitoprosesseissa on optimaalisin raskaana olevien naisten ja perheiden näkökulmasta. Sujuvat ja tarkoituksenmukaiset hoitoprosessit parantaisivat asiakaslähtöisyyttä, karsisivat päällekkäisiä toimintoja ja vaikuttaisivat asiakastyytyvyyteen. Erikoissairaanhoidon palvelujen aiempaa parempi integroiminen osaksi perhekeskustoimintaa lisäisi integraatiota äitiysneuvoloiden ja synnytysyksiköiden välillä. Horisontaalisen integraation muihin perhekeskusten perustason palveluihin kuten lastenneuvolaan tulisi olla saatavuutta. Hyvinvointialueilla tulisi olla rohkeutta kokeilla erilaisia äitiyshuollon toimintamalleja,

joilla edistettäisiin integraatiota ja lisättäisiin asiakastyytyväisyyttä. Integraation toteutuminen kaikilla osa-alueilla voisi parantaa asiakastyytyväisyyden lisäksi myös muita äitiyshuollon tuloksia.

Päättäjät ja asiantuntijat voivat hyödyntää tämän tutkimuksen tuloksia kehittäessään äitiyshuoltoa vuoden 2023 sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen tavoitteiden mukaiseksi. Itse uudistuksen vaikutuksia asiakaskokemukseen ja perinataaliajan terveyteen tulisi selvittää jatkotutkimuksilla.

**Avainsanat:** äitiyshuolto, vertikaalinen integraatio, asiakaskokemus, perinataaliaika, syntyneiden lasten rekisteri, hoitoilmoitusrekisteri, FinLapset-kyselytutkimus, ICHOM-standardit, hyvinvointialue



# Sammandrag

Klemetti Reija, Paavilainen Miia, Kalliolehto Johanna, Kaarakainen Minna, Gissler Mika, Heino Anna, Vuorenmaa Maaret, Raussi-Lehto Eija, Jouhki Maija-Riitta, Hyvönen Hanna, Hujala Anneli. Integration av mödravården i integrationen av social- och hälsovården. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 10/2023. 121 sidor. Helsingfors 2024. ISBN 978-952-408-209-9 (nätpublikation)

**Bakgrund till undersökningen:** Inom mödravården strävar man efter en flexibel servicekedja där den gravidas, föderskas, den som fött och familjens vård är kontrollerad oberoende av den vårdgivande enheten. En del av de nuvarande välfärdsområdena erbjöd social- och hälsovårdstjänsterna före 2023 som en samkommun där tjänsterna på basnivå och specialiserad nivå i viss mån var integrerade (vertikal integration) och även informationssystemen sammanföll. Det finns inga forskningsrön om sambandet mellan samkommunernas serviceintegration och verksamheten inom mödravården, hälsan under den perinatale tiden eller kundnöjdheten.

**Undersökningens syfte:** Syftet med denna undersökning är att utreda 1) mödravårdens ansvariga direktörers synpunkter om integrationen av mödravården (delundersökning 1), 2) anlitaandet av mödravårdstjänster och hälsan under den perinatale tiden i integrerade (samkommun före 2020) och icke-integrerade (ingen samkommun) välfärdsområden (delundersökning 2), 3) kundnöjdheten inom mödravården i integrerade och icke-integrerade välfärdsområden (delundersökning 3) och 4) överensstämmelsen mellan de indikatorer som används inom mödravården och internationella kvalitetsindikatorer, s.k. ICHOM-mätstandarder (International Consortium of Health Outcome Measurement) (delundersökning 4).

**Material och metoder:** I den första delundersökningen utreddes mödravårdens direktörers synpunkter genom temaintervjuer under 2022 med ansvariga direktörer inom den specialiserade sjukvården (n = 4) och primärvården (n = 4). Som analysmetod användes teoribunden innehållsanalys.

I den andra delundersökningen användes Institutet för hälsa och välfärds (THL) registermaterial. Vid granskningen av mödravårdens tjänster och den perinatale tidens hälsa användes material från registret över födda barn 2020–2021. I de integrerade områdena bodde 12 % (n = 11 567) och i de icke-integrerade områdena 88 % av föderskorna (n = 82 415). 16 indikatorer med anknytning till den perinatale tiden valdes ut för granskning. Resultaten analyserades separat för förstföderskor och omföderskor. De integrerade områdena jämfördes med icke-integrerade genom logistisk regression där man standardiserar föderskans ålder och rökning.

I THL:s vårdanmälningsregister för hälso- och sjukvården granskades de huvuddiagnoser som getts vid icke-brådskande besök på mödrapolikliniker 2020–2022. Till undersökningen valdes sju huvuddiagnoser, vars behandling i regel borde ske inom primärvården och inte leda till besök inom den specialiserade sjukvården. Antalet besök inom den specialiserade sjukvården proportionerades till antalet förlösningspatienter. Relationstalet beräknades för varje välfärdsområde samt för integrerade och icke-integrerade områden.

I den tredje delundersökningen undersöktes kundnöjdhet hos föräldrar till barnet med hjälp av enkäten FinBarn 2020. I undersökningen inkluderades 8 923 svar av mammor och 5 805 svar av pappor. Kundupplevelsen och föräldrarnas välfärd undersöktes med hjälp av 33 indikatorer. Erfarenheterna hos dem som bor i integrerade områden (n = 1 848) jämfördes med erfarenheterna hos dem som bor i icke-integrerade områden (n = 12 880); svaren från föräldrar med ett eller flera barn analyserades separat. Som metoder användes korstabellering och logistisk regression, där man standardiserade föräldrarnas ålder, utbildningsnivå, ursprung och bostadsområde (stad/landsbygd). I den fjärde delundersökningen jämfördes indikatorerna i registret över födda barn och enkätmaterialen FinBarn med indikatorerna i ICHOM-mätstandarderna för mödravården med hjälp av en kompatibilitetsanalys.

**Undersökningens resultat:** I den första delundersökningen intervjuades de ansvariga direktörerna inom mödravården som upplevde att mödravårdens splittrade strukturer och organisa-



tionsgränser utgör en utmaning för den integrerade vården. Gemensamma strukturer samt förvaltnings- och informationssystem ansågs vara viktiga för integrationen.

I den andra delundersökningen konstaterades att skillnaderna mellan användningen av mödravårdstjänster och hälsan under den perinatale tiden var små mellan integrerade och icke-integrerade områden. I integrerade områden var det något vanligare att omfödorskor rökte i början av graviditeten och att förstfödorskor mer sällan slutade röka än i icke-integrerade områden. Svår övervikt var vanligare i integrerade områden, men ett litet (under 4) eller stort (över 18) antal rådgivningsbesök under graviditeten var mer sällsynt. I integrerade områden var det något vanligare att förlossningen slutade med kejsarsnitt, vårdtiden var längre än två dygn i samband med förlossningen och att nyfödda behövde intensivvård eller övervakning.

I den andra delundersökningen observerades dessutom att antalet besök inom den specialiserade sjukvården i de integrerade områdena var relativt sett färre än i de icke-integrerade områdena, där diagnosen var gynekologisk undersökning, uppföljning av normal graviditet och allmän fertilitetsrådgivning. I de integrerade områdena gjordes däremot fler besök inom den specialiserade sjukvården där diagnosen var bekräftad graviditet och annan sexualrådgivning.

I den tredje delundersökningen observerades vissa skillnader i kundnöjdheten mellan integrerade och icke-integrerade områden, särskilt bland dem som väntat på sitt första barn. I de integrerade områdena upplevde mammor som väntat sitt första barn mer sällan att de blivit utan tillräckligt professionellt stöd under väntetiden än mammor i icke-integrerade områden. De var oftare nöjda med mödrarådgivningstjänsterna och familje- eller förlossningsförberedelsen, och mer sällan ansåg de att mödrarådgivningens hälsovårdare hade bytts ut för ofta. Däremot upplevde en mindre andel av mammorna med flera barn i integrerade områden att de hade återhämtat sig mycket bra från förlossningen än i icke-integrerade områden.

Enligt den fjärde delundersökningen motsvarade indikatorerna i enkätundersökningen FinBarn nästan alla ICHOM-indikatorer som beskriver patientens hälsa och vårdtillfredsställelse. Endast för ICHOM-indikatorn för smärta och funktionsstörningar i bäckenområdet hittades ingen motsvarighet i indikatorerna i enkätundersökningen FinBarn. Datainnehållet i registret över födda barn motsvarade ICHOM-mätstandardernas indikatorer för sjuklighet och dödlighet, men inte de övriga delarna i ICHOM-mätstandarderna.

**Slutsatser:** Den vertikala integrationen av mödravården – sådan den var som samkommunbaserad före 2020 – hade ingen större betydelse med tanke på användningen av mödravårdens tjänster och hälsan under den perinatale tiden. Uppföljningen av normal graviditet verkade ske mer ändamålsenligt inom primärvården i integrerade områden än i icke-integrerade områden, och kundnöjdheten var delvis högre i integrerade områden än i icke-integrerade områden. De indikatorer som används i enkätundersökningen FinBarn är även internationellt sett lämpliga för mödravårdens kontext, men det vore bra att utveckla indikatorerna för registeruppföljningen av mödravården så att de bättre motsvarar de internationella kvalitetsindikatorerna.

I integrationen borde uppmärksamhet fästas vid mödravårdens strukturer. Det är viktigt att höra mödravårdens ledare, förlossnings- och mödrarådgivningsverksamheten ska vara underställd en direktör och samarbetet mellan mödrarådgivningarna och förlossningsenheterna ska vara regelbundet. Gemensamma fysiska lokaler och enhetliga informationssystem är av största vikt. Ett ändamålsenligt genomförande av vertikal integration skulle underlätta utvecklingen av yrkespersonalens kompetens. Det skulle också vara nödvändigt att fundera över hurdan kontinuitet i vården under vårdprocessen som är mest optimal ur gravidas och familjernas synvinkel. Smidiga och ändamålsenliga vårdprocesser skulle förbättra kundorienteringen, gallra bort överlappande funktioner och påverka kundnöjdheten. En bättre integration av tjänsterna inom den specialiserade sjukvården som en del av familjecenterverksamheten skulle öka integrationen mellan mödrarådgivningarna och förlossningsenheterna. Den horisontella integrationen med andra tjänster på familjecentrens basnivå, såsom barnrådgivningen, borde vara smidigt. Välfärdsområdena borde ha mod att pröva olika verksamhetsmodeller inom mödravården som främjar integrationen och

ökar kundnöjdheten. Genomförandet av integrationen inom alla delområden kunde utöver kundnöjdheten även förbättra andra resultat inom mödravården.

Beslutsfattarna och experterna kan utnyttja dessa undersökningsresultat när de utvecklar mödravården i enlighet med målen för social- och hälsovårdsreformen 2023. Själva reformens inverkan på kundupplevelsen och hälsan under den perinatale tiden bör utredas genom fortsatta undersökningar.

**Nyckelord:** mödravård, vertikal integration, kundupplevelse, perinatal tid, födelseregistret, vårdanmälningsregistret, enkätundersökningen FinBarn, ICHOM-standarder, välfärdsområde

## Abstract

Klemetti Reija, Paavilainen Miia, Kalliolehto Johanna, Kaarakainen Minna, Gissler Mika, Heino Anna, Vuorenmaa Maaret, Raussi-Lehto Eija, Jouhki Maija-Riitta, Hyvönen Hanna, Hujala Anne-li. Integration of maternity care in the integration of social welfare and health care. Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Report 10/2023. 121 pages. Helsinki, Finland 2024. ISBN 978-952-408-209-9 (online publication)

**Background:** Maternity care aims for a flexible service chain in which the care of the woman giving birth and the family during pregnancy, labour and after labour is controlled regardless of the unit providing the care. Before 2023, some of the current wellbeing services counties provided social and health care services as a joint municipal authority, where primary and specialised services were integrated to some extent (vertical integration) and information systems unified. No research data is available on the connection between the joint municipal authorities' service integration and the functioning of maternity care services, perinatal health or customer satisfaction.

**Purpose of the study:** The purpose of this study is to examine 1) the views of the directors responsible for maternity care on the integration of maternity care (sub-study 1), 2) the use of maternity care services and perinatal health in integrated (joint municipal authority before 2020) and non-integrated wellbeing services counties (no joint municipal authority; sub-study 2), 3) maternity care customer satisfaction in integrated and non-integrated wellbeing services counties (sub-study 3), and 4) the correspondence of maternity care indicators used in national monitoring with international quality indicators, i.e. ICHOM (International Consortium of Health Outcome Measurement) indicators (sub-study 4).

**Data and methodology:** The first sub-study examined the views of maternity care directors using thematic interviews of the responsible directors in specialised medical care (n = 4) and primary health care (n = 4) in 2022. The analytical method used was theoretical content analysis.

The second sub-study used register data from the Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Data for 2020–2021 from the Medical Birth Register was used in the examination of maternity care services and perinatal health. 12 % of the women giving birth lived in integrated counties (n = 11,567) and 88 % in non-integrated counties (n = 82,415). 16 perinatal indicators were selected for examination. The results were analysed separately for primiparas and multiparas. The integrated counties were compared to non-integrated counties using logistic regression with maternal age and smoking adjusted for.

Main diagnoses given during non-urgent maternity outpatient clinic visits in 2020–2022 in THL's Hospital Discharge Register were examined. Seven main diagnoses were selected for the study, where the related treatment should mainly take place in primary health care and not lead to a specialised medical care visit. The numbers of specialised medical care visits were set in proportion to the number of women giving birth. The ratio was calculated for each wellbeing services county and for integrated and non-integrated counties.

The third sub-study examined the customer satisfaction of parents of newborn babies using the 2020 FinChildren survey. 8,923 responses from mothers and 5,805 from fathers were included in the study. Customer experience and parents' welfare were studied using 33 indicators. The experiences of those living in integrated counties (n = 1,848) were compared to those living in non-integrated counties (n = 12,880); the responses of parents of one child and parents of more children were analysed separately. The methods used were cross-tabulation and logistic regression, in which the parent's age, level of education, origin and residential area (urban/rural) were adjusted for. The fourth sub-study compared the indicators of the Medical Birth Register and FinChildren survey data to maternity-care-related ICHOM indicators using compatibility analysis.

**Results of the study:** The responsible maternity care directors interviewed in the first sub-study felt that the fragmented structures and organisational boundaries of maternity care pose a challenge to integrated care. Common structures as well as administrative and information systems were considered important for integration.

The second sub-study found that differences in the use of maternity care services and in perinatal health between integrated and non-integrated regions were small. In integrated areas, smoking during early pregnancy was slightly more common among multiparas and cessation of smoking among primiparas was less common than in non-integrated areas. Severe obesity was more common in integrated areas, but low (less than 4) or high (more than 18) number of visits to maternity clinics during pregnancy was less common. Labour ending in a caesarean section, longer than two-day hospital stay after labour, and intensive care or monitoring of the newborn were slightly more common in integrated areas.

In addition, the second sub-study found that in the integrated areas compared to non-integrated areas, there were fewer visits to specialised medical care where the diagnosis was gynaecological examination, normal pregnancy monitoring and general fertility counselling. In the integrated areas, on the other hand, there were more visits to specialised medical care where the diagnosis was a confirmed pregnancy and other sex counselling.

The third sub-study identified some differences in customer satisfaction between integrated and non-integrated areas, especially among primiparas. In the integrated areas, primiparas felt more rarely they were left without adequate professional support during pregnancy than mothers in non-integrated areas. They were more likely to be satisfied with maternity clinic services and antenatal classes, and more rarely felt that the public health nurse at the maternity clinic had changed too often. On the other hand, a smaller proportion of mothers of multiple children in integrated compared to non-integrated areas felt that they had recovered very well from childbirth.

According to the fourth sub-study, the indicators of the FinChildren survey corresponded to almost all ICHOM indicators of health and care satisfaction reported by the patient. Only the ICHOM indicator for pelvic pain and dysfunction could not be matched with the FinChildren survey indicators. The data content of the Medical Birth Register was found to correspond to the indicators of morbidity and mortality sections of the ICHOM indicators, but not to other sections of the ICHOM indicators.

**Conclusions:** The vertical integration of maternity care – as it existed based on joint municipal authorities before 2020 – did not play a major role in the use of maternity care services and perinatal health. The monitoring of normal pregnancy seemed to more frequently, appropriately take place in primary health care in integrated areas than in non-integrated areas. Also, customer satisfaction was partly higher in integrated areas than in non-integrated areas. Even internationally examined, the indicators used in the FinChildren survey describing the quality of services are suitable for the context of maternity care, but the indicators for register monitoring of maternity care should be developed to better correspond to international quality indicators.

In integration, attention should be paid to the structures of maternity care. It is important for the directors responsible for maternity care to be consulted, for childbirth and maternity clinic activities to be under the authority of a single director, and for cooperation between maternity clinics and maternity units to be regular. Shared physical facilities and unified information systems are essential. Appropriate implementation of vertical integration would facilitate the development of professional competence. It is also necessary to consider what kind of continuity of care in the care processes is optimal from the perspective of pregnant women and their families. Well-functioning and appropriate treatment processes would improve customer orientation, eliminate overlapping functions and affect customer satisfaction. Better integration of specialised medical care services as part of family centre functions would increase integration between maternity clinics and maternity units. Horizontal integration with other family centre primary level services, such as child health clinics, should be seamless. The wellbeing services counties should have the courage to try out various maternity care practices that promote integration and increase customer satisfaction.

The implementation of integration in all areas could improve not only customer satisfaction but also the other results of maternity care.

Policymakers and experts can use the findings of this study to develop maternity care in line with the goals of the 2023 Social welfare and health care reform. The impact of the actual reform on customer experience and perinatal health should be investigated by means of further studies.

**Keywords:** maternity care, vertical integration, customer experience, perinatal period, Medical Birth Register, Hospital Discharge Register, FinChildren survey, ICHOM standards, wellbeing services county

## Sisällys

Esipuhe.....	3
Tiivistelmä .....	5
Sammandrag .....	8
Abstract .....	11
1 Johdanto .....	16
1.1 Äitiyshuollon tilannekuva .....	16
1.1.1 Syntyvyys, syntyneet ja synnyttäjät .....	16
1.1.2 Äitiyshuollon palvelujen kokonaisuus .....	16
1.1.3 Seurantakäynnit ja synnytykset .....	17
1.1.4 Vastasyntyneiden terveys.....	18
1.1.5 Asiakastytyväisyys .....	18
1.2 Äitiyshuollon henkilöstön riittävyys.....	19
1.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus äitiyshuollossa .....	20
2 Integraatio .....	21
2.1 Yhdentymistä ja yhteensovittamista .....	21
2.2 Tasoja ja ulottuvuuksia.....	22
2.2.1 Järjestelmätason integraatio .....	23
2.2.2 Organisaatiotason integraatio.....	23
2.2.3 Ammatillisen tason integraatio .....	24
2.2.4 Integraatio hoitoprosessin tasolla.....	25
2.2.5 Funktionaalinen ja normatiivinen integraatio.....	25
2.2.6 Horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio .....	26
3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet .....	27
4 Aineistot ja menetelmät .....	28
4.1 Integroidut ja integroimattomat alueet .....	28
4.2 Haastattelututkimusaineisto .....	29
4.3 Rekisteriaineistot .....	30
4.3.1 Syntyneiden lasten rekisteri .....	30
4.3.2 Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri.....	31
4.4 Kyselytutkimusaineisto .....	32
4.5 Äitiyshuollon kansallisessa seurannassa käytettävien indikaattoreiden ja kansainvälisten laatumittareiden välinen vertailu.....	33
5 Äitiyshuollon vastaavien johtajien käsityksiä äitiyshuollon integraatiosta .....	35
5.1 Äitiyshuollon järjestelmä .....	35
5.2 Äitiyshuolto organisaatiotasolla.....	37
5.3 Äitiyshuolto käytännön tasolla .....	38
5.4 Äitiyshuollon integraatio hoitoprosesseissa .....	40
5.5 Äitiyshuollon integraation vaikutukset .....	42
5.6 Äitiyshuolto tulevaisuudessa .....	43
6 Äitiyshuollon käynnit ja perinataaliajan terveys .....	45
6.1 Äitiyspoliklinikkakäynnit .....	45
6.2 Perinataaliajan terveys .....	46
6.2.1 Raskausaika .....	46
6.2.2 Synnytykseen liittyvät tapahtumat .....	47
6.2.3 Vastasyntyneen terveys.....	49

7 Vanhempien kokemuksia äitiyshuollon palveluista ja vauva-ajan sujumisesta .....	51
7.1 Vanhempien tausta .....	51
7.2 Vauvan odotusaika.....	54
7.2.1 Tuen tarve odotusaikana.....	54
7.2.2 Tuen saanti odotusaikana .....	55
7.2.3 Tyytyväisyys äitiysneuvolapalveluihin .....	58
7.2.4 Tyytyväisyys perhe- tai synnytysvalmennukseen.....	60
7.3 Synnytyksen sujuminen .....	62
7.4 Vauvan syntymän jälkeinen aika .....	64
7.4.1 Tuen tarve vauvan syntymän jälkeen.....	64
7.4.2 Tuen saanti vauvan syntymän jälkeen .....	65
7.4.3 Vointi vauvan syntymän jälkeen.....	66
8 Äitiyshuollon kansallisessa seurannassa käytettävien indikaattoreiden yhteensopivuus kansainvälisen ICHOM-mittariston suositusten kanssa.....	69
8.1 ICHOM-indikaattorit ja FinLapset-kyselytutkimus .....	69
8.2 ICHOM-indikaattorit ja syntyneiden lasten rekisterin tietosisällöt .....	76
9 Pohdinta .....	79
9.1 Lyhyt yhteenveto .....	79
9.2 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset.....	79
9.3 Äitiyshuollon palvelujen integraatio .....	80
9.3.1 Rakenteiden uudistaminen .....	80
9.3.2 Johtaminen ja henkilöstöresurssit .....	81
9.3.3 Perhekeskustoiminta integraation edistäjänä äitiyshuollossa.....	82
9.3.4 Digitaalisten palvelujen mahdollisuudet integroidussa äitiyshuollossa .....	82
9.3.5 Yhteistyö ja hoidon jatkuvuus integroidussa äitiyshuollossa.....	83
9.4 Asiakastyytyväisyys integroidussa äitiyshuollossa .....	84
9.5 Äitiyshuollon palvelujen käytön ja perinataaliajan terveyden seuraaminen .....	84
9.6 Äitiyshuollon laadun seuranta .....	85
9.7 Johtopäätökset.....	86
Lähteet.....	87
Liitteet .....	91



# 1 Johdanto

Ennätysellisen matala syntyvyys, synnyttäväessä tapahtuneet muutokset, synnytysten keskitäminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöpula haastavat suomalaisen äitiyshuollon muutokseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen liittyvä palveluintegraatio antaa muuttumiseen hyvän mahdollisuuden.

Palvelujen järjestämisestä ja niiden riittävydestä vastasivat aiemmin kunnat, kuntayhtymät ja sairaanhoitopiirit. Vuoden 2023 sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen jälkeen äitiyshuollon palvelukokonaisuuden järjestäminen siirtyi yhden järjestäjän vastuulle, hyvinvointialueille, mikä on palvelujen integraation kannalta erinomaista. Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan äitiyshuollon palvelut tulisi tarjota siten, että synnyttäjälle ja hänen perheelleen jäisi myönteinen kokemus raskaudesta ja synnytyksestä (WHO 2016).

## 1.1 Äitiyshuollon tilannekuva

### 1.1.1 Syntyvyys, syntyneet ja synnyttäjät

Syntyvyys on Suomessa laskenut viimeisen kymmenen vuoden aikana niin, että vuonna 2022 kokonaishedelmällisyysluku oli historiallisen alhainen, 1,32 (Tilastokeskus 2024). Vuonna 2023 syntyi vielä vähemmän lapsia; ennakkollinen kokonaishedelmällisyysluku vuodelle 2023 on 1,26.

THL:n syntyneiden lasten rekisterin mukaan vuonna 2022 lapsia syntyi elävänä noin 45 200, kun vielä vuonna 2015 heitä syntyi vajaat 55 600 ja vuonna 2010 lähes 61 200. Ensisynnyttäjien osuus on kasvanut hieman; vuonna 2022 heitä oli 42 % synnyttäjistä.

Synnyttäjät, sekä ensi- että uudelleensynnyttäjät, ovat joka vuosi hieman aiempaa vanhempia (Syntyneiden lasten rekisteri 2023). Heillä on myös enemmän raskauden kulkuun, synnytykseen ja synnytyksestä toipumiseen liittyviä sairauksia tai tiloja, kuten sokeri- ja verenpainetautia, ylipainoa ja lihavuutta (Syntyneiden lasten rekisteri 2023, Nikkinen ym. 2021). Synnyttäjistä myös aiempaa useampi on maahanmuuttaneita, joilla on suomalaistaustaisia yleisemmin ongelmia raskausaikana ja synnytyksessä (Bastola 2020, Majlander ym. 2023). Nämä synnyttäväessä tapahtuneet ja tapahtuvat muutokset vaikuttavat äitiyshuollon palvelujen tarpeeseen ja ne tulee ottaa huomioon palveluja kehitettäessä, jotta palveluja saataisiin yksilöllisen tarpeen mukaisesti.

### 1.1.2 Äitiyshuollon palvelujen kokonaisuus

Äitiyshuollon palvelujen kokonaisuus muodostuu Suomessa perusterveydenhuollon äitiysneuvolapalveluista ja erikoissairaanhoidon palveluista, joita ovat synnytyssairaaloiden äitiyspoliklinikat ja niiden yhteydessä toimivat erityisäitiyspoliklinikat, kuten HAL- (huumeet, alkoholi ja lääkkeet, Arponen 2021) ja synnytyspelkopoliklinikat, sikiöntutkimusyksiköt ja vuodeosastot.

Äitiysneuvoloille kuuluu matalan riskin raskauden seuranta ja hoito, ohjaus ja neuvonta, perhe- ja synnytysvalmennus sekä synnytyksen jälkitarkastus (Raussi-Lehto 2022). Vuonna 2020 terveyskeskuksista 20 prosenttia ilmoitti järjestävänsä äitiysneuvolatoiminnan erillisenä, 38 prosenttia yhdistettynä äitiys- ja lastenneuvolatoimintana ja loput sekä erillisinä että yhdistettynä palveluina (Hakulinen ym. 2021). Äitiysneuvoloiden toimipisteiden tai edes hallinnollisten yksiköiden kokonaismäärästä Suomessa ei ole ajantasaista tietoa. Lakisääteisiin äitiysneuvolapalveluihin kuuluu myös suun terveydenhuolto. Äitiysneuvolasta raskaana oleva voidaan tarvittaessa ohjata muihin perustason palveluihin, kuten psykologin, ravitsemusterapeutin ja fysioterapeutin vastaanotolle, erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin tarjoamiin palveluihin.

Yksi keino yhteensovittaa äitiys- ja lastenneuvolapalveluja muihin lapsiperheiden sosiaali- ja terveystalviuihin on perhekeskustoiminta (Hastrup ym. 2021). Perhekeskusten perustamisen lähtökohtana on ollut panostaminen hyvinvoinnin edistämiseen, ongelmien ennaltaehkäisyyn sekä varhaiseen tukeen ja hoitoon. On ajateltu, että hyvin toimivilla perhekeskuksilla pystytään hillitsemään kustannuksia sekä vähentämään lasten, nuorten ja perheiden syrjäytymistä ja eriarvoisuutta. Äitiys- ja lastenneurolat ovat tyypillisesti olleet perhekeskusten ydintoimintaa.

Perhekeskusten perustason sosiaali- ja terveystalviuveluja voivat olla äitiys- ja lastenneuroloiden lisäksi ehkäisy- ja seksuaaliterveysneuvonta, avoterveydenhuollon lääkäripalvelut, psykologipalvelut, lapsiperheiden terapia- ja kuntoutuspalvelut, ehkäisevä suun terveydenhuolto, perhetyö, kotipalvelu, kasvatus- ja perheneuvonta, lapsiperheiden sosiaalityö, sosiaalihojaus ja perheoikeudelliset palvelut (Hastrup ym. 2021). Erityistason palveluja voivat olla lastensuojelu, vammaispaalvelut ja erikoissairaanhoido (lasten- ja nuorisopsykiatria, pediatria, neurologia ja gynekologia).

Perhekeskusten suunniteltu palveluverkosto on sosiaali- ja terveystalviuveluja laajempi kokonaisuus (Hastrup ym. 2021). Siihen kuuluvat myös kuntien sivistyspaalvelut, terveyttä ja hyvinvointia (hyte) edistävä toiminta ja muut kunnan tarjoamat lapsiperhepaalvelut kuten kotoutumispaalvelut. Paalveluverkosto kattaa myös järjestöjen, seurakuntien ja muiden uskonnollisten yhteisöjen sekä Kelan lapsiperhepaalvelut.

Perhekeskustoimintaa on jokaisella hyvinvointialueella, mutta sisällöt ja järjestämistapa vaihtelevat (Hastrup ym. 2021). Jokaisen perhekeskuksen alueella on myös yksi tai useampi matalan kynnyksen kohtaamispaikka perheille. Perhekeskustoiminnan kehittäminen on tarjonnut erittäin hyvän pohjan horisontaaliselle integraatiolle, mutta vertikaalinen integraatio eli perus- ja erityistason palvelujen yhteensovittaminen on jäänyt vähemmälle huomiolle.

Äitiyshuollossa perustason palveluja täydennetään tarvittaessa synnytyssairaaloiden tarjoamilla erikoissairaanhoidon palveluilla, jonne raskaana oleva voi joko hakeutua itse tai mennä hoitajan tai lääkärin läheteellä (Raussi-Lehto 2022). Synnytyksen keskittämisen myötä synnytyssairaaloiden lukumäärä on vähentynyt 65 synnytyssairaalaasta (vuonna 1975) vain 23 synnytyssairaalaan äitiyspoliklinikoineen (Raussi-Lehto ym. 2011, Syntyneiden lasten rekisteri 2023). Yliopistollisia keskussairaaloita on kuusi, kun Helsingin yliopistollisen keskussairaalan muodostavat Naistenklinikka ja Jorvin sairaala lasketaan erikseen, keskussairaaloita 15 ja aluesairaaloita kaksi. Äitiyspoliklinikat toimivat synnytyssairaaloiden kiinteänä osana lähete-poliklinikoina, päivystyspisteinä ja sikiöseulontoja tekevinä yksiköinä. Sikiöseulontoja tehdään myös osana perusterveydenhuollon palveluja.

### 1.1.3 Seurantakäynnit ja synnytykset

Raskausaikaisia, äitiysneuvoloissa tapahtuvia terveystarkastuksia suositellaan Suomessa järjestettävän ensisynnyttäjälle vähintään yhdeksän ja uudelleensynnyttäjälle vähintään kahdeksan (NEU-KO-tietokanta 2023). Näistä kahden tulisi olla lääkärintarkastuksia. Lisäkäyntejä suositellaan järjestettävän tarpeen mukaan. Synnytyksen jälkeisiä käyntejä tulisi olla kaksi: ensimmäinen viikon sisällä sairaalasta kotiutumisesta ja toinen, synnytyksen jälkitarkastus, 5–12 viikon kuluttua synnytyksestä. Ensimmäinen lastenneurolakäynti on määrääikaistarkastus vauvan ollessa 1–4 viikon ikäinen. Vuonna 2022 syntyneiden lasten rekisteriin ei ollut tilastoitu yhtään synnyttäjää, jolla ei olisi lainkaan raskausaikaisia käyntejä, ja 113, joiden käynneistä ei ollut tietoa – äitiysneuvola siis tavoittaa lähes kaikki raskaana olevat.

Raskausaikaisten käyntien määrä äitiysneuvoloissa on vähentynyt 2000-luvulla: vuonna 2000 käyntien keskiarvo oli 16,9 ja vuonna 2022 keskimäärin 13,1 (Syntyneiden lasten rekisteri 2023). Syntyneiden lasten rekisteriin tilastoidaan myös kiireettömät äitiyspoliklinikkakäynnit, joiden keskiarvo on pikkuhiljaa noussut vähän alle kolmesta vuonna 2000 vähän yli kolmeen vuonna 2022 (Syntyneiden lasten rekisteri 2023). Äitiysneuroloiden seurantakäyntien ja poliklinikkakäyntien määrät ovat vaihdelleet alueittain sekä ensi- että uudelleensynnyttäjillä (Raussi-Lehto ym. 2015). Kiireettömien ja päivystyksellisten äitiyspoliklinikkakäyntien määrän kasvu, etenkin normaaliras-

kauden seurannaksi kirjattujen käyntien määrä, on jo pidempään herättänyt keskustelua äitiysneuvoloiden lähetekäytännöistä. Yleinen näkemys on, että normaaliraskauden seuranta kuuluisi perusterveydenhuoltoon eikä erikoissairaanhoidon.

Lähes kaikki (yli 99 %) synnytykset tapahtuvat Suomessa sairaalassa. Vuonna 2022 suunniteltuja kotisyntytyksiä oli 109 ja muita, suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä 211. Keisarileikkausten määrä oli Suomessa pitkään kansainvälisesti katsottuna vähäinen, mutta se on kasvanut pikkuhiljaa niin, että vuonna 2022 keisarileikkauksia oli lähes viidesosa synnytyksistä. Myös synnytysten käynnistyksen ovat lisääntyneet; vuonna 2022 synnytyksistä käynnistettiin 35 prosenttia. Kivunlievitystä saavat lähes kaikki synnyttäjät. Kolmannen ja neljännen asteen repeämien ompelu tehtiin 1,4 prosentille alatiesynnyttäjistä. Monisikiöisiä synnytyksiä oli 1,3 prosenttia kaikista synnytyksistä vuonna 2022.

#### 1.1.4 Vastasyntyneiden terveys

Huolimatta synnyttäväväestössä tapahtuneista muutoksista vastasyntyneiden terveys on edelleen Suomessa erinomainen, myös kansainvälisesti katsottuna. Ennenaikaisesti syntyneitä (alle 37 raskausviikkoa) oli 5,6 %, hyvin ennenaikaisia (alle 28 raskausviikkoa) 0,2 %, pienipainoisia (alle 2 500 g) 4,2 % ja hyvin pienipainoisia (alle 1 500 g) 0,7 % vuonna 2022. Pienten keskosten syntymät pyritään keskittämään yliopistosairaaloihin, jotta he saisivat mahdollisimman pian tarvitsemansa erikoishoidon. Heistä yliopistosairaalan ulkopuolella syntyi 7,5 % vuonna 2022. Perinataalikuolleisuus – eli kuolleisuus 23. raskausviikosta seitsemän vuorokauden ikään mennessä – oli 3,9 vauvaa tuhatta synnytystä kohti. Huomattavaa on, että sekä äidin että vastasyntyneen terveysriskit kasvavat synnyttäjän iän myötä (Nikkinen ym. 2021).

#### 1.1.5 Asiakastyytyväisyys

THL:n toteuttamiin äitiys- ja lastenneuvoloiden asiakaspalautekyselyihin vastanneet ovat olleet neuvolapalveluihin pääsääntöisesti hyvin tyytyväisiä. Esimerkiksi näille osa-alueille vastaajat antoivat lähes täydet pisteet: palvelun luottamuksellisuus, henkilökunnan ystävällisyys ja kiinnostus, ajan riittävyys sekä päätösten tekeminen yhteisymmärryksessä (Asiakaspalautekysely 2021). Neuvoloiden toiminnassa nähtiin kuitenkin kehitettävääkin: sähköisiä palveluja ei pidetty kovin hyödyllisinä, tukea ei saatu aina tarvittaessa, henkilökunta ei aina ollut helposti tavoitettavissa eikä raskauden seuranta pidetty kaikkialla asiantuntevana. Vastaajien taustatiedot eivät ole käytettävissä, eikä siten ole tietoa vastaajien valikoitumisesta ja tulosten yleistettävyydestä.

Toisaalta myös vauvaperheille suunnatussa väestökyselyssä tyytyväisyys äitiysneuvolapalvelujen osa-alueisiin oli korkea (Klemetti ym. 2021). Tähän kyselyyn vastasi lähes 15 000, vastausaktiivisuus oli hyvä ja valikoituvuus arvioitavissa. Neuvolan tuki ei kuitenkaan tällä hetkellä näytä riittävän synnytykseen ja vanhemmuuteen valmistautumiseen, vaan raskaana olevat jäävät liian pitkäksi aikaa yksin omien huoliensa ja pelkojensa kanssa (Kuurne ym. 2023).

THL:n kansalliseen synnytystyytyväisyyskyselyyn vuonna 2016 vastanneista yli 80 prosenttia piti synnytys sairaaloiden palvelujen laatua hyvänä (Kortet ym. 2020). Parhaimmat arviot saivat henkilöstön tiedot ja taidot (4,3/5) sekä sairaalaympäristö (4,3/5). Vastaajat olivat tyytymättöimpiä ohjaukseen ja neuvontaan (3,9/5), erityisesti imetykseen saatuun tukeen. Synnyttäneisyys ja synnytystapa olivat yhteydessä synnytys sairaalan palvelujen koettuun laatuun siten, että uudelleen ja alateitse synnyttäneet olivat tyytyväisempiä kuin ensisynnyttäjät tai keisarileikkauksen kokeneet.

HUS-alueella vuosina 2012–2018 synnyttäneistä ensisynnyttäjistä 40 prosenttia ja uudelleen-synnyttäjistä 60 prosenttia arvioi synnytyskokemuksensa erittäin myönteiseksi (Joensuu 2023). Vain kymmenen prosenttia ensisynnyttäjistä ja neljä prosenttia uudelleensynnyttäjistä arvioi sen kielteiseksi. Kielteisten synnytyskokemusten osuus kasvoi kuitenkin tutkittuna ajanjaksona. Kielteiset synnytyskokemukset vähensivät seuraavan lapsen saamisen todennäköisyyttä.

Kansainvälinen ICHOM-konsortio (International Consortium of Health Outcome Measurement) suosittelee, että äitiyshuollon laatua arvioitaisiin kansainvälisillä ICHOM:n laatimilla mittareilla (Nijagal ym. 2018). ICHOM suosittelee standardoitujen mittaristojen käyttöä raskauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisen hoidon arviointiin ja kehittämiseen. Niiden käyttö helpottaa myös kansainvälistä vertailua.

Kliinisten hoitotulosten lisäksi tarvitaan potilaiden itsensä raportoimia hoidon tuloksia. Mittareita kehitettäessä on painotettu erityisesti potilaille itselleen tärkeimpiä hoidon tuloksia. Mittaristot koostuvat muun muassa potilaiden itse raportoimista tulosindikaattoreista (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs) ja asiakaskokemusta mittaavista indikaattoreista (Patient-Reported Experience Measures, PREMs).

Raskauden ja synnytyksen osalta ICHOM-mittaristo koostuu neljästätoista hoidon tuloksia kuvaavasta osa-alueesta, joilla on merkitystä synnyttäjille ja heidän perheilleen (Nijagal ym. 2018). Mittaristo kattaa ajanjakson raskauden seurannasta noin puoleen vuoteen synnytyksen jälkeen. Mittaristo koostuu neljästä osasta: potilaan tyytyväisyys saamaansa hoitoon (PREMs), potilaan raportoima terveys ja hyvinvointi (PROMs), selviytyminen (kuolleisuus) ja sairastavuus.

ICHOM-mittariston soveltuvuutta suomalaiseen äitiyshuoltoon tutkittiin haastattelemalla 22 raskaana olevaa tai hiljattain synnyttäneitä naista, ja sen pohjalta todettiin, että kansainväliset asiakaskokemusta koskevat kysymykset voisivat olla sovellettavissa suomalaisen äitiyshuollon laadun arvioimiseen (Väyrynen ym. 2023). Suomessa tulisi kuitenkin harkita, mitä kysymyksiä kysyttäisiin ja missä vaiheessa sekä lisätä kansallisesti kiinnostavia kysymyksiä esimerkiksi synnytykseen valmistautumisesta, keisarileikkauksesta, lastenhoidosta mahdollisesti aiheutuvasta taakasta ja perhetilanteesta. Naisten mielestä asiakastyytyväisyyttä mittaavat kysymykset olivat olennaisia, ja he tunsivat saaneensa mahdollisuuden keskustella kokemuksistaan sekä tulleet kuulluiksi ja hoidetuiksi.

## 1.2 Äitiyshuollon henkilöstön riittävyys

THL:n tuoreessa väestön terveys- ja hyvinvointikatsauksessa todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuuden ja riittävyyden heikentyminen koskee koko maata ja henkilöstövaje lähes kaikkia ammattiryhmiä (Kestilä ym. 2023). Avoimien työpaikkojen perusteella suurin pula oli sairaanhoitajista, lähihoitajista, ylihoitajista ja osastonhoitajista, sosiaalityöntekijöistä sekä yli- ja yleislääkäreistä. Äitiyshuollossa työskentelevistä kätilöistä ja terveydenhoitajista ei katsauksessa ole mainintaa. Äitiyshuollossa toimivat lääkärit olivat vuonna 2008 pääsääntöisesti yleislääketieteen erikoislääkäreitä (Raussi-Lehto ym. 2011), jotka katsauksen mukaan ovat yksi niistä ammattiryhmistä, joista on suurin pula.

Äitiysneuvoloihin on vuonna 2013 laadittu mitoitussuositus, jonka mukaan kätilöllä tai terveydenhoitajalla voi olla seurattavana enintään 76 raskaana olevaa vuosittain (Äitiysneuvolaopas 2013). Jos kyseessä on terveydenhoitaja, joka toimii yhdistetyssä äitiys- ja lastenneuvolassa, hänellä voi olla enintään 38 raskaana olevaa. Neuvolatyötä tekevällä kokopäivätoimisella lääkärillä voi laskennallisesti olla enintään 600 raskaana olevaa. Mitoituksessa ei ole otettu huomioon osaamisen kehittymistä tai säilymistä, vaan laskettu, montako raskaana olevaa työntekijä ehtii vuosityöajan puitteissa seuraamaan noudattaen kullekin terveystarkastuskäynnille suositeltua minuuttimäärää.

Vuoden 2020 NEKOS-tutkimuksessa (Neurolan, koulu- ja opiskeluterveyden huollon seuranta tutkimus) äitiysneuvolan henkilöstön mitoitussuosituksen arvioitiin toteutuvan pääosin erittäin hyvin tai hyvin (Hakulinen ym. 2021). Toisaalta pitkän ajan seuranta terveyskeskuksissa osoitti, että äitiyshuollossa on jo pidempään ollut pulaa lääkäreistä ja että myös hoitajista alkaa olla pulaa, ainakin osalla hyvinvointialueista (Wiss ym. 2021). Vuonna 2021 koko maan terveyskeskusten äitiysneuvolassa oli 66 raskaana olevaa naista kokopäivätoimisista terveydenhoitajaa tai kätilöä kohti ja 612 raskaana olevaa naista kokopäivätoimisista lääkäreitä kohti. Resursseissa oli eroja hyvinvointialueiden välillä: paras hoitajatilanne oli Päijät-Hämeen hyvinvointialueella ja heikoin Länsi-Uu-

denmaan hyvinvointialueella. Lääkärikohtaiset lukumäärät vaihtelivat Etelä-Savon hyvinvointialueen 233:sta raskaana olevasta Keski-Uudenmaan 1 449:ään raskaana olevaan.

Väestön terveys- ja hyvinvointikatsauksessa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tilannetta pidettiin äärimmäisen vaikeana ja todettiin, että tilanteen ratkaisemiseksi on kehitettävä rakenteellisia ratkaisuja ja toimintamalleja työn tuottavuuden, työelämän ja palvelun laadun parantamiseksi (Kestilä ym. 2023). Nykyisessä tilanteessa palvelujärjestelmää ei voida ylläpitää nykymuotoisena.

### 1.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus äitiyshuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta valmisteltiin Suomessa vuosia. Integraatio eli palvelujen yhteensovittaminen oli yksi uudistuksen keskeisimmistä tavoitteista. Yhteensovittamista voidaan tehdä joko horisontaalisesti tai vertikaalisesti. Äitiyshuollossa tämä tarkoittaa perustason palvelujen yhteensovittamista esimerkiksi perhekeskumallin mukaisesti tai perustason ja erikoissairaanhoidon eli neuvoloiden tai perhekeskusten ja synnytyssairaaloiden saumatonta yhteistyötä. Se, että perus- ja erityistason palvelut ovat uudistuksen jälkeen saman järjestäjän vastuulla, antaa äitiyshuolollekin erinomaisen mahdollisuuden palvelujen yhteensovittamiseen, henkilöstön osaamisen ja jaksamisen tukemiseen sekä henkilöstövoimavarojen kokonaistarkasteluun ja joustavaan käyttöön. Ennen kaikkea se mahdollistaa asiakkaan ja hänen tarpeidensa nostamisen kehittämisen keskipisteeksi.

Tässä tutkimuksessa halusimme kuulla äitiyshuollon vastaavien johtajien näkemyksiä äitiyshuollon integraatiosta ja tutkia integraation vaikutusta äitiyshuollon palvelujen käyttöön, perinataaliajan terveyteen sekä asiakastyytyväisyyteen. Koska kuudella nykyisellä hyvinvointialueella äitiyshuollon palvelut oli jo ennen vuotta 2023 järjestetty kuntayhtymäpohjaisesti, muodostimme näistä alueista kokonaisuuden integroidut alueet ja muista integroimattomien alueiden kokonaisuuden. Meitä myös kiinnosti, seuraammeko Suomessa kansainvälisesti suositeltavia äitiyshuollon palvelukokemukseen liittyviä indikaattoreita sekä sairastuvuus- ja kuolleisuusindikaattoreita, ja siksi vertasimme Suomessa käytettäviä indikaattoreita kansainvälisiin ICHOM:n suosittelemiin indikaattoreihin.

Luvussa 2 tarkastelemme laajasti integraation käsitettä. Luvussa 3 esittelemme tutkimuksemme tarkoituksen ja tavoitteet. Luvussa 4 käymme läpi kaikki tutkimuksessamme käytetyt aineistot ja menetelmät. Luvuissa 5–7 esittelemme tutkimuksemme tuloksia: äitiyshuollon johtajien näkemyksiä integraatiosta sekä tulokset äitiyshuollon palvelujen käytöstä, perinataaliajan terveydestä ja asiakaskokemuksista. Luvussa 8 kerromme suomalaisten seurantaindikaattoreiden vastaavuudesta kansainvälisiin ICHOM-indikaattoreihin. Luvussa 9 pohdimme saamiamme tuloksia sekä esitämme johtopäätöksiä ja suosituksia äitiyshuollon palvelujen kehittämiseksi entistä asiakaslähtöisemmiksi.

## 2 Integraatio

### 2.1 Yhdentymistä ja yhteensovittamista

Integraatiota voidaan määritellä useilla eri tavoilla. Integraation juuret löytyvät latinan kielestä. Latinankielinen verbi *integer* tarkoittaa loppuun viemistä. Englannin kielen adjektiivi *integrated* puolestaan on osien kokonaisuus tai uudelleen yhdistettyjen osien kokonaisuus. Jokainen organisaatio ja järjestelmä koostuu osista, jotka ovat erillisiä, mutta kuitenkin jollain tapaa yhteydessä toisiinsa. (Kodner & Spreuwenberg 2002) Leutzin (1999) luokittelun mukaan integraatiota esiintyy politiikan, rahoituksen, johdon ja kliinisen toiminnan tasoilla.

Integraation tiiviysi voi olla kolmentasoista: linkittyminen, koordinaatio ja täydellinen integraatio. Linkittyminen tarkoittaa yhteistyötä, jossa potilas esimerkiksi lähetetään toiseen organisaatioon ja tarvittaessa hänen hoitoaan suunnitellaan yhdessä. Koordinaation taso on järjestäytyneempi: hoitoa koordinoidaan järjestelmän eri osien välillä, mutta rakenteet ovat kuitenkin vielä erilliset. Täydellisen integraation tasolla eri järjestelmien resurssit on yhdistetty itsenäiseksi uudeksi yksiköksi. (Leutz 1999)

Sinervon ja Keskimäen (2019) mukaan integraatiota voidaan määritellä hyvin hajanaisesti aina palvelujen yhteensovittamisesta ja koordinaatiosta tiimityöhön. Myös Leutzin (1999) mukaan integraatio voi merkitä mitä tahansa hoidon koordinoinnista yhteisesti johdettujen organisaatioiden muodostamiseen.

Nolte ja McKee (2008) tuovat esille, että integraatiosta puhuttaessa käytetään monia termejä, kuten integroitu hoito, koordinoitu hoito ja potilaskeskeinen hoito. Integroitu hoito -käsitettä pidetään monimuotoisena ja kompleksisena, sillä sitä käytetään usein ei-ammattillisissa yhteyksissä ja sen tavoitteet (Goodwin, Stein & Amelung 2017) sekä taustalla olevat olosuhteet ja tarpeet ovat erilaisia (Zonneveld ym. 2018).

Integraatio on yksi sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen keskeisimpiä kohteita (Sinervo & Ilomäki 2019; Zonneveld, Driessen, Stüssgen & Minkman 2018). Kun sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio määritellään integroiduksi hoidoksi, tarkoitetaan ideoiden ja periaatteiden joukkoa, jolla hoitoa koordinoidaan vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeita (Goodwin 2016). Martin ja Knowles (2019) määrittelevät terveydenhuollon integraation terveyspalvelujen koordinoinniksi ja yhteistyöksi eri palveluntarjoajien välillä.

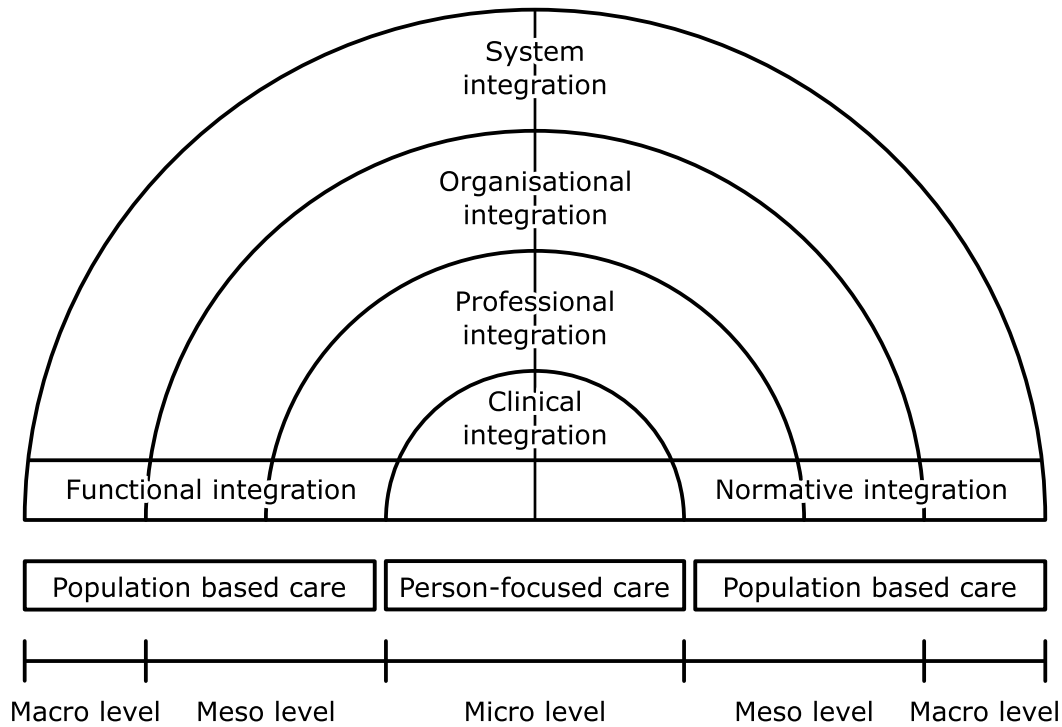
Taskisen ja Hujalan (2020) mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiossa on kyse palvelujen eheyttämisestä tai yhdentämisestä. Axelsson, Axelsson, Gustafsson & Seemann (2014) puolestaan näkevät terveydenhuollon integraation perustuvan siihen, että eri erikoisaloilla ja organisaatioilla sekä eri ammattilaisilla on yhteisiä potilaita. Axelssonin ja tutkimusryhmän (2014) mukaan integraatio on erilaisten toimintojen ja yksiköiden yhteen saattamista potilaiden hyväksi. Integraatiokäsitteen rinnalla käsite yhteensovittaminen on löytänyt paikkansa suomenkielisessä integraatiokeskustelussa.

WHO (2015) määrittelee asiakaslähtöisten integroitujen terveyspalvelujen yhdeksi osa-alueeksi hoidon jatkuvuuden terveydenhuollon eri tasoilla. Asiakaslähtöisyyden voidaankin nähdä liittyvän kiinteästi integraatioon (Ristolainen, Roivas, Mustonen & Hujala 2020), koska palvelujen yhteensovittaminen on asiakaslähtöisyyden keskeinen edellytys. Asiakaslähtöisyydestä voidaan käyttää myös termiä ihmiskeskeinen hoiva (people-centered care), jonka lähtökohtana on ajatus siitä, että hoito vastaa kunkin ihmisen tai ryhmän yksilöllisiin tarpeisiin ja tavoitteisiin (Goodwin 2014).



## 2.2 Tasoja ja ulottuvuuksia

Valentijn, Schepman, Opheij ja Bruijnzeels (2013) kuvailevat integraation tapahtuvan kolmella eri tasolla, joita ovat makro-, meso- ja mikrotaso. Makrotaso kuvaa integraatiota järjestelmän tasolla, mesotaso organisaatiotasolla ja ammattilaisten välillä ja mikrotaso palvelujen tasolla (Valentijn ym. 2013). Valentijnin (2015) sateenkaarimalli kuvaa hyvin integraation moninaista kokonaisuutta ja auttaa tunnistamaan erilaisia vaihtoehtoja (Kuvio 1).



Kuvio 1. Integraation sateenkaarimalli (Valentijn 2013)

Valentijnin sateenkaarimallissa tunnistetaan yhteensä kuusi eri integraation ulottuvuutta. Eri tasolla tapahtuvaa yhdentymistä kuvaavia ulottuvuuksia on neljä: järjestelmätason integraatio, organisaatiotason integraatio, ammatillinen integraatio ja palvelutason integraatio. Lisäksi näitä kaikkia tasoja poikkileikkaavia ulottuvuuksia on kaksi: funktionaalinen integraatio ja normatiivinen integraatio. (Valentijn 2015)

Valentijnin (2015) määritelmän mukaan järjestelmäintegraatio on palvelujen tarjoajien välillä olevien erilaisten virallisten ja epävirallisten sääntöjen sekä poliittisten päätösten kokonaisuus. Valentijnin ja muiden (2013) mukaan organisatorinen integraatio voidaan määritellä sopimusten, strategisten liittoumien, verkostojen tai fuusioiden kautta yhteistyössä olevien organisaatioiden väliseksi suhteiksi. Organisaatiotason integraatiolla tarkoitetaan yhteistyötä erilaisten organisaatioiden välillä; usein näillä organisaatioilla on erilaiset tavoitteet ja intressit (Auschra 2018).

Ammatillinen integraatio määritellään ammattilaisten välillä olevaksi kumppanuudeksi. Ammatillinen integraatio perustuu jaettuun toimivaltaan, rooleihin, vastuisiin ja hoidon järjestämiseen tietyille kohderyhmälle. (Valentijn ym. 2013) Ammatilliseen integraatioon sisältyy lisäksi myös johtajien välinen yhteistyö (Hujala ym. 2020). Palvelutason integraatio puolestaan huomioi asiakaskeskeisyyden ja hoidon jatkuvuuden, eli palvelutason integraatiolla tarkoitetaan integraatiota yksittäisen palvelun, prosessin tai asiakkaan tasolla (Valentijn 2015).



## 2.2.1 Järjestelmätason integraatio

Integraation lähtökohdat rakennetaan hallinnon ja rakenteiden tasolla. Järjestelmätasolla yhtenäiset organisaatorakenteet ja yhteinen johto ovat tärkeässä roolissa. Integraation johtamisen tulee olla moniammatillista ja poikkihallinnollista, ja se vaatii päättäjien ja johdon sitoutumista sekä yhteistä visiota siitä, mihin integraatiolla pyritään (Koivisto ym. 2016). Yhtenä esimerkkinä tällaisesta yhteisestä sosiaali- ja terveydenhuollon visiosta on sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus, joka antaa suuntaa integraation toteuttamiselle. Päättäjien ja johdon näkemykset visiosta eivät kuitenkaan yksinään riitä, vaan tarvitaan myös toisenlaista näkökulmaa. Jolangin, Tynkkysen ja Sinerwon (2017) mukaan ammattilaisten näkökulma tulisi huomioida, jotta terveydenhuollon uudistuksilla olisi mahdollisuus onnistua.

Integraation haasteena järjestelmätasolla on erilaisten organisaatioiden tavoitteiden yhteensovittaminen (Hogan ym. 2018). Kahta organisaatiota, joita johdetaan omina yksikköinä, on näin ollen haastavampaa integroida. Esimerkkinä Sinervon ja Keskimäen (2019) tutkimuksessa juuri hallinnollisen rajan ylittäminen koettiin hankalaksi ja todettiin, että yhteinen johto yksinkertaistaa päätöksentekoa ja resurssien ohjaamista.

Puutteelliset resurssit ovat myös tekijä, joka vaikeuttaa integraatiota (Auschra 2018). Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa resurssien niukkuus aiheuttaa haasteita integraation järjestelmätasolla. Rahallisten resurssien riittämättömyys voi estää ammattilaisten välisen yhteistyön eri organisaatioiden välillä (Rawlinson ym. 2019).

Integraation esteenä voivat olla myös erilaiset säännöt ja määräykset (Andersson ym. 2011). Suomessa terveydenhuollon palvelujärjestelmä on tarkasti säädeltyä laeilla ja asetuksilla, mikä asettaa integraatiolle tietyt reunaehdot. Terveydenhuoltolaki säätelee terveydenhuollon palveluja, ja kansanterveyslaki sekä erikoissairaanhoidolaki säätelevät puolestaan terveydenhuollon rakenteita. Jatkossa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä säätelee laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Nämä lait astuivat voimaan 1.3.2022. (Sote-uudistus 2021)

## 2.2.2 Organisaatiotason integraatio

Yhteistyö eri organisaatioiden välillä vaatii yhteistä, tehokasta johtamista. Erityisesti esimiesten välistä kommunikaatiota ja verkostojen rakentamista pidetään tärkeänä (Sinervo & Keskimäki 2019; Hujala ym. 2020). Henkilöstö voi esimerkiksi kokea motivaation puutetta, jos on jäänyt epäselväksi, mitä heiltä odotetaan integraatiossa (Ling ym. 2012). Koivisto tutkimusryhmineen (2016) tuo esille ajatuksen siitä, että lähiesimiesten työn painopistettä siirrettäisiin suorittavista tehtävistä lähemmäs toiminnan johtamista. Sinervon ja Keskimäen (2019) mukaan esimerkiksi päivittäisjohtajamalli mahdollistaisi yhteiset toimintatavat myös silloin, kun työntekijöillä on eri esimiehet.

Palveluja integroitaessa osaamisen johtamista ja osaamisen tarpeen tunnistamista pidetään tärkeänä (Koivisto ym. 2016). Osaamisen merkitys tulisi tunnistaa organisaatioita kehitettäessä, jotta se ei jäisi hyödyntämättä (Laulainen ym. 2020).

Palvelujen integroinnissa avainasemassa on kyky koordinoida palvelut tehokkaasti vastamaan ihmisten tarpeita. Tehokkuus saavutetaan integroimalla organisaatioita ja niiden rakenteita. (Goodwin ym. 2017) Jotta integraatio mahdollistuu, tulisi kaikkien osapuolten osallistua integraation suunnitteluun ja implementointiin (Leutz 1999). Tämä edellyttää eri organisaatioiden ammattilaisten yhteistyötä.

Organisaatiotason integraatiossa ammattilaisten yhteistyön esteiksi on tunnistettu henkilöstöresurssien rajoitteet, johtajuuden ja tuen puute, tilarajoitteet (Rawlinson ym. 2021), erilaiset ja puutteelliset tietojärjestelmät (Ling ym. 2012; Rawlinson ym. 2021) sekä liian tarkat työnkuvat, jolloin ”toisten tontille” astuminen saattaa tuntua haastavalta (Mönkkönen & Kekoni 2020). Organisaatorajoista johtuvat tiedonkulun heikkoudet aiheuttavat ongelmia henkilöstölle, esimerkiksi silloin, kun tieto asiakkaasta ei kulje eri yksiköiden välillä (Sinervo & Keskimäki 2019). Integraatiossa tarvitaankin yhteen sovitettuja tietojärjestelmiä ja ammattilaisten kesken jaettua tietoa palve-

luprosessin etenemisestä (Koivisto ym. 2016). Tietojärjestelmien käyttö ja niiden integraatio vaativat myös henkilöstöltä digitaalisia taitoja (Laulainen ym. 2020).

Organisaatioiden puutteelliset yhteistyörakenteet estävät integraatiota (Johnson ym. 2009). Organisaatiolta vaaditaan paitsi yhteisiä toimintamalleja ja rakenteita (Hietapakka ym. 2020), myös yhteisiä fyysisiä tiloja, jotka tukevat ammattilaisten yhteistyötä (Koivisto ym. 2016). Organisaatioiden yhteistyön toimivat mallit myös helpottavat hoitoon pääsyä, vähentävät kustannuksia ja parantavat tehokkuutta (Smith 2014). Organisaatioissa on huomattu, että viikoittaiset yhteistyöpalaverit ovat yhteistyön kannalta hyödyllisiä (Beasley ym. 2012).

Organisaation oman edun arvostus ohi yleisen edun on usein este organisaatioiden väliselle yhteistyölle (Auschra 2018). Myös organisaatioiden voimasuhteiden epätasapaino hankaloittaa integraatiota. Voimasuhteiden epätasapaino voi näkyä siten, että ajatellaan toisen organisaation olevan se, joka viime kädessä päättää miten toimitaan (McPherson ym. 2017). Optimaalinen yhteistyö organisaatioiden välillä on myös turvallisuuskysymys. Heikko yhteistyö voi johtaa hoitovirheisiin (Cronie ym. 2019). Esteenä integraatiolle voi olla myös se, ettei tunnisteta kaikkia organisaatioita, joiden kanssa tulisi tehdä yhteistyötä (Auschra 2018).

### 2.2.3 Ammatillisen tason integraatio

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työntekijöiden näkökulmasta ammatillinen yhteistyö on usein hankalaa (Fukkink & Lalihatu 2020), samoin yhteistyökulttuurin luominen sekä sen muuttaminen (Cronie ym. 2019; Koivisto 2016). Hietapakan ja muiden (2020) mukaan siirtyminen moniammatilliseen yhteistyöhön vaatii vuorovaikutus- ja tiimitaitoja sekä verkostotyön osaamista (Hietapakka 2020).

Professioihin liittyvät vahvat perinteet sekä oman ammattikunnan näkökantojen ajaminen vaikuttavat yhteistyöhön asennoitumiseen (Mönkkönen & Kekoni 2020). Ammattiin liittyvät arvot, toimintatavat ja -kulttuurit voivat vaikuttaa yhteistyöhön negatiivisesti. Myös jokaisella organisaatiolla on oma kulttuurinsa. Organisaatiokulttuuri voi luoda esteitä integraatiolle, jos eri organisaatiokulttuurien eroja ei pystytä hallitsemaan. Integraation onnistumiseen vaikuttavat myös aiemmat kokemukset yhteistyöstä toisen organisaation kanssa. (Auschra 2018) Erityisesti positiiviset kokemukset yhteistyöstä auttavat pääsemään yli mahdollisista tulevista haasteista (Macdonald ym. 2015). Laulaisen ja muiden (2020) mukaan toimintaa kehitettäessä päämääränä tulisi olla asiakkaan etu oman ammatti-identiteetin säilyttämisen sijaan. Myös Hietapakka ja muut (2020) tuovat esille, että asiakkaan sujuvan palvelujen saannin tulisi olla moniammatillista yhteistyötä ohjaava tekijä.

Valentijn tutkimusryhmineen (2013) tuo esille, että ammatillisen integraation toteutumista voivat hankaloittaa yhteisen ”kielen” puute ja paradigmojen erot. Ammatillisen yhteistyön esteinä ovat myös toimintojen suunnittelusta ulkopuolelle jättäminen sekä erilaiset tavat viestiä (Fukkink & Lalihatu 2020). Pitkät välimatkat ovat myös haaste (Laulainen ym. 2020; Schölmerich 2014). Yksilön näkökulmasta katsottuna yhteistyön esteinä voivat olla myös roolien epäselvyys, oman ammatillisuuden ylisuojeleminen, toisten ammattitaidon aliarvioiminen, erilaiset työskentelykulttuurit ja ideologiat, yhteisten päämäärien puuttuminen (Rawlinson ym. 2021), tiedonkulun ongelmat ja heikko kommunikaatio (Rawlinson ym. 2021; Schölmerich 2014; Jolanki ym. 2017). Kilpailu taloudellisista resursseista, erilaiset hoitolinjaukset, ammattilaisten erilainen ”kieli”, jaetun tiedon puute sekä luottamuksen ja kunnioituksen puute haastavat myös ammatillista yhteistyötä (Schölmerich 2014). Puutteellisesti määritellyt vastuut on nähty yhtenä haasteena integraatiolle (Jolanki ym. 2017).

Yhteistyötä lisäävinä tekijöinä on pidetty kouluttautumista, henkilöstön yhdistämistä sekä yhteisten virallisten ja epävirallisten tapaamisten järjestämistä organisaatiotasolla (Fukkink & Lalihatu 2020). Riittävät resurssit yhteydenpitoon perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ovat tärkeitä toimivan tiedonkulun ja integraation kannalta (Aquino ym. 2020). Tärkeimpiä positiivisen yhteistyön avaintekijöitä ovat arvostuksen tunteen saaminen sekä kyky auttaa toisia tarvittaessa (Cronie ym. 2019). Myös toisen organisaation työntekijöiden ja heidän työnsä tunteminen edistää luottamuksen syntymistä (Sinervo & Keskimäki 2019; Molenaar ym. 2020).

Työntekijät ovat tärkeä osa integraatiota; toimiakseen integraatio vaatii yhteistyötä eri toimijoiden välillä ja sitoutumista yhteiseen tavoitteeseen (Koivisto ym. 2016). Kuten aiemmin on todettu, pelkkä rakenteiden ja organisaatioiden toimintatapojen muuttaminen ei auta toteuttamaan integraatiota menestyksekkäästi. Moniammatillisessa yhteistyössä on otettava huomioon myös erilaiset työorientaatiot, tietoperustat, toimintakulttuurit, lainsäädännön ja organisaatioiden reunaehdot sekä tapa ymmärtää omaa perustehtävää suhteessa muihin (Mönkkönen & Kekoni 2020). Integraation seurauksena ammattilaisten toimenkuvat ja työnjako muuttuvat, jolloin myös osaamistarpeet muuttuvat (Sinervo & Keskimäki 2019). Yhtenä integraation tavoitteena tulisivikin olla päällekkäisten töiden karsiminen (Koivisto ym. 2016). Moniammatillinen yhteistyö edellyttää paitsi eri ammattilaisten osaamisen kunnioitusta, myös ymmärrystä siitä, milloin eri ammattilaisia tarvitaan (Hietapakka ym. 2020).

## 2.2.4 Integraatio hoitoprosessin tasolla

Integraation avulla voidaan varmistaa yhteensovittaminen myös hoito- tai asiakasprosessien tasolla. Integraatio selkeyttää yhteisiä toimintatapoja asiakasprosesseissa, lisää niiden sujuvuutta ja hallittavuutta sekä parantaa palvelujen oikea-aikaisuutta ja yhteensopivuutta (Raitakari ym. 2019). Integraatiossa on huomioitava, että ammattilaiset pääsevät yhdessä suunnittelemaan ja kuvaamaan palveluketjuja ja -kokonaisuuksia, jolloin myös ymmärrys toisen työstä lisääntyy (Koivisto ym. 2016). Työntekijöiden rooli on tärkeä sosiaali- ja terveyspalveluja uudistettaessa, kuten esimerkiksi tunnistettaessa erilaisia vaihtoehtoja ja ennakoitaessa uudistusten vaikutuksia (Laulainen ym. 2020). Yhteistyön tulisi olla hyvää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, jotta asiakkaan siirtyminen eri organisaatioiden välillä olisi joustavaa (Perdok 2016b). Työtehtävien organisoinnin tulisi tapahtua siten, että yhteistyö ammattiryhmien välillä on mahdollista (Mönkkönen & Kekoni 2020).

Keskeinen osa integraatiota on hoidon jatkuvuus ja asiakaslähtöisyys. Ammattilaisten työpästä tulee arvioida suhteessa siihen, mitä lisäarvoa asiakkaalle pystytään tuottamaan, sillä palveluprosessien tulisi aina olla asiakkaalle arvoa tuottavia (Mönkkönen & Kekoni 2020). Perdokin ja muiden (2016b) mukaan potilas pitäisi ottaa mukaan osaksi hoitonsa järjestämistä ja päätöksentekoa ja näin huomioida asiakaskeskeisyys osana hoitoprosessia.

Myös koko perheen osallistumista hoitoprosessiin tulisi lisätä. Perheiden osallistuminen ja vastuunotto omasta hoidosta ovat avainasemassa kehitettäessä järjestelmää, joka tähtää optimaaliseen hoitoon niin perheiden kuin ammattilaistenkin näkökulmasta. (Bergeson & Dean 2008) Raussi-Lehto ja muut (2013) tuovat puolestaan esille, että perheisiin liittyvien palvelujen keskittäminen vahvistaa perheen ja lasten huomioimista, mutta tällöin yhteys naisille suunnattuihin palveluihin, esimerkiksi synnytysyksiköihin, voi olla heikko.

## 2.2.5 Funktionaalinen ja normatiivinen integraatio

Makro-, meso- ja mikrotason lisäksi integraatiossa tunnistetaan funktionaalinen ja normatiivinen ulottuvuus (Valentijn 2013). Funktionaalisen integraation tarkoitus on tukea edellä mainittujen järjestelmätason, ammatillisen tason ja palvelutason yhdentymistä. Funktionaalinen integraatio käsittää avaintoiminnot, kuten rahoituksen, johtamisen ja tietojärjestelmät. Funktionaalinen integraatio koordinoi ja tukee järjestelmätasolla päätöksentekijöitä, organisaatiossa johtajia, ammatillisen integraation tasolla ammattilaisia sekä palvelujen tasolla potilaita päätöksenteossa. Edellä kuvailtujen tasojen lisäksi Valentijnin (2015) mallissa on normatiivisen integraation taso, joka kuvastaa organisaatioiden, ammattilaisten ja yksilöiden yhteisiä arvoja, tavoitteita ja kulttuuria.

## 2.2.6 Horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio

Edellä esiteltyjen jaottelujen lisäksi integraatio voidaan jakaa myös horisontaaliseen ja vertikaaliseen integraatioon (Taskinen & Hujala 2020). Horisontaalisella integraatiolla tarkoitetaan palvelujen yhteensovittamista samalla tasolla (ks. Szostack 2015; Amando ym. 2021). Terveydenhuollon vertikaalinen integraatio tarkoittaa puolestaan sitä, että yhteensovitetaan eri tasojen, kuten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, palveluja. Esimerkiksi Suomessa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon asema toisiinsa nähden on perinteisesti mielletty vertikaaliseksi. Suomessa erikoissairaanhoido on toisaalta ollut melko eriytettyä perusterveydenhuollosta, mikä luo haasteita vertikaaliselle integraatiolle.

Raitakarin ja muiden (2019) mukaan integraation avulla palvelujärjestelmää pystytään kehittämään yhtenä kokonaisuutena eritasoisten palveluiden välillä. Vuoden 2023 alusta voimaan tulleen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen jälkeen erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut ovat hyvinvointialueen yhteisen ylimmän johdon alaisuudessa.

### 3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Äitiyshuollossa pyritään joustavasti toimivaan palveluketjuun, jossa raskaana olevan, synnyttäjän, synnyttäneen ja hänen perheensä hoito on hallittua riippumatta hoitoa antavasta yksiköstä. Äitiyshuollon palveluja tarjotaan äitiys- ja lastenneuvoloissa, perhesuunnittelu- ja ehkäisyneuvoloissa sekä erikoissairaanhoidon synnytysosastoissa: äitiyspoliklinikoilla sekä antenataali-, synnytys-, lapsivuode- ja naistentautiosastoilla.

Vaikka sairaalassaoloaika synnytyksen yhteydessä on lyhentynyt, erikoissairaanhoito on kuormittunut yhä kasvavien äitiyspoliklinikkakäyntien vuoksi. Osassa nykyisiä hyvinvointialueita perus- ja erityistason palvelut ovat jossain määrin olleet integroituja jo ennen vuotta 2023. Meillä ei kuitenkaan ole tietoa integraation vaikutuksista äitiyshuollon palveluihin tai asiakastytyvyyteen.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa äitiyshuollon integraation vaikutuksista, jotta voidaan arvioida, onko integraatio parantanut palvelujen toimintaa, tuloksia ja asiakastytyvyyttä. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa kansallisesti käytettyjen äitiyshuollon mittareiden yhteensopivuudesta kansainvälisiin mittareihin, jotta voidaan pohtia Suomessa käytettyjen mittareiden riittävyyttä ja soveltuvuutta äitiyshuollon laadun arvioimisessa.

Tutkimuksen tarkoituksena on:

- Kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden vastaavien johtajien näkemyksiä äitiyshuollon vertikaalisesta integraatiosta
- Selvittää ja kuvata vertikaalisesti integroitujen ja integroimattomien hyvinvointialueiden mahdollisia eroja äitiyshuollon palvelujen käytössä ja perinataaliajan terveydessä
- Selvittää ja kuvata vertikaalisesti integroitujen ja integroimattomien hyvinvointialueiden mahdollisia eroja äitiyshuollon asiakastytyvyydessä
- Tehdä yhteensopivuusanalyysi rekisteriseurannassa käytettyjen äitiyshuollon tulostittareiden sekä kansallisessa kyselytutkimuksessa asiakastytyvyyttä kuvaavien indikaattoreiden ja kansainvälisten mittareiden ja indikaattorien välillä.

## 4 Aineistot ja menetelmät

Tässä tutkimuksessa käytettiin useita eri aineistoja: laadullista teemahaastatteluaineistoa, rekisteriaineistoja ja väestökyselyaineistoa.

### 4.1 Integroidut ja integroimattomat alueet

Hyvinvointialueet jaettiin integroituihin ja integroimattomiin alueisiin seuraavasti: 1) integroidut alueet: hyvinvointialueet, joiden alueella oli kuntayhtymä ennen vuotta 2020, ja 2) integroimattomat alueet: kaikki muut hyvinvointialueet (kuviot 2). Oletuksena tämän luokittelun taustalla oli, että kuntayhtymien alueella, yhden järjestäjän vastuulla, terveydenhuollon ja näin ollen myös äitiyshuollon palvelujen järjestäminen oli yhtenäisempää ja järjestäytyneempää kuin muilla alueilla, ja mahdollisesti yhteistyö perusterveydenhuollon äitiysneuvoloiden ja erikoissairaanhoidon palvelujen – eli äitiyspoliklinikoiden ja synnytyssairaaloiden – välillä sujuvampaa kuin muilla alueilla.

#### **Integroiduiksi hyvinvointialueiksi laskettiin**

- Etelä-Karjala (Eksote)
- Kainuu (Kainuun sote)
- Keski-Pohjanmaa (Soite)
- Keski-Uusimaa (Keusote)
- Kymenlaakso (Kymsote)
- Pohjois-Karjala (Siun sote)

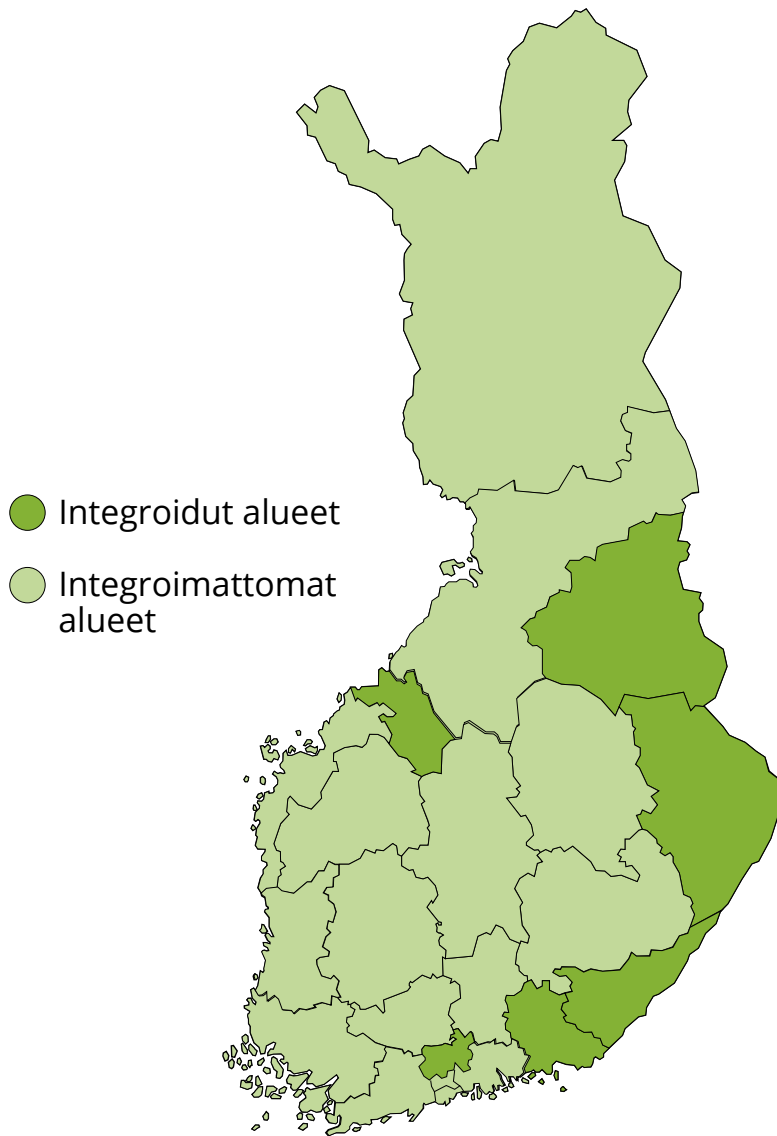
#### **Integroimattomia hyvinvointialueita olivat**

- Etelä-Pohjanmaa
- Etelä-Savo
- Helsingin kaupunki
- Itä-Uusimaa
- Kanta-Häme
- Keski-Suomi
- Lappi
- Länsi-Uusimaa
- Pirkanmaa
- Pohjanmaa
- Pohjois-Pohjanmaa
- Pohjois-Savo
- Päijät-Häme
- Satakunta
- Vantaa ja Kerava
- Varsinais-Suomi

Koska vuoden 2023 sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus ei koske Ahvenanmaata, se rajattiin pois tästä tutkimuksesta. Vuosina 2020–2021 integroiduilla alueilla asui 14 prosenttia ( $n \approx 792\,000$ ) ja integroimattomilla alueilla 86 prosenttia ( $n \approx 4\,720\,000$ ) koko maan väestöstä. Alle 1-vuotiaista lapsista integroiduilla alueilla asui 12 prosenttia ja 25–44-vuotiaista 13 prosenttia.

Integroiduilla alueilla väestö asui integroimattomia alueita useammin maaseudulla ja oli harvemmin vieraskielistä. Integroiduilla alueilla maaseudulla asuvia oli alle 1-vuotiaista 23–25 prosenttia ja 25–44-vuotiaista 23 prosenttia. Vastaavat osuudet integroimattomilla alueilla olivat 21–22 prosenttia ja 19 prosenttia. Vieraskielisiä integroiduilla alueilla oli alle 1-vuotiaista lapsista 7 prosenttia ja 25–44-vuotiaista 9 prosenttia, ja vastaavat osuudet integroimattomilla alueilla olivat 11–12 prosenttia ja 14 prosenttia.

Integraation yhteyttä äitiyshuollon käynteihin, perinataaliajan terveyteen ja vanhempien palvelukokemuksiin tutkittiin määrällisin menetelmin rekisteri- ja väestökyselyaineistojä käyttäen.



Kuvio 2. Integroidut ja integroimattomat alueet Suomessa vuonna 2020

## 4.2 Haastattelututkimusaineisto

Äitiyshuollon integraation laadullisen haastattelututkimuksen teoreettisena viitekehyksenä toimi Valentijnin (2015) integraatioteoria (ks. luku 2, s. 25). Tutkimuksessa äitiyshuollon integraatio rajattiin koskemaan perusterveydenhuollon äitiysneuvoloiden ja erikoissairaanhoidon synnytysyksiköiden välistä yhteistyötä.

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Sen ansiosta haastatteluissa voitiin nostaa esiin äitiyshuollon integraation ominaispiirteitä eri organisaatioissa. Teemahaastattelun runko muodostettiin kuuden teeman ympärille, joita olivat sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä, organisaatioiden välinen yhteistyö, ammattilaisten välinen yhteistyö, hoitoprosessit, vaikutukset ja integraatio tulevaisuudessa.

Tutkimuksessa haastateltiin äitiyshuollosta vastaavia johtajia sekä erikoissairaanhoidosta ( $n = 4$ ) että perusterveydenhuollosta ( $n = 4$ ) eri puolelta Suomea ja erikokoisista taustaorganisaatioista (Kalliolehto 2022). Haastattelut toteutettiin Teams-viestintä- ja yhteistyöalustan kautta tammi-maaliskuussa 2022. Tietoturvaan liittyvät seikat huomioitiin sekä haastattelujen toteuttamisessa että aineiston tallennuksessa. Haastatteluaineiston pituus oli kaiken kaikkiaan noin 380 minuuttia. Litteroitua tekstiä haastatteluista tuli 118 sivua (fontti Calibri 11, riviväli 1,5). Analyysimenetelmänä käytettiin teoriasidonnaista sisällönanalyysia.



## 4.3 Rekisteriaineistot

Tässä tutkimuksessa käytettiin syntyneiden lasten rekisterin ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin tietoja.

### 4.3.1 Syntyneiden lasten rekisteri

THL:n syntyneiden lasten rekisteriin on rekisteröity vuodesta 1987 lähtien kaikki Suomessa syntyneet lapset ja synnyttäjät. Rekisteriin kerätään tietoja raskauden ja synnytyksen kulusta sekä vastasyntyneiden terveydestä.

Synnyttäjien hyvinvointialue määriteltiin synnytyksen aikaisen asuinkunnan perusteella. Ulkomailla (n = 333) ja Ahvenanmaalla asuvat (n = 539) henkilöt rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle, samoin henkilöt, joiden asuinkunta oli tuntematon (n = 222). Tämän rajauksen jälkeen tutkimukseen poimittiin syntyneiden lasten rekisteristä vuosien 2020–2021 synnytykset (n = 93 981) ja vastasyntyneet (n = 95 239). Tulokset analysoitiin erikseen ensi- ja uudelleensynnyttäjille.

#### Indikaattorit

Syntyneiden lasten rekisteristä valittiin yhteensä 16 indikaattoria, joiden ajateltiin voivan liittyä vertikaaliseen integraatioon. Ne kuvasivat synnyttäjää, raskauden kulkua, synnytystä ja vastasyntyntä.

**Raskausaikaan liittyvät indikaattorit** olivat seuraavat:

- synnyttäjä tupakoinut raskausaikana
- synnyttäjä lopettanut tupakoinnin 1. raskauskolmanneksen aikana
- synnyttäjän painoindeksi (BMI, body mass index) ennen raskautta vähintään 35
- alle 4 tarkastusta raskauden aikana
- yli 18 tarkastusta raskauden aikana

**Synnytykseen liittyvät indikaattorit** olivat seuraavat:

- synnytys sairaalan ulkopuolella
- pienen keskosen synnytys muussa kuin yliopistosairaalassa
- synnytys käynnistetty
- synnytystapana keisarileikkaus
- 3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä
- synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 vuorokautta

**Vastasyntyneeseen liittyvät indikaattorit** olivat seuraavat:

- hyvin enneaikainen lapsi, raskauden kesto alle 28 rvk
- enneaikainen lapsi, raskauden kesto alle 37 rvk
- lapsen syntymäpaino alle 2 500 g
- lapsen syntymäpaino vähintään 4 000 g
- lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla

Näiden lisäksi laskettiin kaikkien äitiyshuollon käyntien keskiarvot (ja hajonta) 1) erikseen kullekin hyvinvointialueelle sekä 2) integroiduille ja integroimattomille alueille.

#### Analyysit

Aineistosta poistettiin Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen raskaudenaikaisten neuvolakäyntien luvut aineiston laatuongelmien vuoksi. Synnytysten käynnistämistä koskevat analyysit tehtiin aineistolla, josta poistettiin suunnitellut keisarileikkaukset. Synnytyksenaikaisten 3. ja 4. asteen repeämien osalta käytettiin aineistoa, jossa olivat mukana vain alatiesynnytykset. Sairaalan ulkopuolel-

la tapahtuneissa synnytyksissä ovat mukana kaikki sairaalan ulkopuoliset synnytykset riippumatta siitä, oliko synnytyspaikka suunniteltu vai suunnittelematon. Sairaalan ulkopuolella syntyneitä lapsia ja pienten keskosten syntymäsairaalaan koskeissa indikaattoreissa lukumäärät ovat hyvinvointialueetasolla osittain hyvin pieniä, mikä kannattaa huomioida lukujen tulkinnassa.

Tutkimukseen valittujen raskausaikaan, synnytykseen ja vastasyntyneeseen liittyvien tapahtumien tai tulosten yleisyys (prosenttiosuus) katsottiin ensin hyvinvointialuekohtaisesti ja sen jälkeen erikseen integroiduille ja integroimattomille alueille. Integraation yhteyttä valittuihin indikaattoreihin selvitettiin logistisen regression avulla vertaamalla integroitua aluetta integroimattomiin alueisiin (tuloksena odds ratio, OR eli ristitulo-suhte ja 95 prosentin luottamusväli). Tupakointia koskevista indikaattoreista vakioitiin logistisessa regressiossa synnyttäjän ikä ja kaikissa muissa synnyttäjän ikä ja tupakointi. Syntyneiden lasten rekisterissä ei ole sosioekonomista taustaa kuvaavaa mittaria, joten tupakointia, jonka on todettu olevan hyvä sosioekonomisen aseman osoitin, käytettiin mittaamaan sosioekonomista taustaa. Sosioekonomiset erot ovat raskaudenaikaisessa tupakoinnissa merkittäviä: matalammin koulutetuilla tupakointi on selvästi yleisempää kuin korkeasti koulutetuilla (Roustaei ym. 2020; Rumrich ym. 2019). Tupakointiin liittyvät tulokset vakioitiin ainoastaan synnyttäjän iällä. Kaikki analyysit tehtiin käyttäen SAS-ohjelmistoa (SAS EG 8.3).

#### 4.3.2 Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri

Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri on perustettu vuonna 1967, ja siihen rekisteröidään erikoissairaanhoidossa käynnin käyntipäivämäärä ja diagnoosit (syy- ja sivudiagnoosit). Hoitoilmoitusrekisterin tiedonkeruu on ajantasaista, joten tätä tutkimusta varten oli mahdollista poimia hoitoilmoitusrekisteristä myös vuoden 2022 tiedot.

Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä poimittiin vuosina 2020–2022 kiireettömällä äitiyspoliklinikkakäynneillä annetut diagnoosit ja tunnistettiin 71 raskauteen tai sen seurantaan liittyvää diagnoosia. Käytännössä mukaan otettaviksi diagnooseiksi rajattiin naistentautien ja synnytysten erikoisalalla (30) annetut päädiagnoosit kahdessa ICD-10-luokituksen pääluokassa: O00–O99 (Raskaus, synnytys ja lapsivuoteus) ja Z00–Z29 (Tekijöitä, jotka vaikuttavat terveydentilaan ja yhteydenottoihin terveystieteiden tuottajiin). Päädiagnoosi on tauti, sairaus, vika, vamma, kemiallisen aineen haittavaikutus tai hoidon haittavaikutus tai haittavaikutuksen seuraus, joka on potilaan hoitojakson tai käynnin ensisijainen syy. Yhdessä hoitojaksossa tai käynnissä voi olla vain yksi päädiagnoosi. Erikoissairaanhoidossa päädiagnoosi on pakollinen tieto.

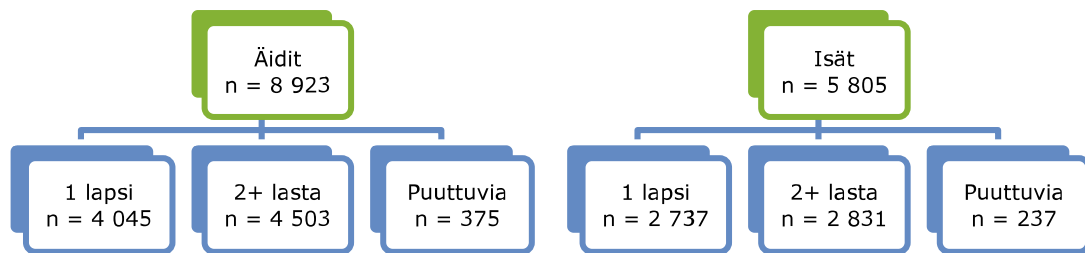
Suurin osa kiireettömällä äitiyspoliklinikkakäynneillä annetuista päädiagnooseista (70 %) oli tilanteita tai tiloja, joiden hoito tai seuranta kuuluvat erikoissairaanhoidon tehtäviin, kuten äidin hoito raskauden aikana sikiön perätilan tai kasvun hitauden vuoksi. Seitsemän diagnoosia oli sellaisia tiloja tai tilanteita, joiden voisi ajatella olevan perusterveydenhuollon hoidettavissa:

- gynekologinen tarkastus Z01.4
- todettu raskaus Z32.1
- muun normaaliraskauden seuranta Z34.8
- normaalin ensiraskauden seuranta Z34.0
- määrittämätön normaaliraskauden seuranta Z34.9
- yleinen hedelmällisyysneuvonta Z31.6
- muu sukupuolineuvonta Z70.8

Hoitoilmoitusrekisteri-aineistosta laskettiin valittujen päädiagnoosien lukumäärät tuhatta synnyttäjää kohti 1) erikseen kullekin hyvinvointialueelle sekä 2) integroiduille ja integroimattomille alueille.

## 4.4 Kyselytutkimusaineisto

Vanhempien kokemuksia äitiyshuollosta tutkittiin vuonna 2020 kerätyn FinLapset-kyselytutkimusaineiston avulla. FinLapset-kyselytutkimus selvittää vanhempien näkemyksiä perheen hyvinvoinnista ja lapsiperhepalveluista. Vuonna 2020 se suunnattiin noin 3–6 kuukauden ikäisten vauvojen molemmille vanhemmille. Tutkimusotos koostui kuudesta otoksesta, joista jokainen sisälsi kaikkien tietyn neljän viikon aikana syntyneiden vauvojen vanhemmat (aikaväleillä 25.11.2019–16.2.2020 ja 20.4–12.7.2020 syntyneiden vanhemmat). Vauvan synnyttäneelle ja toiselle vanhemmalle lähetettiin oma kyselylomake. Vastaukset saatiin 8 977 synnyttäneeltä (vastausprosentti 50) ja 5 843 toiselta vanhemmalta (vastausprosentti 36). Vastanneet vanhemmat olivat vähän vanhempia ja koulutettumia kuin vastaamatta jättäneet. Ahvenanmaa rajattiin pois tämän tutkimuksen aineistosta, minkä jälkeen käytettävissä oli 8 923 synnyttäneen ja 5 805 toisen vanhemman vastausta (kuvio 3).



Kuvio 3. Vanhempien lukumäärät lapsilukumäärän mukaan FinLapset-tutkimusotoksessa

Koska kyselyyn vastanneista toisista vanhemmista yli 99 prosenttia oli miehiä, käytetään heistä tässä raportissa termiä ”isät” lukemisen helpottamiseksi. Vastaavasti synnyttäneistä vanhemmista käytetään termiä ”äidit” tästä eteenpäin. Tutkimuksessa vertailtiin ja tarkasteltiin erikseen yhden ja useamman lapsen äitejä ja isiä. Vauvan odotusaikaa kuvaavien indikaattorien kohdalla puhutaan ensimmäistä lasta odottaneista ja jo aiemmin lapsen saaneista äideistä tai isistä.

### Indikaattorit

Tarkasteltaviksi valittiin 33 indikaattoria, jotka liittyivät vauvan odotusajan ja synnytyksen sujumiseen, vanhemman vointiin, tuen saantiin ja äitiyshuollon palvelukokemukseen. Äitiysneuvolakäyntejä kuvaava ”käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä” -indikaattori on summaindikaattori. Se on määritelty niin, että vanhemman mielestä äitiysneuvolakäynnit ovat toteutuneet kokonaisuutena asiakaslähtöisesti, kun vanhempi on kokenut kaikkien kysytyjen kuuden osa-alueen toteutuneen eli vastannut kaikkiin osa-alueisiin olevansa ”täysin samaa mieltä” tai ”samaa mieltä”. Osiot olivat ”raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti”, ”koki tulleensa kuulluksi”, ”puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista”, ”selvitettiin koko perheen hyvinvointia”, ”sai riittävästi tukea vanhemmuuteen” ja ”uskalsi kertoa asioista rehellisesti”.

Ammattilaisilta saatavan tuen tarvetta ja tuen saantia selvitettiin viisiportaisesti: ei tarvinnut tukea / sai riittävästi tukea / sai riittämättömästi tukea / ei saanut tukea lainkaan / ei kertonut tuen tarpeesta. Tuen saannin riittävyyttä tarkasteltiin tukea tarvinneiden osalta. Riittämättömästi tukea saaneisiin luokiteltiin ne, jotka olivat vastanneet: sai riittämättömästi tukea / ei saanut tukea lainkaan / ei kertonut tuen tarpeesta. Analysoitaessa integraation yhteyttä vanhempien kokemuksiin jätettiin tuen tarvetta kuvaavat indikaattorit tarkastelun ulkopuolelle, koska tuen tarpeen ei katsottu olevan yhteydessä palvelujen järjestämiseen.

## Analyytit

Perustulokset esitetään koko maan tasolla ja hyvinvointialueittain (liitetaulukoina). Yhden ja useamman lapsen äitien ja isien välisiä eroja kokemuksissa analysoitiin ristiintaulukoinnin ja khiin neliö -testin avulla. Tämän lisäksi vertailtiin hyvinvointialueita toisiinsa kunkin ryhmän sisällä. Integraation yhteyttä vanhempien vointiin, tuen saantiin ja palvelukokemukseen tarkasteltiin 1) vertaamalla integroituja ja integroimattomia alueita toisiinsa ristiintaulukoinnilla sekä 2) logistista regressiota käyttäen (tuloksena odds ratio, OR eli ristitulosuhde ja 95 prosentin luottamusväli). Vertailuryhmänä käytettiin integroimattomia alueita. Logistisessa regressioanalyysissä vakioitiin seuraavat, mahdollisesti sekoittavat tekijät:

- vanhemman ikä vastaamishetkellä jatkuvana muuttujana
- vanhemman korkein koulutus: enintään toinen aste, alempi korkea-aste, ylempi korkea-aste
- vanhemman syntymämaa: Suomi, muu kuin Suomi
- vanhemman asuinpaikan tyyppi: kaupunkimainen kunta (sisältäen taajaman), maaseutumainen kunta.

Osa pääosin tilastollisesti merkitsevistä integraatitulosista esitetään taulukoiden lisäksi havainnollisina kuvioina.

Tuloksia ei esitetä tiedon huonon yleistettävyyden takia, jos ristiintaulukoinnissa solukoko on alle viisi. Joidenkin indikaattorien kohdalla hyvinvointialueiden tulosten vertailussa tilastollisen testin (khiin neliö -testi) ehdot eivät täyttyneet, joten hyvinvointialueiden välisiä eroja ei voi kyseisten indikaattorien osalta yleistää. Nämä indikaattorit olivat ”sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi synnytykseen valmistautumiseen”, ”sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi synnytyspelkoon”, ”raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti”, ”perhe- tai synnytysvalmennus hyödyllinen synnytykseen valmistautumisen kannalta”, ”perhe- tai synnytysvalmennus hyödyllinen synnytyspelon kannalta”, ”saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi omaan jaksamiseen”, ”saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi vauvan syöttämiseen”, ”isän merkittävä psyykinen kuormittuneisuus” ja ”isän yksinäisyyden tunne”.

Tilastolliset analyysit tehtiin SPSS-ohjelmalla (versio 29.0.0.0). Tilastollisen merkitsevyyden rajana oli kaikissa analyyseissa  $p < 0,05$ .

## 4.5 Äitiyshuollon kansallisessa seurannassa käytettävien indikaattoreiden ja kansainvälisten laatumittareiden välinen vertailu

### ICHOM-mittarit

Raskauden ja synnytyksen osalta ICHOM-mittaristo kattaa raskausajan ja noin puoli vuotta synnytyksen jälkeen. Alla on lueteltu potilaan tyytyväisyyteen (PREMs), potilaan raportoimaan terveyteen ja hyvinvointiin (PROMs), selviytymiseen (kuolleisuus) ja sairastuvuuteen liittyvät osa-alueet.

**Potilaan tyytyväisyys omaan hoitoonsa** (PREMs) koostuu kolmesta osa-alueesta:

- tyytyväisyys hoidon tulokseen
- yhteinen päätöksenteko ja luottamus hoitohenkilökuntaan
- synnytyskokemus.

**Potilaan raportoimaan terveyteen ja hyvinvointiin (PROMs)** kuuluu kuusi osa-aluetta:

- itsevarmuus äidin roolissa
- äidin ja vauvan kiintymys
- lantion kipu ja toimintahäiriöt
- äidin itsevarmuus ja onnistuminen imetyksessä
- synnytyksen jälkeinen masennus
- terveyteen liittyvä elämänlaatu.

**Kuolleisuuden** osa-alueita ovat

- äitien kuolleisuus
- syntymättömien ja syntyneiden lasten kuolleisuus.

**Sairastuvuuden** osa-alueita ovat

- äidin vakava sairastuvuus
- vastasyntyneen sairastuvuus
- ennenaikainen syntymä.

### **Yhteensopivuusanalyysi**

Vertailua varten koottiin raskautta, synnytystä ja synnytyksen jälkeistä aikaa koskevat indikaattorit FinLapset-kyselytutkimuksen kysymyspatteristosta, THL:n syntyneiden lasten rekisterin tietosisällöistä ja ICHOM-mittaristosta. FinLapset-aineistossa tarkasteltiin julkaistujen tulosindikaattoreiden lisäksi kahden mittarin sisältöä. Nämä mittarit olivat synnytyksen jälkeistä masennusta kuvaava CES-D-10-mittari (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Radloff 1977) ja vanhemman ja lapsen välistä vuorovaikutusta kuvaava PBQ-mittari (The Postpartum Bonding Questionnaire, Brockington ym. 2006).

Yhteensopivuusanalyysi toteutettiin dokumenttianalyysinä hyödyntäen ja mukailien deduktiivista eli teorialähtöistä sisällönanalyysia (Elo ym. 2022). Analyysia varten muodostettiin luokittelumatriisi, jossa ICHOM-mittariston indikaattoreja käytettiin pääluokkina. Näiden pääluokkien alle taulukoitiin FinLapset-kyselytutkimuksen ja syntyneiden lasten rekisterin indikaattorit. Taulukointi vastaa sisällönanalyysin ryhmittely- ja luokitteluvaiheita. PREMs- ja PROMs-indikaattoreita verrattiin FinLapset-kyselytutkimuksen sisältöön. PROMs-indikaattoreita sekä sairastuvuus- ja kuolleisuusindikaattoreita verrattiin syntyneiden lasten rekisterin sisältöön. Sisällönanalyysistä saatuja tuloksia arvioitiin ja raportoitiin suhteessa tutkimuskysymyksiin, jolloin selvisi, missä määrin äitiyshuollon tiedonkeruussa Suomessa käytetyt indikaattorit vastasivat ICHOM-mittaristoa.

## 5 Äitiyshuollon vastaavien johtajien käsityksiä äitiyshuollon integraatiosta

Äitiyshuollon kokonaisuus on Suomessa toteutettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Äitiyshuollon vertikaalinen integraatio – toimiva yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä – on tärkeää, sillä raskauden aikana äidit tarvitsevat palveluja molemmilta tasoilta. Äitiyshuollon integraation mahdollisuudet ja mahdolliset haasteet on tunnistettava, jotta toiminta uusilla hyvinvointialueilla olisi laadukasta ja vaikuttavaa. Tässä luvussa esittelemme tuloksia tutkimuksesta, jossa haastateltiin kahdeksaa äitiyshuollosta vastaavaa johtajaa (Kalliolehto 2022). Puolet johtajista edusti erikoissairaanhoidoa ja puolet perusterveydenhuoltoa.

Kuvaamme tutkimuksen tuloksia vertikaalisen integraation neljällä eri tasolla. Nämä tasot ovat 1) äitiyshuollon järjestelmä, 2) synnytysyksiköiden ja äitiysneuvoloiden välinen yhteistyö, 3) ammattilaisten välinen yhteistyö sekä 4) hoitoprosessit. Tuloksista nostetaan esille myös haastateltavien näkemyksiä äitiyshuollon integraation vaikutuksista ja ajatuksia tulevaisuuden äitiyshuollosta.

### 5.1 Äitiyshuollon järjestelmä

Äitiyshuollon johtajat kuvasivat äitiyshuollon järjestelmän olleen haastatteluhetkellä, vuonna 2022, eriytyneenä perusterveydenhuollon äitiysneuvoloihin ja erikoissairaanhoidon synnytysyksiköihin niin hallinnollisesti, toiminnallisesti kuin resurssienkin osalta. Organisaatorajojen ja rakenteiden nähtiin hankaloittavan äitiyshuollon integraatiota. Yhteistyön koettiin kuitenkin olevan siitä huolimatta tiivistä.

Integraation haasteena oli johtajien mielestä tuolloin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapinta, jonka toiminta on kansallisesti ohjattua: palvelurakennetta, sen tehtäviä ja tehtävien järjestämisen minimilaa juuksia ohjaa lainsäädäntö. Raja-aitojen madaltumisen arveltiin helpottavan äitiysneuvoloiden ja synnytysyksiköiden integraatiota. Integraatiota vahvistaisi haastateltujen mukaan se, että perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa olisi yksi yhteinen äitiyshuollon järjestelmä. Lisäksi perheiden näkökulmasta pidettiin toimivampana sitä, että synnytystoiminta ja äitiysneuvolatoiminta olisivat yhteisen johtamisen alaisuudessa.

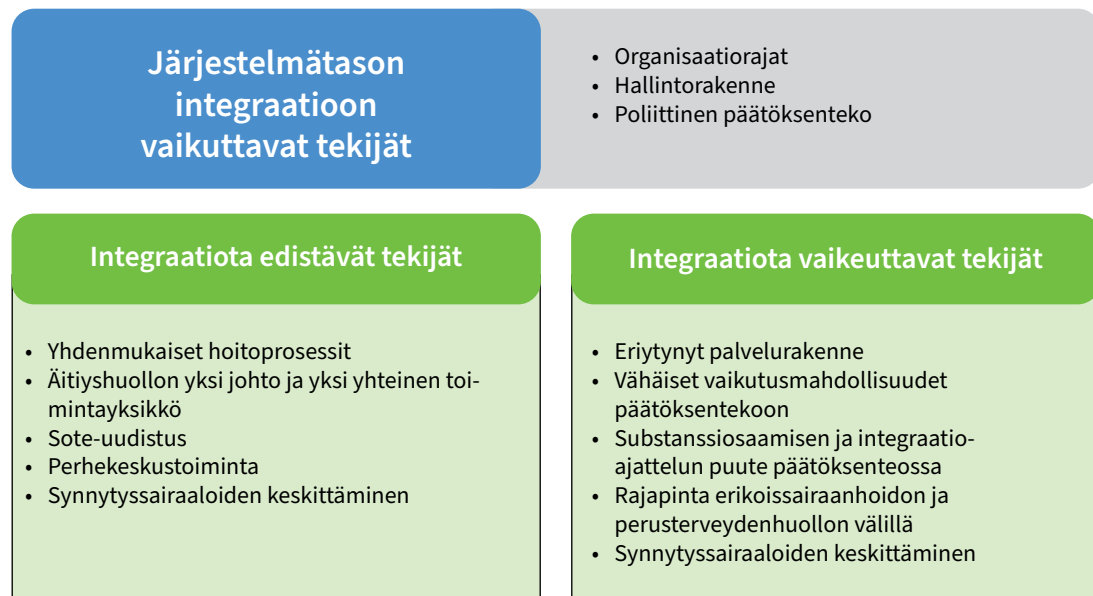
Haastateltujen johtajien mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö oli lisääntynyt jonkin verran lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelman (LAPE 2016–2023) myötä. Alueet olivat kuitenkin toteuttaneet integraatiota perhekeskustoiminnassa eri tavoin. Joillakin alueilla erikoissairaanhoidon palvelut oli integroitu osaksi perhekeskustoimintaa, osassa alueita erikoissairaanhoidoa ei ollut integroitu siihen lainkaan, ja osassa erikoissairaanhoidon palvelut olivat vain konsultatiivisia. Integroinnin eduiksi perhekeskustoiminnan yhteydessä nousivat henkilökunnan tutustuminen paremmin toisiinsa, lääkäreiden välisten konsultaatiomahdollisuuksien paraneminen sekä asiakaslähtoisemmät palvelut. Perhekeskusmallin koettiin tällä hetkellä kuitenkin painottavan enemmän hoidon jatkuvuutta lastenneuvolan suuntaan kuin kokonaisuutta äitiyshuollon sisällä. Kolmannen sektorin ja yksityisten palveluiden, kuten doula-toiminnan, kotisynnytysten ja yksityisten äitiysneuvoloiden, nähtiin olevan vielä vasta marginaalinen osa äitiyshuollon integraatiota.

Äitiyshuollon järjestelmää määrittelee johtajien mukaan poliittinen päätöksenteko, joka vaikuttaa ennen kaikkea organisaatorakenteisiin, ei niinkään konkreettisesti neuvoloiden ja synnytysyksiköiden väliseen yhteistyöhön tai sen edistämiseen. Poliittiseen päätöksentekoon toivottiin enemmän integraatioajattelua ja substanssiosaamista. Poliittisen päätöksenteon – sekä hyvinvointialueiden valmistelutyön että hallintorakenteiden osalta – koettiin olevan usein ylhäältä alaspäin ohjattua, ja mahdollisuutta vaikuttaa niihin pidettiin siten varsin vähäisinä. Keskusteluyhteyden ylläpitämisellä, omalla aktiivisuudella sekä hyvän yhteistyöverkoston avulla nähtiin olevan edes hieman mahdollisuuksia vaikuttaa äitiyshuollon järjestelmän kehittämiseen.

Haastatellut uskoivat, että hyvinvointialueet antavat aiempaa parempia mahdollisuuksia integroida perustason palveluja ja erikoissairaanhoidoa. Yhden yhteisen työnantajan uskottiin parantavan yhteistyötä ja tehostavan palvelujen kehittämistä. Myös asiakaslähtöisyyden arveltiin lisääntyvän. Hyvinvointialueiden työskentelyltä odotettiin muutoksia, jotka olisivat konkreettisesti toteutettavissa. Haastatellut johtajat toivoivat niin ikään, että organisaatorajojen aiheuttamat yhteistyön haasteet vähenevät hyvinvointialueilla.

Synnytysten keskittämisen yhä harvempiin sairaaloihin uskottiin aiheuttavan negatiivisia vaikutuksia asiakkaiden ja ammattilaisten näkökulmasta. Se heikentää sairaaloiden elinvoimaisuutta sekä luo haasteita henkilökunnan rekrytoimiselle erityisesti niissä synnytysyksiköissä, joissa synnytystoiminnan jatko on epävarmaa. Synnytysten keskittämisen koettiin vaikuttavan positiivisesti taloudellisiin resursseihin ja synnytys sairaaloiden vähentämisen mahdollistavan uusien toimintatapojen kehittämistä.

Äitiyshuollossa kuten muuallakin sosiaali- ja terveydenhuollossa resurssit ovat rajallisia. Johtajat näkivät, että integraatiolla voisi olla vaikutuksia suoraan myös johtamiseen. Se voisi helpottaa henkilökunnan sijoittamista oikeaan aikaan oikeisiin paikkoihin ja auttaisi karsimaan päällekkäistä työtä. Lisäksi integraatio voisi parantaa resurssien koordinoimista. Integraatiolla nähtiin siis olevan positiivisia kustannusvaikutuksia. Kuviossa 4 on koottu yhteen järjestelmätason integraatioon vaikuttavat tekijät.



Kuvio 4. Johtajien käsitykset äitiyshuollon järjestelmätason integraatiosta



## 5.2 Äitiyshuolto organisaatiotasolla

Haastatellut johtajat kuvasivat äitiysneuvoloiden ja synnytyssairaaloiden yhteistyötä toimivaksi. Yhteistyö ei kuitenkaan ollut varsinaisesti kummankaan, perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon, vastuulla. Aloitteita yhteistyöhön tuli molemmilta tahoilta. Yhteistyömuotoja olivat säännölliset yhteistyöpalaverit ja erilaiset työryhmät. Yhteistyöpalaverissa käsiteltiin yhteisiä asioita, ohjeistuksia ja uudistuksia sekä käytiin läpi haittatapahtumia ja asiakaspalautetta. Työntekijöiden kuuntelemista pidettiin tärkeänä osana yhteistyötä.

Yhteisten keskustelujen nähtiin auttavan äitiysneuvoloiden ja synnytysyksiköiden toimintamallien yhtenäistämässä. Yhteistyön toivottiin olevan säännöllistä, jotta organisaatiot olisivat ajan tasalla siitä, mitä kummallakin puolella tapahtuu.

*” – muutoksia tapahtuu tänä päivänä paljon niin – yhteistyötä ei voi koskaan olla mun mielestä liikaa.” (H5)*

Yhteiset fyysiset tilat tekivät vastaajien mukaan integraation mahdolliseksi ja helpottivat yhteistyötä, ja fyysisesti lyhyiden välimatkojen koettiin madaltavan kynnystä yhteydenottoon. Tosin fyysisen yhteydenpidon kuvailtiin vähentyneen koronapandemian aikana, jolloin yhteistyövälineinä toimivat enemmän sähköposti ja puhelimet kuin tapaamiset.

Tiedon siirtymisen ongelmat erityisesti erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tunnistettiin molemmilla sektoreilla. Organisaatioiden väliset lähetekäytännöt koettiin selkeiksi, mutta jäykiksi. Kuitenkin lähetteet olivat keskeinen osa resurssien hallintaa ja kohdentamista.

*” – usein se järjestelmä siitä, että erikoissairaanhoidon tarvitsee sen lähetteen, niin on valitettavan jäykkä – –” (H1)*

Käytössä oli niin yhteisiä kuin erillisiäkin tietojärjestelmiä sekä osittain yhteisiä tietojärjestelmäratkaisuja. Yhteisen sähköisen järjestelmän nähtiin helpottavan ja monipuolistavan yhteistyötä sekä vähentävän päällekkäisyyttä kirjaamisessa. Yhteisten tietojärjestelmien kuvattiin myös toimivan hyvin. Yhdenmukaisten tietojärjestelmien ajateltiin parantavan tiedonkulkua yksiköiden välillä sekä mahdollistavan tiiviimmän yhteistyön.

Äitiysneuvoloiden ja synnytysyksiköiden rooleja ja organisaatioiden välistä työnjakoa pidettiin selkeinä. Äitiysneuvolan tehtäviksi nähtiin perheiden ja äitien tukeminen, ongelmien ennaltaehkäisy sekä odottavien äitien seulonta erikoissairaanhoidon. Äitiysneuvolatoiminnan kuvattiin sisällöltään olevan kansallisesti säädeltyä ja ohjattua. Johtajat toivat kuitenkin esiin, että määrittelyistä tehtävistä ja työnjaosta pidetään kiinni liiankin tiukasti ja yhteistyössä törmätään usein organisaatorajoihin. Organisaatioiden yhteistyöhön ja tehtäviin toivottiin enemmän joustoa sekä erityisosaamisen hyödyntämistä entistä paremmin. Yhtenä esimerkkinä jakautumisen haasteista tuotiin esille synnytykseen liittyvä ohjaus. Äitiysneuvoissa koettiin synnytyssairaalan puolelta tulevan painetta siihen, että synnytyksen kulkua käytäisiin paremmin läpi jo neuvolassa. Neuvoissa ajatellaan, että synnytyksen läpikäyminen kuuluu erikoissairaanhoidon tehtäväkenttään.

*” – tietysti erikoissairaanhoidon puolelta on aika kovaa painostusta, että neuvolassa pitäisi synnytyksen kulusta ja synnytyksestä puhua enemmän – – Terveystenhoitajat ovat vetäneet semmoisen rajan, että ehkä se terveysneuvonta on sitä heidän ydinosaamista, mutta sitten ei se synnytyksen kulku.” (H6)*

Kuviossa 5 on koottuna organisaatiotason integraatioon vaikuttavat tekijät.



Kuvio 5. Johtajien käsitykset äitiysneuvoloiden ja synnytysyksiköiden välisestä yhteistyöstä

### 5.3 Äitiyshuolto käytännön tasolla

Käytännön tasolla äitiyshuollon integraatio toteutuu ammattilaisten, kuten terveydenhoitajien ja kätilöiden, välisessä yhteistyössä. Haastatellut johtajat tunnistivat terveydenhoitajien ja kätilöiden välisen yhteyden olevan tärkeä ammatillinen rajapinta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ammattilaisten väliset konsultaatiot nähtiin toimivaksi yhteistyömahdollisuudeksi, joskaan konsultoinnin toteutuminen ei ollut intensiivistä.

Alueilla oli kehitelty erilaisia yhteistyömuotoja vahvistamaan kätilöiden ja terveydenhoitajien yhteistyötä. Esimerkiksi kummikätilö-toiminnassa neuvoloille on nimetty synnytysyksiköstä omat kummikätilöt, joiden tehtävänä on välittää tietoa erikoissairaanhoidon puolelta äitiysneuvoloihin ja olla mukana esimerkiksi perheille järjestetyissä perhevalmennuksissa. Myös erilaiset tutustumiskäynnit ja lyhyet harjoittelujaksot olivat käytössä äitiysneuvoloiden ja synnytysyksiköiden välillä. Varsinaista työkiertoa ei ollut kuitenkaan järjestetty erityisesti resurssipulan vuoksi. Erilaisten yhteistyömuotojen koettiin lisäävän toisen työn arvostusta.

*”– kun sä menet katsomaan sinne sitä konkreettista toimintaa, niin silloinhan sä myös pääset vähän perille siitä, että mitä se työ on siellä toisella puolellakin, koska useastihan sitä tulee sitten niitä semmoisia vähän ikäviä lausahduksia, kun ei tiedetä toinen toistemme työstä mitään.” (H8)*

Erot organisaatioiden toimintakulttuureissa vaikuttavat yhteistyöhön, ja haastatellut johtajat tunnistivat eroja olevan myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimintakulttuureissa. Erikoissairaanhoidon synnytysyksiköiden toiminta-alueita kuvattiin rajatummaksi, synnytyksen hoitoon keskittyväksi, kun taas perusterveydenhuollon äitiysneuvoloissa toimitaan pidemmällä aikajänteellä. Kulttuuri erikoissairaanhoidossa koettiin enemmän sairausdiagnoosikeskeiseksi, ja äitiysneuvoloiden puolestaan nähtiin ottavan paremmin huomioon perhekeskeisyyden.

Myös ajankäytön ja työn suunnittelussa oli eroa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Perusterveydenhuollon kuvattiin olevan ajan käytön suhteen hieman jäykempi, sillä työ

perustuu ennalta suunniteltuun ajanvaraustoimintaan. Erikoissairaanhoidossa puolestaan työtehävät hoidetaan nopeammalla aikataululla. Neuvoloiden puolelta tuotiin yhtenä yhteistyötä hankaloittavana tekijänä esiin erikoissairaanhoidon asenne perusterveydenhuoltoa kohtaan. Erikoissairaanhoidossa tuntui olevan ajatus, että siellä tiedetään parhaiten, miten tulisi toimia.

*” – kun sieltä ollaan kotiuttamassa jotakin synnyttäjää niin he ovat ajatelleet sen asian niin että terveydenhoitajalla on heti mahdollisuus – – mennä kotikäynnille. Heillä ei ollut sitä ymmärrystä, että me tehdään vastaanottotyötä ja meillä voi olla ajanvarauskirjat täydet – – ” (H5)*

*” – monesti tulee siitä neuvolapuolesta aika semmoinen jäykkä tiedätkö. Mulle se ehkä näyttäytyy semmoisena että, koska siellä toimitaan – – hyvin suunnitelmallisesti. Se että sitten taas kun me ollaan synnytyssairaala, me toimitaan 24/7 ja meille tulee koko ajan kaikenlaista – – kun sä meet työvuoroon niin sä et tiedä mitä siellä sen aikana tapahtuu – – Tavallaan se ehkä kuvastaa sitä eroa aika hyvin.” (H4)*

Kaikkien haastateltavien mielestä erilaiset kulttuurit eivät vaikuttaneet yhteistyöhön. Terveydenhoitajien ja kätilöiden ammattien vuorovaikutuksessa voi olla jännittyneisyyttä, jonka kuvailtiin juontuvan kauas taaksepäin aikaan, jolloin kätilöt siirtyivät äitiysneuvolatyöstä sairaaloihin. Kätilöiden kerrottiin kokevan, että kätilökoulutuksen saaneina heillä pitäisi olla mahdollisuus työskennellä myös äitiysnevolassa, ja terveydenhoitajien puolestaan ajattelevan, että he ovat terveystarkastusten osalta ammattilaisia ja kätilöt synnytysten osalta. Haastateltavat johtajat toivoivatkin, että jatkossa keskityttäisiin kehittämään yhteistä toimintaa asiakkaan edun mukaisesti sen sijaan että kilpailtaisiin keskenään.

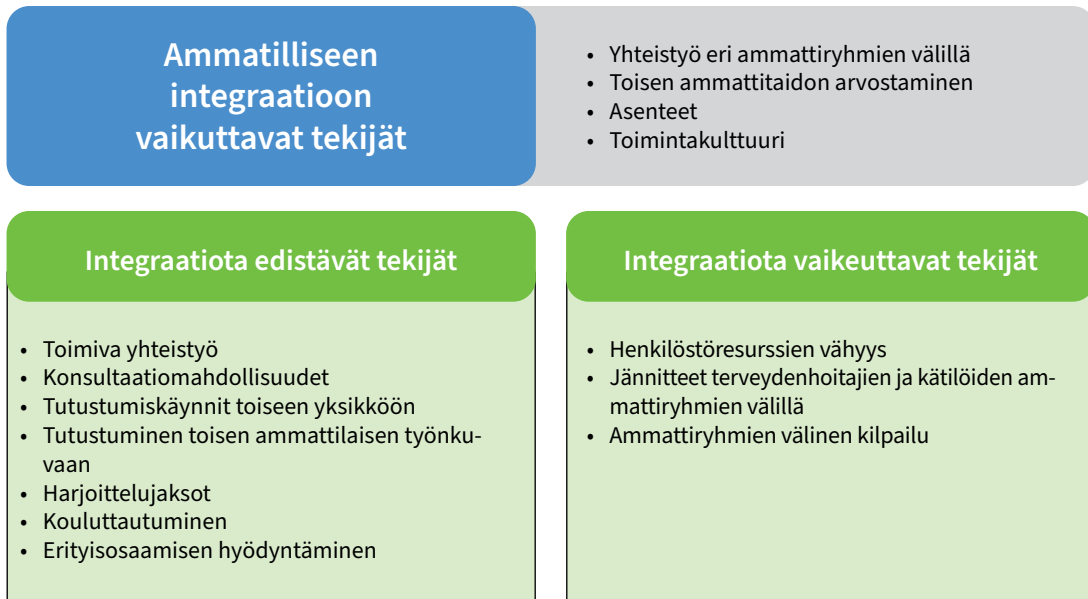
*”Tota se on ehkä semmoinen klassinen asetus, että kätilöt ajattelee, että heidän pitäisi olla siellä nevolassa ja terveydenhoitajat ajattelee, että tämä on terveydenhoitajien paikka siellä äitiysnevolassa.” (H7)*

Osaamisen tasoa pidettiin hyvänä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Terveydenhoitajien kuvailtiin tunnistavan hyvin tilanteet, joissa potilas pitää lähettää erikoissairaanhoidon. Terveydenhoitajilta vaadittavaa osaamista kuvailtiin laajaksi, ja he toimivat lapsiperheiden tukena pitkään. Osaamistason ei kuitenkaan aina koettu olevan tasalaatuista, vaan siihen vaikutti erityisesti ammatillisen kokemuksen pituus: pitkään työskennelleillä terveydenhoitajilla on parempi osaamistaso kuin vastavalmistuneilla.

Kätilöiden osaamisen kuvailtiin sijoittuvan lyhyemmälle ajanjaksolle äitiyshuollon aikajanelä, mutta olevan syvempää. Haastatteluissa nousi esille, että kätilöiden syvempää osaamista voisi paremmin hyödyntää jo raskauden aikana sekä synnytyksen jälkeen lapsivuodeaikana. Synnytykseen valmistautumista ja synnytyspelon ehkäisyä pidettiin myös osa-alueina, joissa kätilön osaamisesta olisi hyötyä ja yhteistyön kehittämällä voitaisiin edistää synnyttäjän asiaa.

Koulutukset nähtiin tärkeäksi keinoksi parantaa työntekijöiden osaamista. Kouluttautumista pidettiin erityisen tärkeänä niillä alueilla, joissa äitiysneuvola-asiakkaiden lukumäärä on pieni.

Kuviossa 6 on tiivistettynä ammatilliseen integraatioon vaikuttavat tekijät.



Kuvio 6. Johtajien käsitykset äitiyshuollon ammattilaisten yhteistyöstä

## 5.4 Äitiyshuollon integraatio hoitoprosesseissa

Neuvolat ja synnytysyksiköt tekivät yhteistyötä muun muassa hoitoprosessien suunnittelussa. Yhteistyön nähtiin hyödyttävän etenkin synnytyspelkoisten äitien hoidossa ja synnytysvalmennusten suunnittelussa.

*”[yhteistyö] auttaisi sitten niihin kasvaviin synnytyspelkoasioihin niin, että saataisiin se normalisoitua. Ettei puhuttaisi aina synnytyspelosta vaan puhuttaisiin normaalis- ta synnytysjännityksestä ja osattais ikään kuin normalisoida. Ja ettei sinne erikoissai- raanhoitoon tarvis aina, vaan osattaisiin hoitaa siellä jo.” (H7)*

Hoitoprosessien päällekkäisyyttä oli esimerkiksi raskausdiabeetikoiden hoitoprosessissa, imetysoh- jauksessa ja synnytysvalmennuksissa. Johtajat kuvailivat myös tiettyjä tilanteita, joissa äidin ja per- heen oli mahdollista pudota kahden organisaation väliin. Esimerkiksi mitä nopeammin äidit kotiutetaan synnytyksen jälkeen erikoissairaanhoidosta, sitä tehokkaammin äitiysneuvolajärjestelmän pitäisi kyetä vastaamaan heidän palvelutarpeeseensa. Äitiysneuvoloiden resurssivaje on kuitenkin lisännyt asiakkaiden ohjautumista takaisin erikoissairaanhoidon palveluiden piiriin. Haastateltavi- en mukaan synnytyksen jälkeisen ajan hoitoprosesseissa tehtävää yhteistyötä pitäisi kehittää.

Kaiken kaikkiaan äitiyshuolto nähtiin jo nyt yhtenä yhteisenä äitiyshuollon prosessina, jossa asi- akkaita ohjataan äitiysneuvoloista synnytysyksiköihin koko ajan tiiviissä yhteistyössä. Yhteistyön toi- vottiin kuitenkin entisestään tiivistyvän. Yhdenmukaisten hoitoprosessien koettiin helpottavan yhe- teistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Erikoissairaanhoidon näkökulmasta haastavana nähtiin alueiden perusterveydenhuollon yksiköissä vallitsevat erilaiset toimintatavat ja käytänteet. Äitiysneuvolapalvelujen toivottaisiinkin olevan uusilla hyvinvointialueilla yhdenmukaisia.

Äitiyshuollon integraation nähtiin vaikuttavan siihen, miten asiakas kokee hoitonsa onnistu- neen. Integraatio vaikuttaa palvelujen joustavuuteen, parempaan saavutettavuuteen, selkeyteen ja yhdenmukaisuuteen. Turhat käynnit ja yhteydenotot vähenevät integraation myötä. Asiakastyytyväisyy- den uskottiin lisääntyvän, jos palvelut olisi mahdollista saada ”saman katon alta”. Asiakaslähtöisyyttä on pyritty ja pyritään kehittämään äitiyshuollossa esimerkiksi palautteen keräämisen ja koulutusten avulla. Sen, että asiakas joutuu syystä tai toisesta palaamaan takaisin erikoissairaanhoidon piiriin kotiutumisen-

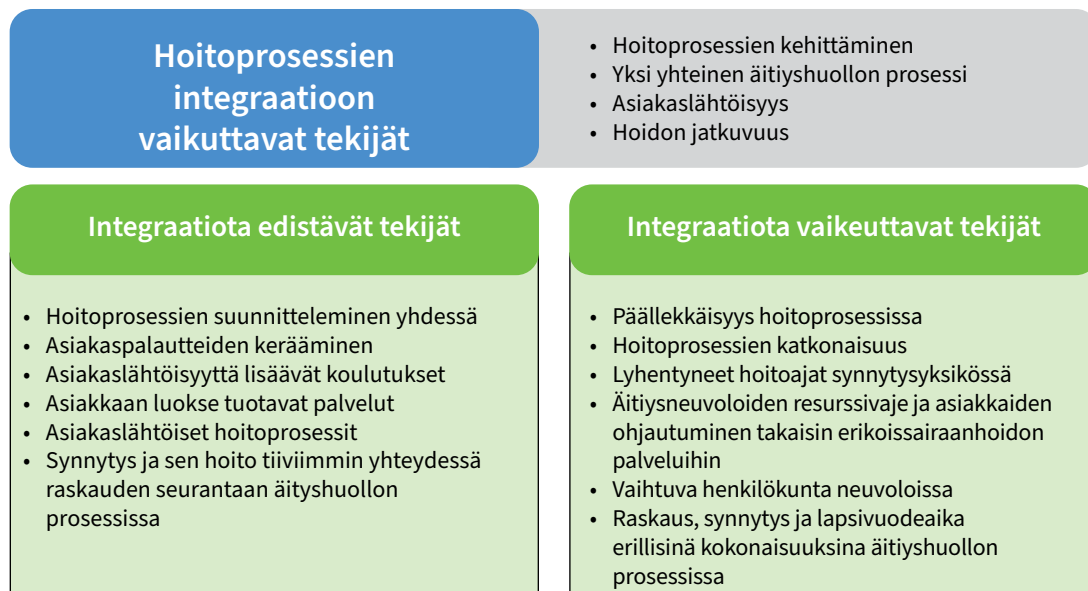
sa jälkeen, nähtiin kertovan puutteista asiakaslähtöisyydessä. Erilaiset kontrollit, kuten vastasyntyneen painon ja keltaisuusarvojen kontrolloinnit, voisivat haastateltujen johtajien mukaan olla sellaisia palveluja, joita voisi viedä asiakkaiden luokse kotiin. Integraation uskottiin lisäävän asiakaslähtöisyyttä, koska se mahdollistaa asiantuntijoiden kerääntymisen asiakkaiden ympärille, jolloin yhdessä tekeminen lisääntyy, päällekkäiset toiminnot vähenevät ja lähtökohtana hoidolle ovat asiakkaan tarpeet.

Hoidon jatkuvuuden näkökulmasta äitiyshuoltoa voidaan järjestää usealla eri tavalla. Primääriprevention kannalta pidettiin hyödyllisenä, että hoitosuhde alkaisi perhesuunnittelu- ja ehkäisyneuvolasta ja kestäisi niin pitkään, että vauva on kolmesta neljään kuukautta. Tällöin hedelmällisyysterveyttä pystyttäisiin tukemaan jo hyvin varhaisessa vaiheessa. Yhtenä vaihtoehtona nousi esiin se, että kättilöt vastaisivat raskauden seurannasta, synnytyksen hoidosta ja lapsivuodeajan seurannasta. Tämän kaltaisen hoitoprosessin nähtiin parantavan hoidon laatua, sillä kättilöiden osaaminen on erityisesti painottunut synnytyksen hoidon ja lapsivuodeajan lisäksi myös raskauden hoitoon ja seurantaan. Hoidon jatkuvuuden kannalta pidettiin tärkeänä, että synnytys ei olisi niin eriytynyt kokonaisuus äitiyshuollon prosessissa, vaan tiiviimmin yhteydessä raskauden seurantaan.

Jatkuvuudella ja ammattilaisten pysyvyydellä koettiin olevan merkitystä asiakkaalle. Yhden ja saman terveydenhoitajan toimiminen perheiden kanssa raskauden alusta aina syntyneen lapsen neuvolaiän loppuun asti nähtiin erityisesti perheiden ja terveydenhoitajien välisen suhteen kannalta hyvänä asiana.

*”Näen parempana tämän siis yhdenneen neuvolan, jolloin sille perheelle syntyy luottamuksellinen suhde siihen omaan terveydenhoitajaan pitkältä ajalta ja se tuntuu kylä meidän asiakaspalautteiden mukaan olevan asiakkaiden mielestä hyvä asia.” (H1)*

Tämänkaltaisen jatkuvuuden koettiin lisäävän perheiden yksilöllisten tilanteiden parempaa tuntemusta ja edistävän luottamuksellisen suhteen syntymistä terveydenhoitajan ja perheen välille. Erityisen tärkeänä pidettiin sitä, että terveydenhoitaja ei vaihtuisi kovin usein. Terveydenhoitajien vaihtuvuus kuitenkin on yleistä, joten hoitoprosessin toteutuminen yhden ja saman terveydenhoitajan kanssa nähtiin haastavaksi. Toisaalta myös pitkissä, raskauden alusta neuvolaiän loppuun kestävässä hoitosuhteissa voi jotakin jäädä huomaamatta, jos yksi terveydenhoitaja toimii saman perheen kanssa pitkään. Kuviossa 7 on koottu hoitoprosessien integraatioon vaikuttavat tekijät.

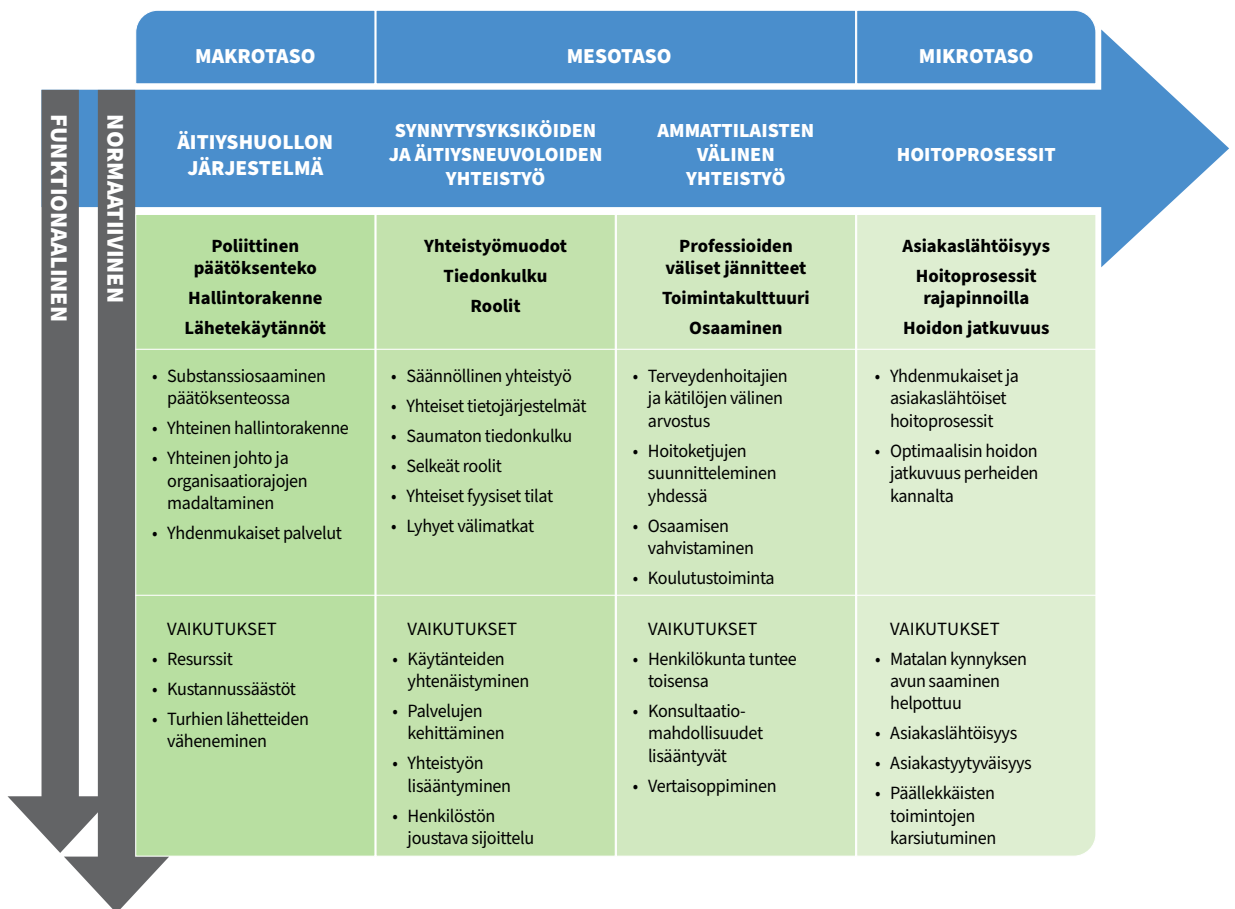


Kuvio 7. Johtajien käsitykset äitiyshuollon hoitoprosessien integraatioista

## 5.5 Äitiyshuollon integraation vaikutukset

Johtajien näkemyksen mukaan integraatiolla on suora vaikutus siihen, pitääkö asiakas palvelua hyvänä. Integraatio mahdollistaa palvelujen joustavuuden ja paremman saavutettavuuden sekä tekee prosesseista selkeitä ja yhdenmukaisia (kuvio 8). Integraation nähtiin vähentävän myös turhia käyntejä ja yhteydenottoja, kun asiakas tietää mihin hänen tulee olla yhteydessä. Asiakastytyväisyys kasvaa, jos palvelut saadaan ”saman katon alta”.

” – sä saat sen siihen samaan esimerkiksi raskauden seurantaan ja hoitoon niin saman katon alta niitä palveluita, että mahdollisimman vähän asiakasta juoksutetaan ovelta toiselle tai luukulta toiselle.” (H6)



Kuvio 8. Yhteenvedo äitiyshuollon integraation keskeisistä tekijöistä (Kalliolehto 2022)

Toiminnan keskittämisen eduksi mainittiin sekin, että asiakkaan on mukava tulla jo ennestään tuttuun paikkaan esimerkiksi synnyttämään. Integraation myötä tapahtuvan prosessin selkeytymisen nähtiin lisäävän asiakastytyväisyyttä. Asiakastytyväisyyttä lisäävät myös toimiva konsultaatio, osaamisen jakaminen ammattilaisten välillä sekä se, että asiakkaat saavat yhteyden oikeaan aikaan ja oikeaan paikkaan. Tällöin mahdollisia ongelmia pystytään paremmin ehkäisemään.

”Saataisiin paremmin oikea-aikaisesti se ohjaus ja kohtaaminen sen asiakkaan näkökulmasta – kun ajatellaan tätä lapsen saamista niin se on kuitenkin niin iso asia, että siinä pienet asiat voi kuitenkin sitten ohjata joko oikeeseen suuntaan tai väärään suuntaan.” (H4)

Tiivis yhteistyö yksiköiden välillä ja sujuva tiedonkulku auttavat varmistamaan, että ne perheet, joista on erityinen huoli, eivät putoa järjestelmästä niin helposti. Pyörövi-ilmion nähtiin vähenevän ja sitä kautta perheiden hyvinvoinnin lisääntyvän, kun palvelut on integroitu. Moniammatillisuus koettiin tärkeänä työskennellessä perheiden parissa. Integraation avulla pystytäänkin tarjoamaan paremmin tukea perheille ja puuttumaan ongelmatilanteisiin riittävän ajoissa. Sujuvan tiedonkulun nähtiin lisäävän myös potilasturvallisuutta.

Integraation nähtiin olevan tärkeässä roolissa työn johtamisen näkökulmasta myös siksi, että resurssit ovat rajalliset. Integraation avulla henkilöstön sijoittaminen oikeaan paikkaan ja oikeaan aikaan helpottuu. Myös kustannuksiin integraatiolla koettiin olevan positiivinen vaikutus, kun päällekkäinen työ vähenee ja resurssien ja hankintojen koordinaatio paranee. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rahoituksen integraation myötä matalan kynnyksen avun saamisen nähtiin mahdollistuvan paremmin. Myös ennaltaehkäisevä työ vähentää kustannuksia. Toisaalta taloudellisten vaikutusten mittaaminen on vaikeaa. Mittaamisen ajateltiin helpottuvan, jos prosessilla olisi yksi johtaja.

*”Prosessilla olisi se johtaja, joka pystyy johtajana katsomaan sitten sitä myös mittareiden valossa sekä laadullisten että mitattavien mittareiden valossa, että mennään hyvään suuntaan.” (H3)*

Äitiyshuollon palveluissa synnytysten keskittämisen nähtiin vaikuttavan positiivisesti taloudellisiin resursseihin, mutta negatiivisesti asiakkaisiin ja työntekijöihin.

## 5.6 Äitiyshuolto tulevaisuudessa

Johtajat kuvasivat äitiyshuollon tulevaisuutta monin tavoin. Hyvinvointialueilla voisi olla yksi yhteinen äitiyshuolto, jolla olisi yhteinen henkilökunta. Tällöin systemaattinen työkierto voisi toteutua ja terveydenhoitajat ja kätilöt tehdä kukin osaamisalueensa mukaista työtä. Yhteistyön näkökulmasta pidettiin tärkeänä, että raja-aidat äitiysneuvoloiden ja synnytysyksiköiden välillä madaltuisivat tai jopa poistuisivat kokonaan. Hallinnollisen byrokratian toivottiin myös vähenevän. Lisäksi toivottiin, että erikoissairaanhoidon erityisosaamista vietäisiin enemmän perusterveydenhuoltoon.

*” – – sitä voisi kyllä lähteä laajemmin miettimään – – että jalkautumista tapahtuisi. Sehän ei tarkoita, että jossakin neuvolassa on joka päivä joku erikoissairaanhoidon tekijä, vaan sehän voi olla semmoista, että on tiettyinä päivinä saatavilla.” (H2)*

Esimerkkinä mainittiin, että kätilöt voisivat käydä pitämässä synnytyspelkoon ja raskausdiabetekseen liittyviä vastaanottoja neuvolassa. Tulevaisuuden toiveena oli myös, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköt voisivat toimia fyysisesti samassa paikassa tai lyhyen välimatkan päässä toisistaan.

Johtajat toivat esille erilaisia tulevaisuuden malleja. Omakätilö-mallissa asiakkailla olisi raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan oma kätilö. Toinen ehdotettu malli oli kätilötiimi-malli, jossa kätilötiimi hoitaisi asiakasta raskausajan, synnytyksen aikana ja vielä koko lapsivuodeajan. Tällaisessa tiimissä voisi olla mukana myös terveydenhoitaja, jonka osaamista hyödynnettäisiin osana tiimiä. Tulevaisuuden vaihtoehtojen pohdinnassa nousi esille myös perheiden valinnan vapaus, jolloin perheet voisivat itse valita, haluavatko he nykyisen kaltaisia äitiyshuollon palveluja vai esimerkiksi kätilöitiimin hoitamaan raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan.

Esteitä äitiyshuollon kehittämiseksi ja kehittymiseksi nähtiin olevan monia. Yhtenä isona esteenä oli taloudellisten resurssien vähäisyys. Suurten linjojen priorisoinnin katsottiin vievän resursseja muulta valmistelutyöltä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon erillisinä toimivat organi-



saatiot, totutut toimintatavat sekä jäykät lähetekäytänteet nähtiin esteeksi äitiyshuollon uudenlaisten toimintamallien kehittämiseksi. Myös poliittinen päätöksenteko koettiin haasteelliseksi, koska päättäjillä ei välttämättä ole ymmärrystä siitä, mitä kaikkea äitiyshuolto voisi olla ja miten sitä kannattaisi lähteä kehittämään. Julkisen terveydenhuollon hitaus muutoksissa ja uudistuksissa on usein ongelmallista, jolloin myös työntekijät saattavat vastustaa äitiyshuollon kehittämistä.

*”Se on aivan mikä tahansa muutos tällaisessa perinteisessä aika hitaasti lopulta muuttuvassa julkisessa terveydenhuollossa. Pitää tulla aikamoinen pakko. – – Pakko ajaa tekemään asioita ja jos ei ole pakko niin silloin se muutosvastarinta on paljon suurempi ja paljon vaikeampi ylittää.” (H3)*

## 6 Äitiyshuollon käynnit ja perinataaliajan terveys

THL:n syntyneiden lasten rekisterin mukaan vuosina 2020–2022 synnyttäjiä oli yhteensä 139 692 ja lapsia syntyi yhteensä 141 565 (taulukko 1). Ensisynnyttäjien osuus synnyttäjistä samoin kuin synnyttäjien keski-ikä nousivat vuodesta 2020 vuoteen 2022.

**Taulukko 1. Synnyttäjät ja vastasyntyneet vuosina 2020–2022, syntyneiden lasten rekisteri**

	2020	2021	2022
Synnyttäjät, N	46 034	49 069	44 589
Ensisynnyttäjät, %	42,3	42,5	43,7
Ensisynnyttäjien keski-ikä, v.	29,6	30,0	30,1
Uudelleensynnyttäjien keski-ikä, v.	30,1	32,8	32,9
Vastasyntyneet, N	46 653	49 726	45 186

### 6.1 Äitiyspoliklinikkakäynnit

Hoitoilmoitusrekisterin mukaan vuosina 2020–2022 äitiyspoliklinikoille tehtiin yhteensä 138 029 kiireetöntä käyntiä, joissa oli päädiagnoosiksi merkitty jokin seitsemästä diagnoosista, joihin liittyvien toimenpiteiden voisi ajatella kuuluvan perusterveydenhuoltoon:

- gynekologinen tarkastus Z01.4
- todettu raskaus Z32.1
- muun normaaliraskauden seuranta Z34.8
- normaalin ensiraskauden seuranta Z34.0
- määrittämätön normaaliraskauden seuranta Z34.9
- yleinen hedelmällisyysneuvonta Z31.6
- muu sukupuolineuvonta Z70.8.

Käyntien määrät tuhatta naista kohti vaihtelivat diagnooseittain yleisen hedelmällisyysneuvonnan 9,1 käynnistä gynekologisen tarkastuksen 168,7 käyntiin (liitetaulukko 1). Hyvinvointialueiden välillä oli runsasta vaihtelua siinä, mikä diagnoosi merkittiin äitiyspoliklinikkakäynnin päädiagnoosiksi.

Vuosina 2020–2022 äitiyspoliklinikoille tehtiin integroiduilla alueilla 16 968 ja integroimattomilla alueilla 121 061 sellaista käyntiä, joissa oli päädiagnoosiksi annettu jokin seitsemästä valitusta diagnoosista. Kun tarkasteltiin käyntimääriä tuhatta synnyttäjää kohti, todettiin, että integroiduilla alueilla oli integroimattomiin alueisiin verrattuna suhteellisesti vähemmän käyntejä, joissa diagnoosina oli gynekologinen tarkastus, muu normaaliraskauden seuranta, normaalin ensiraskauden seuranta, määrittämätön normaaliraskauden seuranta ja yleinen hedelmällisyysneuvonta (taulukko 2). Integroiduilla alueilla puolestaan oli enemmän käyntejä, joissa diagnoosina oli todettu raskaus ja muu sukupuolineuvonta.

**Taulukko 2. Raskauteen liittyvien kiireettömien äitiyspoliklinikkakäyntien päädiagnooseja integroiduilla ja integroimattomilla alueilla vuosina 2020–2022, terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri, kokonaismäärä ja määrä tuhatta synnytystä kohti**

Raskauteen liittyvien käyntien päädiagnoosi	Integroidut alueet		Integroimattomat alueet	
	n	/1000	n	/1000
Gynekologinen tarkastus	2 669	157,3	20 316	167,8
Todettu raskaus	6 227	367,0	15 959	131,8
Muun normaaliraskauden seuranta	999	58,9	10 460	86,4
Normaalin ensiraskauden seuranta	763	45,0	6 820	56,3
Määrittämätön normaaliraskauden seuranta	110	6,5	3 629	30,0
Yleinen hedelmällisyysneuvonta	90	5,3	1 334	11,0
Muu sukupuolineuvonta	575	33,9	697	5,8

## 6.2 Perinataaliajan terveys

Vuosina 2020–2021 integroiduilla alueilla synnyttäjiä oli 11 567, joista ensisynnyttäjiä oli 39 prosenttia. Integroimattomilla alueilla vastaavat luvut olivat 82 415 ja 43 prosenttia. Kaikista vuosina 2020–2021 syntyneistä lapsista integroiduilla alueilla syntyi 12 prosenttia (n = 11 728) ja integroimattomilla alueilla 88 prosenttia (n = 83 539). Ensisynnyttäjät olivat integroiduilla alueilla noin vuoden nuorempia kuin integroimattomilla alueilla (keski-ikä 28,8 vrt. 29,9 vuotta), mutta uudelleensynnyttäjät olivat lähes samanikäisiä (32,3 vrt. 32,7 vuotta).

### 6.2.1 Raskausaika

Integroiduilla alueilla hieman suurempi osa sekä ensi- että uudelleensynnyttäjistä oli tupakoinut raskauden alussa ja pienempi osa lopetti tupakoinnin raskausaikana verrattuna integroimattomiin alueisiin (taulukko 3). Kun vakioimalla huomioitiin iän vaikutus tuloksiin, uudelleensynnyttäjien todennäköisyys tupakoida alkuraskausaikana oli suurempi integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla. Ensisynnyttäjien todennäköisyys lopettaa tupakointi raskausaikana oli pienempi integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla. Integroimattomiin alueisiin verrattuna integroiduilla alueilla ensi- ja uudelleensynnyttäjät olivat myös todennäköisemmin vaikeasti lihavia (BMI vähintään 35) ennen raskauden alkua.

Vain pienellä osalla synnyttäjistä oli raskausaikana alle neljä tarkastusta (taulukko 3). Vähäinen tarkastusten määrä oli hieman harvinaisempaa integroitujen kuin integroimattomien alueiden uudelleensynnyttäjillä. Hyvin useat tarkastukset (yli 18) olivat samoin harvinaisempia integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla, niin ensi- kuin uudelleensynnyttäjillä. Synnyttäjien iällä ja tupakoinnilla vakioimisen jälkeenkin nämä erot säilyivät.

**Taulukko 3. Tupakoinnin ja vaikean lihavuuden yleisyys raskausaikana sekä raskausajan käyntien lukumäärä integroiduilla ja integroimattomilla alueilla vuosina 2020–2021, syntyneiden lasten rekisteri, % ja vakioitu ristitulosuhde (OR ja 95 %:n luottamusväli, CI)**

Indikaattori	Esisynnyttäjät (n = 39 879)			Uudelleensynnyttäjät (n = 54 102)		
	Integroitu %	Integroimaton %	OR (95 % CI)*	Integroitu %	Integroimaton %	OR (95 % CI)*
Tupakointi raskausaikana	11,3	9,8	1,03 (0,93–1,14)	8,7	7,3	<b>1,17</b> <b>(1,07–1,28)</b>
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen jälkeen**	57,8	63,8	<b>0,79</b> <b>(0,65–0,96)</b>	44,7	48,5	0,86 (0,72–1,03)
Painoindeksi ennen raskautta vähintään 35***	6,5	5,3	<b>1,24</b> <b>(1,09–1,41)</b>	8,4	7,2	<b>1,17</b> <b>(1,07–1,29)</b>
Alle 4 tarkastusta raskausaikana****	1,4	1,8	0,80 (0,60–1,06)	0,9	2,2	<b>0,38</b> <b>(0,28–0,51)</b>
Yli 18 tarkastusta raskausaikana****	4,8	12,6	<b>0,34</b> <b>(0,30–0,40)</b>	4,2	10,9	<b>0,36</b> <b>(0,31–0,41)</b>

\*) Tupakointia koskevat indikaattorit vakioitu logistisessa regressioanalyysissä synnyttäjän iällä ja raskaudenaikaisia tarkastuksia koskevat indikaattorit synnyttäjän iällä ja tupakoinnilla. Integroituja alueita on verrattu integroimattomiin alueisiin.

\*\*\*) Laskettu niistä synnyttäjistä, jotka ovat ylipäänsä tupakoineet raskauden aikana.

\*\*\*\*) Laskettu niistä synnyttäjistä, joilla on tieto raskautta edeltävästä painoindeksistä.

\*\*\*\*\*) Pohjois-Karjalan keskussairaalan tiedot jätetty pois aineistosta datan laatuongelmien vuoksi.

Korostettuna tilastollisesti merkitsevät OR- ja CI-arvot

Synnyttäjän **raskausaikainen tupakointi** vaihteli hyvinvointialueittain (liitetaulukot 2–23) seuraavasti:

- Ensisynnyttäjät: 5,0 % (Helsinki)–20,1 % (Pohjois-Savo)
- Uudelleensynnyttäjät: 3,9 % (Helsinki)–13,5 % (Pohjois-Savo)

Myös **synnyttäjän tupakoinnin lopettamisessa** ensimmäisen raskauskolmanneksen jälkeen (osuus niistä, jotka olivat tupakoineet raskauden alussa) oli selvää vaihtelua hyvinvointialueittain (liitetaulukot 2–23):

- Ensisynnyttäjät: 50,7 % (Keski-Uusimaa)–79,5 % (Etelä-Savo)
- Uudelleensynnyttäjät: 40,4 % (Vantaa–Kerava)–69,4 % (Pohjois-Savo)

Synnyttäjien, erityisesti uudelleensynnyttäjien **vaikean lihavuuden yleisyydessä**, painoindeksi ennen raskautta vähintään 35, oli jonkin verran eroa hyvinvointialueiden välillä (liitetaulukot 2–23):

- Ensisynnyttäjät: 2,8 % (Helsinki)–8,4 % (Etelä-Savo)
- Uudelleensynnyttäjät: 4,8 % (Helsinki)–11,0 % (Etelä-Pohjanmaa)

**Vähäisten (alle 4) raskausaikaisen käyntien** osuudet vaihtelivat hyvinvointialueittain seuraavasti (liitetaulukot 2–23):

- Ensisynnyttäjät: 0,4 % (Etelä-Pohjanmaa)–10,0 % (Itä-Uusimaa)
- Uudelleensynnyttäjät: 0,3 % (Etelä-Karjala)–11,0 % (Itä-Uusimaa)

**Useita (yli 18) raskausaikaisia käyntejä** oli tilastoitu joillakin hyvinvointialueilla huomattavan paljon, jolloin hyvinvointialueiden välinen vaihtelu oli suurta (liitetaulukot 2–23):

- Ensisynnyttäjät: 2,8 % (Vantaa–Kerava)–44,3 % (Varsinais-Suomi)
- Uudelleensynnyttäjät: 1,9 % (Vantaa–Kerava)–39,0 % (Varsinais-Suomi)

## 6.2.2 Synnytykseen liittyvät tapahtumat

Synnytyssairaalan ulkopuolinen synnytys oli yhtä harvinaista integroiduilla ja integroimattomilla alueilla (taulukko 4), mutta ensisynnyttäjien pienet keskoset (raskauden kesto alle 32 viikkoa tai syntymäpaino korkeintaan 1 500 g) syntyivät harvemmin yliopistosairaaloiden ulkopuolella integ-

roiduilla kuin integroimattomilla alueilla. Sen sijaan uudelleensynnyttäjien pienistä keskosista useampi syntyi yliopistosairaalan ulkopuolella integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla. Vakioinnin jälkeen erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

Raskaus päättyi keisarileikkaukseen integroiduilla alueilla hieman useammin kuin integroimattomilla alueilla sekä ensi- että uudelleensynnyttäjillä (taulukko 4). Synnyttäjän tupakoinnilla ja iällä vakioimisenkin jälkeen keisarileikkauksen riski oli integroiduilla alueilla suurempi kuin integroimattomilla alueilla. Ensisynnyttäjillä ei ollut eroja synnytyksen käynnistämisen yleisyydessä alueen integroinnin suhteen, mutta uudelleensynnyttäjillä synnytyksen käynnistäminen oli yleisempää integroiduilla alueilla, ja ero säilyi vakioinnista huolimatta.

Ensisynnyttäjillä oli integroiduilla alueilla vähemmän 3. ja 4. asteen repeämiä alatiesynnytyksissä kuin integroimattomilla alueilla, mutta uudelleensynnyttäjillä siinä ei ollut eroa (taulukko 4). Tulos säilyi samana vakioinnin jälkeenkin.

Ensi- ja uudelleensynnyttäjien yli kahden päivän mittainen synnytyksen jälkeinen hoitoaika sairaalassa oli yleisempää integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla (taulukko 4). Integroiduilla alueilla pidemmän hoitoajan todennäköisyys säilyi myös synnyttäjän iällä ja tupakoinnilla vakioinnin jälkeen.

**Taulukko 4. Synnytykseen liittyvät tapahtumat integroiduilla ja integroimattomilla alueilla vuosina 2020–2021, syntyneiden lasten rekisteri, % ja vakioitu ristitulosuhde (OR ja 95 %:n luottamusväli, CI)**

Indikaattori	Ensisynnyttäjä (n = 39 879)			Uudelleensynnyttäjä (n = 54 102)		
	Integroitu %	Integroimaton %	OR (95 % CI)*	Integroitu %	Integroimaton %	OR (95 % CI)*
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,1	0,1	1,00 (1,00–1,07)	0,8	1,0	0,82 (0,62–1,08)
Pienen keskosien synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	13,0	20,5	1,07 (0,44–2,60)	35,7	28,3	1,85 (0,94–3,64)
Synnytyksen käynnistäminen**	39,8	39,2	1,05 (0,99–1,13)	37,6	34,7	<b>1,15</b> <b>(1,09–1,22)</b>
Keisarileikkaus	26,0	23,6	<b>1,25</b> <b>(1,17–1,35)</b>	16,4	15,2	<b>1,13</b> <b>(1,06–1,21)</b>
3. tai 4. asteen repeämän ompelu	1,8	2,6	<b>0,69</b> <b>(0,53–0,91)</b>	0,5	0,6	0,84 (0,57–1,25)
Hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 vrk	65,6	58,5	<b>1,41</b> <b>(1,32–1,50)</b>	32,6	30,1	<b>1,15</b> <b>(1,09–1,21)</b>

\*) Kaikki indikaattorit vakioitu synnyttäjän iällä ja tupakoinnilla

\*\*\*) Suunnitellut keisarileikkaukset poistettu aineistosta  
Korostettuna tilastollisesti merkitsevät OR- ja CI-arvot

**Synnytys sairaalan ulkopuolella** oli harvinaista, eikä vaihtelua siten juuri ollut hyvinvointialueittainkaan (liitetaulukot 2–23):

- Ensisynnyttäjät: 0,0 % (Etelä-Pohjanmaa, Etelä-Savo, Kanta-Häme, Pohjois-Karjala)–0,6 % (Kainuu)
- Uudelleensynnyttäjät: 0,4 % (Keski-Pohjanmaa)–1,4 % (Itä-Uusimaa)

**Pienet keskoset**, erityisesti ensisynnyttäjien keskoset, **syntyivät** useimmilla hyvinvointialueilla yliopistosairaaloissa, mutta jotkin hyvinvointialueet raportoivat, että yli puolet pienistä keskosista oli syntynyt yliopistosairaalan ulkopuolella (liitetaulukot 2–23):

- Ensisynnyttäjät: 0,0 % (Helsinki, Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Pirkanmaa, Pohjois-Pohjanmaa, Pohjois-Savo, Vantaa–Kerava)–54,5 % (Päijät-Häme, Satakunta)
- Uudelleensynnyttäjät: 0,0 % (Pohjois-Savo)–71,4 % (Etelä-Karjala)

**Synnytyksen käynnistämisen** yleisyydessä oli selviä eroja hyvinvointialueiden välillä (liitetaulukot 2–23):

- Ensisynnyttäjät: 33,2 % (Päijät-Häme)–51,8 % (Etelä-Savo)
- Uudelleensynnyttäjät: 28,5 % (Helsinki)–52,2 % (Etelä-Savo)

Myös **keisarileikkauksen** yleisyydessä oli selvää vaihtelua hyvinvointialueittain sekä ensi- että uudelleensynnyttäjillä (liitetaulukot 2–23):

- Ensisynnyttäjät: 17,1 % (Pohjois-Savo)–31,1 % (Etelä-Karjala)
- Uudelleensynnyttäjät: 12,6 % (Pohjois-Pohjanmaa)–20,4 % (Kainuu)

**Kolmannen ja neljännen asteen repeämien ompelun** yleisyydessä oli jonkin verran hyvinvointialueittaista vaihtelua ensisynnyttäjillä, mutta uudelleensynnyttäjillä se oli harvinaista kaikilla hyvinvointialueilla (liitetaulukot 2–23):

- Ensisynnyttäjät: 0,6 % (Pohjois-Karjala)–3,7 % (Länsi-Uusimaa)
- Uudelleensynnyttäjät: 0,0 % (Etelä-Savo, Pohjois-Karjala)–0,9 % (Helsinki, Vantaa–Kerava)

**Yli kaksi vuorokautta kestänyt synnyttäjän hoitoaika** sairaalassa synnytyksen jälkeen vaihteli selvästi hyvinvointialueittain sekä ensi- että uudelleensynnyttäjillä (liitetaulukot 2–23):

- Ensisynnyttäjät: 40,5 % (Keski-Uusimaa)–90,6 % (Etelä-Karjala)
- Uudelleensynnyttäjät: 15,7 % (Keski-Uusimaa)–56,1 % (Etelä-Karjala)

### 6.2.3 Vastasyntyneen terveys

Vastasyntyneen ennenaikaisuus (sekä ennen 28 raskausviikkoa että ennen 37 raskausviikkoa) oli lähes yhtä yleistä integroiduilla ja integroimattomilla alueilla (taulukko 5). Uudelleensynnyttäjien vastasyntyneillä oli vakioinnin jälkeen hieman pienempi riski syntyä ennen 37 raskausviikkoa integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla. Pieni- (alle 2 500 g) ja suuripainoisuus (vähintään 4 000 g) olivat yhtä yleisiä integroiduilla ja integroimattomilla alueilla, mutta vastasyntyneen hoito teho- tai valvontaosastolla oli hieman yleisempää integroiduilla alueilla. Vakiointi synnyttäjän iällä ja tupakoinnilla ei muuttanut tuloksia.

**Taulukko 5. Ensi- ja uudelleensynnyttäjien vastasyntyneiden terveys integroiduilla ja integroimattomilla alueilla vuosina 2020–2021, syntyneiden lasten rekisteri, % ja vakioitu ristitulosuhde (OR ja 95 %:n luottamusväli, CI)**

Indikaattori	Ensisynnyttäjä (n = 40 401)			Uudelleensynnyttäjä (n = 54 838)		
	Integroitu %	Integroimaton %	OR (95 % CI)*	Integroitu %	Integroimaton %	OR (95 % CI)*
Hyvin ennenaikainen (< 28 rvk)	0,5	0,5	0,95 (0,55–1,62)	0,5	0,4	1,42 (0,89–2,27)
Ennenaikainen (< 37 rvk)	6,7	6,1	0,93 (0,81–1,05)	5,3	5,4	<b>0,90 (0,83–0,98)</b>
Pienipainoinen (< 2 500 g)	5,0	5,4	0,97 (0,84–1,12)	3,1	3,2	1,01 (0,90–1,13)
Suuripainoinen (≥ 4 000 g)	13,2	13,1	0,99 (0,91–1,09)	20,5	20,5	0,99 (0,93–1,06)
Hoito teho- tai valvontaosastolla	17,8	16,6	<b>1,12 (1,03–1,21)</b>	12,4	10,9	<b>1,18 (1,09–1,27)</b>

\*) Kaikki indikaattorit vakioitu synnyttäjän iällä ja tupakoinnilla. Korostettuna tilastollisesti merkitsevät OR- ja CI-arvot.

**Hyvin ennenaikaisten** (raskauden kesto alle 28 viikkoa) vastasyntyneiden osuus oli pieni koko maassa ja vaihtelu pientä hyvinvointialueittainkin (liitetaulukot 2–23):

- Ensisynnyttäjät: 0,2 % (Kanta-Häme, Keski-Pohjanmaa)–1,0 % (Pohjanmaa)
- Uudelleensynnyttäjät: 0,2 % (Etelä-Savo, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Karjala, Päijät-Häme) – 1,0 % (Itä-Uusimaa)

**Ennenaikaisten** (raskauden kesto alle 37 viikkoa) vastasyntyneiden osuudessa oli hyvinvointialueittain vaihtelua erityisesti ensisynnyttäjillä (liitetaulukot 2–23):

- Ensisynnyttäjät: 5,1 % (Päijät-Häme)–9,3 % (Keski-Suomi)
- Uudelleensynnyttäjät: 4,3 % (Etelä-Savo)–6,8 % (Itä-Uusimaa)

**Pienipainoisten** (syntymäpaino alle 2 500 g) vastasyntyneiden osuus vaihteli jonkin verran hyvinvointialueittain sekä ensi- että uudelleensynnyttäjillä (liitetaulukot 2–23):

- Ensisynnyttäjät: 3,4 % (Itä-Uusimaa)–6,8 % (Keski-Suomi)
- Uudelleensynnyttäjät: 2,0 % (Keski-Pohjanmaa)–4,3 % (Kymenlaakso)

**Vastasyntyneiden suuripainoisuus** (syntymäpaino vähintään 4 000 g) oli pienipainoisuutta yleisempää ja vaihteli hyvinvointialueittain sekä ensi- että uudelleensynnyttäjillä (liitetaulukot 2–23):

- Ensisynnyttäjät: 8,6 % (Etelä-Savo)–17,8 % (Etelä-Pohjanmaa)
- Uudelleensynnyttäjät: 15,7 % (Etelä-Savo)–24,9 % (Etelä-Pohjanmaa)

Osa hyvinvointialueista raportoi selvästi muita korkeampia osuuksia **vastasyntyneiden teho- tai valvontaosastolla hoitamisesta**, ja osuuksissa olikin selvää hyvinvointialueittaista vaihtelua (liitetaulukot 2–23):

- Ensisynnyttäjät: 8,1 % (Keski-Suomi)–28,3 % (Pohjois-Karjala)
- Uudelleensynnyttäjät: 4,7 % (Keski-Suomi)–19,6 % (Pohjois-Karjala)



## 7 Vanhempien kokemuksia äitiyshuollon palveluista ja vauva-ajan sujumisesta

Vanhempien kokemuksia äitiyshuollon palveluista ja vauva-ajan sujumisesta esitellään kronologisesti: ensin vauvan odotusajasta, sitten synnytyksen sujumisesta ja lopuksi vauvan syntymän jälkeisestä ajasta. Integraatiotarkastelun tulokset on sisällytetty kuhunkin aihepiiriin.

FinLapset-kyselytutkimuksen mukaan vauvan odotusaika oli sujunut valtaosalla vanhemmista vähintään odotusten mukaisesti, ja vanhemmat olivat äitiysneuvolapalveluihin kokonaisuutena melko tyytyväisiä–joihinkin toimintoihin hyvin tyytyväisiä. Kuitenkin merkittävä osa etenkin ensimmäistä lastaan odottaneista äideistä koki jääneensä ilman riittävää ammattimaista tukea vauvan odotusaikana ja synnytyksen jälkeen. Perhe- tai synnytysvalmennusta piti hyödyllisenä synnytyspelon kannalta vain reilu puolet ensimmäistä lasta odottaneista äideistä.

Vanhemmat olivat yleisesti tyytyväisiä elämäänsä, mutta osalla oli jaksamiseen ja muuhun hyvinvointiin liittyviä ongelmia. Uupumusoireilu oli erityisesti useamman lapsen vanhemmilla yleistä pikkuvauva-aikana. Äidit kokivat myös masennusoireilua ja yksinäisyyttä.

Integroiduilla alueilla asuvat vanhemmat, etenkin ensimmäistä lastaan odottaneet äidit, olivat yleisesti ottaen tyytyväisempiä palveluihin kuin integroimattomilla alueilla asuvat. He myös kokivat saaneensa useammin riittävää tukea odotusaikana. Näin ei kuitenkaan ollut ihan kaikkien tutkittujen asioiden osalta.

### 7.1 Vanhempien tausta

Äitien keski-ikä vastaamishetkellä oli 31,6 vuotta ja isien 33,9 vuotta (taulukko 6). Yhden lapsen vanhemmat olivat noin kolme vuotta nuorempia kuin useamman lapsen vanhemmat.

Äideistä 40 prosentilla ja isistä puolella oli korkeintaan toisen asteen koulutus. Äitien koulutustaso oli isien koulutustasoa parempi. Yhden lapsen äidit olivat puolestaan useamman lapsen äitejä korkeammin koulututtuneita, mutta yhden ja useamman lapsen isien välillä koulutustasossa ei ollut eroa.

Isistä hieman suurempi osa kuin äideistä (14 % vrt. 11 %) oli syntynyt muualla kuin Suomessa. Kymmenesosa vanhemmista asui maaseudulla. Useamman lapsen vanhemmat (sekä äidit että isät) asuivat yhden lapsen vanhempia tavallisemmin maaseudulla.

Taulukko 6. Vastanneiden vanhempien taustatiedot FinLapset-kyselytutkimus 2020, %

Taustatiedot	Äidit (%)				Isät (%)			
	1 lapsi n = 4 045	2+ lasta n = 4 503	P-arvo*	Kaikki n = 8 923	1 lapsi n = 2 737	2+ lasta n = 2 831	P-arvo*	Kaikki n = 5 805
<b>Ikä</b>								
Keskiarvo, v. (SD)	30,1 (5,0)	33,0 (4,8)	< 0,001	31,6 (5,1)	32,3 (5,6)	35,2 (5,6)	< 0,001	33,9 (5,8)
Alle 30	45,0	23,9	< 0,001	33,8	30,8	13,8	< 0,001	21,7
30–34	36,4	37,2		36,9	38,1	33,9		35,7
35 tai yli	18,5	38,9		29,3	31,0	52,2		42,6
<b>Koulutustaso</b>								
Enintään toinen aste	37,0	41,3	< 0,001	39,6	47,5	49,6	0,184	48,9
Alempi korkea-aste	34,1	32,7		33,3	27,6	25,6		26,4
Ylempi korkea-aste	29,0	25,9		27,1	24,9	24,8		24,6
<b>Syntymämaa muu kuin Suomi</b>	11,1	9,7	0,026	11,0	12,8	12,8	0,999	13,5
<b>Asuinpaikka maaseutu **</b>	8,7	12,7	< 0,001	10,7	7,9	11,8	< 0,001	9,9
<b>Integroitu alue ***</b>	11,2	13,9	< 0,001	12,6	10,8	14,3	< 0,001	12,4

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa.

\*) T-testi (keskiarvo), khiin neliö -testi; \*\*) Maaseutumainen kunta; \*\*\*) Kuntayhtymä alueella ennen v. 2020

Korostettuna tilastollisesta merkitsevyydestä kertovat p-arvot (p < 0,05)

### Taustatiedot integroiduilla ja integroimattomilla alueilla

Integroiduilla alueilla asui reilu kymmenesosa vanhemmista, ja niillä asui hieman suurempi osa useamman lapsen vanhemmista verrattuna yhden lapsen vanhempiin (taulukko 6). Yhden lapsen vanhemmat, sekä äidit että isät, olivat keskimäärin noin puolitoista vuotta nuorempia integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla (taulukko 7). Useamman lapsen vanhempien keski-ikä ei ollut eroa alueen integroinnin suhteen. Integroiduilla alueilla vanhempien koulutustaso oli integroimattomia alueita matalampi. Pienempi osa integroitujen kuin integroimattomien alueiden vanhemmista oli syntynyt muualla kuin Suomessa. Integroitujen alueiden vanhemmista, useamman lapsen äitejä lukuun ottamatta, suurempi osa asui maaseudulla.

Taulukko 7. Vastanneiden vanhempien taustatiedot integroiduilla ja integroimattomilla alueilla, FinLapset-kyselytutkimus 2020, %

Taustatiedot	Äidit (%)						Isät (%)							
	1 lapsi n = 4 045			2+ lasta n = 4 503			Kaikki n = 8 923	1 lapsi n = 2 737			2+ lasta n = 2 831			Kaikki n = 5 805
	Integroitu n = 455	Integroimaton n = 3 590	P-arvo*	Integroitu n = 625	Integroimaton n = 3 878	P-arvo*		Integroitu n = 295	Integroimaton n = 2 442	P-arvo*	Integroitu n = 406	Integroimaton n = 2 425	P-arvo*	
<b>Ikä</b>														
Keskiarvo, v. (SD)	28,8 (5,0)	30,3 (5,0)	< 0,001	32,9 (4,7)	33,0 (4,8)	0,431	31,6 (5,1)	31,2 (5,6)	32,5 (5,6)	< 0,001	35,5 (6,0)	35,2 (5,6)	0,312	33,9 (5,8)
Alle 30	56,5	43,6	< 0,001	25,4	23,7	0,265	33,8	40,7	29,6	< 0,001	13,5	13,9	0,751	21,7
30–34	31,6	37,0		38,6	37,0		36,9	33,9	38,7		32,5	34,2		35,7
35 tai yli	11,9	19,4		36,0	39,4		29,3	25,4	31,7		53,9	52,0		42,6
<b>Koulutustaso</b>														
Enintään toinen aste	49,0	35,5	< 0,001	46,2	40,5	< 0,001	39,6	64,4	45,5	< 0,001	56,3	48,5	0,001	48,9
Alempi korkea-aste	35,5	33,9		35,6	32,3		33,3	19,3	28,6		25,9	25,5		26,4
Ylempi korkea-aste	15,5	30,7		18,1	27,2		27,1	16,3	25,9		17,8	26,0		24,6
<b>Syntymämaa muu kuin Suomi</b>	5,9	11,8	< 0,001	6,6	10,2	0,004	11,0	5,8	13,6	< 0,001	8,4	13,5	0,004	13,5
<b>Asuinpaikka maaseutu **</b>	12,7	8,2	0,001	14,9	12,4	0,081	10,7	12,2	7,4	0,004	15,0	11,2	0,027	9,9

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet; \*) T-testi (keskiarvo), khiin neliö -testi; \*\*) Maaseutumainen kunta Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa. Korostettuna tilastollisesta merkitsevyydestä kertovat p-arvot (p < 0,05)

## 7.2 Vauvan odotusaika

*Vauvan odotusaika oli sujunut valtaosalla odotusten mukaisesti.*

**Vauvan odotusaika oli sujunut** pääosalla vanhemmista odotusten mukaisesti tai paremmin. Ennakoitua huonommin se oli sujunut ensimmäistä lasta odottaneista äideistä 14 prosentilla ja muista äideistä 16 prosentilla (taulukko 8). Isistä näin oli kokenut vain 7 prosenttia. Hyvinvointialueilla kaikissa ryhmissä vaihtelua oli jonkin verran, suurinta vaihtelu oli ensimmäistä lasta odottaneiden äitien välillä (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 9 % (Pohjois-Savo, Satakunta)–24 % (Etelä-Savo)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 11 % (Kanta-Häme, Keski-Pohjanmaa)–22 % (Etelä-Savo, Itä-Uusimaa)
- Ensimmäistä lasta odottaneet isät: 4 % (Keski-Suomi)–12 % (Pohjanmaa)
- Jo aiemmin lapsen saaneet isät: 5 % (Helsinki, Keski-Suomi)–12 % (Vantaa–Kerava)

Kokemus vauvan odotusajan sujumisesta ei eronnut *integroitujen ja integroimattomien alueiden vanhempien välillä* (taulukko 10).

### 7.2.1 Tuen tarve odotusaikana

*Ensimmäistä lasta odottaneilla oli muita vanhempia yleisemmin tuen tarpeita vauvan odotusaikana. Synnytyspelkoon tarvitsivat yhtä lailla tukea kaikki äidit.*

**Raskausajan yleiseen vointiin** tarvitsi ammattilaisilta tukea 86 prosenttia ensimmäistä lasta odottaneista äideistä ja 80 prosenttia muista äideistä (taulukko 8). Hyvinvointialueilla vaihtelu oli kohtalaista molemmissa ryhmissä (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 75 % (Itä-Uusimaa)–90 % (Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Karjala)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 71 % (Kainuu)–86 % (Pohjois-Karjala)

**Omaan jaksamiseen** tukea tarvitsi yli puolet (59 %) äideistä. Isien tuen tarve oli yleisempää ensimmäistä lasta odottaneilla kuin muilla isillä (39 % vrt. 25 %). Hyvinvointialueilla vaihtelu oli melko suurta varsinkin ensimmäistä lasta odottaneilla äideillä ja jo aiemmin lapsen saaneilla isillä (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 52 % (Pohjois-Pohjanmaa, Vantaa–Kerava)–72 % (Lappi)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 53 % (Etelä-Karjala, Helsinki)–68 % (Lappi)
- Ensimmäistä lasta odottaneet isät: 29 % (Etelä-Pohjanmaa)–44 % (Etelä-Karjala, Etelä-Savo, Kainuu, Keski-Suomi)
- Jo aiemmin lapsen saaneet isät: 17 % (Itä-Uusimaa) -- 36 % (Etelä-Karjala)

Myös raskausaikaiseen **masennukseen** ensimmäistä lasta odottaneet äidit tarvitsivat yleisemmin tukea kuin muut äidit (23 % vrt. 18 %). Hyvinvointialueilla vaihtelu oli suurta ensimmäistä lasta odottaneiden äitien välillä (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 16 % (Keski-Uusimaa)–42 % (Kainuu)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 12 % (Etelä-Karjala)–26 % (Etelä-Savo)

**Synnytykseen valmistautumiseen** tarvitsi tukea 88 prosenttia ensimmäistä lasta odottaneista äideistä ja 70 prosenttia muista äideistä. Isien välillä ero oli selvästi suurempi: 69 ja 25 prosenttia. Hyvinvointialueilla vaihtelu oli huomattavaa kaikissa ryhmissä, pienintä se oli ensimmäistä lasta odottaneilla äideillä (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 79 % (Itä-Uusimaa)–95 % (Etelä-Pohjanmaa, Etelä-Savo)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 55 % (Etelä-Savo)–79 % (Etelä-Pohjanmaa)

- Ensimmäistä lasta odottaneet isät: 53 % (Kymenlaakso)–79 % (Pohjanmaa, Satakunta)
- Jo aiemmin lapsen saaneet isät: 14 % (Keski-Uusimaa)–34 % (Pohjanmaa)

**Synnytyspelkoon** tukea tarvitsi reilu kolmannes (38 %) kaikista äideistä, kun taas isistä olivat useammin tuen tarpeessa ensimmäistä lasta odottaneet kuin muut isät (24 % vrt. 11 %). Hyvinvointialueilla vaihtelua oli vähiten jo aiemmin lapsen saaneiden isien välillä, muissa ryhmissä vaihtelu oli kohtalaista (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 26 % (Itä-Uusimaa, Keski-Pohjanmaa)–44 % (Keski-Uusimaa)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 31 % (Etelä-Savo)–45 % (Kymenlaakso)
- Ensimmäistä lasta odottaneet isät: 13 % (Lappi)–31 % (Länsi-Uusimaa)
- Jo aiemmin lapsen saaneet isät: 5 % (Pohjois-Pohjanmaa)–17 % (Kymenlaakso)

**Taulukko 8. Vauvan odotusajan sujuminen ja ammattilaisilta tukea vauvan odotusaikana tarvinneet, FinLapset-kyselytutkimus 2020, %**

Indikaattori	Äidit (%)				Isät (%)			
	1 lapsi n = 4 045	2+ lasta n = 4 503	P-arvo*	Kaikki n = 8 923	1 lapsi n = 2 737	2+ lasta n = 2 831	P-arvo*	Kaikki n = 5 805
<b>Odotusaika sujui ennakoitua huonommin</b>	14,3	15,9	<b>0,042</b>	15,1	6,5	6,8	0,674	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>								
raskausajan yleiseen vointiin	85,5	80,3	<b>&lt;0,001</b>	82,8	NA	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	57,6	59,2	0,129	58,5	38,5	24,8	<b>&lt;0,001</b>	31,6
masennukseen	22,5	17,6	<b>&lt;0,001</b>	19,9	NA	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	87,9	69,8	<b>&lt;0,001</b>	78,4	69,4	25,3	<b>&lt;0,001</b>	47,1
synnytyspelkoon	37,4	38,6	0,244	38,0	23,8	11,2	<b>&lt;0,001</b>	17,5

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa;

\*) Khiin neliö -testi; NA = Ei ole kysytty

Korostettuna tilastollisesta merkitsevyydestä kertovat p-arvot (p < 0,05)

## 7.2.2 Tuen saanti odotusaikana

*Tukea tarvinneista vanhemmista merkittävä osa koki jääneensä vaille riittävää ammattimaista tukea vauvan odotusaikana. Ne vanhemmat, joilla oli entuudestaan lapsia, kokivat jääneensä muita useammin ilman riittävää tukea omaan jaksamiseensa. Yli neljännes kaikista äideistä ei saanut riittävästi tukea masennukseen eikä kolmannes ensimmäistä lastaan odottaneista äideistä synnytykseen valmistautumiseen.*

Huomioitava on, että riittämätön tuen saanti johtui osalla vanhemmista siitä, että vanhempi ei ollut kertonut tuen tarpeesta ammattilaiselle. Tämä osuus vaihteli yhdestä prosentista 16 prosenttiin eri tuen tarpeiden kohdalla.

**Raskausajan yleiseen vointiin** riittävää tukea sai valtaosa tukea tarvinneista äideistä ja vain noin 10 prosenttia jäi ilman riittävää tukea (taulukko 9). Hyvinvointialueilla vaihtelua oli enemmän ensimmäistä lasta odottaneiden äitien välillä, muilla äideillä vaihtelu oli melko vähäistä (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 6 % (Keski-Uusimaa)–21 % (Etelä-Savo)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 6 % (Satakunta)–16 % (Helsinki, Lappi)

Etenkin jo aiemmin lapsen saaneilla vanhemmilla kokemus siitä, etteivät he ole saaneet riittävästi tukea **omaan jaksamiseen**, oli melko tavallista; näin koki noin neljännes tukea tarvinneista äideistä ja kolmannes isistä, joilla oli lapsia entuudestaan. Ensimmäistä lasta odottaneista tätä mieltä oli noin kuudesosa. Hyvinvointialueilla vaihtelu oli suurta jo aiemmin lapsen saaneiden vanhempien välillä (liitetaulukot 24–45):

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 10 % (Pohjois-Savo, Keski-Uusimaa)–26 % (Helsinki)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 11 % (Satakunta)–31 % (Helsinki)
- Ensimmäistä lasta odottaneet isät: 10 % (Pohjois-Pohjanmaa, Pohjois-Savo)–25 % (Keski-Uusimaa)
- Jo aiemmin lapsen saaneet isät: 20 % (Kanta-Häme)–48 % (Keski-Uusimaa)

Myös raskausaikaiseen **masennukseen** saadun tuen arvioi riittämättömäksi merkittävä osa tukea tarvinneista vanhemmista; näin koki reilu neljännes kaikista äideistä. Hyvinvointialueilla vaihtelu oli huomattavaa (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 18 % (Pohjanmaa)–48 % (Satakunta)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 11 % (Pohjanmaa)–43 % (Etelä-Savo)

Tukea tarvinneista, ensimmäistä lasta odottaneista äideistä jopa kolmannes oli sitä mieltä, että **synnytykseen valmistautumiseen** saatu tuki oli riittämätöntä, mutta muista äideistä ja isistä näin ajatteli kuudesosa. Hyvinvointialueilla vaihtelua oli paljon ensimmäistä lasta odottaneiden äitien välillä (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 19 % (Keski-Uusimaa)–42 % (Itä-Uusimaa)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 7 % (Etelä-Savo, Pohjanmaa)–23 % (Helsinki)
- Ensimmäistä lasta odottaneet isät: 12 % (Etelä-Pohjanmaa, Keski-Suomi, Pohjois-Pohjanmaa, Pohjois-Savo)–23 % (Helsinki)
- Jo aiemmin lapsen saaneet isät: 11 % (Pohjois-Pohjanmaa)–22 % (Satakunta)

Myös **synnytyspelkoon** tukea tarvinneista ensimmäistä lasta odottaneet äidit arvioivat tuen muita äitejä hieman yleisemmin riittämättömäksi (24 % vrt. 20 %). Isistä tuen riittävyyteen olivat tyytymättömämpiä jo aiemmin lapsen saaneet (22 % vrt. 14 %). Hyvinvointialueilla vaihtelu oli suurta ensimmäistä lasta odottaneiden äitien kuin myös jo aiemmin lapsen saaneiden isien kesken (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 9 % (Keski-Uusimaa)–42 % (Kymenlaakso)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 9 % (Päijät-Häme)–26 % (Etelä-Karjala)
- Ensimmäistä lasta odottaneet isät: 15 % (Länsi-Uusimaa, Pirkanmaa)–28 % (Keski-Uusimaa)
- Jo aiemmin lapsen saaneet isät: 13 % (Helsinki)–42 % (Kymenlaakso)

**Taulukko 9. Ammatilaisilta vauvan odotusaikana riittämättömästi tukea saaneet, FinLapset-kyselytutkimus 2020, % tukea tarvinneista**

Sai ammatilaisilta tukea riittämättömästi**, % tukea tarvinneista	Äidit (%)				Isät (%)			
	1 lapsi n = 4 045	2+ lasta n = 4 503	P-arvo*	Kaikki n = 8 923	1 lapsi n = 2 737	2+ lasta n = 2 831	P-arvo*	Kaikki n = 5 805
Raskausajan yleiseen vointiin	10,6	12,5	<b>0,013</b>	11,6	NA	NA	NA	NA
Omaan jaksamiseen	18,2	22,5	<b>&lt;0,001</b>	20,5	16,8	31,5	<b>&lt;0,001</b>	22,6
Masennukseen	27,0	29,1	0,342	28,0	NA	NA	NA	NA
Synnytykseen valmistautumiseen	30,5	16,5	<b>&lt;0,001</b>	23,9	16,8	14,1	0,099	16,1
Synnytyspelkoon	24,4	19,8	<b>0,001</b>	22,0	13,8	22,1	<b>0,001</b>	16,5

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki"; N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Khiin nelio -testi; \*\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

NA = Ei ole kysytty; Korostettuna tilastollisesta merkitsevyydestä kertovat p-arvot (p < 0,05)

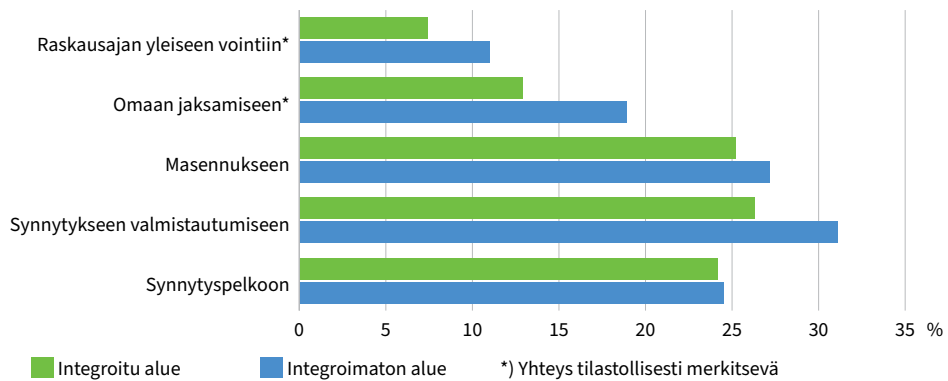
## Tuen saanti odotusaikana integroiduilla ja integroimattomilla alueilla

Ensimmäistä lasta odottaneet äidit kokivat jääneensä ilman riittävää ammattimaista tukea vauvan odotusaikana harvemmin integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla.

Integroiduilla alueilla ensimmäistä lasta odottaneista, tukea tarvinneista äideistä 13 prosenttia ei saanut riittävästi tukea omaan jaksamiseensa eikä 7 prosenttia raskausajan yleiseen vointiin (kuvio 9, taulukko 10). Integroimattomilla alueilla osuudet olivat suuremmat; 19 ja 11 prosenttia. Erot säilyivät myös vakioinnin jälkeen. Muiden vanhempien välillä kokemuksissa ei ollut eroa.

Riittämätön tuen saanti johtui osalla vanhemmista siitä, että vanhempi ei ollut kertonut tuen tarpeesta ammattilaiselle. Tämä osuus vaihteli yhdestä 17 prosenttiin eri tuen tarpeiden kohdalla.

Vanhempien arviot masennukseen, synnytykseen valmistautumiseen ja synnytyspelkoon saadun tuen riittävydestä eivät poikenneet toisistaan integraation suhteen.



Kuvio 9. Riittämättömästi tukea saaneet, ensimmäistä lasta odottaneet äidit integroiduilla ja integroimattomilla alueilla, FinLapset-kyselytutkimus 2020, % tukea tarvinneista

Taulukko 10. Vauvan odotusaikana sujuminen ja ammattilaisilta vauvan odotusaikana riittämättömästi tukea saaneet integroiduilla ja integroimattomilla alueilla, FinLapset-kyselytutkimus 2020, % ja vakioitu ristitulo suhde (OR ja 95 %:n luottamusväli, CI)

	Äidit (%)						Isät (%)					
	1 lapsi			2+ lasta			1 lapsi			2+ lasta		
	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*
<b>Odotusaika sujui ennakoitua huonommin</b>	13,4	14,4	0,86 (0,64–1,14)	16,2	15,8	1,01 (0,81–1,28)	5,1	6,6	0,81 (0,47–1,41)	4,9	7,1	0,71 (0,44–1,15)
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi**, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	7,4	11,0	<b>0,62 (0,42–0,92)</b>	10,5	12,8	0,79 (0,58–1,08)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	12,9	18,9	<b>0,64 (0,44–0,93)</b>	19,7	22,9	0,85 (0,65–1,12)	16,7	16,8	1,07 (0,62–1,84)	28,7	32,0	0,93 (0,58–1,49)
masennukseen	25,2	27,2	0,88 (0,55–1,40)	25,2	29,7	0,80 (0,49–1,28)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	26,3	31,1	0,83 (0,66–1,06)	15,0	16,8	0,88 (0,67–1,17)	15,5	16,9	0,99 (0,64–1,52)	12,9	14,3	0,92 (0,48–1,77)
synnytyspelkoon	24,2	24,5	0,96 (0,65–1,41)	19,2	19,9	0,92 (0,65–1,29)	16,4	13,6	1,40 (0,67–2,95)	25,0	21,7	1,28 (0,60–2,73)

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

I = Integroitu alue, E-I = Integroimaton alue

\*) Vakioitu vanhemman iällä, koulutustasolla, syntyperällä ja asuinpaikkatyypillä (kaupunki/maaseutu)

\*\*\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta; NA=Ei ole kysyty; Korostettuna tilastollisesti merkitsevät OR- ja CI-arvot



### 7.2.3 Tyytyväisyys äitiysneuvolapalveluihin

*Vanhemmat olivat äitiysneuvolapalveluihin kokonaisuutena melko tyytyväisiä. Raskaudenseurantaan vanhemmat olivat erittäin tyytyväisiä. Heikoimman arvion sai vanhemmuuteen saatu tuki, jonka neljännes jo aiemmin lapsen saaneista isistä koki riittämättömäksi.*

Jo aiemmin lapsen saaneet äidit arvioivat **äitiysnevolakäynnit kokonaisuutena** hieman useammin **asiakaslähtöisiksi** kuin muut äidit (70 % vrt. 67 %) (taulukko 11). Ensimmäistä lasta odottaneiden isien arvion nevolakäynneistä olivat sen sijaan kokonaisuutena paremmat kuin muiden isien (64 % vrt. 60 %). Hyvinvointialueilla vaihtelu oli melko suurta, jo aiemmin lapsen saaneilla isillä hyvin suurta (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 55 % (Itä-Uusimaa)–76 % (Päijät-Häme)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 60 % (Keski-Pohjanmaa)–77 % (Pohjois-Savo)
- Ensimmäistä lasta odottaneet isät: 54 % (Keski-Pohjanmaa, Lappi)–78 % (Kanta-Häme)
- Jo aiemmin lapsen saaneet isät: 48 % (Vantaa-Kerava)–81 % (Keski-Pohjanmaa)

Yksittäisistä osa-alueista parhaan arvion sai **raskaudenseuranta**, jota 93 prosenttia äideistä ja 95 prosenttia isistä piti asiantuntevana ja osaavana, riippumatta siitä, oliko lapsia entuudestaan. Hyvinvointialueilla vaihtelu oli melko vähäistä (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 90 % (Keski-Pohjanmaa, Länsi-Uusimaa, Satakunta)–95 % (Etelä-Karjala, Etelä-Savo, Keski-Suomi, Keski-Uusimaa, Pohjois-Karjala)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 89 % (Etelä-Savo) –100 % (Kainuu)
- Ensimmäistä lasta odottaneet isät: 92 % (Helsinki, Varsinais-Suomi)–100 % (Kainuu, Pohjois-Karjala)
- Jo aiemmin lapsen saaneet isät: 88 % (Keski-Uusimaa)–100 % (Etelä-Karjala, Etelä-Savo, Itä-Uusimaa, Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Pohjois-Karjala)

Valtaosa äideistä, 89 prosenttia, koki **tulleensa kuulluksi** äitiysnevolassa. Ensimmäistä lasta odottaneista isistä tätä mieltä oli 86 prosenttia ja muista isistä hieman harvempi (81 %). Hyvinvointialueilla vaihtelu oli kohtalaista lukuun ottamatta jo aiemmin lapsen saaneita isiä, joilla vaihtelu oli suurempaa (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 85 % (Etelä-Savo)–95 % (Etelä-Karjala)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 86 % (Keski-Pohjanmaa)–100 % (Kainuu)
- Ensimmäistä lasta odottaneet isät: 80 % (Kainuu, Satakunta)–93 % (Keski-Pohjanmaa)
- Jo aiemmin lapsen saaneet isät: 72 % (Keski-Uusimaa, Vantaa-Kerava)–94 % (Keski-Pohjanmaa)

Ensimmäistä lasta odottaneista vanhemmista hieman alle 90 prosenttia ja muista vanhemmista hieman yli 80 prosenttia oli sitä mieltä, että äitiysnevolassa **selvitettiin koko perheen hyvinvointia**. Hyvinvointialueilla jo aiemmin lapsen saaneiden isien kesken vaihtelu oli huomattavaa, ja muissakin ryhmissä vaihtelua oli jonkin verran (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 79 % (Helsinki)–94 % (Kymenlaakso)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 77 % (Helsinki, Keski-Pohjanmaa)–90 % (Pohjois-Savo)
- Ensimmäistä lasta odottaneet isät: 81 % (Helsinki)–98 % (Kymenlaakso)
- Jo aiemmin lapsen saaneet isät: 72 % (Vantaa-Kerava)–97 % (Pohjois-Karjala)

Tutkituista osa-alueista heikoimman arvion vanhemmilta sai **vanhemmuuteen annettu tuki ja sen riittävyys**. Neljäsosa jo aiemmin lapsen saaneista ja viidesosa muista isistä koki, ettei äitiysnevolassa ollut annettu riittävästi tukea vanhemmuuteen. Vastaavan arvion antoi 19 prosenttia ensimmäistä lasta odottaneista ja 15 prosenttia muista äideistä. Hyvinvointialueilla isien välillä vaihtelu oli varsin suurta, äideillä vähäisempää (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 9 % (Päijät-Häme)–26 % (Itä-Uusimaa)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 8 % (Kainuu, Pohjois-Savo)–19 % (Länsi-Uusimaa)
- Ensimmäistä lasta odottaneet isät: 2 % (Kymenlaakso)–27 % (Helsinki, Keski-Pohjanmaa)
- Jo aiemmin lapsen saaneet isät: 9 % (Keski-Pohjanmaa)–32 % (Vantaa–Kerava)

Ensimmäistä lasta odottaneista äideistä hieman suurempi osa kuin muista äideistä oli sitä mieltä, että äitiysneuvolan **terveydenhoitaja vaihtui liian usein** (12 % vrt. 9 %). Hyvinvointialueilla vaihtelua oli maltillisesti, ja joillain alueilla ongelma oli harvinainen (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 4 % (Satakunta) –18 % (Vantaa–Kerava)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 5 % (Kanta-Häme, Pohjois-Pohjanmaa, Pohjois-Savo)–14 % (Varsinais-Suomi)

Taulukko 11. Tyytyväisyys äitiysneuvolapalveluihin, FinLapset-kyselytutkimus 2020, %

Indikaattori	Äidit (%)				Isät (%)			
	1 lapsi n = 4 045	2+ lasta n = 4 503	P-arvo*	Kaikki n = 8 923	1 lapsi n = 2 737	2+ lasta n = 2 831	P-arvo*	Kaikki n = 5 805
<b>Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä **</b>	66,8	69,6	<b>0,006</b>	68,3	64,4	60,2	<b>0,004</b>	62,6
<b>Osa-alueet</b>								
Koki tulleensa kuulluksi	88,7	89,7	0,149	89,2	85,5	81,1	<b>&lt; 0,001</b>	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	92,2	93,0	0,155	92,7	95,1	94,5	0,350	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	85,7	82,8	<b>&lt; 0,001</b>	84,1	87,3	81,2	<b>&lt; 0,001</b>	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	80,9	85,4	<b>&lt; 0,001</b>	83,3	79,2	76,4	<b>0,021</b>	78,0
<b>Terveydenhoitaja vaihtui liian usein</b>	11,8	8,7	<b>&lt; 0,001</b>	10,2	NA	NA	NA	NA

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet  
 Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa; \*) Khiin neliö -testi  
 \*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti; NA = Ei ole kysytty  
 Korostettuna tilastollisesta merkitsevyydestä kertovat p-arvot (p < 0,05)

## Tyytyväisyys äitiysneuvolapalveluihin integroiduilla ja integroimattomilla alueilla

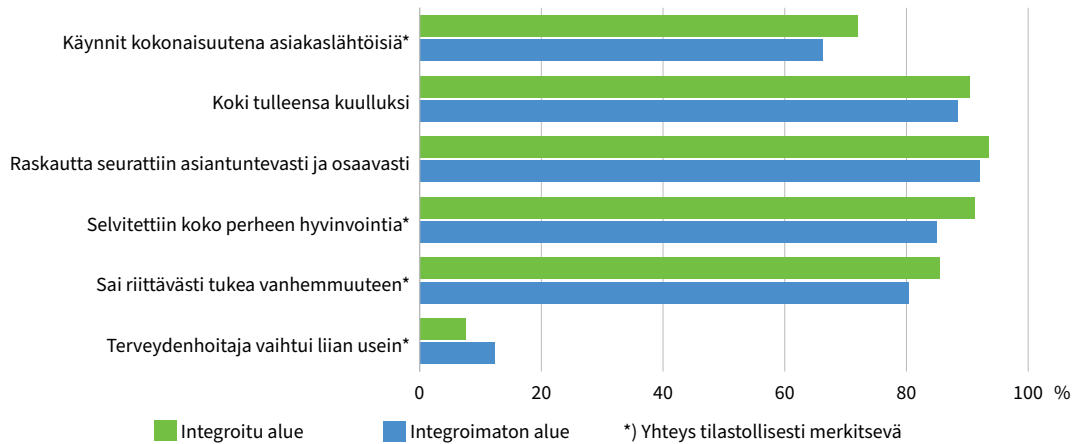
*Integroiduilla alueilla ensimmäistä lasta odottaneet äidit olivat useammin tyytyväisiä äitiysneuvolapalveluihin kuin integroimattomilla alueilla.*

Integroiduilla alueilla ensimmäistä lasta odottaneiden äitien **arviot äitiysneuvolapalveluista** olivat **kokonaisuutena** positiivisemmat kuin integroimattomilla alueilla (72 % vrt. 66 %) (kuvio 10, taulukko 12). He olivat yleisemmin integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla sitä mieltä, että äitiysneuvolassa **selvitettiin koko perheen hyvinvointia** (91 % vrt. 85 %, ensimmäistä lasta odottaneista isistä 92 % vrt. 87 %) ja annettiin **riittävästi tukea vanhemmuuteen** (86 % vrt. 80 %). Erot säilyivät myös vakioinnin jälkeen. Muiden vanhempien välillä kokemukset eivät poikenneet toisistaan.

**Tytyttömyys äitiysneuvolan terveydenhoitajan vaihtumiseen** oli vähäisempää integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla (ensimmäistä lasta odottaneista äideistä 8 % vrt. 12 %, jo aiemmin lapsen saaneista äideistä 6 % vrt. 9 %). Erot pysyivät tässäkin vakioinnista huolimatta.

Näkemykset **äitiysneuvolassa kuulluksi tulemisesta** sekä **asiantuntevasta raskaudenseurannasta** eivät poikenneet toisistaan integroitujen ja integroimattomien alueiden välillä.

## Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa



Kuvio 10. Ensimmäistä lasta odottaneiden äitien tyytyväisyys äitiysneuvolapalveluihin integroiduilla ja integroimattomilla alueilla, FinLapset-kyselytutkimus 2020, %

Taulukko 12. Tyytyväisyys äitiysneuvolapalveluihin integroiduilla ja integroimattomilla alueilla, FinLapset-kyselytutkimus 2020, % ja vakioitu ristitulosuhde (OR ja 95 %:n luottamusväli, CI)

Indikaattori	Äidit (%)						Isät (%)					
	1 lapsi			2+ lasta			1 lapsi			2+ lasta		
	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*
<b>Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**</b>	72,0	66,2	<b>1,30</b> (1,05-1,63)	70,5	69,5	1,03 (0,86-1,24)	67,8	64,0	1,14 (0,87-1,50)	64,8	59,4	1,23 (0,93-1,61)
<b>Osa-alueet</b>												
Koki tulleen kuulluksi	90,4	88,5	1,23 (0,88-1,71)	90,0	89,6	1,04 (0,79-1,38)	86,6	85,4	1,07 (0,74-1,55)	84,3	80,6	1,29 (0,90-1,84)
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	93,6	92,1	1,22 (0,82-1,82)	94,0	92,9	1,18 (0,83-1,68)	96,4	94,9	1,42 (0,73-2,75)	95,9	94,2	1,45 (0,77-2,76)
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	91,3	85,0	<b>1,78</b> (1,26-2,51)	84,4	82,5	1,12 (0,89-1,42)	92,4	86,7	<b>1,73</b> (1,09-2,76)	84,2	80,7	1,28 (0,89-1,82)
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	85,5	80,4	<b>1,39</b> (1,05-1,84)	87,0	85,2	1,12 (0,87-1,45)	83,2	78,8	1,26 (0,90-1,77)	78,9	75,9	1,16 (0,85-1,60)
<b>Terveydenhoitaja vaihtui liian usein</b>	7,6	12,3	<b>0,61</b> (0,42-0,88)	5,6	9,2	<b>0,62</b> (0,44-0,90)	NA	NA	NA	NA	NA	NA

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet, I = Integroitu alue, E-I = Integroimaton alue,

NA = Ei ole kysytty

Korostettuna tilastollisesti merkitsevät OR- ja CI-arvot

\*) Vakioitu vanhemman iällä, koulutustasolla, syntyperällä ja asuinpaikkatyyppillä (kaupunki/maaseutu)

\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

### 7.2.4 Tyytyväisyys perhe- tai synnytysvalmennukseen

*Kolmannes isistä ja neljännes äideistä, jotka odottivat ensimmäistä lastaan, ei osallistunut perhe- tai synnytysvalmennukseen. Vain hieman yli puolet valmennukseen osallistuneista, ensimmäistä lasta odottaneista äideistä piti valmennusta hyödyllisenä synnytyspelon kannalta.*

**Perhe- tai synnytysvalmennukseen** ei osallistunut merkittävä osa ensimmäistä lasta odottaneista vanhemmista, kolmannes isistä ja neljännes äideistä (taulukko 13). Muista vanhemmista valmennukseen osallistui vielä selvästi pienempi osa (15 % äideistä ja 13 % isistä). Hyvinvointialueilla

valmennukseen osallistuneiden osuudet vaihtelivat paljon erityisesti ensimmäistä lasta odottaneiden isien välillä, mutta myös vastaavalla äitien ryhmällä (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 63 % (Kymenlaakso)–89 % (Pohjanmaa)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 8 % (Pohjois-Karjala)–23 % (Pohjanmaa)
- Ensimmäistä lasta odottaneet isät: 48 % (Pohjois-Savo)–79 % (Pohjanmaa)
- Jo aiemmin lapsen saaneet isät: 7 % (Keski-Suomi, Pohjois-Pohjanmaa)–20 % Itä-Uusimaa, Pohjanmaa)

Vain hieman yli puolet (57 %) valmennukseen osallistuneista, ensimmäistä lasta odottaneista äideistä piti valmennusta hyödyllisenä **synnytyspelon** kannalta, mutta **synnytykseen valmistautumisen** kannalta valmennuksen koki hyödylliseksi 82 prosenttia. Muilla äideillä arviot valmennuksesta olivat myönteisempiä, heillä vastaavat osuudet olivat 75 ja 90 prosenttia. Myös jo aiemmin lapsen saaneiden isien arviot hyödyllisyydestä synnytykseen valmistautumisessa olivat myönteisempiä kuin ensimmäistä lasta odottaneiden isien (90 % vrt. 84 %).

Hyvinvointialueilla valmennuksen **synnytyspelon** kannalta hyödylliseksi kokeneiden osuudet vaihtelivat merkittävästi (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 42 % (Etelä-Savo)–71 % (Lappi)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 56 % (Itä-Uusimaa)–100 % (Etelä-Karjala, Keski-Pohjanmaa)

Valmennuksen **synnytykseen valmistautumisen** kannalta hyödylliseksi kokeneiden osuuksissa oli erittäin suurta vaihtelua jo aiemmin lapsen saaneilla isillä. Myös muissa ryhmissä vaihtelu oli huomattavaa (liitetaulukot 24–45):

- Ensimmäistä lasta odottaneet äidit: 70 % (Etelä-Savo)–93 % (Kanta-Häme)
- Jo aiemmin lapsen saaneet äidit: 78 % (Vantaa-Kerava)–100 % (Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Karjala, Päijät-Häme)
- Ensimmäistä lasta odottaneet isät: 68 % (Itä-Uusimaa)–95 % (Keski-Pohjanmaa)
- Jo aiemmin lapsen saaneet isät: 63 % (Satakunta)–100 % (Etelä-Karjala, Keski-Pohjanmaa, Pohjois-Pohjanmaa)

**Taulukko 13. Perhe- tai synnytysvalmennukseen osallistuminen ja valmennuksen hyödyllisyys, FinLapset-kyselytutkimus 2020, %**

Indikaattori	Äidit (%)				Isät (%)			
	1 lapsi n = 4 045	2+ lasta n = 4 503	P-arvo*	Kaikki n = 8 923	1 lapsi n = 2 737	2+ lasta n = 2 831	P-arvo*	Kaikki n = 5 805
<b>Osallistui valmennukseen</b>	74,4	14,5	< 0,001	42,9	68,0	12,9	< 0,001	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>								
synnytykseen valmistautumiseen	82,0	90,1	< 0,001	83,4	84,1	89,5	0,028	84,8
synnytyspelkoon	56,9	75,4	< 0,001	60,4	NA	NA	NA	NA

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

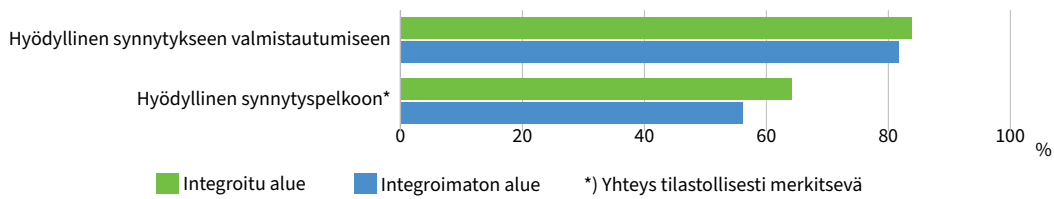
Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa, \*) Khiin nelio -testi, NA = Ei ole kysytty

Korostettuna tilastollisesta merkitsevyydestä kertovat p-arvot (p < 0,05)

## Tyytyväisyys perhe- tai synnytysvalmennukseen integroiduilla ja integroimattomilla alueilla

Ensimmäistä lasta odottaneet äidit olivat yleisemmin integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla sitä mieltä, että perhe- tai synnytysvalmennus oli hyödyllinen synnytyspelon kannalta.

**Perhe- tai synnytysvalmennukseen osallistuminen** tai sen kokeminen **hyödylliseksi synnytykseen valmistautumisen kannalta** eivät eronneet integroiduilla ja integroimattomilla alueilla ensimmäistä lasta odottaneiden äitien tai muidenkaan vanhempien välillä (kuvio 11, taulukko 14). Suurempi osa integroitujen kuin integroimattomien alueiden ensimmäistä lasta odottaneista äideistä arvioi perhe- tai synnytysvalmennuksen **hyödylliseksi synnytyspelon kannalta** (64 % vrt. 56 %). Myös vakioinnin jälkeen ero säilyi. Jo aiemmin lapsen saaneiden äitien kokemus ei vaihdellut integraation suhteen.



Kuvio 11. Perhe- tai synnytysvalmennuksen hyödyllisyys ensimmäistä lasta odottaneiden äitien mielestä integroiduilla ja integroimattomilla alueilla, FinLapset-kyselytutkimus 2020, % osallistuneista

Taulukko 14. Perhe- tai synnytysvalmennukseen osallistuminen ja valmennuksen hyödyllisyys integroiduilla ja integroimattomilla alueilla, FinLapset-kyselytutkimus 2020, % ja vakioitu ristitulo-suhde (OR ja 95 %:n luottamusväli, CI)

Indikaattori	Äidit (%)						Isät (%)					
	1 lapsi			2+ lasta			1 lapsi			2+ lasta		
	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*
<b>Osallistui valmennukseen</b>	71,2	74,9	0,96 (0,76–1,21)	12,0	14,9	0,84 (0,64–1,09)	68,2	67,9	1,14 (0,87–1,49)	15,0	12,5	1,34 (0,99–1,83)
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	83,9	81,8	1,12 (0,81–1,56)	93,8	89,6	1,90 (0,66–5,49)	85,6	83,9	1,14 (0,73–1,78)	90,2	89,3	1,53 (0,47–5,00)
synnytyspeloon	64,2	56,1	<b>1,44 (1,04–1,98)</b>	85,7	74,3	2,08 (0,84–5,15)	NA	NA	NA	NA	NA	NA

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

I = Integroitu alue, E-I = Integroimaton alue

\*) Vakioitu vanhemman iällä, koulutustasolla, syntyperällä ja asuinpaikkatyypillä (kaupunki/maaseutu)

NA = Ei ole kysytty; Korostettuna tilastollisesti merkitsevät OR- ja CI-arvot

## 7.3 Synnytyksen sujuminen

Kolmasosa yhden lapsen äideistä koki synnytyksen sujuneen odotuksia huonommin.

Jopa noin kolmasosa yhden lapsen äideistä ja viidesosa yhden lapsen isistä koki **synnytyksen sujuneen odotuksia huonommin** (taulukko 15). Useamman lapsen äideistä tätä mieltä oli 15 prosenttia ja isistä 9 prosenttia. Hyvinvointialueilla vaihtelua oli melko paljon yhden lapsen vanhemmilla, mutta varsin vähän muilla vanhemmilla (liitetaulukot 24–45):

## Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

- Yhden lapsen äidit: 20 % (Keski-Pohjanmaa)–42 % (Kainuu)
- Useamman lapsen äidit: 9 % (Päijät-Häme) –19 % (Etelä-Karjala, Länsi-Uusimaa)
- Yhden lapsen isät: 11 % (Pohjois-Savo)–37 % (Kainuu)
- Useamman lapsen isät: 6 % (Pohjois-Savo)–14 % (Pohjois-Karjala)

Hieman suurempi osa useamman lapsen äideistä kuin yhden lapsen äideistä (53 % vrt. 49 %) arvioi **toipuneensa synnytyksestä erittäin hyvin**. Hyvinvointialueilla oli selkeää vaihtelua kummassakin ryhmässä (liitetaulukot 24–45):

- Yhden lapsen äidit: 37 % (Kainuu)–57 % (Satakunta)
- Useamman lapsen äidit: 44 % (Kymenlaakso, Pohjois-Karjala)–65 % (Etelä-Pohjanmaa)

**Taulukko 15. Synnytyksen sujuminen ja siitä toipuminen, FinLapset-kyselytutkimus 2020, %**

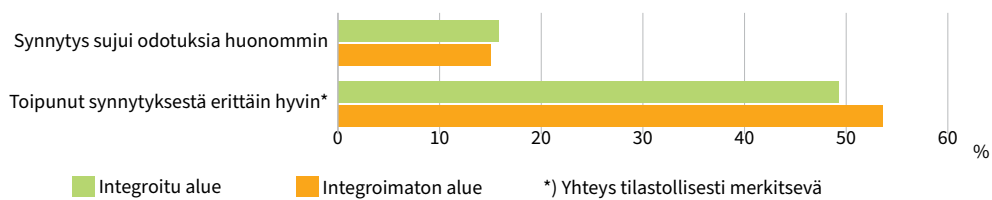
Indikaattori	Äidit (%)				Isät (%)			
	1 lapsi n = 4 045	2+ lasta n = 4 503	P-arvo*	Kaikki n = 8 923	1 lapsi n = 2 737	2+ lasta n = 2 831	P-arvo*	Kaikki n = 5 805
<b>Synnytys</b>								
sujui odotuksia huonommin	30,9	15,1	< 0,001	22,6	21,2	8,9	< 0,001	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	48,5	53,0	< 0,001	50,8	NA	NA	NA	NA

1 lapsi = Ensimmäisen lapsen saaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet  
 Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa, \*) Khiin neliö -testi,  
 NA = Ei ole kysytty  
 Korostettuna tilastollisesta merkitsevyydestä kertovat p-arvot (p < 0,05)

## Synnytyksen sujuminen integroiduilla ja integroimattomilla alueilla

*Pienempi osa useamman lapsen äideistä integroiduilla alueilla integroimattomiin verrattuna oli toipunut synnytyksestä erittäin hyvin.*

**Kokemus synnytyksen sujumisesta** ei eronnut tilastollisesti integroitujen ja integroimattomien alueiden välillä (kuvio 12, taulukko 16). **Erittäin hyvä toipuminen synnytyksestä** oli hieman harvinaisempaa integroitujen kuin integroimattomien alueiden äideillä, joilla oli useampi lapsi (49 % vrt. 54 %). Ero säilyi vakioinnista huolimatta.



**Kuvio 12. Synnytyksen sujuminen ja siitä toipuminen useamman lapsen äideillä integroiduilla ja integroimattomilla alueilla, FinLapset-kyselytutkimus 2020, %**

**Taulukko 16. Synnytyksen sujuminen ja siitä toipuminen integroiduilla ja integroimattomilla alueilla, FinLapset-kyselytutkimus 2020, % ja vakioitu ristitulosuhde (OR ja 95 %:n luottamusväli, CI)**

Indikaattori	Äidit (%)						Isät (%)					
	1 lapsi			2+ lasta			1 lapsi			2+ lasta		
	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	31,5	30,9	1,08 (0,87–1,33)	15,8	15,0	1,04 (0,82–1,32)	22,4	21,0	1,15 (0,85–1,56)	9,8	8,8	1,11 (0,76–1,62)
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	49,2	48,4	0,98 (0,80–1,19)	49,2	53,6	<b>0,82</b> <b>(0,69–0,98)</b>	NA	NA	NA	NA	NA	NA

1 lapsi = Ensimmäisen lapsen saaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

I = Integroitu alue, E-I = Integroimaton alue

\*) Vakioitu vanhemman iällä, koulutustasolla, syntyperällä ja asuinpaikkatyypillä (kaupunki/maaseutu)

NA = Ei ole kysytty; Korostettuna tilastollisesti merkitsevät OR- ja CI-arvot

## 7.4 Vauvan syntymän jälkeinen aika

*Hyvinvointialueiden välillä oli hyvin paljon vaihtelua siinä, kuinka suurelle osalle äideistä oli tarjottu neuvolasta kotikäyntiä synnytyksen jälkeen.*

Yhden lapsen äideistä 83 prosentille ja useamman lapsen äideistä 63 prosentille oli **tarjottu neuvolasta kotikäyntiä** synnytyksen jälkeen (taulukko 17). **Käyntiä piti hyödyllisenä** valtaosa (95 %) äideistä. Käynnin tarjoaminen vaihteli hyvinvointialueittain erittäin paljon useamman lapsen äideillä, mutta huomattavasti myös yhden lapsen äideillä (liitetaulukot 24–45):

- Yhden lapsen äidit: 62 % (Keski-Uusimaa)–99 % (Pohjanmaa)
- Useamman lapsen äidit: 26 % (Länsi-Uusimaa)–97 % (Etelä-Pohjanmaa)

**Käynnin kokemisessa** hyödylliseksi oli melko paljon vaihtelua hyvinvointialueittain yhden lapsen äideillä:

- Yhden lapsen äidit: 78 % (Etelä-Karjala)–100 % (Kainuu)
- Useamman lapsen äidit: 86 % (Etelä-Karjala)–100 % (Kainuu, Keski-Uusimaa)

Yhden lapsen äidille oli tarjottu neuvolasta kotikäyntiä synnytyksen jälkeen hieman harvemmin integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla (76 % vrt. 84 %) (taulukko 19). Useamman lapsen äitien kohdalla tilanne oli päinvastainen; kotikäyntiä oli tarjottu useammin integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla (71 % vrt. 61 %). Erot säilyivät vakioinnista huolimatta. Sen sijaan käynnin kokeminen hyödylliseksi ei poikennut integraation suhteen.

### 7.4.1 Tuen tarve vauvan syntymän jälkeen

*Yhden lapsen vanhemmat tarvitsivat muita vanhempia useammin ammattimaista tukea omaan jaksamiseensa ja vauvan syöttämiseen.*

**Omaan jaksamiseen** tarvitsi tukea puolet yhden lapsen äideistä ja hieman pienempi osa muista äideistä (51 % vrt. 44 %) (taulukko 17). Kolmasosa yhden lapsen isistä ja viidesosa muista isistä oli tuen tarpeessa. Hyvinvointialueilla kaikissa ryhmissä oli melko paljon vaihtelua (liitetaulukot 24–45):



## Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

- Yhden lapsen äidit: 43 % (Pohjois-Pohjanmaa)–67 % (Pohjois-Karjala)
- Useamman lapsen äidit: 36 % (Kanta-Häme)–51 % (Kymenlaakso)
- Yhden lapsen isät: 22 % (Keski-Uusimaa)–41 % (Pohjois-Karjala)
- Useamman lapsen isät: 13 % (Kymenlaakso)–26 % (Etelä-Karjala)

**Vauvan syöttämiseen** tukea tarvitsi 75 prosenttia yhden lapsen äideistä ja noin puolet muista äideistä. Yhden lapsen isistä 60 prosenttia, mutta vain 20 prosenttia muista isistä oli tuen tarpeessa. Hyvinvointialueilla vaihtelu oli suurta yhden lapsen isien välillä, mutta myös muissa ryhmissä osuudet vaihtelivat selvästi (liitetaulukot 24–45):

- Yhden lapsen äidit: 56 % (Kymenlaakso)–84 % (Kainuu)
- Useamman lapsen äidit: 34 % (Kanta-Häme)–60 % (Satakunta)
- Yhden lapsen isät: 35 % (Keski-Pohjanmaa)–70 % (Helsinki)
- Useamman lapsen isät: 10 % (Pohjois-Karjala)–31 % (Helsinki)

**Taulukko 17. Äidit, joille tarjottu neuvolasta kotikäyntiä, ja ammattilaisilta tukea vauvan syntymän jälkeen tarvinneet vanhemmat, FinLapset-kyselytutkimus 2020, %**

Indikaattori	Äidit (%)				Isät (%)			
	1 lapsi n = 4 045	2+ lasta n = 4 503	P-arvo*	Kaikki n = 8 923	1 lapsi n = 2 737	2+ lasta n = 2 831	P-arvo*	Kaikki n = 5 805
<b>Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä</b>	82,7	62,5	<0,001	72,1	NA	NA	NA	NA
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>								
omaan jaksamiseen	51,1	44,4	<0,001	47,6	33,6	18,3	<0,001	25,9
vauvan syöttämiseen	75,3	46,0	<0,001	59,8	60,1	20,4	<0,001	40,1

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa, \*) Khiin neliö -testi, NA = Ei ole kysytty  
Korostettuna tilastollisesta merkitsevyydestä kertovat p-arvot (p < 0,05)

### 7.4.2 Tuen saanti vauvan syntymän jälkeen

*Etenkin useamman lapsen isistä huomattava osa koki jääneensä ilman riittävää tukea omaan jaksamiseensa. Neljännes yhden lapsen äideistä ei ollut saanut riittävästi tukea vauvan syöttämiseen.*

On huomioitava, kuten vastaavasti aiemminkin, että riittämätön tuen saanti johtui osalla vanhemmista siitä, etteivät he olleet kertoneet tuen tarpeestaan ammattilaiselle. Tämä osuus vaihteli yhdestä jopa 27 prosenttiin. Tavallisimmin tuen tarpeesta olivat jättäneet kertomatta useamman lapsen isät, kun tarve koski omaa jaksamista.

Tukea tarvinneista **omaan jaksamiseen** ei ollut saanut riittävästi ammattimaista tukea 42 prosenttia useamman lapsen isistä, noin kolmasosa yhden ja useamman lapsen äideistä eikä neljäsosa yhden lapsen isistä (taulukko 18). Hyvinvointialueilla useamman lapsen isien välillä oli erittäin suurta vaihtelua, ja vaihtelu oli huomattavaa myös muissa ryhmissä (liitetaulukot 24–45):

- Yhden lapsen äidit: 19 % (Pohjois-Savo)–55 % (Kainuu)
- Useamman lapsen äidit: 22 % (Päijät-Häme)–41 % (Etelä-Karjala, Helsinki, Länsi-Uusimaa)
- Yhden lapsen isät: 17 % (Keski-Suomi)–36 % (Helsinki)
- Useamman lapsen isät: 25 % (Kanta-Häme)–58 % (Keski-Uusimaa)

Ilman riittävää tukea **vauvan syöttämiseen** olivat jääneet yleisemmin yhden kuin useamman lapsen äidit (25 % vrt. 18 % tukea tarvinneista) ja yhden kuin useamman lapsen isät (14 % vrt. 10 %). Hyvinvointialueilla vaihtelu oli maltillista (liitetaulukot 24–45):

- Yhden lapsen äidit: 16 % (Kymenlaakso)–31 % (Kainuu, Pohjois-Pohjanmaa)
- Useamman lapsen äidit: 10 % (Päijät-Häme)–23 % (Etelä-Pohjanmaa, Pohjanmaa)
- Yhden lapsen isät: 7 % (Pohjois-Pohjanmaa)–21 % (Länsi-Uusimaa)
- Useamman lapsen isät: 9 % (Helsinki)–18 % (Vantaa-Kerava)

**Taulukko 18. Ammatilaisilta vauvan syntymän jälkeen riittämättömästi tukea saaneet, FinLapset-kyselytutkimus 2020, % tukea tarvinneista**

Saanut ammatilaisilta tukea riittämättömästi**, % tukea tarvinneista	Äidit (%)				Isät (%)			
	1 lapsi n = 4 045	2+ lasta n = 4 503	P-arvo*	Kaikki n = 8 923	1 lapsi n = 2 737	2+ lasta n = 2 831	P-arvo*	Kaikki n = 5 805
omaan jaksamiseen	29,1	33,4	<b>0,003</b>	31,2	24,1	42,3	<b>&lt;0,001</b>	30,6
vauvan syöttämiseen	25,0	17,9	<b>&lt;0,001</b>	22,1	13,9	10,4	<b>0,034</b>	13,0

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa, \*) Khiin neliö -testi  
 \*\*) Ei ole saanut tukea ollenkaan / Saanut tukea riittämättömästi / Ei ole kertonut tuen tarpeesta  
 Korostettuna tilastollisesti merkitsevyydestä kertovat p-arvot (p < 0,05)

### Tuen saanti vauvan syntymän jälkeen integroiduilla ja integroimattomilla alueilla

Arviot saadun tuen riittävydestä vauvan syntymän jälkeen eivät poikenneet integroiduilla ja integroimattomilla alueilla toisistaan (taulukko 19).

**Taulukko 19. Äidit, joille tarjottu neuvolasta kotikäyntiä sekä ammatilaisilta vauvan syntymän jälkeen riittämättömästi tukea saaneet vanhemmat integroiduilla ja integroimattomilla alueilla, FinLapset-kyselytutkimus 2020, % ja vakioitu ristitulosuhde (OR ja 95 %:n luottamusväli, CI)**

Indikaattori	Äidit (%)						Isät (%)					
	1 lapsi			2+ lasta			1 lapsi			2+ lasta		
	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*
<b>Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä</b>	76,2	83,6	<b>0,62 (0,48-0,78)</b>	70,9	61,1	<b>1,43 (1,18-1,73)</b>	NA	NA	NA	NA	NA	NA
<b>Saanut ammatilaisilta tukea riittämättömästi**, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	27,5	29,4	0,95 (0,70–1,29)	33,2	33,5	1,02 (0,78–1,34)	17,2	24,8	0,70 (0,39–1,25)	48,4	41,3	1,41 (0,83–2,42)
vauvan syöttämiseen	24,6	25,0	1,02 (0,77–1,34)	18,3	17,8	1,06 (0,76–1,46)	12,2	14,1	0,94 (0,56–1,56)	10,4	10,4	1,12 (0,48–2,60)

I = Integroitu alue, E-I = Integroimaton alue

\*) Vakioitu vanhemman iällä, koulutustasolla, syntyperällä ja asuinpaikkatyypillä (kaupunki/maaseutu)

\*\*) Ei ole saanut tukea ollenkaan / Saanut tukea riittämättömästi / Ei ole kertonut tuen tarpeesta; NA = Ei ole kysytty  
 Korostettuna tilastollisesti merkitsevät OR- ja CI-arvot

### 7.4.3 Vointi vauvan syntymän jälkeen

*Vanhemmat olivat yleisesti tyytyväisiä elämäänsä. Uupumusoireilu oli erityisesti useamman lapsen vanhemmilla tavallista. Äidit kokivat myös masennusoireilua ja yksinäisyyttä.*

Kaikista vanhemmista yli 90 prosenttia oli **tyytyväisiä elämäänsä** (taulukko 20). Yhden lapsen isät olivat hieman tyytyväisempiä elämäänsä kuin muut isät. Hyvinvointialueilla vaihtelu oli vähäistä (liitetaulukot 24–45):

- Yhden lapsen äidit: 87 % (Kainuu)–98 % (Satakunta)
- Useamman lapsen äidit: 89 % (Etelä-Savo)–98 % (Päijät-Häme)
- Yhden lapsen isät: 89 % (Kainuu)–100 % (Etelä-Karjala)
- Useamman lapsen isät: 87 % (Kanta-Häme, Lappi)–96 % (Kainuu, Pohjois-Karjala)

**Uupumusoireilua** oli etenkin useamman lapsen vanhemmilla. Uupumuksen oireita koki 41 prosenttia niistä äideistä ja 35 prosenttia isistä, joilla oli useampia lapsia. Yhden lapsen äideistä noin neljäsosa ja isistä viidesosa raportoi uupumuksen oireita. Hyvinvointialueilla vaihtelu oli huomattavaa lukuun ottamatta useamman lapsen äitejä (liitetaulukot 24–45):

- Yhden lapsen äidit: 22 % (Keski-Pohjanmaa, Varsinais-Suomi)–50 % (Kainuu)
- Useamman lapsen äidit: 35 % (Kanta-Häme, Keski-Uusimaa)–45 % (Keski-Pohjanmaa, Lappi, Länsi-Uusimaa)
- Yhden lapsen isät: 10 % (Pohjois-Karjala)–31 % (Helsinki)
- Useamman lapsen isät: 23 % (Kainuu)–47 % (Lappi)

**Masennusoireilua** viimeisen kuukauden aikana oli kokenut 15 prosenttia äideistä. Hyvinvointialueilla osuudet vaihtelivat paljon yhden lapsen äitien välillä (liitetaulukot 24–45):

- Yhden lapsen äidit: 9 % (Kymenlaakso, Pohjanmaa)–40 % (Kainuu)
- Useamman lapsen äidit: 10 % (Etelä-Pohjanmaa, Keski-Pohjanmaa)–20 % (Etelä-Savo)

Isillä **merkittävä psyykinen kuormittuneisuus** ei ollut yleistä. Sitä olivat kokeneet hieman tavallisemmin useamman kuin yhden lapsen isät (5 % vrt. 3 %). Hyvinvointialueilla vaihtelua oli jonkin verran useamman lapsen isien kesken (liitetaulukot 24–45):

- Yhden lapsen isät: 3 % (Pirkanmaa, Varsinais-Suomi)–4 % (Helsinki, Länsi-Uusimaa, Pohjois-Pohjanmaa)
- Useamman lapsen isät: 4 % (Pirkanmaa, Vantaa-Kerava, Varsinais-Suomi)–13 % (Lappi)

**Yksinäisyydestä** kertoi 13 prosenttia yhden ja 11 prosenttia useamman lapsen äideistä. Isillä yksinäisydentuntemukset olivat harvinaisia. Hyvinvointialueilla osuudet vaihtelivat hyvin vähän tai eivät lainkaan isien välillä, mutta selvemmin äideillä (liitetaulukot 24–45):

- Yhden lapsen äidit: 8 % (Keski-Uusimaa)–26 % (Kainuu)
- Useamman lapsen äidit: 7 % (Satakunta)–23 % (Kainuu)
- Yhden lapsen isät: 2 % (vastaajia raportointikynnyksen ylittävä määrä vain Helsingissä, Pirkanmaalla ja Varsinais-Suomessa, joissa sama tulos)
- Useamman lapsen isät: 2 % (Länsi-Uusimaa, Pirkanmaa, Pohjois-Pohjanmaa)–6 % (Lappi)

Taulukko 20. Vointi vauvan syntymän jälkeen, FinLapset-kyselytutkimus 2020, %

Indikaattori	Äidit (%)				Isät (%)			
	1 lapsi n = 4 045	2+ lasta n = 4 503	P-arvo*	Kaikki n = 8 923	1 lapsi n = 2 737	2+ lasta n = 2 831	P-arvo*	Kaikki n = 5 805
Tyytyväinen elämäänsä	94,4	93,5	0,074	93,9	94,7	91,6	<0,001	93,2
Uupumuksen oireet	27,7	41,1	<0,001	34,7	22,1	34,9	<0,001	28,6
Masennusoireilu**/ Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus***	14,4	14,6	0,751	14,5	3,2	4,7	0,003	4,0
Yksinäisyyden tunne	12,5	10,6	0,006	11,5	1,8	2,1	0,363	2,0

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa, \*) Khiin neliö -testi, \*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*) Kysytty vain isiltä  
 Korostettuna tilastollisesta merkitsevyydestä kertovat p-arvot (p < 0,05)

### Vointi vauvan syntymän jälkeen integroiduilla ja integroimattomilla alueilla

*Yhden lapsen isillä uupumus oli hieman harvinaisempaa integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla. Ero hävisi, kun huomioitiin erot väestön taustatekijöissä.*

Elämään oltiin yhtä tyytyväisiä integroiduilla ja integroimattomilla alueilla (taulukko 21). Integroiduilla alueilla yhden lapsen isillä oli hieman harvemmin uupumuksen oireita kuin integroimattomilla alueilla (17 % vrt. 23 %). Ero kuitenkin hävisi vakioinnissa. Masennusoireilua, psyykkistä kuormittuneisuutta ja yksinäisyyttä esiintyi saman verran.

Taulukko 21. Vointi vauvan syntymän jälkeen integroiduilla ja integroimattomilla alueilla, FinLapset-kyselytutkimus 2020, % ja vakioitu ristitulosuhde (OR ja 95 %:n luottamusväli, CI)

Indikaattori	Äidit (%)						Isät (%)					
	1 lapsi			2+ lasta			1 lapsi			2+ lasta		
	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*	I	E-I	OR (95 % CI)*
Tyytyväinen elämäänsä	95,1	94,3	1,07 (0,68–1,69)	95,0	93,3	1,40 (0,95–2,05)	95,6	94,6	1,16 (0,64–2,10)	93,1	91,4	1,22 (0,81–1,84)
Uupumuksen oireet	28,4	27,6	1,17 (0,94–1,46)	39,9	41,2	0,97 (0,81–1,15)	16,7	22,7	0,76 (0,55–1,05)	35,0	34,9	1,08 (0,87–1,36)
Masennusoireilu** / Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus***	16,1	14,1	1,15 (0,87–1,53)	14,0	14,7	0,95 (0,74–1,22)	2,8	3,2	0,89 (0,42–1,88)	4,8	4,7	1,11 (0,67–1,83)
Yksinäisyyden tunne	13,7	12,4	1,06 (0,79–1,42)	11,6	10,4	1,08 (0,82–1,42)	1,8	1,8	0,99 (0,38–2,55)	1,5	2,2	0,68 (0,29–1,60)

I = Integroitu alue, E-I = Integroimaton alue

\*) Vakioitu vanhemman iällä, koulutustasolla, syntyperällä ja asuinpaikkatyypillä (kaupunki/maaseutu)

\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*) Kysytty vain isiltä

## 8 Äitiyshuollon kansallisessa seurannassa käytettävien indikaattoreiden yhteensopivuus kansainvälisen ICHOM-mittariston suositusten kanssa

### 8.1 ICHOM-indikaattorit ja FinLapset-kyselytutkimus

Lähes kaikille ICHOM-mittariston indikaattoreille, jotka kuvaavat potilaan tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon (PREMs) ja potilaan itsensä raportoimaa terveyttä ja hyvinvointia (PROMs), löytyi vastaavuus FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreista (taulukko 22). Osa FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreista vastasi useampaa kuin yhtä ICHOM-mittariston indikaattoria.

Taulukko 22. FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreiden vastaavuus ICHOM-mittariston indikaattoreihin, jotka liittyvät potilaan tyytyväisyyteen saamaansa hoitoon (PREMs) ja potilaan itse raportoimaan terveyteen ja hyvinvointiin (PROMs)

ICHOM-indikaattori	Indikaattorin tyyppi	Vastaavuus FinLapset-indikaattoreihin
<b>Itsevarmuus uudessa roolissa äitinä</b> (Confidence with role as a mother)	PROMs	X
<b>Äidin ja lapsen kiintymys</b> (Mother-infant attachment)	PROMs	X
<b>Lantion alueen kipu ja toimintahäiriöt</b> (Pelvic pain and dysfunction)	PROMs	-
<b>Äidin luottamus imetyksen onnistumiseen</b> (Maternal confidence and success with breast-feeding)	PROMs	X
<b>Synnytyksen jälkeinen masennus</b> (Postpartum depression)	PROMs	X
<b>Terveyteen liittyvä elämänlaatu</b> (Health-related quality of life)	PROMs	X
<b>Tyytyväisyys hoidon tuloksiin</b> (Satisfaction with the result of care)	PREMs	X
<b>Jaettu päätöksenteko ja luottamus hoitohenkilökuntaan</b> (Shared decision making and confidence in care providers)	PREMs	X
<b>Synnytyskokemus</b> (Birth experience)	PREMs	X

ICHOM-mittariston PROMs-indikaattoria ”itsevarmuus uudessa roolissa äitinä” (confidence with role as a mother) vastaavat FinLapset-kyselytutkimuksen kuviossa 13 esitetyt indikaattorit.



Kuvio 13. FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreiden vastaavuus ICHOM-mittariston PROMs-indikaattoriin "itsevarmuus uudessa roolissa äitinä"

ICHOM-mittariston PROMs-indikaattoria ”äidin ja lapsen kiintymys” (mother-infant attachment) vastaavat FinLapset-kyselytutkimuksen kuviossa 14 esitetyt indikaattorit sekä lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta kuvaava PBQ-mittari (Parental Bonding Questionnaire), joka koostuu seuraavista väittämistä:

- Minulla on läheinen suhde vauvaan
- Haluaisin palata takaisin siihen aikaan, kun minulla ei vielä ollut vauvaa
- Vauva ei tunnu omaltani
- Vauva käy hermoilleni
- Vauvani on syötävän suloinen
- Olen onnellinen, kun vauvani hymyilee tai nauraa
- Vauvani ärsyttää minua

- Vauvani itkee liikaa
- Tunnen joutuneeni loukkuun vanhempana
- En voi hyväksyä vauvaa
- Vauvani on maailman kaunein vauva
- Toivon, että vauva katoaisi jonnekin



Kuvio 14. FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreiden vastaavuus ICHOM-mittariston PROMS-indikaattoriin "äidin ja lapsen kiintymys"

ICHOM-mittariston PROMs-indikaattoria ”**äidin luottamus imetyksen onnistumiseen**” (maternal confidence and success with breastfeeding) vastaavat FinLapset-kyselytutkimuksen kuviossa 15 esitetyt indikaattorit.



Kuvio 15. FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreiden vastaavuus ICHOM-mittariston PROMs-indikaattoriin ”äidin luottamus imetyksen onnistumiseen”

ICHOM-mittariston PROMs-indikaattoria ”**synnytyksen jälkeinen masennus**” (postpartum depression) vastaavat FinLapset-kyselytutkimuksen useat, kuviossa 16 esitetyt indikaattorit sekä synnytyksen jälkeistä masennusta kuvaava CES-D-10 -mittari (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), joka koostuu seuraavista väittämistä:

- Tunsin itseni masentuneeksi
- Tuntui, että kaikki mitä tein, oli ponnistuksen takana
- Uneni oli levotonta
- Olin onnellinen
- Oloni oli yksinäinen
- Ihmiset olivat epäystävällisiä
- Nautin elämästä
- Tunsin itseni surulliseksi
- Minusta tuntui, että minusta ei pidetä
- Minulla oli vaikeuksia saada itseni liikkeelle





Kuvio 16. FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreiden vastaavuus ICHOM-mittariston PROMS-indikaattoriin "synnytyksen jälkeinen masennus"

ICHOM-mittariston PROMS-indikaattoria ”**terveyteen liittyvä elämänlaatu**” (health-related quality of life) vastaavat FinLapset-kyselytutkimuksen kuviossa 17 esitetyt indikaattorit.



Kuvio 17. FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreiden vastaavuus ICHOM-mittariston PROMS-indikaattoriin ”terveyteen liittyvä elämänlaatu”

ICHOM-mittariston PREMs-indikaattoria ”**tyytyväisyys hoidon tuloksiin**” (satisfaction with results of care) vastaavat useat, kuviossa 18 esitetyt indikaattorit.



Kuvio 18. FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreiden vastaavuus ICHOM-mittariston PREMs-indikaattoriin ”tyytyväisyys hoidon tuloksiin”

ICHOM-mittariston PREMs-indikaattoria ”**jaettu päätöksenteko ja luottamus hoitohenkilökuntaan**” (shared decision making and confidence with care providers) vastaavat FinLapset-kyselytutkimuksen kuviossa 19 esitetyt indikaattorit.



Kuvio 19. FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreiden vastaavuus ICHOM-mittariston PREMs-indikaattoriin ”jaettu päätöksenteko ja luottamus hoitohenkilökuntaan”

ICHOM-mittariston PREMs-indikaattoria ”**synnytyskokemus**” (birth experience) vastasi FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreista vain yksi: ”synnytys sujui huomattavasti huonommin kuin vanhempi oli odottanut tai ajatellut”. ICHOM-mittariston PROMs-indikaattorille ”**lantion alueen kipu ja toimintahäiriöt**” (pelvic pain and dysfunction) ei löytynyt vastaavuutta FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreista.

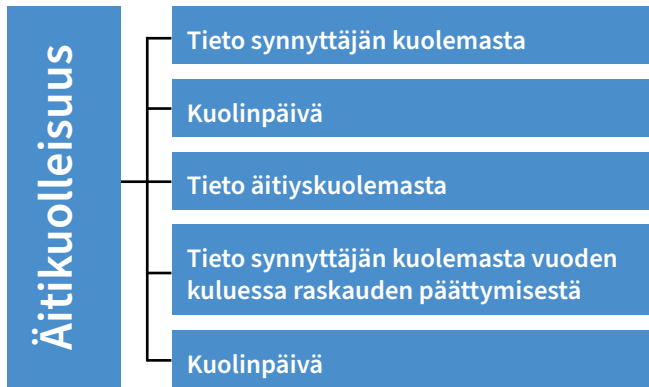
## 8.2 ICHOM-indikaattorit ja syntyneiden lasten rekisterin tietosisällöt

Kaikille ICHOM-mittariston selviytymis- (kuolleisuus-) ja sairastuvuusindikaattoreille löytyi vastaavuus syntyneiden lasten rekisterin tietosisällöistä (taulukko 23). Syntyneiden lasten rekisteriin kerätään monipuolisesti tiedot äiti- ja lapsikuolemista sekä vakavista sairauksista. Sen sijaan ICHOM-mittariston PROMs-indikaattoreihin, jotka liittyvät potilaan raportoimaan terveyteen ja hyvinvointiin, syntyneiden lasten rekisterin sisällöt eivät vastanneet.

Taulukko 23. Sairastuvuutta ja kuolleisuutta mittaavien ICHOM-indikaattorien ilmeneminen syntyneiden lasten rekisterissä

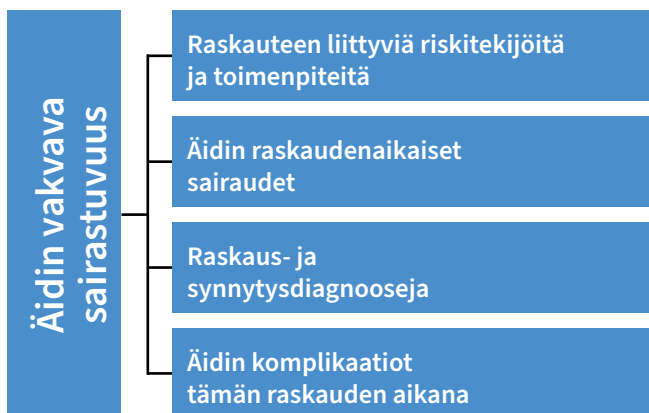
ICHOM-indikaattori	Vastaavuus syntyneiden lasten rekisterin tietosisältöihin
<b>Äitikuolleisuus</b> (Maternal mortality)	X
<b>Kuolleena syntyneet ja vastasyntyneiden kuolleisuus</b> (Stillbirth and neonatal death)	X
<b>Äidin vakava sairastuvuus</b> (Severe maternal morbidity)	X
<b>Vastasyntyneen sairastuvuus</b> (Neonatal morbidity)	X
<b>Ennenaikainen syntymä</b> (Pre-term birth)	X
<b>PROMs-indikaattorit</b> (ks. taulukko 22)	-

ICHOM-mittariston ”**äitikuolleisuus**”-indikaattori (maternal mortality) vastaa syntyneiden lasten rekisterin kuviossa 20 esitettyjä tietosisältöjä.



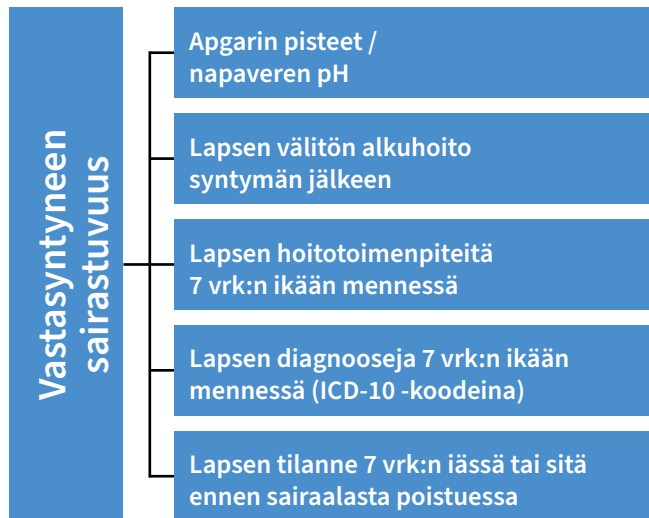
Kuvio 20. Syntyneiden lasten rekisterin tietosisältöjen vastaavuus ICHOM-mittariston indikaattoriin ”äitikuolleisuus”

ICHOM-mittariston ”**äidin vakava sairastuvuus**” -indikaattoria (severe maternal morbidity) vastaavat kuviossa 21 esitetyt syntyneiden lasten rekisterin tietosisällöt.



Kuvio 21. Syntyneiden lasten rekisterin tietosisältöjen vastaavuus ICHOM-mittariston indikaattoriin ”äidin vakava sairastuvuus”

ICHOM-mittariston ”**vastasyntyneen sairastuvuus**” -indikaattoria (neonatal morbidity) vastaavat hyvin useat, kuviossa 22 esitetyt syntyneiden lasten rekisterin tietosisällöt.



Kuvio 22. Syntyneiden lasten rekisterin tietosisältöjen vastaavuus ICHOM-mittariston indikaattoriin ”vastasyntyneen sairastuvuus”

## 9 Pohdinta

### 9.1 Lyhyt yhteenveto

Tämän tutkimuksen aineistot kerättiin ennen kuin nykyiset hyvinvointialueet aloittivat toimintansa. Tuolloinen äitiyshuollon rakenne ja siihen liittyvät organisaatorajat hankaloittivat toimintojen integroimista. Äitiyshuollon vastaavat johtajat pitivät hoidon integroimisen kannalta tärkeinä seikkoina yhteistä äitiyshuollon hallintorakennetta ja yhteisiä tietojärjestelmiä.

Integroiduilla eli kuntayhtymäpohjaisilla alueilla äitiyshuollon asiakkaat, erityisesti ensimmäistä lastaan odottavat, olivat vähän tyytyväisempiä palveluihin kuin integroimattomilla alueilla, mutta äitiyshuollon palvelujen käytössä ja perinataaliajan terveydessä integroitujen ja integroimattomien alueiden välillä oli vain pieniä eroja eivätkä ne olleet johdonmukaisia. Lähes kaikille kansainvälisille ICHOM-mittariston indikaattoreille, jotka mittaavat äitiyshuollon laatua asiakkaan kokemana, löytyi vastaavuutta FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreista. Syntyneiden lasten rekisteri tuotti vastaavaa tietoa kuin kansainvälisen mittariston kuolleisuus- ja sairastuvuusindikaattorit.

### 9.2 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Koska tämän tutkimuksen aineistojen keruun aikana ei vielä ollut olemassa ”varsinaisia” integroituja tai integroimattomia alueita, määrittelimme integroiduiksi ne alueet, joissa toiminta oli ollut kuntayhtymäpohjaista jo ennen vuotta 2020. Integroiduilla alueilla asui vain 12 prosenttia synnyttäjäistä, eikä niiden joukossa ollut suurimpia kaupunkeja. Integraation kesto eli kuntayhtymien elinikä vaihteli: osalla alueista kuntayhtymä oli toiminut pidempään ja osalla kuntayhtymä oli vasta hiljattain perustettu.

Meillä ei ollut tarkkaa tietoa siitä, missä määrin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon äitiyshuollon palvelut oli tosiasiallisesti integroitu (vertikaalinen integraatio), eikä myöskään siitä, miten hyvin kunkin alueen perhe-, hyvinvointi- tai sosiaali- ja terveyskeskukset oli integroitu yhdeksi kokonaisuudeksi (horisontaalinen integraatio). Tietoa ei myöskään ollut mahdollisista muista perustason palvelujen integraatiomuodoista.

Emme tienneet, millä kriteereillä äitiyspoliklinikoilla kirjataan kiireettömien poliklinikakäyntien pää- ja sivudiagnoosit. Hoitoilmoitusrekisterin tarkastelu osoitti, että kirjaamisessa on systemaattisia eroja eri alueiden ja yksiköiden välillä. Toisaalta on epätodennäköistä, että kirjaamiskäytännöt vaihtelisivat juuri määrittelemiemme integroitujen ja integroimattomien alueiden välillä. Todennäköisesti kirjaaminen vaihtelee yksiköittäin – ja ehkä jopa työntekijöittäin.

Syntyneiden lasten rekisteriaineistoa on käytetty tieteellisessä tutkimuksessa paljon, ja laatu on pääsääntöisesti erittäin hyvä (Gissler ym. 1995). Tässä tutkimuksessa totesimme, että myös syntyneiden lasten rekisteriin kirjaamisessa on vaihtelua. Osa tutkimistamme syntyneiden lasten rekisterin perinataaliajan terveyden ongelmista on niin harvinaisia, että tuloksiin tulee suhtautua varauksella. Syntyneiden lasten rekisteriaineiston tulokset katsottiin erikseen ensi- ja uudelleensynnyttäjille ja vakioitiin synnyttäjän iällä ja suurin osa myös tupakoinnilla, joka on hyvä sosioekonomisen aseman osoitin (Rumrich ym. 2019). Muiden mahdollisten sekoittavien tekijöiden vaikutusta ei voida poissulkea. Tiedämme, että esimerkiksi synnyttäjien lihavuus ja syntyperä vaikuttavat perinataaliajan terveyteen ja vaihtelevat alueittain (Tilastokeskus 2023, Syntyneiden lasten rekisteri 2023, Bastola 2021), mutta niitä ei tässä huomioitu. Rekisteriaineistojen käytön rajoituksena on myös se, ettei rekistereistä käy ilmi, onko käynti tai hoito ollut tarpeenmukaista.

Tutkimuksen rajoituksena on myös se, että FinLapset-kyselytutkimuksen otoksista jäivät pois markkinointikiellon antaneet vanhemmat ja vauvan kanssa eri osoitteessa asuneet vanhemmat.

Tämä johtui siitä, että lakimuutoksen takia lasten huoltotietojen käsittely muuttui väestötietojärjestelmän tietokannassa ja muutostyö oli Digi- ja väestötietovirastossa (DVV) FinLapset-kyselytutkimuksen otosten poimintojen aikana kesken (Klemetti ym. 2021). Tämän takia suoramarkkinointikielto ja vanhemman asumisjärjestelyt vaikuttivat poimintaan. Toisaalta sillä ei tässä tutkimuksessa ole suurta merkitystä, koska vertailut tehtiin aineiston sisällä ja tulokset vakioitiin vanhemman iän, koulutuksen, syntyperän ja asuinpaikan kaupungistumisasteen mukaan. FinLapset-kyselytutkimuksessa äitien vastausaktiivisuus oli hyvä ja vastaajia, äitejä ja isiä, oli yhteensä lähes 15 000. Tämä lisää tulosten luotettavuutta.

Tutkimuksen ehdottomana vahvuutena on se, että aineisto oli laadukasta ja monipuolista: mukana oli rekisteri-, kysely- ja haastatteluaineistoa. Aineistot analysoitiin huolellisesti, ja mahdolliset sekoittavat tekijät vakioitiin silloin kun se oli mahdollista. FinLapset-kyselytutkimuksen vastaajia on verrattu Tilastokeskuksen aineistoon kadon selvittämiseksi; samalla todettiin, että vastaajat olivat hieman vanhempia ja paremmin koulutettuja kuin väestö keskimäärin (Klemetti ym. 2021). Kansainvälistä ulottuvuutta tutkimukseen saatiin vertaamalla FinLapset-kyselytutkimuksen ja syntyneiden lasten rekisterin indikaattoreita ICHOM-mittariston indikaattoreihin.

## 9.3 Äitiyshuollon palvelujen integraatio

### 9.3.1 Rakenteiden uudistaminen

Äitiyshuollon palvelukokonaisuus on vuoden 2023 alusta ollut jokaisella hyvinvointialueella saman järjestäjän vastuulla, mutta käytännössä monella eri tavalla järjestetty. Jos hyvinvointialueilla halutaan edistää integroitua hoitoa, johtamisen tulisi olla moniammatillista ja poikkihallinnollista (Koivisto ym. 2016). Integraatio edellyttäisi myös päättäjien ja johdon sitoutumista ja yhteistä näkemystä tavoitteista. Moneen muuhun erikoisalaan ja hoitoketjuun verrattuna äitiyshuollon prosessi on poikkeuksellinen sen vuoksi, että äidit ja perheet ovat tiiviissä hoitosuhteessa sekä äitiysneuvolan että synnytysyksikön kanssa vuorovetoisesti läpi koko äitiyshuollon hoitoprosessin. Tämän vuoksi integraatiota hankaloittaviin organisaatorajoihin ei törmätä ainoastaan lähetettäessä raskaana oleva erikoissairaanhoidon, vaan mahdollisesti vielä useaan kertaan raskaus- ja lapsivuodeaikana. Haastatellut äitiyshuollon vastaavat johtajat olivatkin sitä mieltä, että äitiysneuvoloiden ja synnytysyksiköiden yhteinen hallintorakenne vähentäisi organisaatorajojen aiheuttamia haasteita.

Vaikka hyvinvointialueet ovat jo aloittaneet toimintansa ja luoneet omat rakenteensa, ei ole myöhäistä tarvittaessa organisoida palveluja uudelleen tavalla, joka edistää integraatiota ja ottaa samalla huomioon kunkin hyvinvointialueen tarpeet. Hyvinvointialueiden päätöksenteossa on edelleen hyvä mahdollisuus kiinnittää huomiota äitiyshuollon rakenteisiin.

Valentijnin (2015) mukaan järjestelmäintegraatio on eri palvelujen tarjoajien välillä olevien erilaisten virallisten ja epävirallisten sääntöjen sekä poliittisten päätösten kokonaisuus. Tutkimusessamme haastateltujen johtajien mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapinnan toiminta on kansallisesti ohjattua ja lain säätelemää, joten integraatiota estävien rakenteiden poistamiseen tarvittaisiin poliittista tahtoa. Haastateltavat pitivät integraation toteutumisen haasteena poliittisten päätöksentekijöiden substanssiosaamisen puutetta ja haluttomuutta muuttaa olemassa olevia rakenteita. Uusi lainsäädäntö korostaa hyvinvointialueiden itsenäisyyttä ja mahdollisuutta omiin päätöksiin (Finlex 611/2021), eikä kansallisen ohjauksen rooli ole yhtä merkittävä kuin aiemmin. Äitiyshuollon integraatioon on siis aiempaa paremmat mahdollisuudet, jos hyvinvointialueilla niin halutaan. Olisikin tärkeää, että äitiyshuollosta vastaavia johtajia kuultaisiin palveluja integroitaessa ja hyvinvointialueiden rakenteita kehitettäessä.

Jo vajaat kymmenen vuotta sitten tiheään asutuille alueille esitettiin rakenteiden uudistamiseksi keskusneuvolamallia (Raussi-Lehto ym. 2013 ja 2015). Mallissa keskusneuvoloille ehdotettiin siirrettäväksi sairaaloiden äitiyspoliikkien erityisosaamista riskiraskauksien hoitamista



varten. Keskusneuvola on perustettu esimerkiksi Turkuun. Keskusneuvolaan ohjataan lähineuvoiloista asiakkaita, joilla on esimerkiksi synnytyspelkoa tai raskausdiabetesta tai jotka tarvitsevat ultraäänitutkimusta tai erikoislääkärin arviota. Keskusneuvoloiden voidaan ajatella edistävän sekä horisontaalista että vertikaalista integraatiota – ammattilaiset toimivat niissä yhdessä ja asiakkaat pääsevät perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon vähäisemmin kustannuksin ja ehkä vähemmän lääketieteellisten raskauden seurantaan kuin jos asiakas lähetettäisiin neuvolasta suoraan erikoissairaanhoidon.

### 9.3.2 Johtaminen ja henkilöstöresurssit

Äitiyshuollon integraatiossa tärkeitä osatekijöitä ovat myös johtaminen ja henkilöstöhallinto. Kuten Sinervon ja Keskimäen (2019) tutkimuksessa, myös tässä tutkimuksessa haasteltavat toivoivat yhtä johtajaa eli äitiyshuollon osalta käytännössä sitä, että synnytys- ja äitiysneuvolatoiminta olisi yhden johtajan alaisuudessa. Yksi, yhteinen hoitotyöstä vastaava johtaja voisi yhtenäistää käytänteitä, lisätä yhteistyötä ja palvelujen kehittämistä sekä tuoda selkeyttä palvelujen järjestämiseen.

Täydellisessä integraatiossa eri järjestelmien resurssit on yhdistetty itsenäiseksi uudeksi yksiköksi (Leutz 1999). Myös äitiyshuollossa tiivis ja yhtenäinen kokonaisuus mahdollistaisi yhdenmukaisten palvelujen kehittämisen sekä resurssien paremman hyödyntämisen. Saman henkilöstöresurssin hyödyntäminen synnytysyksiköissä ja äitiysneuvoloissa on nykyisellään melko vähäistä.

Puutteelliset resurssit vaikeuttavat integraatiota (Auschra 2018, 6) tulevaisuudessa myös äitiyshuollossa. Syntyvien lasten määrän väheneminen toisaalta vapauttaa äitiyshuollon resursseja, mutta toisaalta haastaa myös hyödyntämään niitä tarkoituksenmukaisesti eli paikkaamaan tulevaisuudessa todennäköisesti pahenevaa henkilöstöpulaa (Kestilä ym. 2022, Wiss ym. 2022, Nieminen 2023). Integroidussa järjestelmässä henkilöstö olisi helpompaa sijoittaa oikea-aikaisesti oikeaan paikkaan. Äitiyshuollon integraatio tehostuisi, jos työntekijät liikkuisivat joustavasti organisaatiosta toiseen ja heidän osaamistaan saataisiin hyödynnettyä nykyistä paremmin. Esimerkiksi synnytysairaaloista synnytysten vähenemisen myötä vapautuvat kättilöt voisivat työskennellä äitiysneuvoloissa ja perhekeskuksissa konsultoivina seksuaali- ja lisääntymisterveyden asiantuntijoina ja perhe- ja synnytysvalmennuksen ohjaajina.

Äitiysneuvoloiden mitoitusta laskettaessa on huolehdittu lähinnä siitä, kuinka monta raskaana olevaa neuvolassa toimivat terveydenhoitajat, kättilöt ja lääkärit ehtivät enimmillään ottaa vuodessa asiakkaiksi (Äitiysneuvolaopas 2013). Olisi kuitenkin tärkeää huolehtia myös osaamisen kehittämisestä ja ylläpitämisestä, ja silloin pitäisi ennemminkin laskea, kuinka monta raskaana olevaa asiakasta äitiysneuvolan ammattilaisilla olisi vähintään oltava vuosittain, jotta osaaminen säilyisi (Raussi-Lehto ym. 2013). Osaamista on esimerkiksi Turun keskusneuvolassa varmistettu sillä, että henkilökuntaan kuuluvat lähihoitajan, seksuaaliterapeutin ja psykiatrisen sairaanhoitajan lisäksi kättilö ja gynekologi; äitiysneuvoloissahan yleisimmin lääkäreinä toimivat yleislääkärit tai erikoistumattomat lääkärit ja hoitajina terveydenhoitajat. Pohjanmaalla äitiysneuvolatoiminta on eriytetty lastenneuvolatoiminnasta henkilöstön osaamisen, jaksamisen ja pitovoiman vuoksi, ja siitä on saatu hyviä kokemuksia (Nieminen 2023). Etelä-Pohjanmaalla äitiysneuvolassa toimivalla hoitajalla tulee osaamisen varmistamiseksi olla ainakin kättilön koulutus.

Osaamisen varmistaminen on erityisen tärkeää harvaan asutuilla seuduilla. Osalla hyvinvointialueista on jo sovittu rakenteet alueille, joissa syntyvyys on erityisen alhainen. Osa kuitenkin vielä miettii, miten ne voivat järjestää äitiyshuollon palvelut kustannustehokkaasti, mutta kuitenkin niin, että niitä on tarjolla riittävästi. Harvaan asutuilla alueilla äitiyshuollon tehtäviin on usein jo yhdistetty muita seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä palveluja, kuten ehkäisyneuvonta, gynekologiset seulonnat sekä raskauden keskeytysten ja seksitautien hoito (Raussi-Lehto ym. 2013). Hyvin harvaan asutuilla alueilla asiakkaita ei riitä laajennettuunkaan toimenkuvaan, vaan joko raskaana olevat tai ammattilaiset joutuvat matkustamaan. Yksi mahdollisuus olisi asiakkaan luokse liikutelvat palvelut, kuten palvelubussi, jota on kokeiltu muissa palveluissa esimerkiksi Etelä-Karjalassa. Tutkimuksessamme haastatellut vastaavat johtajat olivat sitä mieltä, että osan palveluista, kuten vastasyntyneen painon tai keltaisuusarvojen kontrolloinnin, voisi viedä asiakkaan kotiin.

### 9.3.3 Perhekeskustoiminta integraation edistäjänä äitiyshuollossa

Tutkimuksessamme haastatellut johtajat pitivät perhekeskustoimintaa integraation kannalta hyödyllisenä: toimivassa perhekeskuksessa henkilökunta tuntee toisensa, konsultaatio on helpompaa ja toiminta asiakaslähtöistä. Haastateltavien mukaan perhekeskusten toiminnassa ei kuitenkaan ole riittävästi huomioitu äitiyshuollon kokonaisuutta, vaan niissä on painotettu jatkumoa äitiysneuvolasta lastenneuvolaan. Äitiyshuollon integraatio ei täysin toteudu, jos erikoissairaanhoidon synnytysyksiköt jätetään perhekeskustoiminnan ulkopuolelle.

Erikoissairaanhoidon palvelujen parempi yhdistäminen perhekeskustoimintaan olisi hyvä keino lisätä äitiysneuvoloiden ja synnytysyksiköiden integraatiota. Se voisi toteutua esimerkiksi aiemminkin mainittujen keskusneuvoloiden tapaan niin, että erikoissairaanhoidon ja synnytysten ammattilaiset toimisivat tarvittaessa perhekeskuksessa tai että perhekeskuksen ja erikoissairaanhoidon yhteistyöhön luotaisiin muita selkeitä rakenteita. Osalla alueista perhekeskustoimintaa ollaan vasta aloittamassa, joten vertikaalinen integraatio ja erilaiset palvelumuodot on vielä mahdollista ottaa huomioon.

Kolmannen sektorin ja vapaaehtoistyön integroiminen osaksi äitiyshuollon palveluja on tärkeää henkilöstöressurssien vähenemisen mutta myös monipuolisemman palvelutarjonnan vuoksi. Esimerkiksi vapaaehtoisia maallikkotukihenkilöitä eli doulia käytetään jo jonkin verran synnyttäjien tukihenkilöinä (Lehtonen 2019). Kolmannen sektorin mukanaolo on perhekeskuksen tavoitteiden mukaista (Hastrup ym. 2021). Kohtaamispaikat tarjoavat raskaana oleville ja lapsiperheille mahdollisuuden tavata muita samassa elämäntilanteessa olevia ja saada vertaistukea.

### 9.3.4 Digitaalisten palvelujen mahdollisuudet integroidussa äitiyshuollossa

Koronapandemian aikana myös äitiyshuollossa kokeiltiin digitaalisia palveluja erityisesti perhe- ja synnytysvalmennuksessa sekä synnyttäjien sairaalasta kotiutumisen tukena (Hakulinen ym. 2020, Koukkula ym. 2020). Digitaalisten palvelujen käyttöä sosiaali- ja terveystieteissä selvitettyä on todettu, että digitaalisten palvelujen kehittämisen yhteydessä on arvioitava asiakkaiden tarve ja kyky käyttää digitaalisia palveluja ja tarjolla on oltava myös vaihtoehtoisia palveluja (Pennanen ym. 2023).

Äitiyshuollon asiakkaiden voisi pääsääntöisesti arvioida kykijensä puolesta olevan sopiva asiakasryhmä digitaalisille palveluille. Esimerkiksi osa perhe- ja synnytysvalmennuksesta voitaisiin toteuttaa digitaalisina palveluina ja erilaisina verkossa tapahtuvina koulutuksina ja osa raskausaikana annettavasta ohjauksesta voitaisiin antaa etävastaanotoilla. Sähköinen äitiyskortti on jo pidempään ollut käytössä joillakin alueilla, esitietolomakkeita voi paikotellen täyttää sähköisesti, ja sähköinen ajanvaraus lienee jo arkipäivää monilla alueilla. Kotona voi seurata verenpainetta, verensokeria sekä virtsan sokeria ja valkuaista, ja tiedot voidaan paikotellen välittää sähköisesti äitiysneuvolaan. Raskausdiabeetikoiden hoidossa on käytössä digitaalisia hoitopolkuja. Korona-aikana käyttöön otetut menetelmät, kuten puhelinsoitto synnytysairaalaan kaikille kotiutuneille perheille kotiutumista seuraavana päivänä ja kotiutuneen perheen ohjaus videoyhteyden avulla (Koukkula ym. 2020), ovat hyviä digitaalisia, perhettä tukevia palvelumuotoja myös korona-ajan jälkeen.

Pennanen ja muiden (2023) selvityksessä todetaan, että digitaalisten palvelujen tulee sopia asiakkaiden ja ammattilaisten palvelukokonaisuuksiin. Äitiyshuollossa täytyy huomioida, että kaikilla ei ole mahdollisuutta esimerkiksi suomen tai ruotsin kieltä taitamattomana käyttää digitaalisia palveluja yhtä hyvin kuin kieltä äidinkieltään puhuvien. Tulkkipalvelujen tulee olla saatavilla sekä digitaalisissa että kasvokkaisissa palveluissa.

Äitiyshuollossa tarvitaan aitoja kohtaamisia kasvokkain ja mahdollisuuksia tutkia paitsi raskaana olevan myös sikiön vointia, mutta kaiken kaikkiaan digitaalisten palvelujen kehittäminen tarjoanee helpotusta pitkien etäisyyksien päässä oleville. Erilaiset chat-palvelut yleistyvät nopeasti, ja psykologisten hoitojen toteuttaminen etäterapioina on lisääntynyt (Pennanen ym. 2023). Digitaalisten palvelujen avulla voidaan myös äitiyshuollossa laajentaa palvelutarjontaa aiempaa

sopivammaksi raskaana oleville ja heidän perheilleen – esimerkiksi neuvontaa ja henkistä tukea voitaneen hyvin antaa myös etävastaanoitoilla.

Vaikka äitiyshuollon ammattilaiset ovat koronapandemian aikana ainakin jossain määrin käyttäneet digitaalisia palveluja, olisi hyvä arvioida ja tarvittaessa lisätä heidän digiosaamistaan ja motivaatiotaan digitaalisia palveluja kehitettäessä (Pennanen ym. 2023). Digitalisaation voi tiettyyn pisteeseen asti ajatella helpottavan ammattilaisten kiireistä arkea, ja sen avulla saattaisi löytyä uusia mahdollisuuksia myös vertaistuen tarjoamiseen.

### 9.3.5 Yhteistyö ja hoidon jatkuvuus integroidussa äitiyshuollossa

Mesotasolla (Valentijn ym. 2013) tulisi kiinnittää huomiota siihen, että yhteistyö äitiysneuvoloiden ja synnytysyksiköiden välillä olisi säännöllistä. Koska organisaatioiden välisten yhteistyömallien tiedetään helpottavan hoitoon pääsyä, vähentävän kustannuksia ja parantavan tehokkuutta (Smith 2014, 129), yhteisiä hoitopolkuja olisi tärkeä kehittää myös äitiyshuollossa. Esimerkkejä tästä on jo useita, kuten Pohjois-Karjalassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä kehitetty raskausdiabeteksen hoitopolku (Nieminen 2023). Päijät-Hämeen hyvinvointialueella on alkamassa vastaava hanke. Helsingin perhekeskustoiminnassa ja HUS-alueella integroitiin palveluja niin, että HUSin gynekologit pitivät säännöllisesti vastaanottoa perhekeskuksissa. Tällöin ei ketään jouduttu lähettämään äitiyspoliklinikalle, mikä nopeutti asioiden hoitamista, vähensi erikoissairaanhoidon käyntejä ja kustannuksia. Henkilökunnan mielestä myös asiakkaat olivat tyytyväisiä toimintatapaan.

Yhteistyön kannalta tärkeiksi havaitut säännölliset yhteistyöpalaverit (Beasley ym. 2012) ovat yksinkertainen tapa edistää myös äitiyshuollon integraatiota perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Koska yhteiset fyysiset tilat myös edistävät integraatiota ja lisäävät asiakastytyväisyyttä (Valentijn 2013 ja 2015), on hyödyllistä pohtia, olisiko hyvinvointialueilla tarvetta ja mahdollisuutta järjestää äitiyshuollon toimijoille yhteiset tilat esimerkiksi juuri perhe-, hyvinvointi- tai sosiaali- ja terveystieteiden keskuksissa tai synnytysairaaloissa.

Funktionaalissa integraatiossa olennaiset yhteiset tietojärjestelmät (Valentijn, 2013) ovat tärkeä osa myös äitiyshuollon integraatiota. Kaikilla tämän tutkimuksen integroiduilla alueilla ei ollut yhtenäistä tietojärjestelmää. Jatkossa voisi olla hyödyllistä selvittää integraation vaikutusta otamalla yhdeksi selittäväksi tekijäksi yhtenäiset tietojärjestelmät. On myös toivottavaa, että tulevaisuudessa kaikilla hyvinvointialueilla on alueen yhteinen Kanta-yhteensopiva tietojärjestelmä.

Äitiyshuollonkin integraatiossa on olennaista ammatillinen integraatio eli ammattilaisten keskinäinen kumppanuus, joka perustuu jaettuun toimivaltaan, rooleihin, vastuisiin ja hoidon järjestämiseen tietyille kohderyhmälle (Valentijn ym. 2013). Tässä tutkimuksessa haastatellut johtajat pitivät äitiysneuvoloiden ja synnytysyksiköiden rooleja selkeinä. Toisaalta käsitykset muun kuin oman yksikön rooleista vaihtelivat vastaajien kesken. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että rooleista ja työnjaosta käytäisiin keskustelua yhteisesti äitiysneuvoloissa ja synnytysyksiköissä.

Terveydenhoitajien ja kättilöiden yhteistyötä olisi lisättävä esimerkiksi jo aiemmin mainittujen yhteisten hoitopolkujen ja prosessien suunnittelun avulla. Tällöin henkilökunta tuntisi paremmin toisensa ja tietämys toisen ammattiryhmän työnkuvasta ja toisen työn arvostaminen lisääntyisivät. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaisten osaamisen vahvistaminen on helppompaa, kun vertikaalista integraatiota toteutetaan tarkoituksenmukaisesti. Koska ammatilliseen integraatioon sisältyy myös johtajien välinen yhteistyö (Hujala ym. 2020), myös äitiyshuollon eritasoisten johtajien yhteistyömahdollisuuksiin kannattaa kiinnittää huomiota.

Koska integraation avulla pystytään kehittämään eritasoisten palvelujen muodostamaa palvelujärjestelmää yhtenä kokonaisuutena (Raitakari ym. 2019), äitiyshuollon vertikaalinen integraatio mahdollistaisi mikrotason yhdenmukaiset ja asiakaslähtöiset hoitoprosessit. Integroiduilla alueilla oli jo ennen vuotta 2023 toteutettu horisontaalista integraatiota yhtenäistämällä alueen sosiaali- ja terveyspalveluja, mutta vertikaalinen integraatio oli jäänyt vähemmälle huomiolle.

Palvelutason integraatio eli integraatio yksittäisen palvelun, prosessin tai asiakkaan tasolla huomioi asiakaskeskeisyyden ja hoidon jatkuvuuden (Valentijn 2015). Integroitu hoito johtaa po-

tilakeskeiseen hoitoon (Nolte & McKee, 2008). Tutkimuksessamme haastatellut johtajat pitivät perheiden ja terveydenhoitajan välisen suhteen kannalta hyvänä sitä, että yksi ja sama terveydenhoitaja toimii perheiden kanssa raskauden alusta lapsen kouluikään asti. Hoitosuhteessa syntyvää luottamuksellisuutta on korostettu aiemmissakin tutkimuksissa (Vaittinen 2019). Jatkuvuus on tärkeää, eikä terveydenhoitajan pitäisi vaihtua, mutta varsinkin isoilla paikkakunnilla hoitohenkilökunnan vaihtuminen on yleistä.

Raskausajan seurannassa ja hoidossa keskeistä on synnytykseen ja vanhemmuuteen valmistautuminen. Näihin osa-alueisiin vanhemmat eivät FinLapset-kyselytutkimuksen mukaan olleet saaneet riittävästi tukea. Synnytysvalmennusta ei myöskään aina pidetty hyödyllisenä synnytyspelon lievittämisessä. Haastatellut johtajat pitivät hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeänä, ettei synnytys olisi niin eriytynyt kokonaisuus äitiyshuollon prosessissa, vaan tiiviimmin yhteydessä raskauden seurantaan. Äitiyshuoltoa kehitettäessä keskiössä pitäisi olla raskaana olevan naisen ja hänen perheensä hoito, ja siksi olisi panostettava saumattomaan hoitopolkuun äitiysneuvolan ensikäynnistä synnytykseen ja synnytyksen jälkeiseen aikaan eli vertikaaliseen integraatioon. Integroidussa hoidossa asiantuntijat kokoontuvat asiakkaan ympärille, jolloin yhteistyö väistämättä lisääntyy, päällekkäiset toiminnot vähenevät ja hoidon lähtökohdaksi tulevat asiakkaan tarpeet.

## 9.4 Asiakastytyväisyys integroidussa äitiyshuollossa

Asiakaslähtöisyys liittyy kiinteästi hoidon integraatioon (Ristolainen ym. 2020), koska palvelujen yhteensovittaminen on asiakaslähtöisyyden keskeinen edellytys. Tutkimuksessamme haastatellut vastaavat johtajat näkivät äitiyshuollon integraation vaikuttavan siihen, miten asiakas kokee hoitonsa onnistuneen. Integraatio vaikuttaa palvelujen joustavuuteen, saavutettavuuteen, selkeyteen ja yhdenmukaisuuteen. Asiakastytyväisyyden uskottiin lisääntyvän, jos palvelut on mahdollista saada ”saman katon alta”.

FinLapset-kyselytutkimukseen vastanneet olivat varsin tyytyväisiä äitiyshuollon palvelujen eri osa-alueisiin, mikä vastaa hyvin neuvolan asiakaspalautekyselyn tuloksia (Asiakaspalautekysely 2021). Kuitenkin vain kaksi kolmesta koki äitiyshuollon palvelujen toteutuneen kokonaisuutena asiakaslähtöisesti. Asiakaslähtöisyys määriteltiin suhteellisen tiukasti: jotta hoito olisi kokonaisuutena asiakaslähtöistä, vastaajan piti olla sitä mieltä, että kaikki tutkimuksessa tarkastellut osa-alueet olivat toteutuneet hyvin tai melko hyvin.

Tutkimuksessamme ensimmäistä lastaan odottavat olivat integroiduilla alueilla tyytyväisempiä äitiysneuvolapalveluihin ja perhe- tai synnytysvalmennukseen synnytyspelon lievittämisessä. Meidän ei ollut mahdollista selvittää paremman tyytyväisyyden syitä, mutta tulos säilyi iän, koulutuksen, syntyperän ja asuinalueen kaupungistumisasteen vakioinnin jälkeenkin. Integroiduilla alueilla oli jollakin tavalla onnistuttu vähän paremmin vastaamaan ensimmäistä lastaan odottavien tarpeisiin. Koska synnytyspelkoa voidaan tehokkaasti lievittää synnytysvalmennuksella (Haapio 2017), olisi tärkeä kehittää perhe- ja synnytysvalmennus vastaamaan nykyistä paremmin raskaana olevien ja heidän perheidensä tarpeita.

Jatkossa on mielenkiintoista nähdä, näkyykö hyvinvointialueiden välillä eroja äitiyshuollon asiakkaiden tyytyväisyydessä. Tärkeä olisi myös selvittää, miten ja millä tasoilla integraatio on toteutettu kullakin hyvinvointialueella.

## 9.5 Äitiyshuollon palvelujen käytön ja perinataaliajan terveyden seuraaminen

Integraatio ei juuri näkynyt äitiyshuollon palvelujen käytössä eikä perinataaliajan terveydessä. Hyvin vähäiset ja runsaat raskausajan käynnit sekä normaaliraskauden seurantakäynnit äitiyspoliklinikalla olivat vähän harvinaisempia integroiduilla alueilla, mutta integroitujen ja integroimat-

tomien alueiden sisällä vaihtelu oli suurta. Äitiyshuollon vastaavat johtajat olivat sitä mieltä, että integraatio vähentää turhia käyntejä ja yhteydenottoja.

Käyntien rekisteröinnissä ja raportoinnissa oli vaihtelua. Esimerkiksi Pohjois-Karjalassa raskausajan käyntejä oli ilmoitettu syntyneiden lasten rekisteriin niin vähän, että Pohjois-Karjala jouduttiin jättämään pois analyyseistä. Hoitoilmoitusrekisterin mukaan raskausajan käyntejä perusterveydenhuollossa oli vuonna 2021 vain 4–5 synnyttäjää kohti (Mölläri ym. 2023). Samana vuonna syntyneiden lasten rekisteriin oli kuitenkin ilmoitettu synnyttäjää kohti keskimäärin 13 raskausajan käyntiä, joista noin kolme oli kiireettömiä poliklinikkakäyntejä. Käyntien ja käyntisyiden ilmoittamiseen, erityisesti hoitoilmoitusrekisterin raportointiin, on syytä kiinnittää huomiota, jotta saamme luotettavaa tietoa käyntimäärien kehittymisestä. Tällöin voisimme selvittää tarkemmin, onko hyvinvointialueiden välillä eroa käyntimäärissä ja käyntien syissä ja missä määrin ne mahdollisesti liittyvät alueen integraation asteeseen.

Raskausajan tupakoinnissa oli pieniä eroja integroitujen ja integroimattomien alueiden välillä: alkuraskausajan tupakointi oli uudelleensynnyttäjillä hieman yleisempää integroiduilla alueilla ja tupakoinnin lopettaminen ensisynnyttäjillä yleisempää integroimattomilla alueilla. Vaikea lihavuus oli hieman yleisempää integroiduilla alueilla. Tupakointiin ja ylipainoon on hyvä kiinnittää huomiota jo raskautta suunniteltaessa. Neuvolatyön onnistumisena voidaan pitää sitä, että raskausajan tupakointi on vähentynyt. Raskaana olevien ylipaino sen sijaan lisääntyy, ja siksi olisi kiinnitettävä huomiota jo nuorten naisten painonhallintaan ja liikunnan lisäämiseen (Huvinen 2023). Raskausajan elintapainterventioista on saatu hyviä tuloksia. Synnytyksen jälkeen olisi tärkeää tukea äitejä painonhallinnassa ennen mahdollista uutta raskautta. Integroiduissa palveluissa ja moniammatillisissa tiimeissä on aiempaa paremmat mahdollisuudet suunnitella ja järjestää terveyttä edistäviä interventiota.

Perinataaliajan terveys on Suomessa niin hyvällä tasolla, että oli oletettavaakin, ettei integraatiolla – sellaisena kuin se oli ennen vuotta 2020 – ollut suurta merkitystä perinataaliajan tuloksissa. Toisaalta osa perinataaliajan tuloksista vaihteli integroitujen ja integroimattomien alueiden sisällä. Meillä oli mahdollisuus vakioida vain synnyttäjän ikä ja tupakointi, jota käytimme sosioekonomisen aseman osoittimena, joten muiden sekoittavien tekijöiden vaikutusta ei voida poissulkea.

Kolme toisiinsa liittyvää seikkaa eli synnytyksen päättyminen keisarileikkaukseen, kahta vuorokautta pidempi hoitoaika synnytyksen yhteydessä ja vastasyntyneen teho- tai valvontahoito olivat tässä tutkimuksessa hieman yleisempiä integroiduilla alueilla. Keisarileikkaus tehdään Suomessa tavallisimmin synnytyksen edistymättömyyden, sikiön ahdingon, perätilan, synnytyspelon, aiemman keisarileikkauksen tai äidin sairauden vuoksi (Antila ym. 2021). Niinpä esimerkiksi synnytyspelon hyvä hoito vähentää keisarileikkausten tarvetta. Yhteiset hoitopolut voisivat hyvin integroidussa äitiyshuollossa parantaa myös joitakin perinataaliajan tuloksia.

## 9.6 Äitiyshuollon laadun seuranta

Johdonmukainen potilas- tai asiakaskesteiden mittareiden käyttö voi auttaa ammattilaisia seuraamaan ja arvioimaan hoidon laatua ja vaikuttavuutta sekä tarjoamaan yhä asiakaskeisempää hoitoa (Väyrynen ym. 2021). Kansainvälisen ICHOM-konsortion mittaristo tarjoaa välineet, joilla kuvataan potilaan tyytyväisyyttä omaan hoitoonsa. Tässä tutkimuksessa lähes kaikkiin ICHOM-mittariston indikaattoreihin, jotka kuvaavat potilaan tyytyväisyyttä omaan hoitoonsa ja hänen käsitystään terveydestään ja hyvinvoinnistaan, löytyi vastaavuutta FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreista. Syntyneiden lasten rekisterin tietosisällöistä löytyi vastaavuus myös kaikille ICHOM-mittariston kuolleisuus- ja sairastuvuusindikaattoreille, mutta ei potilaan itse ilmoittamille tiedoille terveydestään ja hyvinvoinnistaan.

ICHOM-mittariston lantion alueen kipua koskevalle indikaattorille ei löytynyt vastaavaa indikaattoria FinLapset-kyselytutkimuksesta, mutta tutkimuksessa kysytään synnytyksestä toipumisesta ja nykyisestä terveydentilasta. Voi olla, että synnytyksen jälkeinen lantion alueen kiputila tulee osittain huomioiduksi näissä kysymyksissä, mutta synnyttäneen naisen elämää rajoittavana tekijänä se tulisi kuitenkin ottaa vakavasti, ja olisi pohdittava, miten siitä saataisiin tietoa ja miten sitä voitaisiin ehkäis-

tä. Kaiken kaikkiaan voi todeta, että FinLapset-kyselytutkimus ja syntyneiden lasten rekisteriseuranta täydentävät erinomaisesti toisiaan ja yhdessä ne antavat hyvän kokonaiskuvan raskaana olevien ja synnyttäneiden terveydestä ja hyvinvoinnista sekä vanhempien hoito- tai palvelukokemuksista.

Synnytystyytyväisyyttä on tutkittu HUSin alueella yhdistämällä VAS-mittarin (visual analogue scale) tulokset syntyneiden lasten rekisterin tietoihin (Joensuu 2023). Jos VAS-mittaria käytettäisiin systemaattisesti jokaisessa synnytys sairaalassa ja tulokset kirjattaisiin syntyneiden lasten rekisteriin, saisimme kansallisesti tietoa synnytystyytyväisyydestä. Voisimme myös selvittää integroidun hoidon merkitystä synnytystyytyväisyydessä. Jos raskaana olevien terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä asioita kirjattaisiin rakenteisessa muodossa potilastietojärjestelmiin, voisimme seurata raskaana olevien kokemuksia. Tällä hetkellä hoitoilmoitusrekisteristä saatava tieto käynneistä ja käyntien syistä vaatii vielä edelleen kehittämistä. Niin kauan kuin rekisteritieto ei sisällä asiakkaiden ja potilaiden omia arvioita, tarvitaan väestötutkimuksia, jotta voimme seurata äitiyshuollon laatua ja samalla täyttää esimerkiksi ICHOM-konsortion kansainväliset standardit.

## 9.7 Johtopäätökset

Äitiyshuollon integraatiolla – sellaisena kuin se kuntayhtymäpohjaisena oli ennen vuotta 2020 – ei ollut kovin suurta vaikutusta äitiyshuollon palvelujen käyttöön eikä perinataaliajan terveyteen. Normaali raskauden seuranta näytti integroiduilla alueilla tapahtuvan integroimattomia alueita useammin tarkoituksenmukaisesti perusterveydenhuollossa, ja asiakastytyväisyys oli osin korkeampi integroiduilla kuin integroimattomilla alueilla.

FinLapset-kyselytutkimuksessa käytetyt palvelujen laatua kuvaavat mittarit ovat kansainvälisestikin tarkasteltuna sopivia äitiyshuollon kontekstiin, mutta äitiyshuoltoa koskevan rekisteriseurannan indikaattoreita olisi hyvä kehittää paremmin kansainvälisiä laatumittareita vastaaviksi. Perinataaliajan terveydestä saadaan kuitenkin pääosin hyvin luotettavaa tietoa syntyneiden lasten rekisteristä, mutta käyntitietojen kirjaamista sekä syntyneiden lasten että hoitoilmoitusrekisteriin tulee parantaa. Hyvinvointialueet voivat jatkossakin käyttää syntyneiden lasten rekisterin ja FinLapset-kyselytutkimuksen indikaattoreita äitiyshuollon palveluja arvioidessaan. Koska asiakaskokemus on keskeistä hoidon laadun arvioimisessa, Suomessa tarvitaan rekisteriseurannan täydennykseksi väestötutkimuksia ja laadullisia tutkimuksia ja äitiyshuollon kohdalla erityisesti pikukulapsiperheisiin kohdistuvia tiedonkeruita.

Äitiyshuollon rakenteita olisi hyvä tarkastella kullakin hyvinvointialueella ja pohtia, edistävätkö ne integraatiota. Synnytys- ja äitiysneuvolatoiminnan olisi hyvä olla yhden johtajan alaisuudessa. Äitiysneuvoloiden ja synnytysyksiköiden yhteistyön pitäisi olla säännöllistä, ja niiden käytettävissä olisi hyvä olla yhteisiä fyysisiä tiloja ja yhtenäiset tietojärjestelmät.

Tarkoituksenmukainen vertikaalinen integraatio vahvistaisi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaisten osaamista. Perustason palveluista erityistason palveluihin johdettavien hoitopolkujen pitäisi olla mahdollisimman saumattomia, jotta vanhemmille saadaan taattua optimaaliset valmiudet synnytykseen ja vanhemmuuteen. Sujuvat ja tarkoituksenmukaiset hoitoprosessit parantaisivat asiakaslähtöisyyttä ja asiakastytyväisyyttä, karsisivat päällekkäisiä toimintoja ja säästäisivät resursseja.

Erikoissairaanhoidon palvelujen aiempaa parempi integroiminen osaksi perhekeskustoimintaa lisää integraatiota äitiysneuvoloiden ja synnytysyksiköiden välillä. Hyvinvointialueilla tulisi olla rohkeutta kokeilla erilaisia äitiyshuollon toimintamalleja, joilla edistettäisiin integraatiota parhaiden mahdollisten hoitotulosten saavuttamiseksi ja lisättäisiin asiakastytyväisyyttä. Integraation toteutuminen kaikilla osa-alueilla voisi parantaa asiakastytyväisyyden lisäksi myös muita äitiyshuollon tuloksia.



## Lähteet

- Andersson J, Ahgren B, Axelsson B, Eriksson A, Axelsson R. (2011) Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation—an international literature review. *International Journal of Integrated Care* 11, 18 November. <https://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.670/>
- Antila R, Tihtonen K, Staff S. (2021) Keisarileikkauksen pitkäaikaisvaikutukset. *Katsausartikkeli. Suomen Lääkärelehti* 47, 2779–2782.
- Aquino M, Raisa J, Mullis R, Moore C, Kreit E, Lim L, McKeivitt C, Mackintosh B, Mant, J. (2020) "It's Difficult, There's No Formula": Qualitative Study of Stroke Related Communication Between Primary and Secondary Healthcare Professionals. *International Journal of Integrated Care* 20(4): 11, 1–10. <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.5465/>
- Arponen A. (2021) Päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden palvelu. Työpäpaperi 41/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Asiakaspalautekysely (2021) THL:n äitiys- ja lastenneuvoloiden asiakaspalautekysely vuonna 2021. [https://thl.fi/documents/9716163/9879558/Aitiys\\_ja\\_lastenneuvolatulokset\\_2021.pdf/c0b77d64-48c4-acc8-7e88-1654db42c41a?t=1672840300293](https://thl.fi/documents/9716163/9879558/Aitiys_ja_lastenneuvolatulokset_2021.pdf/c0b77d64-48c4-acc8-7e88-1654db42c41a?t=1672840300293) (luettu 30.11.2023)
- Auschra C. (2018) Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International Journal of Integrated Care* (1): 5, 1–14. <https://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.3068/>
- Axelsson R, Axelsson B, Gustafsson J, Seemann, J. (2014) Organizing integrated care in a university hospital: application of a conceptual framework. *International Journal of Integrated Care* 14: Apr-Jun. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4070441/pdf/IJIC-14-2014019.pdf>
- Bastola K. (2020) Health of Pregnant Migrant Women and their Newborns in Finland. Thesis. University of Tampere.
- Beasley S, Ford N, Tracy S, Welsh, A. (2012) Collaboration in Maternity Care is achievable and practical. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 52, 576–581. <https://obgyn.onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.uef.fi:2443/doi/pdfdirect/10.1111/ajo.12003>
- Bergeson S, Dean J. (2006) Systems approach to patient-centered care. *The Journal of the American Medical Association* 296(23), 2848–2851. <https://jamanetwork-com.ezproxy.uef.fi:2443/journals/jama/fullarticle/204579>
- Berwick D, Nolan T, Whittington J. (2008) The Triple Aim: Care, Health and Cost. *Health Affairs* 27:3, 759–769. <https://www.proquest.com/docview/204518979/fulltextPDF/F741E3489EC34C87PQ/1?accountid=11739>
- Bodenheimer T, Christine S. (2014) "From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider." *The Annals of Family Medicine* 12.6, 573–576.
- Cronie D, Rijnders M, Jans S, Verhoeven C, de Vries R. (2019) How good is collaboration between maternity service providers in the Netherlands? *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 12, 21–30. <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=47183>
- Elo S, Kajula O, Tohmola A, Kääriäinen M. (2022) Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* vol 34(4), 215–225.
- Finlex, 2021. Laki hyvinvointialueesta (611/2021).
- Fukkink R, Lalihatu E. (2020) A Realist Synthesis of Interprofessional Collaboration in the Early Years. *Becoming Familiar with Other Professionals. International Journal of Integrated Care* 20(3): 16, 1–13. <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.5482/>
- Gissler M, Teperi J, Hemminki E, Meriläinen J. (1995) Data quality after restructuring a nationwide medical birth registry. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 23(1), 75–80.
- Goodwin N. (2014) Thinking differently about integration: people-centred care and the role of local communities. *International Journal of Integrated Care* 14(9), 1–2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203115/pdf/IJIC-14-2014026.pdf>
- Goodwin N. (2016) Understanding Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 6, 1–4. <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2530/>
- Goodwin N, Stein V, Amelung V. (2017) What is Integrated Care? Teoksessa Amelung Volker, Stein Viktoria, Goodwin Nicholas, Balicer Ran, Nolte Ellen & Suther Esther (toim.) *Handbook Integrated Care*. Springer.
- Haapio S. (2017) Synnytyksvalmennus kättilötyön interventiona: Ensisyntyttäjien valmennuskokemukset ja valmennuksen vaikuttavuus. Väitöskirja. Tampere University Press.
- Hakulinen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Vaara S, Jahnukainen J, Varonen P. (2020) ”Pahin syksy ikinä”. Lasten, nuorten ja perheiden peruspalvelut koronasyksynä 2020. Työpäpaperi 37/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hakulinen T, Hietanen-Peltola M, Jahnukainen J, Ervasti E, Vaara S. (2021) Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut koronavuonna 2020. Tutkimuksesta tiiviisti 66/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hakulinen T, Hietanen-Peltola M, Jahnukainen J, Vaara S. (2022) Poikkeavat olosuhteet – tutut palvelut. Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon seuranta tutkimus 2021. Raportti 5/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hastrup A, Pelkonen M, Varonen P. (2021) Perhekeskusten kehittäminen ja vakiinnuttaminen tulevilla hyvinvointialueilla: ohjeita toimintasuunnitelman laadintaan. Työpäpaperi 9/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hietapakka L, Juujärvi S, Kaihlanen A, Laulainen S, Sinervo T. (2020) Lähijohtajien näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon integraation edellyttämästä osamisesta asiakastyössä. *Yhteiskuntapolitiikka* 85, 5–6.
- Hogan T, Harris L, Ivankova N, Hearld L, Wheeler J, Menachemi N. (2018) Hospital Vertical Integration Into Subacute Care as a Strategic Response to Value-Based Payment Incentives, Market Factors, and Organizational Factors: A Multiple-Case Study. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* 55, 1–9. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0046958018781364>

- Homer C. (2016) Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care. Centre for Midwifery, Child and Family Health. University of Technology Sydney. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.uef.fi:2443/doi/pdfdirect/10.5694/mja16.00844>
- Hujala A, Mustonen E, Klinga C, Lammintakanen J, Laulainen S, Taskinen H. (2020) Integroiva johtaminen. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press.
- Huvinen E. (2023) Nuorten naisten lihavuutta pitäisi hoitaa mahdollisimman varhain. Pääkirjoitus. Suomen Lääkärilehti 78: e37536. [www.laakarilehti.fi/e37536](http://www.laakarilehti.fi/e37536)
- IHI 2023. Triple Aim for Populations. <https://www.ihio.org/Topics/TripleAim/Pages/default.aspx>
- Joensuu J. (2023) Factors behind the childbirth experience – influence on future reproduction. Thesis. University of Helsinki. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202103227990>. In English: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021091746466>. In Swedish: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021091746465>.
- Johnson P, Wistow G, Schultz R, Hardy B. (2009) Interagency and interprofessional collaboration in community care: the interdependence of structures and values. *Journal of Interprofessional Care* 17:1, 70–83. <https://www.tandfonline.com.ezproxy.uef.fi:2443/doi/pdf/10.1080/1356182021000044166?nedAccess=true>
- Jolanki O, Tynkkynen L, Sinervo T. (2017) Professionals' views on integrated care. *Journal of Integrated Care* 25: 4, 247–255. <https://www.emerald-com.ezproxy.uef.fi:2443/insight/content/doi/10.1108/JICA-06-2017-0018/full/pdf>
- Kaehne A. (2018) Care Integration – From "One Size Fits All" to Person Centred Care: Comment on "Achieving Integrated Care for Older People: Shuffling the Deckchairs or Making the System Watertight for the Future?" *Int J Health Policy Manag* 2018; 7. doi: 10.15171/ijhpm.2018.51
- Kaihovaara A, Haila K, Noro K, Salminen V, Härmälä V, Halme K, Mikkälä K, Saarnivaara V-P, Pekkala H. (2017) Innovaatioekosysteemit elinkeinoelämän ja tutkimuksena yhteistyön vahvistajina. *Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja* 28/2017.
- Kennedy H, Balaam M, Dahlen H, Declercq E, de Jonge A, Downe S, Ellwood D, Homer C, Sandall J, Vedam S, Wolfe I. (2020) The role of midwifery and other international insights for maternity care in the United States: An analysis of four countries. *Birth* 47(4), 332–345. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.uef.fi:2443/doi/pdfdirect/10.1111/birt.12504>
- Kestilä L, Karvonen S, Jauhiainen S, Mikkola H (toim.) (2023) Väestön terveys- ja hyvinvointikatsaus 2023: tavoitteena sosiaalisesti kestävä Suomi. Työpäpaperi 14/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Klemetti R, Vuorenmaa M, Helakorpi S. (2021) Vauvaperheiden hyvinvointi – FinLapset-kyseilytutkimus 2020: Koronaepidemia on heikentänyt vauvaperheiden jaksamista – tyytyväisyys perhe-elämään silti suurta. Tilastoraportti 6/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141082/Vauvaperheiden%20hyvinvointi%20%e2%80%93%20FinLapset-kyselytutkimus%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (luettu 13.11.2023)
- Kodner D, Spreuwerberg C. (2002) Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/pdf/ijic2002-200212.pdf>
- Koivisto J, Pohjola P, Lyytikäinen M, Liukko E, Luoto E. (2016) Ratkaisuja palveluiden yhteensovittamiseen. *Innokylän innovaatiokatsaus*. Työpäpaperi 32/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131490/URN\\_ISBN\\_978-952-302-769-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131490/URN_ISBN_978-952-302-769-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Kortet S, Melender HL, Klemetti R, Kääriäinen M, Kaakinen P. (2020) Mothers' perceptions of the quality of maternity services at Finnish maternity units: A cross-sectional study. *Nordic Journal of Nursing Research*. doi: 10.1177/2057158520937541. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-532-5>
- Koukkula M, Bildjuschkin K, Ikonen R, Klemetti R. (2020) Synnytyssairaaloiden toiminta COVID-19-epidemian aikana Suomessa keväällä ja kesällä 2020. Kysely synnytyssairaloille ja hoitoilmoitusrekisterin ennakkotiedot synnytysten hoitoajoista. Työpäpaperi 41/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuurne K, Leppo A, Isosävi S, Klemetti R. (2023) Lapsen oikeus hyvään alkuun: vanhempien hyvinvoinnin tukeminen odotus-, synnytys- ja vauva-aikana. Teoksessa Aira Anneleena, Helander Merike, Pekkarinen Elina & Tuukkanen Terhi (toim.) *Terveys ja lapsen oikeudet*. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 2023:7.
- Laulainen S, Zitting J, Niiranen V. (2020) Henkilöstön ja johtajien osaamisvaatimukset integroituvissa palveluissa. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press.
- Lehtonen L. (2019) Doula – synnyttäjän tukihenkilö. *Lääketieteellinen Aikakauskirja DUODECIM*. 135(24), 2415–9.
- Leutz W. (1999) Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank quarterly* 77(1), 77–110. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751110/pdf/milq\\_125.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751110/pdf/milq_125.pdf)
- Ling T, Brereton L, Conklin A, Newbould J, Roland M. (2012) Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. *International Journal of Integrated Care* 12:24. <https://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.982/>
- Macdonald D, Snelgrove-Clarke E, Campbell-Yeo M, Aston M, Helwig M, Baker K. (2015) The experiences of midwives and nurses collaborating to provide birthing care: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 13(11), 74–127. <https://oce-ovid-com.ezproxy.uef.fi:2443/article/01938924-201513110-00008/PDF>
- Majlander S, Kinnunen TI, Lilja E, Gissler M, Castaneda AE, Lehtoranta L, Koponen P. (2023) Potentially traumatic experiences pre-migration and adverse pregnancy and childbirth outcomes among women of Somali- and Kurdish-origin in Finland. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 Aug 17; 23(1), 589. DOI: 10.1186/s12884-023-05906-w



- Martin L, Knowles E. (2019) Model for an integrated health system. *Journal of Integrated Care* 28:2, 161–170. <https://www-emerald-com.ezproxy.uef.fi:2443/insight/content/doi/10.1108/JICA-08-2019-0034/full/pdf>
- McPherson C, Ploeg J, Edwards N, Ciliska D, Sword W. (2017) A catalyst for system change: a case study of child health network formation, evolution and sustainability in Canada. *BMC Health Services Research* 17:100. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2018-5.pdf>
- Molenaar J, Lips S, Teunisse P, Vermeulen G, Schuitmaker-Warnaar T. (2020) Creating togetherness in a historically divided maternity care system. *International Journal of Health Professions* 7:1, 33–44. <https://sciendo.com/pdf/10.2478/ijhp-2020-0004>
- Munro S, Kornelsen J, Grzybowski S. (2013) Models of maternity care in rural environments: Barriers and attributes of interprofessional collaboration with midwives. *Midwifery* 29, 646–652. <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uef.fi:2443/science/article/pii/S0266613812001040>
- Mühlbacher A, Bethge S. (2017) Patients Preferences. Teoksessa Amelung Volker, Stein Viktoria, Goodwin Nicholas, Balicer Ran, Nolte Ellen & Suther Esther (toim.) *Handbook Integrated Care*. Springer.
- Mölläri K, Hauhio N, Hakulinen T, Hietanen-Peltola M. (2023) Terveystarkastusten ja muiden käyntien toteumat äitiys- ja lastenneuvolassa vuonna 2021 sekä kouluterveydenhuollossa lukuvuonna 2021–2022. Lasten ja nuorten terveystarkastuksia tehtiin edelleen vähemmän kuin ennen koronaepidemian alkua. Tilastoraportti 04/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mönkkönen K, Kekoni T. (2020) Monitoimijaisuus työntekijän voimavarana ja haasteena. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press. NEUKO-tietokanta, 2023 (luettu 30.11.2023). Duodecim.
- Nieminen S. (2023) Kansallinen äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan tilannekartoitus, kesäkuu 2023. THL (ei julkaistu).
- Nijagal M et al. (2018) Standardized Outcome Measures for Pregnancy and Childbirth, an ICHOM Proposal. *BMC Health Services Research* 18:953.
- Nolte E. (2017) Evidence Supporting Integrated Care. Teoksessa Amelung Volker, Stein Viktoria, Goodwin Nicholas, Balicer Ran, Nolte Ellen & Suther Esther (toim.) *Handbook Integrated Care*. Springer.
- Nolte E, McKee M. (2008) Integration and chronic care: a review. Teoksessa Nolte Ellen & McKee Martin (toim.) *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead.
- Nundy S, Cooper L, Mate K. (2022) The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA* 327(6), 521–522. doi:10.1001/jama.2021.25181
- Pennanen P, Jansson M, Torkki P, Harjumaa M, Pajari I, Laukka E, Lakoma S, Härkönen H, Verho A, Martikainen S, Kouvonen A, Leskelä RL. (2023) Digitaalisten palvelujen vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston selvitys - ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:52.
- Perdok H, Jans S, Verhoeven C, Henneman L, Wieggers T, Mol B, Schellevis F, de Jonge A. (2016b) Opinions of maternity care professionals and other stakeholders about integration of maternity care: a qualitative study in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 188. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0975-z#citeas>
- Perdok H, Jans S, Verhoeven C, Van Dillen J, Batenburg R, Mol B, Schellevis F, de Jonge A. (2016a) Opinions of professionals about integrating midwife- and obstetrician-led care in The Netherlands. *Midwifery* 37, 9–18. <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.uef.fi:2443/science/article/pii/S0266613816300158>
- Platzner E, Singler K, Dovjak P, Wirnsberger G, Perl A, Lindner S, Liew A, Roller-Wirnsberger R. (2020) Evidence of Inter-Professional and Multi-Professional Interventions for Geriatric Patients: A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care* 20(1): 6, 1–10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7047763/>
- Raitakari S, Räsänen J, Kostianen T, Juhila K. (2019) Integroiva työtapamuutostuotuvassa perhekeskussessa. Kriittisten tekijöiden tarkastelua. Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/105437/978-952-03-1020-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Raussi-Lehto E. (2022) Äitiysneuvolapalvelut ja äitiyshuollon innovaatioiden kehittäminen. Aalto-yliopiston perustieteiden korkeakoulu. Neurotieteen ja lääketieteellisen tekniikan laitos, Aalto-yliopisto.
- Raussi-Lehto E, Gissler M, Rämö A, Klemetti R, Hemminki E. (2013) Äitiysneuvolatyö on järjestetty hajanaisesti. *Suomen Lääkärilehti* 68:38, 2364–2396.
- Raussi-Lehto E, Hemminki E (toim.) Gissler M, Heinonen S, Honkanen V, Hämäläinen T, Klemetti R, Kukko SK, Tapper AM, Virtanen T. (2015) Äitiysneuvolat muuttuvassa terveydenhuollossa. Ehdotuksia rakenteiden uudistamiseksi. Työpäpaperi nro 17/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, Arditi C, Hong Q, Pluye P, Peytremann-Bridevaux I, Gilles I. (2021) An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *International Journal of Integrated Care* 21(2):32, 1–15. <https://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.5589/>
- Ristolainen H, Roivas P, Mustonen E, Hujala A. (2020) Asiakaslähtöinen palveluohjaus. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press.
- Romjin A, Teunissen P, de Bruijne M, Wagner C, DeGroot C. (2018) Interprofessional collaboration among care professionals in obstetrical care: are perceptions aligned? *BMJ Qual Saf*. 2018; 27(4), 279–286.
- Roustaei Z, Räsänen S, Gissler M, Heinonen S. (2020) Associations between maternal age and socioeconomic status with smoking during the second and third trimesters of pregnancy: a register-based study of 932 671 women in Finland from 2000 to 2015. *BMJ Open* 2020. PMID: 32847901.

- Rumrich I, Vähäkangas K, Viluksela M, Gissler M, Surcel H-M, Korhonen A, De Ruyter H, Hänninen O. (2019) Smoking during pregnancy in Finland – Trends in the MATEX cohort. *Scandinavian Journal of Public Health* 47(8), 890–898. doi: 10.1177/1403494818804417.
- Schölmerich V, Posthumus A, Ghorashi H, Waelput A, Groenewegen P, Denktas S. (2014) Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14:145. <https://bmcpregnancychild-birth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-14-145.pdf>
- Sinervo T, Keskimäki I. (2019) Palveluintegraatiota käytännössä. Mikä edistää ja mikä estää integraatiota? *Yhteiskuntapolitiikka* 84:4, 425–433. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138583/YPI904\\_Sinervo&Keskim%C3%A4ki.pdf?sequence=2](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138583/YPI904_Sinervo&Keskim%C3%A4ki.pdf?sequence=2)
- Smith D. (2014) Midwife–Physician Collaboration: A Conceptual Framework for Interprofessional Collaborative Practice. *Journal of Midwifery Womens Health* 60, 128–139. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.uef.fi:2443/doi/pdf/10.1111/jmwh.12204>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Megatrendit vaikuttavat sosiaali- ja terveyspolitiikkaan. <https://stm.fi/megatrendit> (luettu 19.11.2023)
- Sote-uudistus 2021. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistuksen keskeiset lait. <https://soteuudistus.fi/lainsaadanto>
- Taskinen H, Hujala A. (2020) Integraatio – sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen ydintä. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press.
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL). Palveluintegraatio. <https://thl.fi/fi/web/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma/palveluintegraatio> (luettu 19.11.2023)
- THL. (2022) Syntyneiden lasten rekisteri. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/aineistot-ja-palvelut/rekisterien-tietosuojailmoitukset/syntyneet-lapset> (luettu 10.11.2023)
- THL. FinLapset – Lasten, nuorten ja perheiden terveys ja hyvinvointi. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/finlapset-lasten-nuorten-ja-perheiden-terveys-ja-hyvinvointi> (luettu 10.11.2023)
- Tilastokeskus. (2024) Väestön ennakkotilasto 2023. <https://www.stat.fi/julkaisu/clmix-lq2e5fnt0bw60d4l2t7g> (luettu 26.1.2024)
- Tuominen M. (2016) Hyötyvätkö perheet äitiyshuollon ja lastenneuvolan palvelujen yhdistämisestä? Vertaileva palvelujärjestelmä-tutkimus. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/125185/AnnalesC426Tuominen.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Vaittinen P. (2011) Luottamus terveydenhoitajan ja perheen asiakassuhteen moraalisena ulottuvuutena. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Dissertations in Health Sciences 79. University of Eastern Finland.
- Valentijn P. (2015) Rainbow of chaos: A study into the theory and practice of integrated primary care. [https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/9272073/Valentijn\\_Rainbow\\_16\\_12\\_2015.pdf](https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/9272073/Valentijn_Rainbow_16_12_2015.pdf)
- Valentijn P, Schepman S, Opheij W, Brijnzeels, M. (2013) Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care* 13:3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653278/pdf/ijic2013-2013010.pdf>
- Vedam S, Stoll K, Schummers L, Fairbrother N, Klein M, Thordarson D, Kornelsen J, Dharamsi S, Rogers J, Liston R, Kaczorowski J. (2014) The Canadian birthplace study: examining maternity care provider attitudes and interprofessional conflict around planned home birth. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14:353. <https://bmcpregnancychild-birth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-14-353.pdf>
- Väyrynen K, Chen A, Leskelä RL, Raussi-Lehto E, Klemetti R, Heinonen S, Torkki P, Tekay A. (2023) Introducing standard patient-reported measures (PRMs) into routine maternity care: A pre-implementation qualitative study on women's perspectives in Finland. *BMC Health Services Research* 23, 845. DOI: 10.1186/s12913-023-09818-5
- WHO. (2016) WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.
- WHO. (2015) WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.6\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Wiss K, Hakulinen T, Hietanen-Peltola M, Jahnukainen J, Saaristo V. (2022) Äitiys- ja lastenneuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon henkilöstövoimavarat 2004–2021. Tutkimuksesta tiiviisti 60/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Zonneveld N, Driessen N, Stüssgen R, Minkman M. (2018) Values of Integrated Care: A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care* 18(4):9, 1–12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6251066/pdf/ijic-18-4-4172.pdf>
- Äitiyshuollon opas. 2013. Äitiyshuollon opas. Suosituksia äitiyshuollotoimintaan. Klemetti R, Hakulinen T (toim). Opas 29/2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>

## Liitteet

Liite 1. Liitetaulukko. Raskauteen liittyviä, kiireettömiä äitiyspoliklinikkakäyntejä päädiagnoosin mukaan hyvinvointialueilla vuosina 2020–2022, terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri, määrä tuhatta synnytystä kohti

Hyvinvointialue	Raskauteen liittyviä kiireettömiä äitiyspoliklinikkakäyntejä päädiagnoosin mukaan, 1 000 synnytystä kohti						
	Gyneko- loginen tarkastus	Todettu raskaus	Muun normaali- raskauden seuranta	Normaa- lin ensiras- kauden seu- ranta	Määrittämä- tön normaai- liraskauden seuranta	Yleinen he- delmälli- syyssneu- vonta	Muu suku- puoli neu- vonta
<b>Integroidut alueet</b>							
Etelä-Karjala	272,7	47,6	186,7	150,5	10,9	1,7	0,0
Kainuu	30,4	5,1	0,7	3,6	1,4	3,6	0,0
Keski-Pohjanmaa	194,1	148,0	24,1	18,4	0,5	6,3	0,0
Keski-Uusimaa	129,7	1028,5	94,5	67,0	14,9	7,6	22,9
Kymenlaakso	203,2	40,6	11,0	10,7	0,7	5,2	0,0
Pohjois-Karjala	112,0	123,8	1,5	0,6	0,9	4,5	137,3
<b>Integroimattomat alueet</b>							
Etelä-Pohjanmaa	433,3	99,9	215,2	97,2	12,6	54,8	0,9
Etelä-Savo	192,2	186,0	264,0	99,9	112,0	4,5	2,7
Helsingin kaupunki	183,9	141,8	84,4	76,2	20,5	13,1	0,5
Itä-Uusimaa	83,4	163,4	124,7	85,6	29,6	7,0	1,7
Kanta-Häme	191,0	204,9	189,3	124,3	22,3	6,1	1,1
Keski-Suomi	187,5	82,9	66,7	31,2	65,9	2,4	73,1
Lappi	194,4	149,8	56,0	58,7	31,7	7,7	0,2
Länsi-Uusimaa	170,9	146,4	99,1	75,1	24,4	8,7	0,1
Pirkanmaa	217,0	199,6	111,6	47,2	93,5	6,9	7,6
Pohjanmaa	183,5	112,8	153,6	98,6	3,5	1,0	0,0
Pohjois-Pohjanmaa	69,6	60,6	35,0	23,4	10,7	18,5	6,2
Pohjois-Savo	205,8	101,7	17,0	10,3	9,0	6,3	0,4
Päijät-Häme	76,0	97,5	54,8	40,7	19,9	5,2	0,7
Satakunta	140,4	209,7	110,1	80,3	35,8	10,1	5,7
Vantaa ja Kerava	121,6	180,3	76,3	54,3	23,9	5,2	0,2
Varsinais-Suomi	119,8	57,1	12,2	9,5	1,0	12,9	0,1
<b>Kaikki</b>	<b>168,7</b>	<b>163,1</b>	<b>90,4</b>	<b>57,4</b>	<b>24,8</b>	<b>9,1</b>	<b>11,9</b>

**Liite 2–23. Perinataaliajan terveys ja tapahtumat vuosina 2020–2021, syntyneiden lasten rekisteri (%), hyvinvointialuekohtaiset liitetaulukot**

Indikaattori	Etelä-Karjala, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=659)	Uudelleensynnyttäjät (n=868)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleensynnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	11,5	8,8	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	68,9	53,3	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	6,1	6,3	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	0,9	0,3	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	5,2	4,6	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,2	0,8	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	28,6	71,4	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	45,1	36,0	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	31,1	18,4	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	2,9	0,4	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 pv	90,6	56,1	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,4	0,7	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	5,8	4,4	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	5,2	2,6	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	15,8	22,3	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	17,6	12,1	16,8	11,1

Indikaattori	Etelä-Pohjanmaa, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=1 160)	Uudelleensynnyttäjät (n=1 923)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleensynnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	14,6	9,4	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	71,3	56,2	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	8,1	11,0	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	0,4	0,4	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	19,9	15,1	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,0	0,9	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	8,3	50,0	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	49,8	41,7	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	27,0	18,1	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	1,2	0,2	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 pv	71,5	44,2	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,3	0,4	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	5,9	4,4	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	4,4	2,2	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	17,8	24,9	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	27,5	14,2	16,8	11,1

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Etelä-Savo, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=624)	Uudelleensynnyttäjät (n=911)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleensynnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	13,0	10,0	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	79,5	51,8	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	8,4	8,1	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	3,5	2,6	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	9,6	6,5	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,0	0,5	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	60,0	33,3	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	51,8	52,2	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	20,5	12,8	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	1,0	0,0	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 pv	57,1	28,2	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,3	0,2	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	6,4	4,3	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	5,9	3,1	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	8,6	15,7	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	11,8	8,0	16,8	11,1

Indikaattori	Helsinki, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=6 927)	Uudelleensynnyttäjät (n=6 599)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleensynnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	5,0	3,9	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	67,9	47,1	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	2,8	4,8	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	1,1	1,0	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	3,3	1,5	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,2	1,3	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	0,0	19,4	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	38,8	28,5	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	27,0	17,5	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	3,3	0,9	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	48,8	22,0	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,4	0,5	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	5,9	5,1	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	5,2	3,4	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	11,4	18,6	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	18,9	14,1	16,8	11,1

Indikaattori	Itä-Uusimaa, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=612)	Uudelleensynnyttäjät (n=929)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleensynnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	7,4	9,1	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	67,5	50,7	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	5,2	7,1	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	10,0	11,0	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	5,6	4,2	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,3	1,4	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	50,0	35,3	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	41,3	33,3	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	24,0	16,7	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	1,5	0,4	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	53,8	22,7	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,5	1,0	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	6,0	6,8	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	3,4	3,5	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	13,8	22,2	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	15,9	11,7	16,8	11,1

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Kainuu, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=357)	Uudelleen-synnyttäjät (n=604)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleen-synnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	9,4	6,2	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	56,3	55,9	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	5,7	9,2	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	0,8	0,8	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	4,5	2,6	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,6	1,0	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	0,0	33,3	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	38,4	36,0	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	28,0	20,4	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	2,7	0,8	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	79,3	38,0	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,8	0,5	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	7,1	6,4	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	6,3	2,9	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	9,8	21,4	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	16,3	10,3	16,8	11,1

Indikaattori	Kanta-Häme, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=935)	Uudelleen-synnyttäjät (=1 470)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleen-synnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	8,4	7,9	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	62,0	52,4	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	8,0	8,7	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	2,5	1,4	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	8,6	6,8	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,0	0,7	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	25,0	58,8	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	35,3	37,5	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	23,7	13,7	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	1,5	0,4	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	65,4	23,4	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,2	0,9	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	5,7	6,5	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	4,6	3,8	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	12,7	18,4	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	9,6	6,7	16,8	11,1

Indikaattori	Keski-Pohjanmaa, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=412)	Uudelleen-synnyttäjät (n=896)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleen-synnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	8,7	6,3	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	64,7	50,9	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	7,1	7,7	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	0,5	0,8	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	6,8	6,0	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,2	0,4	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	0,0	50,0	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	43,2	36,0	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	22,6	14,7	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	2,2	0,5	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	62,3	38,0	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,2	0,2	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	5,6	4,6	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	3,9	2,0	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	15,7	21,6	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	18,6	11,7	16,8	11,1

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Keski-Suomi, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=1 707)	Uudelleensynnyttäjät (n=2 587)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleensynnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	10,0	6,5	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	66,5	60,2	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	5,8	8,2	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	1,7	2,7	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	13,5	11,5	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,2	1,1	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	11,1	47,1	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	44,2	40,8	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	18,6	13,2	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	3,2	0,6	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	59,6	28,4	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,9	0,3	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	9,3	6,5	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	6,8	3,6	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	11,9	20,8	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	8,1	4,7	16,8	11,1

Indikaattori	Keski-Uusimaa, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=1 404)	Uudelleensynnyttäjät (n=2 056)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleensynnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	10,5	7,4	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	50,7	41,2	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	6,6	9,2	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	0,9	0,5	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	3,6	3,1	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,1	0,8	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	9,1	33,3	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	35,9	34,6	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	25,9	16,5	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	1,9	0,6	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	40,5	15,7	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,4	0,5	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	6,2	5,5	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	4,5	3,2	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	12,0	21,4	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	12,8	9,5	16,8	11,1

Indikaattori	Kymenlaakso, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=830)	Uudelleensynnyttäjät (n=1 186)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleensynnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	11,6	9,9	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	56,4	42,5	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	7,1	8,6	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	2,4	1,3	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	5,3	4,6	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,1	1,3	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	37,5	23,1	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	42,4	42,6	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	21,9	17,1	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	1,4	0,6	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	74,4	33,8	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,7	0,8	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	5,3	6,1	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	4,7	4,3	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	11,2	16,7	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	15,2	10,8	16,8	11,1



## Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Lappi, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=1 127)	Uudelleensynnyttäjät (n=1 626)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleensynnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	14,5	8,8	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	55,7	41,9	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	6,3	7,1	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	3,4	4,1	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	29,4	22,2	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,2	1,2	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	41,7	30,0	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	40,4	40,6	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	20,4	15,4	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	1,6	0,5	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	80,4	49,7	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,5	0,2	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	6,2	5,6	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	4,6	3,5	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	12,2	19,9	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	17,8	12,4	16,8	11,1

Indikaattori	Länsi-Uusimaa, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=3 953)	Uudelleensynnyttäjät (n=5 103)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleensynnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	7,2	5,6	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	61,8	46,9	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	4,4	6,2	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	0,6	0,7	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	6,9	4,8	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,2	1,3	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	13,0	39,0	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	36,0	29,3	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	25,7	16,4	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	3,7	0,8	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	46,1	20,6	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,4	0,5	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	6,5	5,1	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	5,8	3,0	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	11,3	18,8	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	16,0	11,6	16,8	11,1

Indikaattori	Pirkanmaa, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=3 955)	Uudelleensynnyttäjät (n=5 007)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleensynnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	10,0	7,2	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	66,8	50,6	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	5,3	7,2	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	3,3	4,9	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	9,4	7,5	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,1	1,1	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	0,0	27,3	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	41,3	36,9	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	21,8	13,6	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	2,1	0,3	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	59,5	31,3	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,3	0,5	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	7,4	5,6	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	5,1	3,1	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	13,8	22,2	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	14,6	9,6	16,8	11,1



Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Pohjanmaa, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=1 282)	Uudelleen-synnyttäjät (n=2 091)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleen-synnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	9,8	5,0	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	62,3	46,5	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	5,0	7,5	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	2,9	3,5	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	10,3	10,3	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,1	0,8	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	50,0	38,9	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	36,3	31,3	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	21,7	14,1	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	1,9	0,6	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	68,6	40,7	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	1,0	0,5	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	5,7	4,4	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	5,4	2,4	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	15,3	22,6	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	18,7	10,6	16,8	11,1

Indikaattori	Pohjois-Karjala, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=886)	Uudelleen-synnyttäjät (n=1 409)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleen-synnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	14,2	12,1	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	59,0	41,0	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	6,1	8,1	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	24,3	9,1	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	8,1	10,9	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,0	0,7	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	28,6	25,0	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	38,5	40,3	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	26,7	13,9	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	0,6	0,0	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	74,7	36,3	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,7	0,2	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	6,9	4,6	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	5,7	3,2	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	15,3	20,1	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	28,3	19,6	16,8	11,1

Indikaattori	Pohjois-Pohjanmaa, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=2 926)	Uudelleen-synnyttäjät (n=5 267)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleen-synnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	10,5	7,4	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	56,4	39,4	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	5,5	6,2	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	2,8	2,9	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	18,3	16,0	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,1	1,0	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	0,0	15,2	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	38,5	38,1	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	22,4	12,6	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	2,1	0,5	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	68,8	39,3	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,5	0,3	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	6,7	5,5	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	5,2	3,4	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	14,7	19,8	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	19,9	12,2	16,8	11,1

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Pohjois-Savo, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=1 554)	Uudelleen-synnyttäjät (n=2 197)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleen-synnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	20,1	13,5	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	77,7	69,4	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	6,5	8,1	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	1,0	1,0	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	5,3	4,7	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,1	0,9	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	0,0	0,0	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	41,3	40,7	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	17,1	10,2	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	1,2	0,1	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	54,3	23,8	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,6	0,4	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	8,1	5,3	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	5,4	3,0	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	12,2	19,0	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	13,2	8,3	16,8	11,1

Indikaattori	Päijät-Häme, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=1 196)	Uudelleen-synnyttäjät (n=1 816)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleen-synnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	14,1	11,8	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	56,4	42,8	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	5,4	7,6	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	2,4	2,3	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	6,9	6,0	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,2	0,9	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	54,5	44,4	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	33,2	30,0	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	23,3	19,3	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	1,4	0,3	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	71,1	36,3	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,4	0,2	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	5,1	5,1	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	5,1	2,8	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	14,4	22,1	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	19,9	12,6	16,8	11,1

Indikaattori	Satakunta, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=1 287)	Uudelleen-synnyttäjät (n=1 821)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleen-synnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	13,2	9,4	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	57,5	36,6	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	8,3	10,3	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	1,3	2,3	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	12,4	9,5	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,3	0,7	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	54,5	48,3	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	35,5	32,6	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	24,7	15,6	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	1,7	0,4	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	75,9	42,9	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,9	0,8	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	8,2	5,9	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	5,5	3,9	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	16,3	23,9	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	17,2	12,1	16,8	11,1

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Vantaa-Kerava, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=2 603)	Uudelleen-synnyttäjät (n=3 284)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleen-synnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	9,8	6,3	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	53,2	40,4	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	4,9	7,3	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	0,7	1,0	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	2,8	1,9	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,1	1,1	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	0,0	6,7	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	38,2	30,3	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	25,3	18,3	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	3,2	0,9	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	47,1	22,6	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,4	0,4	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	6,3	5,5	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	4,9	4,0	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	13,0	18,5	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	19,2	13,4	16,8	11,1

Indikaattori	Varsinais-Suomi, %		Koko maa, %	
	Ensisynnyttäjät (n=3 483)	Uudelleen-synnyttäjät (n=4 453)	Ensisynnyttäjät (n=39 879)	Uudelleen-synnyttäjät (n=54 102)
Tupakointi raskausaikana	10,7	8,2	10,0	7,5
Tupakoinnin lopettaminen 1. raskauskolmanneksen aikana	62,4	45,5	63,0	47,9
Synnyttäjän BMI ennen raskautta yli 35	7,0	8,3	5,4	7,4
Alle 4 tarkastusta raskauden aikana	0,6	0,7	1,7	2,1
Yli 18 tarkastusta raskauden aikana	44,3	39,0	11,9	10,1
Synnytys sairaalan ulkopuolella	0,1	0,8	0,1	1,0
Pienen keskosen synnytys muussa kuin yo-sairaalassa	5,7	11,8	13,7	29,2
Synnytys käynnistetty	38,0	34,4	39,2	35,0
Synnytystapana keisarileikkaus	22,3	15,1	23,8	15,4
3. tai 4. asteen repeämän ompelu alatiesynnytyksissä	3,4	0,7	2,5	0,6
Synnyttäjän hoitoaika synnytyksen jälkeen yli 2 päivää	65,2	28,7	59,3	30,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <28 rvk	0,6	0,3	0,5	0,4
Ennenaikainen lapsi, raskauden kesto <37 rvk	7,4	5,4	6,6	5,4
Lapsen syntymäpaino, alle 2 500 g	6,3	3,1	5,3	3,2
Lapsen syntymäpaino, vähintään 4 000 g	14,1	22,4	13,1	20,5
Lapsen hoito teho- tai valvontaosastolla	13,0	7,6	16,8	11,1

Liite 24–45. Vanhempien kokemuksia äitiyshuollon palveluista ja vauva-ajan sujumisesta vuoden 2020 FinLapset-kyselyn mukaan (%), hyvinvointialuekohtaiset liitetaulukot

Indikaattori	Etelä-Karjala (%) N=288						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=74	2+ lasta n=96	Kaikki n=175	1 lapsi n=49	2+ lasta n=62	Kaikki n=113	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	15,1	15,6	15,5	n<5	n<5	n<5	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	89,0	81,3	85,1	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	69,9	53,1	60,3	43,5	35,6	39,3	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	19,2	11,5	15,5	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	91,5	64,6	76,7	63,8	31,7	46,8	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	29,2	32,3	30,6	19,1	16,7	18,3	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittävästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	7,7	7,7	9,5	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	13,7	21,6	19,0	n<5	n<5	n<5	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	35,7	n<5	33,3	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	40,0	17,7	30,3	20,0	n<5	19,6	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	33,3	25,8	30,2	n<5	n<5	n<5	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä **	72,2	70,2	69,6	71,1	61,4	65,9	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	94,5	90,5	90,8	87,0	88,9	88,2	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	94,6	91,7	93,1	93,5	100,0	96,7	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	89,0	80,2	83,9	89,1	77,3	83,7	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	87,7	86,3	86,1	84,4	72,7	78,0	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	8,1	n<5	5,1	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	72,9	13,7	40,0	60,9	16,9	37,4	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	78,0	90,9	80,0	72,0	100,0	78,1	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	67,9	100,0	69,4	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	33,8	18,8	26,9	16,7	n<5	11,6	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	47,3	50,0	48,0	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä	68,1	61,5	64,7	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	54,3	41,5	47,9	30,4	26,2	28,4	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	71,0	38,3	53,0	66,0	21,3	40,9	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittävästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	34,2	41,0	37,0	n<5	43,8	25,8	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	26,5	19,4	24,7	n<5	n<5	13,3	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	95,9	94,8	94,3	100,0	93,5	96,5	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	29,7	40,0	36,8	14,6	45,2	32,1	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus****	17,6	13,2	16,5	n<5	8,3	5,6	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	18,8	9,6	14,3	n<5	n<5	n<5	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittävästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Etelä-Pohjanmaa (%) N=476						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=127	2+ lasta n=161	Kaikki N=298	1 lapsi n=80	2+ lasta n=94	Kaikki n=178	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	11,1	16,8	14,1	8,8	9,6	9,6	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	88,9	80,6	84,5	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	52,8	56,9	54,5	28,7	20,9	24,0	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	17,3	12,5	14,5	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	95,3	79,4	86,2	65,8	25,3	43,7	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	29,1	38,8	34,7	22,5	9,9	15,4	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	9,8	13,2	11,6	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	n<5	18,7	14,2	n<5	42,1	26,2	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	n<5	40,0	25,6	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	23,1	17,3	20,3	11,5	n<5	11,8	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	21,6	16,1	18,4	n<5	n<5	22,2	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	74,6	73,0	73,9	60,9	61,4	61,2	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	90,6	90,7	90,6	91,4	84,2	87,7	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	93,7	95,7	94,6	95,8	94,7	94,7	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	89,8	78,8	84,2	88,7	75,4	82,4	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	82,5	88,7	86,4	81,7	75,4	78,6	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	8,7	9,3	9,4	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	81,6	17,0	46,9	72,2	13,2	40,2	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	91,8	92,0	92,4	90,7	91,7	91,0	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	62,7	85,7	69,6	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	27,0	11,2	18,5	18,2	9,8	13,5	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	50,8	64,6	57,9	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä	96,8	96,9	96,6	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	54,8	45,6	49,7	34,6	14,1	23,0	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	77,2	48,8	61,6	58,4	10,9	32,4	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	20,3	23,3	21,8	25,9	46,2	32,5	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	21,4	23,1	23,0	n<5	n<5	n<5	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	96,8	95,6	96,3	92,5	91,4	92,1	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	27,6	39,1	34,2	20,0	30,1	24,9	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykkinen kuormittuneisuus****	13,2	9,6	11,2	n<5	n<5	4,5	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	11,4	7,6	9,6	n<5	n<5	n<5	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Etelä-Savo (%) N=230						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=75	2+ lasta n=55	Kaikki N=139	1 lapsi n=45	2+ lasta n=43	Kaikki n=91	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	24,0	21,8	22,3	11,1	n<5	8,9	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	88,0	81,8	86,3	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	66,2	59,3	63,5	44,2	32,6	39,3	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	30,7	25,5	28,1	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	94,6	54,5	78,3	65,1	18,6	42,7	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	37,3	30,9	34,5	14,0	n<5	10,1	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	21,1	11,1	16,7	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	22,4	25,0	23,0	n<5	n<5	14,3	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	34,8	42,9	38,5	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	31,4	n<5	23,1	n<5	n<5	23,7	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	35,7	n<5	27,1	n<5	n<5	n<5	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	65,8	74,5	69,3	66,7	64,5	65,8	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	84,9	94,5	89,1	88,9	80,6	86,1	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	94,7	89,1	92,8	97,8	100,0	98,7	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	88,0	85,5	86,3	86,7	77,4	83,5	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	84,0	85,5	84,9	84,4	77,4	82,3	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	17,3	9,1	12,9	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	74,3	14,5	50,0	65,9	n<5	38,9	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	70,4	85,7	73,1	88,5	n<5	86,2	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	41,9	n<5	40,5	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	30,7	16,4	26,6	12,5	13,2	12,5	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	38,7	50,9	43,2	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä	84,0	72,7	80,6	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	57,3	47,3	51,8	32,6	18,6	27,0	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	73,3	40,0	59,7	62,8	11,6	38,2	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	23,3	38,5	29,2	n<5	n<5	29,2	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	27,3	n<5	20,5	n<5	n<5	n<5	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	96,0	89,1	92,8	93,3	93,0	93,4	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	29,3	40,0	33,1	25,0	25,6	24,4	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykkinen kuormittuneisuus****	13,2	20,0	17,3	n<5	n<5	n<5	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	13,9	17,3	15,8	n<5	n<5	n<5	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Helsinki (%) N=2 023						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=681	2+ lasta n=507	Kaikki n=1 232	1 lapsi n=448	2+ lasta n=304	Kaikki n=791	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	14,6	14,4	14,2	7,2	5,1	6,2	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	84,8	77,9	81,9	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	54,1	52,9	53,4	42,2	22,9	35,1	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	24,6	16,2	21,4	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	90,7	70,3	82,1	75,7	29,1	57,6	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	42,2	40,3	41,5	29,1	16,2	24,1	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	11,1	16,1	12,8	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	26,4	30,6	27,6	23,0	36,9	26,6	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	27,7	40,7	32,3	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	36,7	22,5	31,3	23,4	18,1	22,1	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	26,7	24,5	25,4	21,1	13,0	19,1	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	58,0	64,5	61,2	56,9	55,7	56,5	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleensa kuulluksi	86,7	89,2	87,9	83,6	77,8	81,9	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	91,9	92,0	92,0	92,0	93,8	92,1	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	78,9	76,8	78,3	80,6	73,9	78,4	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	74,8	82,1	78,1	72,7	72,2	72,4	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	14,9	13,2	14,4	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	78,1	18,1	53,1	76,4	15,6	52,5	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	78,7	94,1	80,9	80,8	96,6	82,0	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	55,2	72,6	57,7	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	35,3	16,8	27,2	24,2	9,3	18,1	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	46,2	49,9	48,3	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä	97,0	31,4	69,3	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	48,0	40,9	44,9	35,4	17,5	28,6	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	80,1	50,7	67,8	70,2	30,6	54,6	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	37,2	41,4	38,4	35,9	42,0	37,6	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	27,7	19,8	24,9	20,5	9,1	18,0	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	92,5	92,5	92,6	93,0	89,0	91,3	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	32,5	43,3	37,1	31,3	42,4	36,3	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykkinen kuormittuneisuus****	15,5	14,3	15,1	4,2	6,6	5,3	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	11,1	11,5	11,1	1,8	4,1	2,9	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Itä-Uusimaa (%) N=240						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=61	2+ lasta n=76	Kaikki n=145	1 lapsi n=41	2+ lasta n=47	Kaikki n=95	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	18,0	22,4	20,0	n<5	n<5	5,3	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	75,4	78,9	77,9	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	63,9	60,5	62,1	30,0	17,4	23,1	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	18,0	18,4	19,3	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	78,7	65,3	71,5	62,5	23,4	41,3	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	26,2	32,9	30,3	17,5	n<5	12,0	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	13,0	8,3	9,7	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	12,8	19,6	16,7	n<5	n<5	n<5	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	n<5	n<5	n<5	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	41,7	16,3	28,2	n<5	n<5	13,2	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	n<5	20,0	20,5	n<5	n<5	n<5	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	55,0	65,8	61,0	65,7	58,6	61,4	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	86,9	88,2	88,3	88,6	83,9	84,7	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntivasti ja osaavasti	91,7	93,4	93,1	97,1	100,0	98,6	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	86,9	82,7	84,7	91,4	80,6	84,7	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	73,8	85,3	80,6	85,7	83,3	83,1	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	11,7	9,3	11,9	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	70,0	17,6	41,5	61,0	19,6	38,3	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	78,0	83,3	78,9	68,4	n<5	69,6	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	61,5	55,6	62,2	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	32,8	13,2	22,8	15,4	n<5	13,6	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	52,5	46,1	49,0	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä	63,3	62,7	62,9	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	52,5	42,7	48,6	32,5	n<5	17,8	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	61,7	44,0	53,1	50,0	30,4	37,0	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	31,3	34,4	32,9	n<5	n<5	n<5	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	18,9	18,2	19,7	n<5	n<5	n<5	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	95,1	96,1	95,2	97,6	91,5	94,7	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	31,1	40,0	36,1	22,0	31,9	28,4	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus****	14,0	14,9	14,4	n<5	n<5	n<5	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	13,6	10,8	12,1	n<5	n<5	n<5	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaisluvumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi



Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Kainuu (%) N=146						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=38	2+ lasta n=48	Kaikki n=90	1 lapsi n=27	2+ lasta n=26	Kaikki n=56	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	15,8	20,8	17,8	n<5	n<5	n<5	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	86,5	70,8	78,7	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	70,3	58,3	64,0	44,4	25,0	34,0	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	41,7	20,8	28,4	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	83,8	70,2	77,3	55,6	24,0	40,7	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	35,1	43,8	40,4	n<5	n<5	11,1	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	n<5	14,7	7,1	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	19,2	25,0	21,1	n<5	n<5	n<5	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	46,7	n<5	40,0	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	29,0	n<5	20,6	n<5	n<5	n<5	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	n<5	n<5	22,2	n<5	n<5	n<5	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	71,1	73,9	73,9	72,0	71,4	70,7	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	86,8	100,0	94,4	80,0	92,9	85,4	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	92,1	100,0	96,6	100,0	100,0	100,0	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	89,5	85,1	87,6	92,0	85,7	90,2	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	84,2	91,5	88,8	80,0	85,7	82,9	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	n<5	n<5	n<5	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	64,9	20,8	41,6	74,1	19,2	44,6	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	77,3	88,9	82,4	77,8	n<5	81,0	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	53,3	n<5	61,9	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	42,1	12,5	25,6	37,0	n<5	20,0	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	36,8	52,1	47,8	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä	71,1	68,1	69,7	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	52,6	43,8	47,8	n<5	n<5	15,1	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	84,2	41,7	61,1	46,2	20,0	32,1	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	55,0	38,1	44,2	n<5	n<5	n<5	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	31,3	n<5	21,8	n<5	n<5	n<5	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	86,8	93,8	91,1	88,9	96,2	92,9	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	50,0	37,5	42,2	22,2	23,1	23,2	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus****	39,5	16,7	25,8	n<5	n<5	n<5	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	26,3	22,9	23,3	n<5	n<5	n<5	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Kanta-Häme (%) N=401						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=99	2+ lasta n=133	Kaikki n=244	1 lapsi n=65	2+ lasta n=86	Kaikki n=157	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	14,1	10,7	13,2	n<5	n<5	5,7	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	87,9	79,5	83,1	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	56,6	55,3	56,4	33,8	29,4	31,4	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	23,2	15,9	18,9	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	86,9	66,2	75,8	65,6	22,6	42,2	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	32,5	17,0	23,3	n<5	n<5	n<5	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	10,3	10,5	10,4	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	23,2	24,7	23,4	n<5	20,0	20,4	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	30,4	n<5	23,9	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	32,6	13,6	22,7	n<5	n<5	12,3	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	32,5	17,0	23,3	n<5	n<5	n<5	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	66,7	73,1	71,8	78,0	62,9	70,1	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	87,9	90,0	89,6	90,0	87,1	89,1	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	93,9	92,4	93,4	96,7	93,5	95,3	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	82,8	83,1	83,8	86,4	79,0	81,9	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	83,8	83,8	84,6	86,7	71,0	78,9	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	13,1	4,5	7,8	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	71,4	11,6	38,2	69,2	13,1	39,4	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	92,5	93,3	90,8	90,5	71,4	85,2	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	56,8	75,0	57,1	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	31,3	14,3	21,7	19,0	9,0	13,9	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	46,5	55,6	52,5	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä	78,8	69,2	72,2	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	52,5	36,4	43,6	37,1	23,5	29,6	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	78,8	33,6	52,9	57,1	21,2	37,7	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	26,9	22,9	24,5	n<5	25,0	24,4	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	25,6	n<5	17,2	n<5	n<5	12,1	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	94,9	94,7	95,1	90,8	87,2	88,5	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	23,2	34,6	29,5	16,9	29,1	24,2	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykkinen kuormittuneisuus****	15,6	13,7	14,2	n<5	n<5	n<5	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	14,4	7,7	10,0	n<5	n<5	n<5	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaisluvumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Keski-Pohjanmaa (%) N=230						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=51	2+ lasta n=86	Kaikki n=146	1 lapsi n=29	2+ lasta n=52	Kaikki n=84	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	n<5	10,6	10,3	n<5	n<5	7,1	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	90,0	74,4	80,6	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	66,7	53,5	57,2	31,0	17,6	22,9	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	33,3	14,0	21,4	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	82,0	68,6	72,2	62,1	23,5	38,6	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	26,0	41,9	36,1	24,1	n<5	14,5	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	n<5	14,1	12,1	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	14,7	17,4	15,7	n<5	n<5	36,8	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	35,3	n<5	29,0	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	19,5	20,3	21,2	n<5	n<5	n<5	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	n<5	22,2	26,9	n<5	n<5	n<5	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä **	64,0	60,0	61,5	53,8	81,3	70,5	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleensa kuulluksi	86,3	86,0	85,5	92,6	93,9	93,7	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntivasti ja osaavasti	90,2	90,7	90,3	96,3	100	98,4	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	90,2	76,7	82,1	84,6	90,9	88,7	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	80,0	84,9	82,6	73,1	90,9	83,9	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	n<5	n<5	4,1	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	84,0	10,7	39,2	69,0	17,3	36,9	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	85,4	100	86,8	95,0	100	96,4	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	70,4	100	74,4	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	19,6	17,6	18,6	n<5	n<5	10,4	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	51,0	57,6	54,5	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä	75,5	84,9	81,8	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	49,0	40,7	42,5	31,0	n<5	18,1	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	82,0	48,8	60,0	34,5	11,8	21,7	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	n<5	34,3	29,0	n<5	n<5	n<5	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	22,0	21,4	21,8	n<5	n<5	n<5	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	96,1	95,3	95,2	89,7	94,2	92,9	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	21,6	45,3	35,6	20,7	42,3	34,5	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykkinen kuormittuneisuus****	18,8	9,9	13,1	n<5	n<5	7,3	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	14,0	8,6	10,7	n<5	n<5	n<5	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Keski-Suomi (%) N=724						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=182	2+ lasta n=234	Kaikki n=434	1 lapsi n=128	2+ lasta n=152	Kaikki n=290	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	12,2	17,5	15,2	3,9	4,7	4,2	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	83,0	74,2	78,3	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	57,5	59,7	58,6	43,7	28,6	35,0	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	21,5	20,6	20,9	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	91,8	73,8	81,8	72,2	27,2	48,8	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	37,0	42,1	40,0	25,4	7,5	15,5	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	13,2	14,5	13,6	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	20,2	23,0	21,3	12,7	23,8	18,2	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	33,3	25,0	28,9	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	26,9	13,4	20,1	12,1	n<5	11,6	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	25,4	16,3	19,1	n<5	n<5	13,6	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	72,9	71,6	72,2	74,4	61,8	68,5	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleensa kuulluksi	89,6	88,8	89,1	87,6	85,6	86,8	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	95,1	93,2	94,0	96,7	96,4	96,7	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	91,8	86,8	88,7	88,4	85,6	87,2	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	88,5	86,7	87,3	86,0	73,6	79,7	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	14,3	8,1	10,8	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	75,0	13,0	40,7	57,5	6,8	31,0	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	84,7	85,7	85,3	92,2	85,7	90,7	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	53,4	66,7	59,2	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	28,7	15,4	22,4	24,6	7,7	15,2	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	53,8	53,8	54,8	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
<b>Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä</b>	82,2	50,6	64,5	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	53,3	50,2	51,5	37,6	16,0	25,5	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	75,1	43,3	57,9	65,3	20,7	41,0	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	28,1	32,5	31,1	17,0	39,1	23,9	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	19,1	15,8	17,6	9,9	n<5	9,6	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	97,2	93,1	94,4	97,7	95,4	96,2	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	23,8	40,9	33,2	16,4	35,1	26,3	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus****	11,0	14,2	13,1	n<5	n<5	n<5	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	11,4	7,9	9,5	n<5	n<5	1,8	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaisluvumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Keski-Uusimaa (%) N=472						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=121	2+ lasta n=148	Kaikki n=281	1 lapsi n=79	2+ lasta n=106	Kaikki n=191	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	14,0	15,5	14,9	6,3	6,7	6,3	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	86,8	77,0	81,1	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	57,9	64,6	61,6	32,0	24,3	27,9	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	15,7	17,6	16,8	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	89,3	71,6	79,7	61,3	13,9	34,8	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	43,8	43,5	44,3	24,0	6,9	14,3	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	5,7	10,5	7,9	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	n<5	23,2	15,1	25,0	48,0	35,3	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	n<5	23,1	14,9	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	19,4	12,3	16,1	21,7	n<5	17,5	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	9,4	20,3	15,3	27,8	n<5	26,9	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	74,8	68,5	71,1	60,3	53,7	57,2	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	92,5	89,9	91,4	81,1	71,6	76,7	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntivasti ja osaavasti	95,0	95,9	95,4	95,9	88,2	91,8	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	90,8	85,8	88,5	93,2	76,1	84,9	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	85,0	87,1	86,0	79,7	74,6	77,4	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	7,5	6,1	7,1	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	70,8	12,9	39,0	66,7	13,3	37,2	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	90,2	92,9	91,0	87,8	88,9	88,5	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	60,3	81,8	63,4	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	32,5	14,2	22,9	25,7	8,6	15,7	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	51,2	51,7	52,1	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
<b>Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä</b>	62,2	47,6	53,6	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	48,3	43,5	44,8	22,4	18,6	19,7	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	62,8	48,3	54,0	57,9	18,6	35,0	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	22,4	29,7	25,6	n<5	57,9	38,9	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	27,6	21,4	24,7	13,6	n<5	14,1	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	96,6	93,9	95,0	96,2	89,5	92,6	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	22,5	35,4	30,2	16,5	38,7	28,8	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus****	10,4	12,9	12,1	n<5	4,9	3,3	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	7,6	9,2	8,5	n<5	n<5	n<5	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Kymenlaakso (%) N=324						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=78	2+ lasta n=117	Kaikki n=202	1 lapsi n=50	2+ lasta n=69	Kaikki n=122	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	15,1	15,6	15,5	N<5	N<5	N<5	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	81,8	82,1	82,6	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	54,5	61,5	59,2	38,8	29,0	33,1	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	22,1	20,5	21,9	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	85,7	76,9	80,6	53,1	25,0	36,7	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	31,2	45,3	39,5	22,4	17,4	19,0	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	12,7	12,5	12,7	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	16,7	19,4	19,3	n<5	25,0	17,5	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	n<5	29,2	22,7	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	30,3	20,0	24,1	n<5	n<5	11,4	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	41,7	20,8	26,6	n<5	41,7	34,8	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	72,7	74,1	74,0	73,3	60,8	65,7	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	85,7	87,1	86,5	91,1	80,4	85,9	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	92,2	93,1	93,0	93,3	94,1	92,9	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	93,5	89,7	91,0	97,8	82,4	87,9	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	84,4	85,5	85,6	97,8	72,5	82,8	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	6,5	6,0	6,0	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	63,2	11,3	32,3	70,0	11,8	36,4	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	78,3	92,3	82,0	90,3	83,3	89,5	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	60,0	66,7	61,3	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	30,8	17,9	22,8	20,8	10,9	15,7	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	51,3	43,6	47,5	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä	92,1	91,4	92,0	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	53,9	50,9	51,3	36,7	13,0	23,1	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	55,8	53,8	54,7	40,8	21,7	28,9	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	26,8	32,2	29,4	n<5	55,6	35,7	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	16,3	17,5	16,4	n<5	n<5	n<5	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	93,5	94,8	94,0	94,0	92,8	93,4	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	26,9	37,9	32,8	22,0	29,0	25,4	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psykkinen kuormittuneisuus****	8,5	17,1	13,8	n<5	n<5	4,2	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	13,7	11,5	12,4	n<5	n<5	n<5	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Lappi (%) N=424						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=101	2+ lasta n=151	Kaikki n=265	1 lapsi n=74	2+ lasta n=79	Kaikki n=159	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	13,0	13,9	14,4	6,8	6,4	7,6	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	90,1	79,2	83,7	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	72,0	67,8	69,5	41,9	31,6	35,9	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	31,0	17,3	22,8	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	87,0	62,0	71,9	64,9	25,3	44,5	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	38,0	43,3	40,7	12,5	15,8	14,3	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	8,8	16,1	13,6	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	16,7	18,8	18,1	19,4	41,7	28,6	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	29,0	42,3	35,0	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	29,9	16,1	23,8	16,7	n<5	13,0	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	21,1	21,5	21,5	n<5	n<5	n<5	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	68,0	67,8	67,6	54,3	67,3	60,3	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	89,1	92,6	90,5	84,5	82,1	83,5	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	92,1	91,3	91,3	93,0	98,2	95,5	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	88,1	79,7	82,8	92,9	80,4	86,4	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	82,0	83,2	82,8	74,6	78,6	76,7	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	6,9	7,3	7,2	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	66,3	9,4	36,4	60,8	10,1	35,8	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	89,1	100,0	91,6	81,6	83,3	82,6	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	71,1	90,0	75,0	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	40,6	18,0	26,9	30,6	10,0	19,7	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	40,6	51,7	47,5	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
<b>Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä</b>	94,1	93,3	93,9	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	57,0	47,7	49,6	39,2	22,1	29,5	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	77,2	44,0	57,6	64,9	22,1	42,6	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	21,1	23,6	44,2	20,7	47,1	30,4	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	19,2	16,7	19,7	n<5	n<5	7,6	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	94,1	92,1	93,2	94,6	87,2	90,5	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	23,8	44,7	35,2	24,3	46,8	34,6	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus****	12,2	15,6	13,9	n<5	13,2	7,1	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	12,2	14,2	13,2	n<5	6,5	4,5	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Länsi-Uusimaa (%) N=1 373						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=383	2+ lasta n=402	Kaikki n= 834	1 lapsi n=251	2+ lasta n=256	Kaikki n=539	1 lapsi n= 4 045	2+ lasta n= 4 503	Kaikki n= 8 923	1 lapsi n= 2 737	2+ lasta n= 2 831	Kaikki n= 5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	15,1	19,3	16,6	6,0	8,0	7,0	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	85,3	83,5	84,4	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	54,7	58,9	57,2	39,7	27,0	32,9	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	20,8	18,1	20,3	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	86,8	69,8	79,1	73,0	26,8	49,2	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	43,2	41,5	42,7	31,0	12,9	21,9	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	12,3	14,4	12,8	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	17,3	24,8	20,6	16,7	31,3	22,8	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	24,1	30,6	26,9	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	30,4	20,9	26,2	20,5	13,6	18,1	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	22,6	19,5	20,5	14,9	15,6	15,0	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä **	66,0	63,9	64,9	64,2	62,0	62,6	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleensa kuulluksi	89,3	89,6	89,7	84,3	82,3	83,6	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntivasti ja osaavasti	90,1	91,7	91,1	95,2	93,7	94,0	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	84,3	81,1	83,3	85,3	86,3	85,3	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	76,7	81,3	78,5	78,6	80,7	79,4	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	13,1	11,3	12,1	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	82,0	16,5	50,4	73,0	11,6	42,4	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	78,9	90,6	81,6	73,5	84,0	76,2	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	51,5	80,5	56,5	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	31,1	18,8	25,0	21,1	13,1	17,4	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	43,1	47,6	45,6	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
<b>Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä</b>	85,9	26,3	57,3	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	54,1	42,4	48,5	38,8	22,4	30,4	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	78,0	48,2	64,0	64,0	26,0	45,1	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	28,8	41,1	33,0	31,9	49,1	36,9	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	26,8	18,9	22,9	20,6	12,5	17,2	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	94,2	93,8	94,2	92,7	92,9	93,0	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	30,1	45,2	37,4	26,6	37,3	32,1	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus****	16,7	17,8	17,0	4,2	4,8	4,3	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	13,9	10,9	12,0	n<5	2,0	1,7	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaisluvumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi



Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Pirkanmaa (%) N=1 522						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=415	2+ lasta n=459	Kaikki n=907	1 lapsi n=303	2+ lasta n=293	Kaikki n=615	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	16,4	15,9	16,0	5,0	8,2	6,4	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	86,6	84,7	85,6	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	61,3	63,2	61,9	35,5	24,1	29,9	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	20,0	16,0	18,1	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	87,3	69,0	78,1	73,2	23,7	48,7	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	32,3	36,7	35,0	19,9	11,3	15,7	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	11,0	13,9	12,6	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	19,2	24,6	22,2	17,1	47,1	28,7	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	29,6	38,4	34,0	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	36,0	20,3	29,1	17,1	13,4	15,9	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	25,0	24,4	24,8	15,3	25,0	18,1	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	64,4	66,3	65,3	60,7	54,8	58,5	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleensa kuulluksi	89,1	87,3	88,1	85,1	79,1	82,2	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	92,7	92,8	92,6	96,4	92,1	94,4	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	83,9	80,7	81,9	85,7	79,4	83,2	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	81,3	84,1	82,9	74,9	75,3	75,1	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	11,2	9,6	10,6	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	72,4	15,7	43,4	68,5	14,1	42,8	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	80,6	88,9	82,2	83,3	96,3	84,4	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	53,1	61,4	54,3	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	27,5	12,9	20,6	18,5	8,0	13,5	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	48,4	54,4	51,4	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä	69,0	51,6	60,1	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	55,5	48,0	51,5	33,8	21,6	27,7	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	77,5	46,6	61,1	58,4	17,6	39,0	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	28,5	32,4	31,5	21,0	56,7	34,8	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	26,6	22,1	25,0	14,5	14,3	14,7	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	94,2	92,8	93,4	95,3	91,8	93,8	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	26,0	42,9	34,4	17,5	37,8	27,6	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykkinen kuormittuneisuus****	14,7	16,5	16,0	3,1	4,5	3,6	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	10,9	10,4	11,2	2,0	2,4	2,2	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Pohjanmaa (%) N=616						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=152	2+ lasta n=196	Kaikki n=363	1 lapsi n=109	2+ lasta n=135	Kaikki n=253	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	17,2	14,3	15,2	12,0	6,8	10,0	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	79,5	79,1	79,2	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	54,7	57,0	56,0	40,6	28,2	33,7	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	30,2	23,1	26,5	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	88,1	74,9	81,1	78,5	34,1	54,5	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	38,0	34,7	36,7	30,2	12,9	21,2	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	6,7	10,3	9,1	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	11,0	19,1	15,0	11,6	32,4	20,7	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	17,8	11,1	15,8	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	24,8	6,8	15,8	14,3	17,8	14,9	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	33,3	11,8	21,2	n<5	29,4	13,5	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	70,9	75,0	72,6	69,5	63,0	67,6	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	93,4	92,3	93,1	86,3	79,5	83,7	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	92,8	94,4	93,6	95,8	97,6	96,7	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	83,4	84,7	84,3	91,6	80,7	87,0	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	82,1	89,8	86,5	86,3	80,5	84,2	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	5,3	7,1	6,6	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	88,5	23,3	53,1	78,7	19,7	46,6	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	87,4	92,9	88,9	88,5	88,2	88,9	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	64,1	75,0	68,4	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	29,8	10,3	18,9	18,9	7,8	13,2	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	47,7	48,0	48,1	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
<b>Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä</b>	99,3	93,3	95,8	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	45,9	42,8	43,8	25,0	16,0	19,8	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	69,6	43,5	55,2	53,7	19,1	34,8	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	29,4	30,1	30,8	25,9	38,1	32,7	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	22,3	22,6	22,4	12,1	n<5	9,3	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	96,7	92,9	94,7	93,6	91,0	92,0	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	28,5	39,3	34,5	27,5	44,0	36,1	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykkinen kuormittuneisuus****	9,2	11,9	10,9	n<5	6,1	4,5	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	11,0	10,5	10,8	n<5	n<5	n<5	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Pohjois-Karjala (%) N=388						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=93	2+ lasta n=130	Kaikki n=232	1 lapsi n=61	2+ lasta n=91	Kaikki n=156	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	11,8	16,3	14,3	n<5	5,5	5,8	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	90,1	85,9	88,2	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	62,6	61,9	63,3	39,3	23,0	30,3	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	32,2	15,6	22,9	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	94,4	70,5	80,3	63,9	28,7	42,8	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	40,7	38,8	39,7	19,7	10,3	14,5	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	7,3	7,3	7,5	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	14,0	14,1	14,7	n<5	n<5	15,2	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	20,7	30,0	26,9	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	23,5	8,8	17,5	12,8	n<5	12,3	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	24,3	10,0	16,5	n<5	n<5	n<5	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä **	72,5	75,2	74,7	74,6	73,2	73,7	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	92,3	91,5	92,1	89,8	91,4	90,8	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	94,5	94,6	94,8	100,0	100,0	100,0	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	93,4	86,0	89,1	93,2	96,5	95,0	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	89,0	88,4	88,6	81,4	85,7	83,9	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	11,0	9,4	9,6	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	72,5	7,8	34,9	71,2	15,7	37,5	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	85,7	100,0	88,3	86,8	81,8	84,0	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	69,2	n<5	71,7	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	31,2	13,3	22,2	20,3	13,8	17,3	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	50,5	44,2	46,3	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
<b>Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä</b>	90,1	77,5	83,4	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	67,4	43,4	53,5	41,0	14,9	25,0	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	79,1	45,7	59,4	63,9	10,3	31,6	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	24,2	30,4	27,6	n<5	46,2	23,7	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	23,6	15,3	20,6	15,4	n<5	14,6	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	96,8	96,9	96,6	98,4	95,6	96,1	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	31,2	43,8	37,9	9,8	27,5	20,5	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykkinen kuormittuneisuus****	17,0	14,9	16,5	n<5	n<5	n<5	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	12,2	13,7	13,5	n<5	n<5	n<5	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Pohjois-Pohjanmaa (%) N=1 322						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=285	2+ lasta n=480	Kaikki n=792	1 lapsi n=222	2+ lasta n=287	Kaikki n=530	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	14,7	13,4	14,0	7,2	7,4	7,2	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	85,1	81,1	82,7	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	51,8	59,7	56,8	36,1	21,2	27,4	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	18,8	18,0	18,3	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	85,9	66,2	74,2	64,4	16,1	37,5	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	33,3	37,8	36,7	18,9	5,0	11,3	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	11,7	13,0	12,5	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	17,9	26,1	23,0	10,3	32,2	20,6	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	32,1	32,9	32,2	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	27,2	17,5	22,4	11,5	11,1	11,4	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	22,3	16,8	19,9	n<5	n<5	10,3	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	67,9	73,4	71,1	69,3	60,9	66,2	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	88,0	88,5	88,4	85,6	80,1	84,1	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntivasti ja osaavasti	93,3	92,3	92,8	94,8	93,6	94,5	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	86,8	84,6	85,5	90,0	80,3	85,9	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	80,6	84,6	83,4	81,3	73,2	77,8	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	14,8	5,0	9,0	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	70,2	12,5	36,1	63,2	6,9	33,1	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	81,6	88,5	81,4	86,5	100,0	86,9	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	56,6	77,1	59,2	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	33,0	15,1	21,7	21,0	7,1	12,8	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	51,9	52,6	52,3	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä	84,2	79,2	81,1	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	42,9	40,7	41,0	26,9	13,7	18,9	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	68,9	36,2	48,7	52,3	12,2	29,7	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	30,8	36,5	33,9	19,0	42,1	27,8	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	31,1	21,1	26,4	7,0	n<5	7,8	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	93,3	91,4	92,3	94,1	92,3	93,4	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	27,2	42,5	36,4	20,0	32,9	26,8	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus****	13,7	13,3	13,4	4,1	4,6	4,4	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	15,1	8,8	11,0	n<5	1,8	1,7	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaisluvumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Pohjois-Savo (%) N=648						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=193	2+ lasta n=191	Kaikki n=397	1 lapsi n=130	2+ lasta n=112	Kaikki n=251	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	9,3	14,2	11,9	n<5	n<5	2,8	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	86,5	83,2	85,1	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	59,9	60,5	60,8	40,3	29,9	36,3	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	21,2	18,9	20,7	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	84,5	74,7	80,1	58,1	26,9	43,9	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	36,3	35,8	37,1	19,4	10,2	15,4	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	7,8	13,3	10,1	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	9,6	17,4	12,9	9,6	21,9	13,5	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	24,4	27,8	24,4	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	26,4	10,6	19,2	12,0	n<5	10,2	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	15,7	19,1	17,7	n<5	n<5	n<5	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	68,2	77,2	72,5	72,5	65,0	70,2	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	89,6	92,1	90,6	88,4	85,4	87,2	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	91,7	95,3	93,2	99,2	96,3	98,1	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	88,6	90,0	89,1	89,3	87,8	89,1	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	82,3	91,6	86,8	86,0	80,2	83,8	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	7,8	5,3	6,8	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	64,4	12,3	39,3	47,7	13,6	32,4	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	81,6	91,3	82,6	86,3	77,8	85,9	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	63,9	72,2	64,9	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	23,6	14,2	18,8	11,2	5,8	9,3	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	48,2	56,9	52,5	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä	80,1	71,1	76,1	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	54,8	48,7	52,2	36,7	23,4	32,0	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	76,8	49,5	63,1	54,3	23,4	41,2	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	19,4	30,4	24,1	19,1	32,0	23,1	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	19,9	11,7	16,9	n<5	n<5	7,9	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	94,8	94,7	94,7	96,1	92,8	94,8	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	23,8	38,6	30,9	11,5	26,8	19,5	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykkinen kuormittuneisuus****	11,0	18,1	14,6	n<5	n<5	2,4	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	10,3	15,2	12,6	n<5	n<5	2,8	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Päijät-Häme (%) N=467						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=117	2+ lasta n=150	Kaikki n=282	1 lapsi n=80	2+ lasta n=94	Kaikki n=185	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	14,7	15,3	14,6	10,4	7,5	8,3	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	83,6	72,7	77,6	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	62,6	55,7	58,4	36,8	18,7	25,8	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	23,5	14,8	19,0	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	84,5	67,8	75,4	66,7	28,6	45,8	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	40,5	36,2	37,9	21,3	7,7	14,1	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	9,3	7,3	10,1	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	25,0	19,3	22,7	n<5	29,4	19,6	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	29,6	22,7	28,3	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	23,5	8,9	18,5	14,0	n<5	9,9	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	25,5	9,3	17,9	n<5	n<5	n<5	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	75,9	74,0	72,9	70,7	56,0	63,1	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleensa kuulluksi	90,5	89,9	89,3	86,7	80,0	82,2	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	92,3	94,6	92,9	97,3	90,7	93,0	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	89,7	87,2	87,1	96,0	85,3	89,2	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	90,6	88,5	87,5	84,0	73,3	77,8	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	8,7	11,4	10,8	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	70,2	11,6	37,7	67,1	10,8	36,6	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	83,8	100,0	85,9	94,0	83,3	91,5	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	58,1	90,0	65,5	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	26,1	9,4	17,9	23,7	n<5	16,1	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	56,0	61,3	57,7	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
<b>Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä</b>	85,5	84,7	83,3	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	56,9	42,3	48,6	36,4	21,3	26,6	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	72,4	40,9	55,7	61,5	18,9	36,9	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	22,7	22,2	23,5	n<5	36,8	21,3	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	21,4	9,8	16,7	10,4	n<5	9,1	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	94,0	98,0	95,7	96,3	92,4	94,0	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	27,4	40,3	34,2	22,5	29,8	25,4	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus****	19,5	15,5	17,8	n<5	n<5	3,4	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	17,5	10,9	14,5	n<5	n<5	n<5	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Satakunta (%) N=471						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=123	2+ lasta n=156	Kaikki n= 76	1 lapsi n=76	2+ lasta n=90	Kaikki n=175	1 lapsi n= 4 045	2+ lasta n= 4 503	Kaikki n= 8 923	1 lapsi n= 2 737	2+ lasta n= 2 831	Kaikki n= 5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	8,9	16,0	12,5	n<5	7,8	6,3	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	85,4	77,6	81,4	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	52,8	59,1	55,3	40,8	19,1	27,4	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	18,9	16,8	17,7	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	81,3	69,0	73,5	79,2	25,6	48,8	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	30,1	34,6	32,5	27,8	9,0	17,2	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	11,4	5,8	8,3	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	21,5	11,0	15,4	20,7	35,3	26,1	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	47,8	26,9	34,6	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	28,0	17,8	23,1	19,3	21,7	19,3	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	21,6	24,1	25,0	n<5	n<5	20,7	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	67,2	69,0	68,0	61,4	57,8	60,0	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	90,2	90,3	90,5	80,0	78,1	80,0	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	90,2	96,2	93,2	97,1	92,2	95,0	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	86,2	80,1	82,8	85,7	81,3	83,6	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	84,4	87,2	86,1	75,7	79,7	78,6	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	4,1	n<5	2,7	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	67,5	13,1	38,0	69,7	11,2	37,6	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	82,3	85,0	83,0	86,0	62,5	83,1	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	50,0	72,7	51,7	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	33,3	17,4	25,1	21,9	12,2	17,9	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	56,9	58,1	57,3	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
<b>Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä</b>	95,0	94,9	94,9	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	47,2	46,8	47,0	28,6	18,2	22,3	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	77,0	59,6	66,1	54,3	15,9	33,1	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	37,9	30,1	33,8	n<5	n<5	21,6	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	24,5	17,2	21,0	n<5	n<5	10,9	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	97,5	91,7	93,9	97,3	92,1	94,8	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	27,6	36,8	32,9	21,1	24,4	23,4	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus****	15,0	13,7	14,9	n<5	n<5	2,9	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	13,9	7,3	10,0	n<5	n<5	2,9	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi

Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Vantaa-Kerava (%) N=697						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=213	2+ lasta n=176	Kaikki n=407	1 lapsi n=150	2+ lasta n=128	Kaikki n=290	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	11,8	17,1	14,4	7,5	12,1	9,5	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	85,6	80,1	83,1	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	51,9	59,8	54,6	34,7	22,7	29,3	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	20,1	20,0	20,8	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	84,6	66,9	77,4	65,8	28,6	49,1	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	42,3	38,5	41,1	25,3	15,1	21,5	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	12,4	12,4	11,9	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	22,2	24,8	22,8	11,8	29,6	17,3	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	35,7	32,4	32,9	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	33,5	17,7	26,9	15,6	14,7	15,6	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	25,0	21,5	23,5	n<5	n<5	10,2	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	63,4	60,9	62,0	60,2	47,7	55,1	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	87,1	91,2	88,9	86,0	71,9	80,3	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntivasti ja osaavasti	90,9	95,9	93,0	95,6	91,0	94,0	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	82,5	78,2	81,0	83,8	71,9	79,0	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	75,5	85,5	80,4	79,3	67,8	74,0	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	17,6	12,7	15,5	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	74,0	16,7	47,8	64,9	13,9	42,0	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	76,8	78,3	77,2	84,5	90,9	84,7	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	62,2	86,7	65,3	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	35,5	13,2	24,3	27,6	7,6	19,3	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	42,2	54,3	47,8	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä	77,3	67,4	73,0	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	47,5	47,9	48,1	31,5	17,2	25,3	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	72,2	47,4	61,2	58,2	27,5	44,0	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	39,2	37,5	38,7	26,1	30,0	27,5	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	29,7	17,3	25,4	16,5	18,2	18,0	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	92,9	94,8	94,0	95,9	90,2	93,3	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	28,1	37,1	32,3	28,0	31,1	29,3	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus****	14,4	11,5	13,6	n<5	4,2	3,2	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	12,3	9,1	10,9	n<5	n<5	n<5	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaisluvumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi



Äitiyshuollon integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa

Indikaattori	Varsinais-Suomi (%) N=1 246						Koko maa (%) N=14 728					
	Äidit			Isät			Äidit			Isät		
	1 lapsi n=383	2+ lasta n=351	Kaikki n=762	1 lapsi n=240	2+ lasta n=225	Kaikki n=484	1 lapsi n=4 045	2+ lasta n=4 503	Kaikki n=8 923	1 lapsi n=2 737	2+ lasta n=2 831	Kaikki n=5 805
<b>Vauvan odotusaika</b>												
sujui ennakoitua huonommin	15,4	16,9	15,5	7,1	7,2	7,5	14,3	15,9	15,1	6,5	6,8	6,6
<b>Tarvitsi ammattilaisilta tukea</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	86,3	82,3	83,9	NA	NA	NA	85,5	80,3	82,8	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	60,4	62,4	60,6	39,0	25,1	32,7	57,6	59,2	58,5	38,5	24,8	31,6
masennukseen	21,9	18,3	20,6	NA	NA	NA	22,5	17,6	19,9	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	87,9	71,9	80,3	71,2	26,9	49,4	87,9	69,8	78,4	69,4	25,3	47,1
synnytyspelkoon	36,0	38,0	36,9	25,0	13,8	19,7	37,4	38,6	38,0	23,8	11,2	17,5
<b>Sai ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
raskausajan yleiseen vointiin	9,8	10,8	9,9	NA	NA	NA	10,6	12,5	11,6	NA	NA	NA
omaan jaksamiseen	15,4	18,9	16,9	24,4	24,1	25,0	18,2	22,5	20,5	16,8	31,5	22,6
masennukseen	20,5	15,6	17,3	NA	NA	NA	27,0	29,1	28,0	NA	NA	NA
synnytykseen valmistautumiseen	28,7	15,1	22,4	15,7	17,2	16,5	30,5	16,5	23,9	16,8	14,1	16,1
synnytyspelkoon	20,6	24,8	21,9	15,5	20,0	18,5	24,4	19,8	22,0	13,8	22,1	16,5
<b>Äitiysneuvolapalvelut</b>												
Käynnit kokonaisuutena asiakaslähtöisiä**	71,8	72,8	72,4	64,7	62,1	64,0	66,8	69,6	68,3	64,4	60,2	62,6
Osa-alueet:												
Koki tulleen kuulluksi	87,6	89,1	88,4	83,4	80,1	82,2	88,7	89,7	89,2	85,5	81,1	83,6
Raskautta seurattiin asiantuntevasti ja osaavasti	91,1	90,6	90,9	92,3	94,8	93,4	92,2	93,0	92,7	95,1	94,5	94,8
Selvitettiin koko perheen hyvinvointia	88,4	86,6	87,5	89,8	84,1	87,1	85,7	82,8	84,1	87,3	81,2	84,7
Sai riittävästi tukea vanhemmuuteen	83,6	86,5	85,0	77,0	79,5	78,2	80,9	85,4	83,3	79,2	76,4	78,0
Terveydenhoitaja vaihtui liian usein	12,9	14,0	13,3	NA	NA	NA	11,8	8,7	10,2	NA	NA	NA
<b>Perhe- tai synnytysvalmennus</b>												
Osallistui valmennukseen	73,8	12,1	44,2	65,8	13,3	40,8	74,4	14,5	42,9	68,0	12,9	40,1
<b>Valmennus hyödyllinen, % osallistuneista</b>												
synnytykseen valmistautumiseen	85,1	81,6	85,3	85,6	95,5	86,3	82,0	90,1	83,4	84,1	89,5	84,8
synnytyspelkoon	52,5	75,8	57,8	NA	NA	NA	56,9	75,4	60,4	NA	NA	NA
<b>Synnytys</b>												
sujui odotuksia huonommin	26,4	16,4	21,6	18,7	8,4	13,8	30,9	15,1	22,6	21,2	8,9	15,1
toipunut synnytyksestä erittäin hyvin	53,7	58,3	55,9	NA	NA	NA	48,5	53,0	50,8	NA	NA	NA
<b>Vauvan syntymän jälkeinen aika</b>												
Tarjottu neuvolasta kotikäyntiä	65,4	50,1	58,4	NA	NA	NA	82,7	62,5	72,1	NA	NA	NA
<b>Tarvinnut ammattilaisilta tukea</b>												
omaan jaksamiseen	47,2	45,8	46,5	34,6	20,7	28,1	51,1	44,4	47,6	33,6	18,3	25,9
vauvan syöttämiseen	75,9	49,4	63,3	61,0	21,7	41,5	75,3	46,0	59,8	60,1	20,4	40,1
<b>Saanut ammattilaisilta tukea riittämättömästi*, % tukea tarvinneista</b>												
omaan jaksamiseen	24,7	32,5	28,0	26,3	37,8	29,8	29,1	33,4	31,2	24,1	42,3	30,6
vauvan syöttämiseen	20,6	14,5	17,8	15,6	n<5	12,9	25,0	17,9	22,1	13,9	10,4	13,0
<b>Hyvinvointi</b>												
Tyytyväinen elämäänsä	94,8	93,4	94,3	96,6	90,6	93,7	94,4	93,5	93,9	94,7	91,6	93,2
Uupumuksen oireet	22,4	39,5	30,1	18,1	30,8	24,3	27,7	41,1	34,7	22,1	34,9	28,6
Masennusoireilu***/ Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus****	12,3	14,6	13,4	3,4	3,7	3,4	14,4	14,6	14,5	3,2	4,7	4,0
Yksinäisyyden tunne	12,0	10,9	11,3	2,1	n<5	1,9	12,5	10,6	11,5	1,8	2,1	2,0

1 lapsi = Ensimmäistä lasta odottaneet, 2+ lasta = Jo aiemmin lapsen saaneet

Äitien / isien kokonaislukumäärässä ("Kaikki", N) ovat mukana myös ne äidit / isät, joiden lasten lukumäärä ei ole tiedossa

\*) Ei saanut tukea ollenkaan / Sai tukea riittämättömästi / Ei kertonut tuen tarpeesta

\*\*\*) Ollut kaikkien osa-alueiden kanssa samaa tai täysin samaa mieltä, sisältää myös osa-alueet: Puhuttiin vanhemmalle tärkeistä asioista; Uskalsi kertoa asioista rehellisesti

\*\*\*\*) Kysytty vain äideiltä, \*\*\*\*\*) Kysytty vain isiltä, NA = Ei ole kysytty, n<5 = Vastauksia alle viisi