

Äitiysneuvolaopas

Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan

KANSALLINEN ÄITIYSHUOLLON ASiantuntijaryhmä (kirj.)
REIJA KLEMETTI, TUOVI HAKULINEN-VIITANEN (toim.)



KANSALLINEN ÄITIYSHUOLLON ASiantuntijaryhmä (kirj.)
REIJA KLEMETTI & TUOVI HAKULINEN-VIITANEN (toim.)

ÄITIYSNEUVOLAOPAS

SUOSITUKSIA ÄITIYSNEUVOLATOIMINTAAN



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Äitiyshuollon asiantuntijaryhmä 1.12.2010–31.12.2012

Pouta Anneli

Hakulinen-Viitanen Tuovi

Klemetti Reija

Pelkonen Marjaana

Vallimies-Patomäki Marjukka

Ellilä Merja

Häkkinen Hannele 13.2.2012–

Jouhki Maija-Riitta

Kampman-Nikulainen Taru 1.12.2010–
4.10.2011

Keravuo Ritva 1.12.2010–25.8.2011

Lang Leena

Lehtomäki Leila

Liira Helena 1.12.2011–12.12.2011

Paahtama Soile 1.12.2010–12.2.2012

Rahkonen Eeva

Raudaskoski Tytti

Raussi-Lehto Eija

Räty Heidi 25.8.2011–15.10.2012

Uotila Jukka

Virtanen Terhi

Ylä-Soininmäki Taina

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva Hilla Klemetti

Kansi ja luvun aloitussivu Tiina Kuoppala

Taitto Raili Silius

ISBN 978-952-245-971-8 (painettu)

ISSN 1798-0097 (painettu)

ISBN 978-952-245-972-5 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0100 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere 2013

LUKIJALLE

Edellisten äitiyshuollon suositusten (1999) ilmestymisen jälkeen on kertynyt runsaasti uutta tietoa raskausajan ja synnytyksen jälkeisen ajan terveydestä ja hyvinvoinnista. Yhä syvällisemmin on ymmärretty tieteellisen näytön merkitys äitiysneuvolatoiminnan hoito- ja toimintakäytäntöjen perustana. Nämä uudet suositukset on laadittu parhaan mahdollisen tieteellisen näytön pohjalta kansallisen äitiyshuollon asiantuntijaryhmän, muiden asiantuntijoiden ja kaikkien suosituksia kommentoineiden tahojen yhteistyönä.

Ensisijaisesti nämä suositukset on tarkoitettu äitiysneuvolassa työskenteleville terveydenhuollon ammattilaisille – terveydenhoitajille, kätilöille ja lääkäreille. Toivomme, että suositukset ja niiden näyttöön pohjautuvat perustelut auttavat käytännön työssä raskautta suunnittelevien, raskaana olevien ja synnyttäneiden naisten, vastasyntyneiden ja perheiden kanssa.

Toiseksi tämä opas on tarkoitettu myös äitiysneuvolatyön johtamisesta vastaaville henkilöille. Potilasturvallisuus, näyttöön perustuva toiminta sekä toimintaympäristön ja tehtäväkuvien muutokset edellyttävät ammatillisen osaamisen jatkuvaa ylläpitämistä ja kehittämistä. Johtajat ovat avainasemassa näyttöön perustuvan äitiysneuvolatoiminnan mahdollistamisessa: he luovat edellytykset suositusten mukaiselle toiminnalle ja voivat perustella suositusten mukaisten toimintaedellytysten kehittämistarpeet kunnan luottamushenkilöille.

Kolmanneksi tämä opas on tarkoitettu myös kaikille sosiaali- ja terveysalan opetustyössä toimiville ja alan opiskelijoille, erikoissairaanhoidon ammattilaisille ja muille äitiysneuvolan ja sen asiakkaiden kanssa yhteistyössä toimiville ammattilaisille. Laadukkaiden äitiysneuvolapalvelujen lähtökohtana on moniammatillinen yhteistyö.

Suosituksia on laadittu myös poliittisesta päätöksenteosta vastuussa oleville henkilöille. Oppaasta tehdään myöhemmin myös tiiviimpi, vain suositukset sisältävä opas päätöksenteon tueksi.

Lopuksi, opasta voivat käyttää myös raskautta suunnittelevat, raskaana olevat ja synnyttäneet naiset, heidän puolisonsa ja koko heidän perheensä. Oppaasta löytyy paitsi tietoa raskauden kulusta, seurannasta ja raskausajan terveellisistä elintavoista myös perusteluita neuvolassa ja laajemminkin äitiyshuollossa ja sen yhteistyötahoissa tehtävälle työlle. Onhan tämä opas tehty nimenomaan raskaana olevien naisten, syntyvien lasten ja perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.

Kiitämme lämpimästi kaikkia suositusten laatimiseen osallistuneita asiantuntijamuksesta ja yhteistyöstä.

Helsingissä 26. elokuuta 2013

Reija Klemetti

Tuovi Hakulinen-Viitanen

SISÄLLYSLUETTELO

Lukijalle	3
1 JOHDANTO.	9
2 ÄITIYSNEUVOLAN TAVOITTEET JA TOIMINTAA OHJAAVAT PERIAATTEET	16
2.1 Tavoitteet ja tehtävät	16
2.2 Periaatteet.	18
3 VANHEMMUUDEN TUKEMINEN	26
3.1 Monimuotoinen perhe	26
3.2 Miehet äitiysneuvolan asiakkaina	30
3.3 Vanhemmuuden voimavarat ja varhainen vuorovaikutus	31
Parisuhteen merkitys vanhemmuudelle	31
Äitiyteen ja isyyteen kasvaminen	32
Varhainen vuorovaikutus	32
Vanhemmuuden voimavaroja lisääviä ja vähentäviä tekijöitä	33
Vanhemmuuden tukeminen	34
4 ELINTAVAT JA NEUVONTA	40
4.1 Ravitsemus	40
4.2 Imetys	47
4.3 Suun terveydenhoito	50
4.4 Liikunta.	53
4.5 Seksuaalinen hyvinvointi.	56
4.6 Työhön liittyvät erityistilanteet.	59
4.7 Lääkkeet, rokotukset ja luontaistuotteet.	61
4.8 Päihteet	65
4.9 Kosmetiikka, tatuoinnit ja lävistykset	71
4.10 Sosiaaliturvaan liittyvä neuvonta	73
5 PERHEVALMENNUS	78
6 YLEISET RASKAUSAJAN VAIVAT	86
6.1 Pahoinvointi ja ruuansulatuskanavan ongelmat	86
6.2 Tuki- ja liikuntaelimistön vaivat.	88
6.3 Muutokset ihossa	89
6.4 Väsymys	90
6.5 Kipu, kuume ja päänsärky	91
6.6 Unettomuus.	92
6.7 Muita raskausajan vaivoja	93

7	TERVEYSTARKASTUKSET ÄITIYSNEUVOLASSA	96
7.1	Yleisperiaatteita	96
7.2	Yhteydenotto neuvolaan raskautta suunniteltaessa.	99
7.3	Ensikontakti äitiysneuvolaan raskausaikana.	100
7.4	Määräaikaisten terveystarkastusten käyntirunko	102
7.5	Lasta odottavan perheen laaja terveystarkastus	108
7.6	Seurantatutkimukset ja seulonnat.	113
	Verenpaine	113
	Virtsan tutkimukset.	114
	Hemoglobiinin seuranta	115
	Veriryhmämääritys ja immunisaatio	116
	Paino	119
	Seulottavat infektiot	122
	Sikiön poikkeavuuksien seulonta	126
	Irtosolunäytteet	128
	Kohdun kasvu ja sikiön asento	129
	Sikiön liikeseuranta	131
	Sikiön sykkeen seuranta	132
7.7	Synnytyksen jälkitarkastus.	133
7.8	Synnytyksen jälkeinen raskaudenehkäisy ja neuvonta	136
8	KOTIKÄYNNIT	142
9	LISÄSEURANTAA EDELLYTTÄVIEN RASKAUSONGELMIEN TUNNISTAMINEN JA HOITO	148
9.1	Monisikiöraskaus.	148
9.2	Pre-eklampsia, raskaushypertensio	151
9.3	Raskausdiabetes	152
9.4	Raskauskolestaasi	154
9.5	Kohdunkasvun poikkeavuudet	155
9.6	Sikiön poikkeava syke	157
9.7	Sikiön poikkeava liikkuminen	158
9.8	Uhkaava ennenaikainen synnytys	159
9.9	Loppuraskauden verenvuoto	162
9.10	Lasketun ajan ylittyminen	163
10	LISÄSEURANTAA VAATIVAT SAIRAUDET TAI ONGELMAT	166
10.1	Aikaisemman raskauden ongelmat	166
10.2	Suvun sairaudet ja periytyvän sairauden mahdollisuus.	167
10.3	Krooniset sairaudet	168
	Anemia, trombosytopenia ja tromboosi	168
	Astma	172
	Diabetes.	173

	Epilepsia	176
	Kilpirauhasen toimintahäiriöt	177
	Krooniset suolistotulehdukset	179
	Krooninen verenpainetauti ja munuaissairaudet	180
	Multippeliskleroosi (MS-tauti)	182
	Sidekudos- ja reumasairaudet	183
10.4	Mielenterveysongelmat	184
10.5	Infektiot	188
	Virtsatieinfektio ja oireeton bakteeriuria	188
	Sukupuolinfektiot	189
	Potentiaalisesti sikiövaurioille altistavat yleisinfektiot	194
	Tuberkuloosi	200
	Sairaalahygieenisesti merkittävät mikrobit	202
11	LISÄSEURANTA RASKAANA OLEVAN JA PERHEEN ERITYISTILANTEISSA	206
11.1	Monikulttuurisuus	206
11.2	Raskaana olevan iästä johtuvat erityispiirteet	210
11.3	Hedelmöityshoidot	214
11.4	Vammaisuus ja raskaus	218
11.5	Lähisuhde- ja perheväkivalta	220
11.6	Päihdeongelma perheessä	227
11.7	Raskauden päättyminen lapsen kuolemaan	232
11.8	Vammaisen lapsen odotus ja syntymä	234
11.9	Keskenmeno	236
11.10	Raskaudenkeskeytys	238
12	SYNNYTYKSEEN VALMISTAUTUMINEN	242
12.1	Synnytyspaikan valinta	242
12.2	Synnytykseen lähdön ohjaus	243
12.3	Synnytyssuunnitelma	244
12.4	Synnytyksen suunnittelu erikoistilanteissa	246
	Aikaisemman synnytyksen ongelmat	246
	Synnytyspelko	247
	Sikiön poikkeavat tarjonnat	251
	Epäsuhtaepäily	252
	Lyhytjälkihoitoinen synnytys	253
	Kotisyntyminen	256
13	VASTASYNTYNEEN SEURANTA	262
14	SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN MASENNUS	274

15	YHTEISTYÖ	282
15.1	Neurolatietojen luovuttaminen ja salassapito	282
15.2	Monialainen ja -ammattillinen yhteistoiminta asiakasnäkökulmasta	284
15.3	Monialainen ja -ammattillinen yhteistoiminta äitiysneuvolan näkökulmasta	285
15.4	Erikoissairaanhoido	293
	Lähete- ja hoitopalautekäytännöt ja konsultointi	293
	Tiedonkulku	296
	Työnjako	296
16	ÄITIYSNEUVOLAPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN	300
16.1	Toimintaohjelma	300
16.2	Neurolatoiminnan johtaminen	303
16.3	Äitiysneuvolan henkilöstö ja mitoitus	306
16.4	Kirjaaminen ja tilastointi	310
16.5	Osaamisen kehittäminen ja tukeminen	314
16.6	Laadun arviointi ja seuranta	322
16.7	Äitiysneuvolan vaikuttavuus ja kustannukset	325
17	SUOSITUSTEN KÄYTÄNÖN TOTEUTTAMINEN, SEURANTA JA ARVIOINTI	332
18	LIITTEET	335

JOHDANTO

Taustaa

Edelliset kansalliset äitiyshuollon suositukset ovat vuodelta 1999.¹ Sen jälkeen on tapahtunut muutoksia sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Terveystenhuoltolaki² ja valtioneuvoston asetus³ ovat vahvistaneet perusterveydenhuoltoa ja terveyden edistämistä. Vuonna 2008 tehdyn äitiysneuvolatoiminnan järjestämistä koskevan selvityksen mukaan äitiysneuvolapalveluiden käytännöt ja rakenteet vaihtelivat äitiysneuvoloitten ja yhteistyötoimijoiden välillä.⁴ Äitiysneuvoloissa työskentelevät lääkärit olivat pääsääntöisesti laillistettuja yleislääkäreitä ja hoitohenkilökunta pääosin terveydenhoitajia. Terveystenhoitaja-kättilö-kaksoiskoulutus oli neljänneksellä hoitohenkilökunnasta.

Tuoreimpien valtakunnallisten neuvolatoiminnan selvitysten⁵⁻⁶ mukaan äitiysneuvolapalveluissa on tapahtunut myönteistä kehitystä 2000-luvun alkuun⁷⁻⁹ verrattuna, mihin todennäköisesti on vaikuttanut lainsäädännön sekä seurannan ja valvonnan vahvistuminen. Myös kunnat ja kuntayhtymät ovat olleet aktiivisia ehkäisevien palvelujen kehittämisessä. Muun muassa toimintatavat ovat yhtenäistyneet ja muuttuneet aiempaa perhekeskeisemmiksi ja tukea on kohdennettu aiempaa enemmän erityistä tukea tarvitseville. Lisäksi henkilöstövoimavarat ovat jonkin verran parantuneet ja neuvolatoiminnan johtaminen tehostunut. Toisaalta palvelujen nykykäyttäjät arvioivat saamiensa neuvolapalvelujen määrää ja laatua aikaisempaa kriittisemmin.¹⁰

Vuonna 1999 edellisten äitiyshuollon suositusten valmistuessa Suomessa oli vielä 43 synnytysairaala. Tätä kirjoitettaessa synnytysairaaloita on kolmekymmentä. Sosiaali- ja terveysministeriössä (STM) valmistellaan asetusta kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Sen myötä arvioidaan synnytysyksiköiden verkostossa tapahtuvan muutoksia. Tällä tulee olemaan vaikutuksia myös äitiysneuvolatoimintaan, jos erikoissairaanhoidon palveluita keskitetään nykyistä harvempiin synnytysyksiköihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa linjataan hallitusohjelman ja Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategian¹¹ lisäksi Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa (KASTE-ohjelma) ja sen toimeenpanon tueksi laaditussa toimeenpanosuunnitelmassa.¹² Toimeenpanosuunnitelman mukaan neuvolatoimintaa kehitetään osana perhekeskustoiminnan kokonaisuutta perheiden kohtaamispaikaksi ja vertaistuen mahdollistajaksi. Neuvolan lisäksi perhekeskustoitinnassa ovat mukana terveyskeskuksen erityistyöntekijät, varhaiskasvatus, perhetyö, järjestöt, seurakunnat, lastensuojelu sekä kasvatus- ja perheneuvola.

Syntyvyys ei juuri ole muuttunut edellisten suositusten valmistumisesta: vuonna 2011 Suomessa syntyi 60 258 lasta 59 385 synnytyksestä.¹³ Ensi- ja uudelleensynnyttäjien suhde on pysynyt hyvin samanlaisena: ensisynnyttäjii on noin 40 % ja uudelleensynnyttäjii 60 %. Vastasyntyneiden terveys on edelleen kansanvälisesti arvioiden erinomainen. Sen sijaan synnyttäväestössä ja palvelujen käytössä on tapahtunut

muutoksia. Synnyttäjien keski-ikä on noussut tasaisesti. Kaikkien synnyttäjien keski-ikä nousi 29,9 vuodesta 30,2 vuoteen ja ensisynnyttäjien 27,6 vuodesta 28,4 vuoteen. Raskausajan käyntimäärät (neuvola ja äitiyspoliklinikka) ovat hieman vähentyneet – 16,7 vuonna 1999 ja 15,8 vuonna 2011 –, mutta ovat edelleen kansainvälisesti tarkastellen korkeita. Raskausajan tupakointi ei ole muuttunut 1980-luvulta: edelleen vuonna 2011 noin 16 % synnyttäjistä ilmoitti tupakoineensa raskausaikana. Alkoholin ja huumeiden käyttöä raskausaikana ei kirjata syntymärekisteriin, joten niistä ei ole olemassa vertailukelpoista rekisteritietoa.

Kroonisesti sairaiden raskaana olevien määrä on lisääntynyt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Lääkehoito ja raskaus -hankkeen mukaan 7,7 % raskaana olevista sai lääkekorvausta pitkäaikaissairaudesta vuonna 2010 ja 5,6 % vuonna 1999 (Lahesmaa-Korpinen, henkilökohtainen tiedonanto). Syntymärekisterin mukaan 5,4 %:lla synnyttäneistä oli raskausdiabetes vuonna 2006 (vuodelta 1999 ei ole olemassa tätä tietoa) ja 6,5 %:lla vuonna 2010.¹³ Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan henkinen kuormittuneisuus on vähentynyt sekä naisilla että miehillä, mutta masennushäiriöissä ei ole tapahtunut muutosta vuoteen 2000 nähden.¹⁴ Noin 17 % 30–44-vuotiaista naisista oli kokenut henkistä kuormittuneisuutta ja 7 % vakavia masennus- tai ahdistusoireita. Yleisinä ongelmina mielenterveysongelmat koskettavat myös äitiysneuvolatyötä. Tietoa painoindeksistä (Body Mass Index, BMI) on kerätty syntymärekisteriin vasta vuodesta 2004. Vuonna 2011 yli kolmannes synnyttäneistä oli ylipainoisia (BMI 25 tai enemmän).¹³

Keisarileikkausten määrä on Suomessa toistaiseksi pysynyt kansainvälisesti katsottuna alhaisena: 16 % sekä vuonna 1999 että 2011.¹³ Monisikiösynnytyksiä oli vajaat kaksi prosenttia synnytyksistä vuonna 2011; määrä laski hieman vuodesta 1999. Kansainvälisistä trendeistä poiketen ennenaikaisuus ei ole lisääntynyt Suomessa. Vuonna 2011 ennenaikaisina (alle 37 raskausviikkoa) syntyi 6 % ja pienipainoisina (alle 2 500 grammaa) 4 % lapsista. Perinataalikuolleisuus oli neljä promillea.

Maahanmuuttajien määrä on Suomessa selvästi lisääntynyt edellisten suositusten valmistumisesta: vuonna 1999 Suomessa oli noin 88 000 ulkomaiden kansalaista ja vuonna 2011 jo yli 183 000.¹⁵ Maahanmuuttajien lisääntymis- ja perinataaliterveydessä on selkeitä eroja kantaväestöön verrattuna.^{16–18} Nykyinen tietosuojalainsäädäntö estää maahanmuuttajien terveyden jatkuvan seurannan rekisterien avulla.

Suomalainen kohorttitutkimus, Kansallinen syntymäkohortti 1987, on osoittanut selvästi, että varhaislapsuuden olosuhteet vaikuttavat monin tavoin myöhempään terveyteen ja hyvinvointiin ja että sosioekonominen ja alueellinen eriarvoisuus on merkittävä ongelma tämän päivän Suomessa.¹⁹ Alustavat tutkimustulokset vahvistavat aiempia käsityksiä siitä, että jo raskausajan elinolot, vanhempien terveys, hyvinvointi ja terveystottumukset vaikuttavat syntyvän lapsen terveyteen ja hyvinvointiin. Ehkäisevä ja koko perheen hyvinvointia tukeva työ on aloitettava jo raskausaikana tai jo raskauden suunnitteluvaiheessa. Neuvolassa tehtävän ehkäisevän työn yksi olennainen osa on lasta odottavan perheen ohjaaminen terveellisten elintapojen omaksumiseen ja sisäistämiseen. Terveydenhuollon ammattilaisten tulee tukea asiakkaita yksilöllis-

ten voimavarojen löytämisessä ja hyödyntämisessä sekä itsemääräämisen, kyvykkyyden ja yhteenkuuluvuuden tunteiden vahvistamisessa, sillä ne auttavat löytämään sisäisen motivaation ja edistävät sitä kautta muutosten pysyvyyttä.^{3,20}

Suosituksen tarkoitus ja kohderyhmä

Näiden suositusten tarkoituksena on antaa luotettavaa, tieteelliseen näyttöön perustuvaa tietoa äitiysneuvolatyön tueksi, käytäntöjen yhtenäistämiseksi, laadun parantamiseksi ja eriarvoisuuden vähentämiseksi. Näin on mahdollista lisätä toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta sekä henkilöstön osaamista ja kustannusten hillintää. Asiakkaan näkökulmasta näyttöön perustuva toiminta ja vaikuttavat menetelmät parantavat hoidon tuloksellisuutta. Uusi terveydenhuoltolaki² ja valtioneuvoston asetus³ antoivat suositusten päivittämiselle säädöserustan.

Suosituksia on pääsääntöisesti tarkoitettu terveydenhuollon ammattilaisille: terveydenhoitajille, kättilöille, terveyskeskuslääkäreille ja muulle terveyskeskusten henkilöstölle, naistentautien ja synnytysten asiantuntijoille sekä kaikille muille, jotka tarjoavat perhepalveluja raskaana oleville naisille ja heidän perheilleen. Lisäksi suositukset on tarkoitettu äitiysneuvolapalvelujen järjestämisestä vastuussa oleville tahoille. Myös alan kouluttajat ja opiskelijat hyötyvät oppaasta. Opasta voivat käyttää myös raskautta suunnittelevat ja raskaana olevat naiset, tulevien lasten isät tai naisten kumppanit sekä isovanhemmat.

Suosituksen laadinnassa käytetyt menetelmät

Oppaan laatimisessa keskeisenä tavoitteena on ollut, että suositukset perustuvat näyttöön. Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijatyöryhmä (liite 1) kokoontui yhteensä 16 kertaa suunnittelemaan, keskustelemaan ja tekstien valmistumisen myötä kommentoimaan ja muokkaamaan tekstejä. Tämän lisäksi ryhmä järjesti useita teemakohtaisia pienryhmätapaamisia ja kävi runsasta sähköpostikirjeenvaihtoa. Tavoitteena oli löytää yhteinen kanta, konsensus, etenkin niihin asioihin, joista ei ollut selvää tieteellistä näyttöä tai joissa näyttö oli ristiriitaista.

Suosituksen pohjana käytettiin vuoden 1999 suosituksia, nykyistä lainsäädäntöä, aiheeseen liittyviä Käypä hoito -suosituksia sekä kolmea ulkomaista suosituskokoelmaa: Britanniassa alun perin vuonna 2003 julkaistuja ja vuonna 2008 päivitettyjä²¹ suosituksia, Norjassa vuonna 2005 julkaistuja suosituksia,²² jotka perustuivat Britanniassa tehtyyn systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, sekä Ruotsissa vuonna 2008 julkaistuja äitiyshuollon suosituksia.²³

Näihin suomalaisiin suosituksiin sisällytettiin joitakin Britannian ja Norjan suositusten ulkopuolelle jääneitä tärkeinä pidettyjä aihealueita. Jotta saatiin nämä aihealueet katettua ja myös päivitettyä Britanniassa tehty kirjallisuuskatsaus, tätä suositusta varten tehtiin järjestelmällinen kirjallisuushaku tietyistä aihealueista toukokuun 2012 loppuun mennessä ilmestyneestä kirjallisuudesta (kirjallisuushaku ja täydellinen lähdeluettelo löytyvät sähköisen version lopusta). Tämän lisäksi näyttöä kartoitettiin ma-

nuuaalisilla hauilla, jotka kattoivat vuoden 2012 loppupuolen ja osin vuoden 2013 alun. Vaikka kaikki suositusten taustalla olevat tekstit perustuvat uusimpaan kirjallisuuteen, ajanpuutteen vuoksi kaikista aihealueista ei ollut mahdollista tehdä järjestelmällistä kirjallisuushakua. Kaikista aihealueista ei edes ollut saatavilla (tuoretta) tutkimustietoa, joten näyttöön perustuminen ei kaikilta osin toteutunut tavoitteen mukaisesti. Näytön asteen arviointi jätettiin tekemättä, koska näyttö olisi voitu arvioida vain niistä suosituksista, jotka perustuvat järjestelmälliseen kirjallisuuden hakemiseen ja läpikäymiseen.

Oppaan kirjoittamiseen ja kommentoimiseen ovat kansallisen äitiyshuollon asiantuntijaryhmän lisäksi osallistuneet useat eri alojen asiantuntijat (liite 2), jolle asiantuntijaryhmä esittää parhaimmat kiitoksensa. Kullakin luvulla on vastuukirjoittajat, jotka vastaavat lukunsa yksityiskohtaisesta sisällöstä (liite 3). Tekstien tarkastukseen ja suositusten laatimiseen ovat osallistuneet kaikki äitiyshuollon asiantuntijaryhmän jäsenet. Asiantuntijaryhmän jäsenet vastaavat suositusten sisällöstä. Toimitustyössä lukuja on tiivistetty, mutta ennen oppaan julkaisemista kirjoittajat ovat saaneet toimitetun version luettavakseen.

Uudet suositukset

Ajassa tapahtuneista erilaisista muutoksista ja äitiysneuvolan laajentuneesta toimenkuvasta huolimatta äitiysneuvolan ydintehtävä ei ole muuttunut. Ydintehtävänä on edelleen turvata raskaana olevan naisen, sikiön, vastasyntyneen ja perheen paras mahdollinen terveys. Uudet laajat terveystarkastukset²⁴ ovat erittäin hyvä keino toteuttaa äitiysneuvolan laajempaa tavoitetta ja lakisääteistä tehtävää: koko perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Vanhempien terveys ja hyvinvointi sekä terveystottumukset raskausaikana vaikuttavat keskeisesti syntyvän lapsen terveyteen sikiöajasta aikuisuuteen. Lapsen molempien vanhempien tapaaminen mahdollistaa terveyden edistämisen ja ongelmien varhaisen tunnistamisen sekä tuen kohdentamisen sitä tarvitseville.

Käyntimäärien vähentäminen hyvinvoivilta, terveiltä raskaana olevilta naisilta ei ole lisännyt raskausajan ongelmia kuten verenpainetta ja pre-eklampsiaa eikä syntyvän lapsen terveysongelmia kuten ennenaikaisuutta tai pienipainoisuutta.²⁵ Näissä uudistetuihin äitiysneuvolasuosituksissa määrääkäsia terveystarkastuskäyntejä suositellaan matalan riskin raskauksissa aiempaa vähemmän ja pyritään aikaisempaa enemmän yksilölliseen, tarpeen mukaiseen terveyden ja hyvinvoinnin seurantaan ja edistämiseen. Lääkärikäyntejä suositellaan raskaana oleville kaksi aiemman kolmen sijaan ja terveydenhoitajan/kätilön käyntejä 8–9 aiempien 10–13:n sijaan. Synnyttäneille ja heidän perheilleen järjestetään kaksi määrääkäsia terveystarkastusta. Lisäksi on varattu aikaa tarpeenmukaisille lisäkäynneille. Lisäkäynneillä pyritään turvaamaan kaikkien erityistä tukea ja/tai seuranta tarvitsevien raskaana olevien naisten ja heidän perheidensä ongelmien varhainen tunnistaminen ja hoitaminen sekä heidän tukemisensa ja ohjaamisensa tarvittaessa jatkohoitoon, seurantaan, erityispalveluihin tai sosiaaliturvan pii-

riin. Äitiysneuvolan universaalit, riittävät palvelut kuuluvat edelleen jokaiselle Suomessa oleskelevalle raskaana olevalle naiselle ja hänen perheelleen.

Keskeinen muutos edellisiin suosituksiin verrattuna on terveyden edistämisen näkökulman painottuminen. Vanhemmuuden tukemista, elintapoja ja terveysneuvontaa raskausaikana sekä yleisten raskausajan vaivojen hoitoa käsitellään omissa luvuissaan. Luvussa 7 kuvataan äitiysneuvolan laajaa terveystarkastusta koko perheen hyvinvoinnin edistämiseksi. Uutta ovat myös useat lisäseuranta edellyttävät erityistilanteet luvuissa 9–11, synnytykseen valmistautuminen luvussa 12 (sisältää muun muassa suosituksen kotisyntymykseen valmistautuvan perheen ohjauksesta), omat luvut perhevalmenuksesta (luku 5) ja kotikäynneistä (luku 8), moniammatillisen yhteistyön aiempaa laajempi tarkastelu (luku 15) ja luku 16 äitiysneuvolatyön henkilöstöstä, henkilöstömitoituksesta ja johtamisesta. Yksityiskohtaisempia uusia suosituksia ovat anti-D-immunoglobuliinisuojaus neuvolassa kaikille RhD-negatiivisille äideille raskausviikoilla 28–30 ja B-ryhmän streptokokki (GBS) -näytteen otto kaikilta raskaana olevilta raskausviikoilla 35–37.

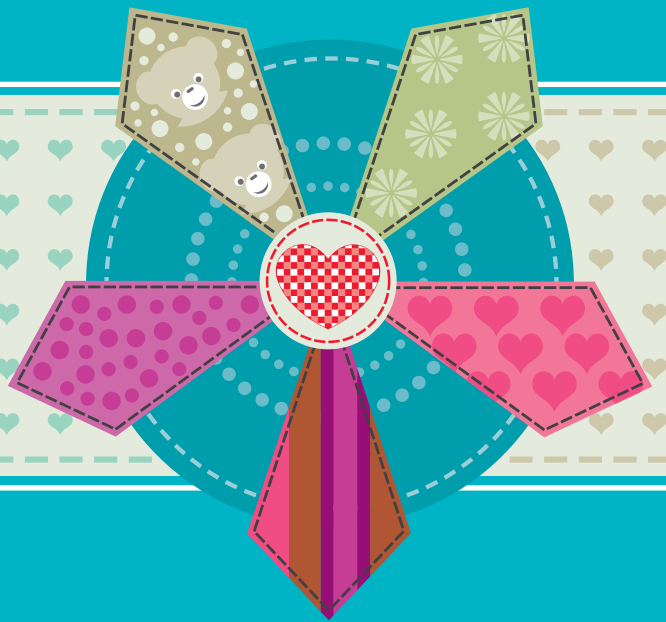
Toimeenpano ja seuranta

Tämä opas sisältää kansalliset suositukset äitiysneuvolatoiminnan kehittämiseksi. Tulevina vuosina äitiysneuvolan haasteina ovat muutokset synnyttäjäväestössä, kuten synnyttäjien keski-ikäen nousu, ylipaino, kroonisten sairauksien lisääntyminen ja monikulttuurisuus. Haasteita tuovat myös muiden erityistä tukea tarvitsevien raskaana olevien ja heidän perheidensä tunnistaminen ja moniammatillinen tukeminen sekä hoitopolkujen luominen. Kehittämisen painopisteinä ovat oppaan suositteleman yksilöllisen ja tarpeenmukaisen seurannan toteuttaminen sekä laajojen terveystarkastusten tavoitteiden omaksuminen ja toteuttaminen perheiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

Tavoitteena on päivittää suosituksia aiempaa useammin ja tehdä järjestelmälliset kirjallisuushaut myös niistä aihealueista, joiden osalta sitä ei tässä päivityksessä tehty. Äitiysneuvolapalvelujen laadun turvaamiseksi alueelliset hoito-ohjelmat tulisi päivittää suosituksia vastaaviksi. Tämä jää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä tehtäväksi. Suosituksista tiedottaminen ja käytäntöjen tukeminen ja seuraaminen on äitiyshuollossa esimiesasemassa olevien vastuulla. Suositusten seuranta ja arviointi on suunniteltu tehtävän osana THL:n Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmaa, jota ollaan päivittämässä vuosille 2014–2020.

Lähteet

- Viisainen, K. (toim.) 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa: Suositukset 1999. Oppaita / Stakes: 34. <http://www.julkari.fi/handle/10024/76178>.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Raussi-Lehto E, Regushevskaya E, Gissler M, Klemetti R, Hemminki E. 2011. Äitiysneuvolatoiminta Suomessa 2000-luvulla. THL. Raportti 52/2011.
- Wiss K, Frantsi-Lankia M, Koskinen H, Saaristo V. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 71/2012. Helsinki
- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Pelkonen M. 2013. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon valtakunnallinen seuranta. Käsikirjoitus Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja -julkaisusarjaan.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A, Rimpelä M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakes, Raportteja 21/2008. Helsinki.
- Rimpelä M, Happonen H, Saaristo V, Wiss K, Rimpelä A. 2008. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007–2009. Stakes, Raportteja 40/2008. Helsinki.
- Tuominen M, Kaljonen A, Ahonen P, Rautava P. 2012. Does the organizational model of the maternity health clinic have an influence on women's and their partners' experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland. *BMC Pregnancy and Childbirth* 12, 96. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/96>.
- STM, 2011. Strategia.
- STM, 2012. Kaste-ohjelma ja sen toimeenpanosuunnitelma.
- Syntymäkisteri, THL 2012. Synnytykset ja vastasyntyneet 2011. Verkkodokumentti. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantymisen/synnyttajat/index.htm>.
- Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa, 2011. Toim. Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N. THL, Raportti 68/2012. <http://www.julkari.fi/handle/10024/90832>.
- Tilastokeskus, 2012. Taulukot tilastoissa: Väestörakenne. http://pxweb2.stat.fi/database/statFin/vrm/vaerak/vaerak_fi.asp.
- Malin M, Gissler M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health* 9, 84.
- Malin M. 2011. Maahanmuuttajanaisten lisääntymisterveys vaatii erityistä huomiota. *SLL* 44, 3309–3314.
- Koponen P, Klemetti R, Surcel HM, Mölsä M, Gissler M, Weiste-Paakkanen A. 2012. Lisääntymisterveys. Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetykset. Teoksessa Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi (toim. Castaneda, Rask, Koponen, Mölsä, Koskinen). THL, Raportti 61/2012.
- Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A, Gissler M. 2012. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja hyvinvointiongelmien Kansallinen syntymäkohortti 1987 -aineiston valossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 52, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-696-0>.
- Anglé S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä. Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. *SLL* 34, 2691–2696.
- National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) 2008. Antenatal care : routine care for the healthy pregnant woman. www.nice.org.uk/CG062.
- Nasjonale Faglige retningslinjer, 2005. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Sosial- og helsedirektoratet.
- SFOG, 2008. Mödrhälsövärd, Sexuell och Reproduktiv hälsa. Rapport nr 59.
- Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus – Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 22/2012. Helsinki.
- Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. 2010. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No:CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934.pub2.



2 ÄITIYSNEUVOLAN TAVOITTEET JA TOIMINTAA OHJAAVAT PERIAATTEET

2.1 TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Äitiysneuvolatoiminnan tavoitteena on turvata raskaana olevan naisen ja sikiön terveys ja hyvinvointi ja edistää tulevien vanhempien ja koko perheen terveyttä ja hyvinvointia sekä tulevan lapsen kehitysympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta. Tavoitteena on myös edistää kansanterveyttä ja ehkäistä raskausaikaisia häiriöitä. Äitiysneuvolassa tunnustetaan mahdollisimman varhain raskausaikaiset ongelmat ja häiriöt ja järjestetään viiveettä tarvittavaa hoitoa, apua ja tukea. Äitiysneuvolat osallistuvat terveyserojen kaventamiseen ja syrjäytymisen ehkäisemiseen muun muassa varhaisen kohdenne-tun tuen avulla.

Äitiysneuvolan tavoitteena vanhempien näkökulmasta on, että vanhemmat

- tietävät, minkälaisia muutoksia raskaus, synnytys sekä lapsen hoito ja kasvatustuovat henkilökohtaiseen ja perheen elämään, ja ovat saaneet valmiuksia niiden kohtaamiseen
- kokevat, että heitä on kuultu ja että he ovat voineet keskustella mahdollisesta epävarmuudestaan ja tuen tarpeistaan
- ovat voineet aktiivisesti osallistua raskausaikaiseen hoitoonsa ja ovat saaneet tarvitsemaansa tukea ja apua viiveettä
- ovat tietoisempia omista ja perheen voimavaroista sekä perhe-elämää mahdollisesti kuormittavista tekijöistä sekä siitä, miten he voivat itse toimia perheensä hyväksi
- ovat saaneet valmiuksia omien ja koko perheen terveystottumusten tarkasteluun sekä niiden ylläpitoon ja mahdolliseen muuttamiseen oman hyvinvointinsa, tulevan lapsen tottumusten ja koko perheen hyvinvoinnin näkökulmasta
- kokevat saaneensa vahvistusta äidiksi ja isäksi kasvuun sekä parisuhteen hoitamiseen (tähän sisältyy myös vauvaa koskevien mielikuvien käsittely)
- ovat saaneet vertaistukea, tiedostavat omat verkostonsa ja tietävät, mistä voivat tarvittaessa saada apua ja tukea.

Äitiysneuvolan tehtävät ja kunnallisesta äitiysneuvolatoiminnasta vastaavien tahojen velvoitteet

Äitiysneuvolan tehtävänä on

- järjestää suositusten mukaiset määräaikaiset terveystarkastukset sikiön, lasta odottavan naisen ja koko perheen terveyden ja hyvinvoinnin seuraamiseksi ja edistämiseksi sekä järjestää osana määräaikaisia terveystarkastuksia lasta odottavalle perheelle laaja terveystarkastus, jonka avulla tuetaan koko perheen hyvinvointia
- tunnistaa mahdollisimman varhain raskausaikaiset häiriöt ja niiden riskitekijät, puuttua niihin ja ohjata tarvittaessa lisätutkimuksiin ja hoitoon
- tunnistaa varhain erityistä tukea tarvitsevat vanhemmat ja perheet, tunnistaa sukupolvelta toiselle siirtyvien ongelmien riskitekijät sekä tukea perhettä tai järjestää perheelle riittävästi tukea ja apua (kohdennettu tuki)
- tarjota molemmille vanhemmille terveysneuvontaa, joka tukee koko perheen voimavaroja, vanhemmuutta ja parisuhdetta sekä kannustaa tekemään terveyttä edistäviä valintoja
- auttaa vanhempia löytämään oman vanhemmuutensa vahvuudet riippumatta siitä, millaisessa perheessä vanhempana toimitaan
- tukea vanhempien keskinäistä kommunikaatiota sekä vanhemmuuteen ja parisuhteeseen liittyvien asioiden puheeksi ottamista rakentavalla tavalla
- edistää vanhempien seksuaali- ja lisääntymisterveyttä, ml. synnytyksen jälkeisestä ehkäisystä huolehtiminen
- selvittää palveluja käyttämättömien tuen tarve
- järjestää moniammatillista perhevalmennusta, johon sisältyy vanhempainryhmätoimintaa (vertaistuki)
- järjestää kotikäynti ensimmäistä lasta odottavalle ja kaikille lapsen saaneille perheille sekä sopia muita kotikäyntejä tarpeen mukaan etenkin erityistä tukea tarvitseville perheille
- tehdä yhteistyötä lasta odottavien perheiden terveyden edistämiseksi kunnan eri toimijoiden, erikoissairaanhoidon sekä muiden tarvittavien tahojen kanssa ja sovitaa yhteen eri tahojen tarjoama toiminta
- tuntea lasta odottavien perheiden palvelut kunnassa ja ohjata perhe tarvittaessa näiden palvelujen pariin (myös toimeentulotuki).

Kunnan on järjestettävä terveydenhuoltolain¹ ja valtioneuvoston neuvolatoiminnalle antaman asetuksen² mukaiset raskaana olevien naisten ja lasta odottavien perheiden palvelut. Näihin palveluihin sisältyy perheen tarpeiden mukainen äitiysneuvolatoiminta, jossa raskaana olevan ja perheen terveyttä seurataan ja edistetään tieteellisesti tutkitun näytön perusteella. Kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja kunnan peruspalvelujen (myös terveydenhuollon palveluihin) ja johtamisen järjestämiseen

asukkaidensa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Äitiysneuvolatyössä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä turvaamaan mahdollisimman hyvä raskaana olevan naisen sekä hänen perheensä terveys ja lainsäädännön mukaiset palvelut mukaan lukien erityistä tukea tarvitsevien perheiden kohdennettu tuki. Lasta odottavien perheiden yhdenvertaisuuden näkökulmasta kunnan on huolehdittava palvelujen tasalaatuisuudesta ja käytäntöjen yhdenmukaisuudesta. Äitiysneuvolatoimintaa kehitetään Kaste-ohjelman (2012–2015) linjausten mukaisesti osana monialaista verkostoa ja palvelut sovitetaan yhteen toimivaksi kokonaisuudeksi.

Kunnan ja sen terveyskeskuksen on järjestettävä työntekijöilleen täydennyskoulutusta ja huolehdittava henkilöstön mahdollisuuksista ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Äitiysneuvolatoiminnan kehittämisen on oltava suunnitelmallista, ja toiminnan laatua, tuloksellisuutta, toimintaprosesseja sekä toiminnan edellytyksiä on seurattava ja arvioitava säännöllisesti. Äitiysneuvolatoiminnasta vastaavien on vaikuttettava omalta osaltaan kunnalliseen ja valtakunnalliseen päätöksentekoon terveyden edistämisen näkökulmasta ja osallistuttava toimintaohjelman ja hyvinvointisuunnitelman laatimiseen. Kunnan velvollisuutena on seurata kuntansa asukkaiden hyvinvointia ja kerätä tietoja raskausaikaisesta seurannasta sekä kunnallista että valtakunnallista päätöksentekoa ja seuranta varten.

2.2 PERIAATTEET

Äitiysneuvolatoiminta perustuu Suomessa terveydenhuoltolakiin¹ ja valtioneuvoston asetukseen neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta ja ehkäisevästä lasten ja nuorten suun terveydenhuollosta.² Toimintaa säätelee myös lastensuojelulaki.³ Säädökset on kerätty liitteeseen 4.

Äitiysneuvolatoimintaa ohjaavat periaatteet perustuvat ihmisoikeuksiin, lainsäädäntöön sekä kansallisiin sosiaali- ja terveystieteisiin linjauksiin. Näitä periaatteita noudatetaan kaikessa toiminnassa.

Lasten ja vanhempien oikeudet

Yhdistyneiden kansakuntien (YK) lapsen oikeuksien yleissopimuksen⁸ (1989) mukaan tavoitteena on lapsen oikeuksien erityinen suojeleminen ja huolenpito sekä ennen lapsen syntymää että sen jälkeen. Raskauteen ja synnytykseen liittyviä, sikiön ja lapsen terveyttä uhkaavia ja vammautumiseen altistavia vaaratekijöitä on ehkäistävä koko raskausajan. Vaikka lapsi on sen perheen ja yhteisön jäsen, johon hän syntyy, terveydenhuollon henkilöstön tehtävänä on arvioida perheen yksilöllinen avun ja tuen tarve. Vastasyntynyt lapsi on haavoittuva ja tarvitsee erityissuojelua. Vanhempia tuetaan kaikin keinoin ottamaan huomioon lapsen tarpeet ja tukemaan hänen terveyttään ja hyvinvointiaan. Julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystieteelliset palvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huo-

lenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Sikiöllä itsellään ei kuitenkaan ole toistaiseksi juridisia oikeuksia, eikä esimerkiksi äidin pakkohoito päihdeiden käytön vuoksi ole mahdollinen. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus on tehtävä, jos on perusteltua syytä epäillä, että syntyvä lapsi tarvitsee lastensuojelun toimia välittömästi synnytyksen jälkeen (liite 4).

Vanhempien oikeuksista keskeisiä ovat seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät seksuaalioikeudet. Niillä viitataan yleisesti Kansainvälisen perhe-suunnittelujärjestöjen liiton IPPF:n vuonna 2008 antamaan seksuaalioikeuksien julistukseen.⁹ Julistukseen kirjatut seksuaalioikeudet perustuvat YK:n ihmisoikeusjulistukseen ja muihin kansainvälisiin sopimuksiin. Seksuaalioikeuksien katsotaan kuuluvan kaikille ihmisille. Sekä yksilöillä että pareilla on oikeus päättää tietoisesti ja vastuullisesti omaan seksuaalisuuteensa liittyvistä asioista, läheisten ihmissuhteiden solmimisesta, perheen perustamisesta ja lasten hankkimisesta sekä sukupuolitautilien ja ei-toivottujen raskauksien ehkäisystä. Näitä oikeuksia ei saa rajoittaa painostuksen, syrjinnän tai väkivallan keinoin.

Turvallisuus

Terveydenhuoltolain¹ mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattieettiset velvollisuudet¹⁰ edellyttävät, että henkilö soveltaa ammattitoiminnassaan yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä, perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Potilaan oikeudet hyvään hoitoon, kohteluun, tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen koskevat myös äitiysneuvolan asiakkaana olevaa naista.¹¹ Sikiön oikeussuojaa toteutuu raskaana olevan naisen oikeusturvan ja perusoikeuksien kautta, kun raskaana olevalle naiselle turvataan riittävät ja asianmukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.¹² Tämä edellyttää myös, että nainen saa terveydenhuollon ammattihenkilöltä selvityksen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden todennäköisistä vaikutuksista sekä hänen omalta että syntyvän lapsen kannalta. Vastasyntyneellä lapsella on samat oikeudet kuin muillakin potilailla. Päätökset vastasyntyneen lapsen hoidosta tehdään yhteisymmärryksessä lapsen huoltajan tai muun laillisen edustajan kanssa.

Äitiysneuvolan säännölliset määräaikaisten terveystarkastukset luovat perustan raskausriskien ja tuen tarpeiden tunnistamiselle. Lisäseurantaa vaativassa raskaudessa ja elämäntilanteissa raskaana olevalle naiselle ja hänen perheelleen tarjotaan lisäkäyntiä äitiysneuvolaan lääkärin ja terveydenhoitajan/kätilön vastaanotolle. Tarvittaessa nainen ja hänen perheensä lähetetään ja ohjataan jatkohoitoon. Raskaana olevan naisen, lapsen isän tai muun vanhemman ja koko perheen tulisi voida tuntea lapsen odotus, syntymä ja imeväisen hoito turvalliseksi ja perhe-elämää rikastuttavaksi kokemukseksi. Tavoitteena on myös luoda edellytykset lapsen perusturvallisuuden tunteen syntymiselle. Tämä edellyttää, että lapsi saa huolenpitoa ja rakkautta osakseen, lapsen ja

vanhemman välinen vuorovaikutus on avointa ja kasvatus on johdonmukaista ja lapsilähtöistä.

Terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen äitiysneuvolassa on raskaana oleviin ja heidän puolisoihinsa, yhteisöihinsä ja elinympäristöönsä kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on lasta odottavien perheiden terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Terveyden edistämiseen sisältyy raskaana olevan naisen, hänen puolisonsa ja tulevan lapsen terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Terveyttä edistävässä äitiysneuvolassa voimavarat kohdennetaan suunnitelmallisesti terveyttä edistävällä tavalla.

Yksilön ja perheen näkökulmasta terveyden edistäminen on yksilön ja perheen voimavaroja vahvistavaa toimintaa ja tarvittaessa muutoksen aikaan saamista. Terveyden edistämässä korostetaan tiedostamista, motivaatiota, aktiivisuutta, huolenpitoa, vastuunottoa ja pärjäämistä sekä mahdollisuutta muutokseen.⁴ Raskaana olevien ja synnyttäneiden sekä heidän puolisoidensa mahdollisuudet edistää omaa ja lähiympäristön terveyttä paranevat, jos terveellisten valintojen tekemisen mahdollisuuksia tuetaan ja terveyden taustatekijöitä vahvistetaan. Myös ihmiset itse kantavat vastuuta oman terveytensä ja hyvinvointinsa edistämisestä. Terveyttä ja hyvinvointia edistävien olosuhteiden ja palvelujen vahvistaminen, ongelmien ehkäisy ja varhainen tuki ovat kustannustehokkaita ja usein myös tuloksellisia tapoja vaikuttaa väestön terveyteen ja hyvinvointiin.⁵⁻⁷

Terveyden edistäminen edellyttää kunnassa eri hallinnonalat ylittävää toimintaa ja äitiyshuollon toimijoiden yhtenäisiä linjauksia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Suunnitelmallinen terveydenedistämistyö kunnassa edellyttää tietoa lasta odottavien perheiden terveydentilasta, terveys- ja hyvinvointitarpeista ja niiden muutoksista sekä tietoa palvelujärjestelmän kyvystä vastata väestön terveystarpeisiin. Terveyden edistäminen edellyttää laajaa osallistumista, poliittista tukea ja eri yhteiskuntapolitiikkalohkojen vastuun ottamista.

Asiakas- ja perhekeskeisyys

Asiakaskeskeisessä äitiysneuvolassa asiakkaita kohdellaan yhdenvertaisesti, yksilöllisesti ja arvostaen ja heidän itsemääräämistään kunnioitetaan. Asiakkaat kohdataan tavalla, joka edistää heidän tarpeidensa ja toiveidensa esilletuloa. Heidän osallisuuttaan tuetaan palvelujen suunnittelussa ja palautteen antamisessa sekä hyödyntämisessä. Perhekeskeisessä toiminnassa naisen terveyden ja hyvinvoinnin lisäksi kiinnostuksen kohteena on isä tai muu kumppani ja koko perheen terveys ja hyvinvointi. Perhe on syntyvän lapsen keskeisin kehitysympäristö, ja sen voimavaroilla on merkitystä kaikkien perheenjäsenten terveydelle ja hyvinvoinnille.

Asiakas- ja perhekeskeisessä äitiysneuvolassa asioissa edetään perheen tilanteeseen sopivalla tavalla. Tarpeenmukainen toiminta parantaa ehkäisevän työn oikeaanosu- vuutta ja myös vaikuttavuutta. Väestön tarpeita kuvaavat tiedot otetaan huomioon jo palveluita suunniteltaessa ja järjestettäessä. Tällöin työntekijällä on tietoa perheiden tarpeista ja hän osaa tarkastella perheen tilannetta vanhempien näkökulmasta ja vas- tata vanhempien tarpeisiin vanhemmuuteen kasvussa ja lapsen kehityksen tukemises- sa. Aktiivinen asiakaspalautteen pyytäminen ja palautteen käsittelymekanismi kuulu- vat asiakaskeskeiseen toimintaan.

Hyvä yhteistyösuhde vanhempiin

Hyvä yhteistyösuhde kannustaa vanhempia tuomaan esille omia näkemyksiään ja rat- kaisujaan ja mahdollistaa vanhempien tarpeiden tunnistamisen ja osallisuuden itseään ja perhettään koskevissa asioissa. Kumppanuuteen perustuvan yhteistyösuhteen raken- taminen alkaa äitiysneuvolan työntekijän ja vanhempien ensikontaktista ja jatkuu ja sy- venee koko raskausajan. Suhteen luomisessa on oleellista aktiivinen kuuntelu, kunni- oitus, läsnäolo ja aito kiinnostus vanhempien vointia ja kuulumisia kohtaan. Kuulluksi ja kunnioitetuksi tuleminen rakentaa luottamusta, mikä mahdollistaa vaikeiden asioi- den esille ottamisen. Työntekijän on tärkeä osoittaa toiminnallaan, että hän on perheen puolella. Keskiössä on koko ajan tieto raskaana olevan naisen terveydestä ja syntyvän lapsen terveyttä ja hyvinvointia suojaavista ja vaarantavista tekijöistä.

Kun perheen tuentarve huomataan varhaisessa vaiheessa, heille voidaan tarjota oikea-aikaista tukea peruspalveluissa ja tarpeen mukaan erityispalveluissa. Varhaisen tunnistamisen edellytyksenä on yksilöllinen paneutuminen raskaana olevan ja perheen tuen tarpeisiin. Riittävän tuen järjestäminen edellyttää yleensä palvelujen kohdentam- ista. Näihin on perusteltua varata riittävästi aikaa.

Äitiysneuvolassa tuetaan aktiivisesti raskaana olevan naisen ja tämän perheen voi- mavarvoja, niitä suojaavia ja vahvistavia tekijöitä, sekä pyritään vähentämään perhettä kuormittavia tekijöitä. Voimavarvoja vahvistavat asiat, esimerkiksi terveelliset elämänta- vat ja hyvä parisuhde, edistävät raskaana olevan ja tämän puolison terveyttä ja hyvin- vointia sekä syntyvän lapsen tervettä kasvua ja kehitystä ja suojaavat kaikkia perheen- jäseniä epäsuotuisilta vaikutuksilta. Suhtautuminen omaan äitiyteen voi antaa voimia tai lisätä stressiä, jos käsitys hyvästä äitiydestä on epärealistinen. Äitiysneuvolassa asiaa käsitellään stressiä vähentävällä tavalla. Syntyvän lapsen kannalta voimavarvoja vahvis- tavat muun muassa vanhempien hyvinvointi, molempien/kaikkien vanhempien aktii- vinen vanhemmuus ja huolenpito lapsesta. Muita keskeisiä asioita ovat varhainen vuo- rovaikutus, lapsilähtöinen kasvatusta se, että perhe saa tukea läheisiltään.

Näyttöön perustuvat yhtenäiset käytännöt

Jotta äitiysneuvolatoiminta olisi laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua, on toiminnan perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.¹ Näyt- töön perustuvalla toiminnalla tarkoitetaan parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tie-

don harkittua käyttöä yksittäisen asiakkaan, asiakasryhmän tai väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja toiminnan toteutuksessa. Tavoitteena on vastata äitiysneuvolan asiakkaiden tarpeisiin käyttämällä vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Näyttöön perustuva toiminta yhtenäistää äitiysneuvoloiden toimintatapoja ja näin asiakkaiden saamaa palvelua. Se lisää toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta sekä henkilöstön osaamista ja hillitsee kustannuksia. Asiakkaan näkökulmasta näyttöön perustuva toiminta ja siihen sisältyvät vaikuttavat menetelmät parantavat hoidon tuloksellisuutta. Neuvolan ja synnytysairaalan käytäntöjen yhtenäisyys lisää synnyttävän naisen ja hänen perheensä turvallisuuden tunnetta.

Näyttöön perustuvassa toiminnassa päätöksenteon tueksi tarvitaan eritasoista ja eri lähteistä saatua tietoa. Vaikuttavuustiedon lisäksi hyödynnetään äitiysneuvolan asialkailta kyselyä tietoa heidän tilanteestaan, toiveistaan ja kokemuksistaan. Lisäksi tarvitaan työntekijöiden kliinisen kokemuksen tuomaa ammattitaitoa, joka ilmenee kykynä yhdistää eri lähteistä saatua tietoa ja räätälöidä ratkaisut asiakaskohtaisesti. Tieto palvelujärjestelmän mahdollisuuksista ja mm. resursseista on läsnä jokaisessa päätöksessä.¹³⁻¹⁴ Kansalliset ohjeistukset sekä tiivistettyyn ja arvioituun tietoon perustuvat Käypä hoito -suositukset ja hoitotyön suositukset tukevat näyttöön perustuvaa toimintaa.

Tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja jatkuvuus palveluiden järjestämisessä

Äitiysneuvolapalvelut on järjestettävä koko maassa suunnitelmallisesti, tasoltaan yhtenäisesti ja sekä yksilöiden että perheiden tarpeet huomioon ottaen siten, että väestö on tasa-arvoisessa asemassa palvelujen saannissa. Neuvolatoiminta universaalina palveluna on mukana yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta lisäävässä ja terveys- ja hyvinvointieroja kaventavassa työssä. Tasa-arvon periaate ohjaa kohdentamaan äitiysneuvolan palvelut perheiden tarpeiden mukaan ja järjestämään kohdennettua tukea lisäseurantaa vaativissa raskauksissa ja perhetilanteissa.

Äitiysneuvolassa jatkuvuudella tarkoitetaan asiakkaan terveydenhoidon jatkumista yhdenmukaisena, sujuvana ja suunnitelman mukaisena äitiysneuvolajakson aikana sekä asiakkaan siirtyessä toimipisteestä toiseen, esimerkiksi neuvolasta äitiyspoliklinikalle ja synnytysairaalaan ja sieltä takaisin, kuten myös äitiysneuvolasta lastenneuvolaan.¹⁶⁻¹⁷ Jatkuvuus turvataan tiedottamisen ja yhdessä sovittujen käytäntöjen avulla alueen äitiysneuvoloiden, äitiysneuvolan ja synnytysairaalan sekä äitiys- ja lastenneuvolan välillä. Jatkuvuutta turvataan myös siten, että työntekijät eivät tarpeettomasti vaihdu äitiysneuvolassa, ja siten, että sama terveydenhoitaja jatkaa myös lastenneuvolassa.¹⁸ Vastaavasti on tärkeää turvata lääkäreiden toiminnan jatkuvuus. Jatkuvuuden puute aiheuttaa asiakkaassa epätietoisuutta ja kuluttaa hänen voimavarojaan, jotka pitäisi suunnata syntyvään lapseen ja uuteen perhetilanteeseen.

Moniammatillinen ja monialainen yhteistyö

Äitiysneuvolan määräraikaisten terveystarkastusten ja terveysneuvonnan suunnittelussa ja toteuttamisessa hyödynnetään kunnan muiden lapsiperheiden kanssa työskentelevien samoin kuin erikoissairaanhoidon asiantuntemusta. Eri toimijoiden työ sovitetaan yhteen siten, että palvelut muodostavat perheiden tarpeisiin vastaavan kokonaisuuden. Terveyskeskuksen erityistyöntekijät, kuten ravitsemusterapeutti, fysioterapeutti, psykologi, perhetyöntekijä ja suun terveydenhuollon ammattihenkilöt, ovat äitiysneuvolan keskeisiä yhteistyötahoja.

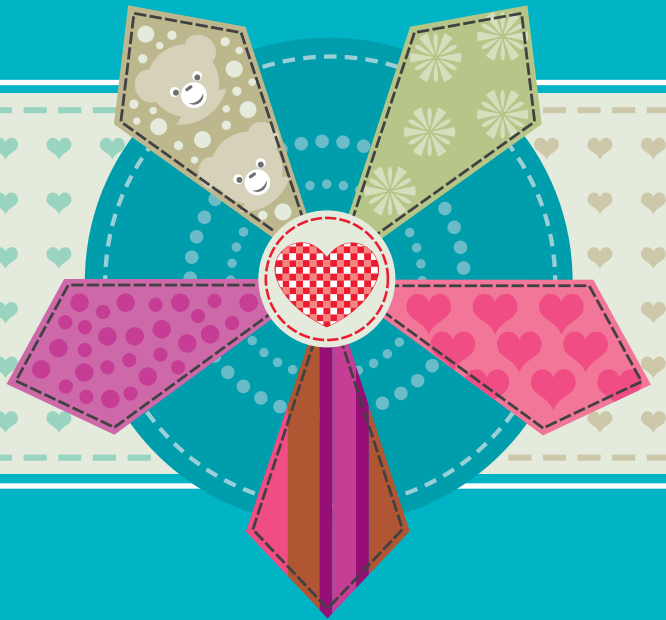
Yhteistyötahoja toisilla hallinnonaloilla ovat muun muassa sosiaalityö ja lastensuojelu sekä perheneuvolat. Kolmannen sektorin yhteistyökumppaneita ovat esimerkiksi ensi- ja turvakodit sekä A-klinikat. Tarpeen mukaan äitiysneuvolan työntekijät kutsuvat koolle moniammatillisen työryhmän, jotta erityisen tuen tarvetta on mahdollista selvittää tarkemmin ja järjestää tukea raskaana olevalle ja perheelle. Äitiysneuvolan yhteydessä voi toimia hyvinvointineuvolan tapaan monialainen työryhmä, joka mahdollistaa perheille nopean tuen ilman lähetekäytäntöjä.

Äitiyshuollossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis moniammatillinen yhteistyö on välttämätöntä, jotta äitiysneuvolan ja synnytysairaalan työntekijöille muodostuvat yhtenäiset hoitolinjaukset ja kokonaiskäsitys palveluista. Tiedonkulun on oltava saumatonta; tähän kuuluvat mm. yhtenäiset lähetekäytänteet, konsultaatiomahdollisuus, tiedon vaihto ja tiedon yhdenmukaisuus. Sairaanhoidopiiriin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. Tavoitteena on, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Äitiyshuollon eri toimijoiden työn tunteminen ja toimijoiden tuttuus sekä yhteiset koulutukset ja suunnitelmallinen johtaminen edesauttavat yhteistyötä ja palvelujen yhteensovittamista.

Lähteet

1. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
2. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisystä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
3. Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Lastensuojelulaki 417/2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417#P15>.
4. Prochaska JO. 2006. Moving beyond the transtheoretical model. *Addiction* 101(6), 768–778.
5. Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2006:19. Helsinki.
6. Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2008: 16. Helsinki.
7. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki.
8. Yhdistyneiden kansakuntien (YK) lapsen oikeuksien yleissopimus 1989. <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>.
9. Sexual Rights: An IPPF declaration 2008. International Planned Parenthood Federation. <http://ippf.org/resource/Sexual-Rights-IPPF-declaration>.
10. Sosiaali- ja terveysministeriö 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

11. Sosiaali- ja terveysministeriö 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
12. ETENE. 2010. Kannanotto synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettisistä perusteista, 25.3.2010.
13. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes BR, Richardson WS. 1996. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312, 71–72.
14. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. 2005. The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-based Healthcare* 3 (8), 207–215.
15. Lehtomäki L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. *Acta Universitatis Tamperensis* 1426, Tampereen yliopisto, Terveystieteen laitos.
16. Haggerty J, Reid R, Freeman G, Starfield B, Adair C & McKendry R. 2003. Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical Journal* 327, 1219–1221.
17. Hakulinen-Viitanen T, Koponen J, Julin A-M, Perälä M-L, Paunonen-Ilmonen M & Luoto R. 2007. Asiakasnäkökulma äitiyshuollon palvelujen saatavuuteen ja jatkuvuuteen. *Hoitotiede*, 19, 326–337.
18. Tuominen M, Kaljonen A, Ahonen P, Rautava P. 2012. Does the organizational model of the maternity health Clinic have an Influence on women's and their partners' experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland. *BMC Pregnancy and Childbirth* 12, 96. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/96>.



3 VANHEMMUUDEN TUKEMINEN

3.1 MONIMUOTOINEN PERHE

Vanhemmuus ja huoltajuus ovat juridisesti erillisiä ja toisistaan riippumattomia asioita.¹ Vanhemmuus voi olla biologista tai sosiaalista. Lapsen huoltajia ovat hänen vanhempansa tai henkilöt, joille lapsen huolto on uskottu. Lapsen huolto päättyy, kun lapsi täyttää 18 vuotta tai menee sitä ennen avioliittoon.

Perheet tapaavat äitiysneuvolan terveydenhoitajaa/kättilöä useita kertoja, ja työntekijään saattaa muodostua läheinen suhde.² Kun perhemalli poikkeaa perinteisestä heteroparisuhteen ympärille muodostuneesta ydinperheestä, on luottamuksellisen asiakassuhteen syntyminen tärkeää. Asiakkaasta tai perheestä ei pitäisi olettaa mitään ennen kuin perhe on itse kertonut tilanteestaan. Kysymällä avoimia kysymyksiä voidaan välttää ennako-oletuksia eikä vastaajan mahdollisuuksia rajata ennakkoon. Myös ohjaus-tilanteissa, kuten perhe- ja synnytysvalmennusten yhteydessä, on hyvä muistaa, että osallistujien joukossa on todennäköisesti erilaisten perhemallien edustajia, kuten yksin lasta odottavia, sateenkaariperheitä, uusperheitä, sijaisperheitä, kahden kulttuurin perheitä sekä adoptiolasta tai monikkolapsia odottavia perheitä. Vaikka erilaisten perhemuotojen institutionaalinen tunnustaminen on edennyt, neuvolatoiminnassa moninaisuus voidaan helposti nähdä riskinä eikä voimavarana tai vahvuutena.³

Uusperheet

Uusperheellä tarkoitetaan kahden aikuisen liittoa, jossa toinen tai molemmat ovat olleet aikaisemmin avo- tai avioliitossa.⁴⁻⁵ Uusperheeseen kuuluu tavallisesti myös lapsi tai lapsia, jotka ovat mukana liittoa solmittaessa tai yhteen muutettaessa ja asuvat uusperheessä joko jatkuvasti tai osan aikaa. Uusperhe on aluksi ennemminkin kaksi perhettä, jotka pidemmän ajan kuluessa muodostavat yhtenäisen perheen.

Yhden vanhemman perheet

Joka viides perhe on yhden vanhemman perhe.⁶ Osassa niistä aikuinen on adoptoinut lapsen yksin. Yhden vanhemman perheen muodostumisen alkuun voi liittyä kriisivaihe, jossa perhe voi hyötyä sekä ammatillisesta tuesta että vertaistuesta. Kriisivaiheen jälkeen elämä on usein kuitenkin samankaltaista kuin muissakin lapsiperheissä. Yhden vanhemman perheessä voi olla myös taloudellisen tuen ja kotiavun tarvetta. Yksin lasta odottavat saattavat tarvita neuvolassa erityistä tukea ja ymmärrystä.

Kahden kulttuurin perheet

Kahden kulttuurin perheellä tarkoitetaan yleensä perhettä, jonka puoliset ovat syntyneet eri maissa. Kaksikulttuuristen perheiden määrä on kolminkertaistunut kahden-

kymmenen vuoden aikana, ja vuonna 2011 maassamme asui 64 000 tällaista perhettä.⁶ Kahden kulttuurin perheessä ongelmia saattavat aiheuttaa mm. erilaiset näkemykset parisuhteesta ja vanhemmuudesta, eri äidinkielet, puolison maahanmuuttoprosessi ja uuteen kulttuuriin sopeutuminen. Perheen sosiaaliset verkostot voivat olla suppeat, koska puolison sukulaiset, läheiset ja ystävät asuvat toisessa maassa.¹⁰ On tärkeää, että molempien puolisoitten näkökulmat, toiveet ja tapa toteuttaa vanhemmuutta otetaan huomioon. (Ks. luku Monikulttuurisuus.)

Monikkoperheet

Monikkoperheellä tarkoitetaan perhettä, jonka lapset tai osa lapsista on kaksosia tai kolmosia. Vuonna 2011 Suomessa syntyi noin 1 700 kaksos- tai kolmoslasta.¹¹ Tieto monisikiöraskaudesta voi tulla yllätyksenä, ja tunnetilat voivat vaihdella.¹² Tavallisimpia huolenaiheita ovat syntyvien lasten terveys, perheen taloudellinen tilanne ja jakaminen useamman lapsen kanssa. Perhettä auttaa myönteinen ja kannustava tuki, hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, riittävä tiedollinen valmennus monisikiöraskaudesta ja synnytyksestä ja ohjaaminen vertaistuen piiriin. Monikkoperheet kokevat haastavimpana lasten vauvaiän, jolloin riittävän käytännön avun turvaaminen kotiin on tärkeää. (Ks. luku Monisikiöraskaus.)

Sateenkaariperheet

Sateenkaariperheellä tarkoitetaan esimerkiksi nais- tai miesparin muodostamaa tai näiden yhdessä muodostamaa perhettä, mutta myös transihmisten lapsiperheet kuuluvat sateenkaariperheisiin.^{2,12}

Kaikissa tilanteissa on syntyvän lapsen edun mukaista, että tuetaan kaikkien tulevien vanhempien kasvua vanhemmuuteen. Tämä edellyttää sen selvittämistä, keitä perheeseen kuuluu ja mitkä ovat heidän roolinsa. Kullakin perheellä on omat tapansa puhua omista rooleistaan. Joissakin perheissä molemmista äideistä saatetaan käyttää nimitystä äiti, toisissa vanhemmilla on toisenlaiset nimitykset. Sateenkaariperheet tekee haavoittuviksi se, että perheiden parisuhteet voivat saada tavallista vähemmän tukea sosiaalisesta ympäristöstä ja perhepalveluista.

Adoptiovanhemmuus

Adoptioperheen saa vuosittain noin 200 ulkomailla ja noin 30–50 Suomessa syntyneitä lasta.⁶ Lisäksi on perheensisäisiä, sijaisperhe- ja aikuisadoptioita, jolloin kyseessä on perheen syntymisen sijaan juridinen toimenpide.^{14–15} Adoptiovanhemmuutta edeltää yleensä monivuotinen toive lapsesta ja pitkälinen adoptioprosessi. Adoptiolasta odotavien perheiden on hyvä tavata neuvolan terveydenhoitajaa/kätilöä ja saada tietoa lapsen hoidosta ja vanhemmuudesta. Tällöin voidaan suunnitella lapsenhakumatkaa ja kansainväliseen adoptioon liittyvää maahantulotarkastusta. Adoptiovanhemmat kuvaavat yleensä ensimmäisiä vuosia hyvin intensiivisiksi, jolloin apu ja tuki ovat olleet

tarpeen. Tietoa lapsen luovuttamisesta adoptioon saa sosiaalitoimen kautta adoptio-neuvonnasta ja Pelastakaa lapset ry:stä.

Sijaisvanhemmuus

Sijaisperheissä oli vuoden 2011 tilastojen mukaan 5 840 lasta ja nuorta.⁶ Sijaisvanhemmat saattavat olla itse lapsettomia, joten heillä ei ole kokemusta mm. raskausajasta.^{16–17} Monille sijaisvanhemmille, erityisesti niille, joilla ei ole omia biologisia lapsia, neuvolan tuki on tärkeää, ja siksi neuvolan työntekijöillä tulee olla riittävästi tietoa sijaisvanhemmuudesta. Sijaisvanhemmat voivat kokea epävarmuutta, eikä heillä välttämättä ole riittävästi tietoa raskausajasta eikä kokemusta vauvan perushoidosta. Sijaisvanhemmat valmennetaan Suomessa Pride-valmennusmenetelmällä.¹⁸ Sen peruslähtökohtana on, että eri toimijat ja palvelut ovat yhteistyössä sijaisperheen tukena. Myös neuvolapalvelut ovat osa perhehoidon tukea.

Perheet, joissa lapsen toinen vanhempi on kuollut

Leskeytyminen raskaana ollessa ja/tai pienen lapsen vanhempana on erityistilanne, jossa leski ja leskiperhe tarvitsevat monenlaista tukea.^{19–21} Puolison kuolema koetaan usein traumaattisena kriisinä, joka muuttaa elämää pysyvästi. Elämänhallinnan tunne saattaa kadota, ja tulevaisuus joudutaan suunnittelemaan uudelleen. Leskeytymiseen liittyy usein taloudellisen turvan menetys, sosiaalisen verkoston muutokset, arjesta vastaaminen yksin, yksinhuoltajuus ja puolison fyysisen läheisyyden menettäminen. Lesken ja leskiperheen tukemisessa tärkeää on tuen kokonaisvaltaisuus, oikea-aikaisuus, yksilöllisiin tarpeisiin vastaaminen sekä tuen jatkuvuus ja pitkäaikaisuus. Nuorella leskellä on harvoin lähipiirissään toisia saman kokeneita, ja hän voi tuntea jäävänsä kokemuksensa ja ajatuksiensa kanssa yksin. Vertaistuki on monelle nuorena leskeytyneelle tärkeä tukimuoto.

SUOSITUS

- ▶ Perheitä suositellaan ottamaan yhteyttä omaa perhetyyppiä edustavaan järjestöön vertaistuen saamiseksi (www.monimuotoisetperheet.fi).
- ▶ Ryhmäohjaustilanteissa käytetään mahdollisimman sukupuoli- ja parisuhdeneutraalia kieltä ja yksilövastaanotolla niitä nimityksiä, joita asiakkaat toivovat itse käytettävän.
- ▶ Monikkoperheen tukiverkosto kartoitetaan, ja tarvittaessa vanhemmat ohjataan lapsiperheiden kotipalvelun piiriin.
- ▶ Adoptiota harkitseva ohjataan ottamaan yhteyttä sosiaalitoimen kautta adoptio-neuvontaan tai Pelastakaa lapset ry:n aluetoimistoon.

- ▶ Terveydenhoitaja/kättilö tapaa tulevat adoptiovanhemmat ennen lapsenhakumatkaa ja mm. antaa neuvoja pienen lapsen hoidosta ja hakumatalla mahdollisesti tarvittavista lääkkeistä.
- ▶ Raskausaikana leskeytyneelle järjestetään lisäkäyntejä neuvolaan raskauden ja vanhemmuuden tukemiseksi. Terveydenhoitaja/kättilö varmistaa, että leski on saanut kriisiapua, ja ohjaa hänet tarvittaessa kriisisityön piiriin ja antaa tietoa erilaisista ammattiavun vaihtoehdoista. Lesken lähiverkosto ja sen mahdollisuudet olla tukena kartoitetaan yhdessä lesken kanssa. Kotipalvelun tarve kartoitetaan, ja leskeä autetaan kotiavun hankkimisessa.

Lähteet

1. Oikeusministeriö. 1983. Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta 1983/361. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830361>.
2. Jämsä J (toim.) 2008. Sateenkaariperheet ja hyvinvointi. Käsikirja lasten ja perheiden kanssa työskenteleville. PS-kustannus. Jyväskylä.
3. Homanen R. 2013. Doing Pregnancy, the Unborn, and the Maternity Healthcare Institution. Monografiaväitöskirja. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Naistutkimus. Acta Electronica Universitatis Tampereensis: 1273. Tampere University Press.
4. Broberg M. 2010. Uusperheen voimavarat ja lasten hyvinvointi. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 52/2010. Väestöliitto. Helsinki.
5. Malinen V, Larkela PV. 2012. Parisuhde – uusperheen ydin. ISBN 978-952-226-094-9. VL-Markkinointi.
6. Tilastokeskus, 2012. Suomen virallinen tilasto (SVT): Perheet [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-3215. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 25.2.2013]. <http://www.stat.fi/til/perh/index.html>.
7. Tuominen E. 2013. Totaaliyhärit ry, puheenjohtaja. Henkilökohtainen tiedonanto 15.2.2013.
8. Haataja A. 2009. Kuka on yksinhuoltaja? Yksinhuoltajien määrä ja profiili eri aineistojen valossa. Teoksessa Yksinhuoltajuus Suomessa. Forssen K, Haataja A, Hakovirta M (toim.). Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 50/2009. Helsinki.
9. Yhden Vanhemman Perheiden Liitto. <http://www.yvpl.fi/etusivu/>.
10. Oksi-Walter P, Roos J, Viertola-Cavallari R. 2009. Monikulttuurinen perhe. Kustannus Oy Arkki. Helsinki.
11. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011. Tilastoraportti 20/2012. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301171623>.
12. Suomen Monikkoperheet ry. <http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/>.
13. Sateenkaariperheet ry. <http://www.sateenkaariperheet.fi/index.php?item=1>.
14. Adoptioerheet ry. <http://www.adoptioerheet.fi/index.html>.
15. Lapinleimu H, Peltola V, Raaska H, Lapinleimu J, Sinkkonen J, Mäkipää S, Elovainio M. 2012. Ulkomailta adoptoidun lapsen maahantulotarkastus. Suomen Lääkärilehti 10, 775–786.
16. Hakkarainen P, Kuukkanen H, Piispanen H. 2012. Parasta perhehoitoa – perhehoidon tietopaketti. Perhehoitoliitto ry. ISBN: 978-951-98132-3-3.
17. Perhehoitoliitto. <http://www.perhehoitoliitto.fi/>.
18. Pesäpuu ry. Lastensuojelun erityisosaamisen keskus. <http://www.pesapuufi/pride-ohjelma/pridevalmennus/>.
19. Kemppainen S, Suomen nuoret lesket ry. 2010. Leskiopas – opas nuorena leskeytyneelle. <http://www.nuoretlesket.fi/yhdistys/wp-content/uploads/2011/05/leskiopas13.6.2012.pdf>.
20. Uittomäki S, Laimio A, Mynttinen S. 2011. Miten tukea lasta, kun läheinen on kuollut? – Opas läheisille sekä lasten ja nuorten parissa työskenteleville. <http://www.nuoretlesket.fi/yhdistys/wp-content/uploads/2010/06/opaskirjanetti.pdf>.
21. Suomen nuoret lesket ry. <http://www.nuoretlesket.fi/yhdistys/>.

3.2 MIEHET ÄITIYSNEUVOLAN ASIAKKAINA

Miesten osallistuminen äitiysneuvoloiden toimintaan hyödyttää monella tavalla koko perhettä, sekä suoranaisesti että välillisesti. Isien osallistuminen esimerkiksi lisää äitien pystyvyyden tunnetta sekä edistää lapsen tervettä kasvua ja kehitystä (ks. luvut Vanhemmuuden voimavarat ja varhainen vuorovaikutus sekä Perhevalmennus). Miesten osallistuminen perhevalmennukseen tai isäryhmätoimintaan voi myös lisätä vanhempien valmiutta siihen ratkaisuun, että isät pitävät merkittävän osan vanhempainvapaasta. Isien vanhempainvapailla puolestaan on merkittäviä sukupuolten tasa-arvoa edistäviä vaikutuksia.

Koska äitiysneuvolat ovat perinteisesti tarjonneet palveluja raskaana oleville naisille ja lähes kaikki äitiysneuvoloiden työntekijät ovat naisia, miehet voivat tuntea olonsa äitiysneuvolassa ulkopuoliseksi,¹ mikä saattaa johtaa siihen, että isien osallistuminen jää vähäiseksi. Tätä ulkopuolisuuden tunnetta saattavat lisätä asenteet, joiden mukaan äiti on jo luonnollisesti ja itsestään selvästi vauvan ensisijainen hoitaja.² Neuvolassa olisikin hyvä keskustella vanhempien kanssa siitä, että isät ovat aivan yhtä hyviä pikkulasten hoitajia kuin äiditkin ja että isillä ja äideillä voi olla erilaisia, mutta yhtä hyviä tapoja hoitaa lapsia.

SUOSITUS

- ▶ Vastaanottoajat pyritään järjestämään joustavasti niin, että tarjolla on myös iltavastaanottoaikoja, jotta useammilla isillä olisi mahdollisuus osallistua raskausaikaisiin käynteihin.
 - ▶ Isiä kannustetaan osallistumaan raskausaikaisiin käynteihin, isäryhmätoimintaan ja syntyvien lastensa hoitoon. Konkreettisten esimerkiksi kilaskelmien avulla isiä kannustetaan jäämään vanhempainvapaalle.
 - ▶ Kaikkia isiä kannustetaan osallistumaan laajaan terveystarkastukseen, jossa selvitetään molempien vanhempien terveyttä ja hyvinvointia eri menetelmin. Erityistä huomiota kiinnitetään isiin, jotka ovat opiskeluterveyden- ja työterveyshuollon ulkopuolella.
 - ▶ Lähisuhdeväkivallan kohteeksi joutumiseen liittyvät kysymykset kysytään tasapuolisesti niin miehiltä kuin naisiltakin (ilman toisen vanhemman läsnäoloa), ja muutenkin perheväkivaltaan ja lasten fyysiseen kurittamiseen liittyviä kysymyksiä käsitellään ilman ennako-oletuksia väkivallan tekijästä.³
 - ▶ Isien osallistuminen kirjataan systemaattisesti tietojärjestelmiin, jotta osallistumisaktiivisuuden kehittymistä sekä osallistumisen myönteisiä vaikutuksia voidaan seurata tilastollisesti.
 - ▶ Odotustilat pyritään suunnittelemaan niin, että koko perheen tarpeet otetaan huomioon.
-
-

Lähteet

1. Malmi P. 2008. Discrimination against Men: Appearance and Causes in the Context of a Modern Welfare State. Lapland University Press. Rovaniemi. <http://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=277968c1-0dd2-44c3-8c87-0625f73a5049> [luettu 6.1.2012].
2. Vuori J. 2001. Äidit, isät ja ammattilaiset. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
3. Heiskanen M, Ruuskanen E. 2010. Tuhansien isojen maa. Miesten kokema väkivalta Suomessa. Heuni. Raportti 66. Helsinki.

3.3 VANHEMMUUDEN VOIMAVARAT JA VARHAINEN VUOROVAIKUTUS

PARISUHTEEN MERKITYS VANHEMMUUDELLE

Parisuhteen laatu ja kestävyys vaikuttavat keskeisellä tavalla vanhemmuuteen. Hyvinvoivassa parisuhteessa elävät puoliset ovat usein tyytyväisiä vanhemmuuteensa ja vanhempi-lapsisuhteeseensa.¹ Parisuhde ja vanhemmuus ovat vastavuoroisessa suhteessa toisiinsa. Jotta parisuhde kestäisi, puolisoitten on käytävä läpi erilaisia kehitysvaiheita rakastumisen jälkeen. Ne liittyvät suhteen vakiintumiseen, puolisoitten itsenäistymiseen ja kumppanuuden muodostumiseen. Riittävä kommunikointi ja omien ja yhteisten asioiden jakaminen johtavat kumppanuuden vaiheeseen. Parisuhdetta voi tarkastella myös roolien avulla. Niitä ovat kumppanin ja ystävän, rakastajan, arjesta huolehtijan, suhteen vaalijan ja rajojen kunnioittajan roolit.² Parisuhteen keskeisin pilari on yhteenkuuluvuuden tunne. Puolisoitten välinen avoin kommunikointi, tunne suhteen pysyvyydestä ja yhdessä sovittu työnjako perheessä ovat yhteydessä arvioihin parisuhdetyytyväisyydestä.

Parisuhdetyytyväisyys voi vähentyä lapsen syntymän jälkeen muun muassa lastenhoidosta ja kotitöistä sekä tuensaannin puutteesta johtuvan kuormittumisen vuoksi.³⁻⁴ Toisaalta parien tyytyväisyys voi myös parantua etenkin silloin, kun vastuuta kotitöistä ja lastenhoidosta jaetaan yhdessä, puolisoitten välinen kommunikointi on avointa ja puoliset kokevat yhteenkuuluvuutta sekä saavat tukea perheen ulkopuolelta.⁵⁻⁶ Yhtenä keskeisenä syynä tyytyväisyyden vähenemiseen on stressin määrä.⁷

Lapsen syntymän jälkeen vanhempien haasteena on kyetä muodostamaan kahden henkilön suhteesta vähintään kolmen henkilön suhde, jossa myös parisuhde otetaan huomioon. Raskausaikana ja lapsen syntymän jälkeen vanhempien on tärkeää hoitaa parisuhdettaan. Isät sitoutuvat vanhemmuuteen ja osallistuvat aktiivisesti lapsen hoitoon useammin silloin, kun he ovat tyytyväisiä parisuhteeseensa.⁸ Toisaalta isän ja lapsen yhdessäolo parantaa parisuhdetta, koska se vähentää naisen kokemaa stressiä.

ÄITIYTEEN JA ISYYTEEN KASVAMINEN

Erityisesti esikoisen odotusaika ja syntymä ovat muutosvaihe sekä naiselle että miehelle. Puolisojen on kasvettava äitiyteen ja isyyteen sekä sitouduttava vanhemmuuteen. Aikuisten välinen vuorovaikutussuhde laajenee vuorovaikutussuhteeksi vauvan kanssa. Vanhemmuuden viisi keskeistä osa-alueita ovat rakkauden antaja, elämän opettaja, ihmishuolensaaja, rajojen asettaja ja huoltaja.² Vanhemmuuteen kasvussa pystyvyyden tunne eli luottamus omiin kykyihin on keskeisin tavoite, koska pystyvyys on yhteydessä muun muassa stressin tunteen vähenemiseen ja hyviin terveystottumuksiin.⁹

Äitiys ja isyys merkitsevät naiselle ja miehelle erilaisia psyykkisiä kokemuksia ja tunteita varhaisesta vanhemmuudesta. Äitiyttä tai isyyttä sekä vauvaa koskevat mielikuvat ovat erottamattomasti yhteydessä tulevan äidin ja isän käsityksiin ja kokemuksiin omista vanhemmistaan. Mielikuvien sisältö ja rakenne kertovat siitä, kuinka hyvin äiti tai isä on onnistunut sopeutumaan raskauden psykologisiin haasteisiin. Myönteinen näkemys itsestä, puolisoista, raskaudesta ja vauvasta sekä koko perheestä on yhteydessä siihen, miten tyytyväinen vanhempi on vanhemmuuteensa ja vauvanhoitovalmiuksiinsa, parisuhteeseensa ja koko perheen toimintaan sekä elämänhallintaan.¹⁰

Raskausaikana kehon muuttuminen, sikiön yhteys äitiin ja synnytys valmistavat naista varhaiseen äitiyteen. Alkuraskaudessa naiselle on tyypillistä ristiriitaisten tunteiden myllerrys. Raskauden edetessä ja etenkin vauvan liikkeiden tuntuessa naisella on erilaisia mielikuvia vauvasta ja itsestä äitinä. Nämä mielikuvat mahdollistavat tunteet vauvaa kohtaan ja kiintymisen häneen. Loppuraskaudessa raskaana olevan huomio kohdistuu tulevaisuuteen. Ajatuksissaan nainen valmistautuu synnytykseen, ja hän on mielikuvissaan vuorovaikutuksessa lapsen kanssa.¹¹

Mies etenee vanhemmaksi omaa tahtiaan ja eri tavoin kuin nainen. Keskeinen psyykkinen haaste miehelle raskauden ja vauvavaiheen aikana on kestää jonkinlaista ulkopuolisuutta naisen ja (kohtu)vauvan suhteessa. Mitä turvallisemmin miestä itseään on hoidettu varhaisvaiheessa, sitä paremmin hän kestää ulkopuolisuuden tunnetta.¹² Isyyteen sitoutumisella on merkitys miehelle itselleen ja parisuhteelle^{8, 13–14} sekä lapsen myöhemmälle kehitykselle.¹⁵ Esimerkiksi isän emotionaalinen läheisyyden tunne lapseen edistää isän ja lapsen välistä suhdetta sekä myös parisuhdetyytyväisyyttä.

VARHAINEN VUOROVAIKUTUS

Vastasytynyt on syntymästään lähtien valmis vuorovaikutukseen, ja hän kehittyy omaksi itselleen vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Vanhempien keskeisenä tehtävänä on luoda avoin, vastavuoroinen ja turvallinen suhde lapseen. Vauva kommunikoi tunteillaan. Vanhempi voi osoittaa ymmärtävänsä vauvan tarpeita jakamalla vauvan tunnetiloja. Vastaavasti vauvat ovat herkkiä vanhempien tunneilmajaksien laadulle ja hämmentyvät, jos tilanne onkin odotusten vastainen. Varhainen vuorovaikutus on vastavuoroista, siinä vanhempi ja lapsi reagoivat toistensa tunteisiin. Se suuntaa vauvan ja myöhemmin lapsen kokonaisvaltaista kehitystä kuten aivotoimintaa, kognitiivista ja

sosioemotionaalista kehitystä sekä somaattista terveyttä. Varhainen vuorovaikutus on perusturvallisuuden ja luottamuksen sekä itsetunnon, minäkuvan ja empatiakyvyn perusta ja myös perusta lapsen myöhemmille vuorovaikutussuhteille. Se on edellytyksenä turvallisellet kiintymyssuhteelle, joka muodostaa vahvan perustan lapsen mielenterveyden kehittymiselle.^{16–17}

Vastavuoroisen ja sensitiivisen vuorovaikutuksen edellytyksenä pidetään vanhemman hyvää reflektointikykyä.¹⁸ Sillä tarkoitetaan vanhemman kykyä pohtia ja ymmärtää käyttäytymisen taustalla olevaa kokemusta ja tunnetta, sekä omaa että lapsen.^{19–20} Reflektiivinen vanhempi pystyy eläytymään lapsen näkökulmaan ja ymmärtää oman käyttäytymisensä ja tunneilmaisujensa vaikutukset lapseen. Vanhempien hyvä reflektointikyky vahvistaa perheenjäsenten välistä kommunikointia sekä vähentää ja ehkäisee käyttäytymisen väärintulkintoja ja vuorovaikutuksen ongelmia.^{21–23}

VANHEMMUUDEN VOIMAVAROJA LISÄÄVIÄ JA VÄHENTÄVIÄ TEKIJÖITÄ

Keskeiset asiat, jotka lisäävät tai vähentävät lasta odottavan ja lapsen saaneen perheen voimavaroja, liittyvät seuraaviin teemoihin: vanhempien omat lapsuuden kokemukset, terveys ja elämäntavat, parisuhde, äitiyteen ja isyyteen kasvu ja vanhemmuus, lapsen hoito ja kasvatust sekä perheen tukiverkoston antama tuki. Voimavaroihin vaikuttavat myös työllisyys ja taloudellinen tilanne sekä asuminen ja tulevaisuudennäkymät.^{24–25}

Vanhemmuus itsessään on kuormittavaa, vaikka vauva voi hyvin ja on odotettu. Äidit kokevat pikkulapsiperheen vaiheessa vanhemmuudessa isiä enemmän rooliritiriitoja, terveysongelmia, parisuhdeongelmia ja riittämättömyyden tunteita.^{4, 26} Äiti saattaa ylikuormittua varsinkin, jos lasten- ja kodinhoito jää äidin työhön paluun jälkeen pelkästään hänen vastuulleen tai jos vanhemmat eivät saa tarvitsemaansa tukea perheen ulkopuolelta sukulaisiltaan ja ystäviltään.

Äidin voimakas psyykinen kuormittuminen altistaa istukan kautta äidin stressihormonille myös sikiön ja voi siten vaikuttaa lapsen kehittyvään keskushermostoon. Äidin raskausaikainen ahdistuneisuus ja stressi voivat vaikuttaa muun muassa raskauden kestoon^{27–28}, lapsen syntymäpainoon^{27, 29} sekä lapsen psykososiaaliseen kehitykseen.³⁰ Vanhempien vakava sairaus (esim. syöpä), mielenterveysongelmat, väkivalta ja päihteiden käyttö vaikuttavat vanhemmuuden voimavaroihin ja parisuhteeseen sekä niiden kautta myös lapsen terveyteen ja hyvinvointiin. Myös köyhyys ja työttömyys sekä työn epävarmuus ovat yhteydessä vanhempien parisuhdeongelmiin ja vanhemmuuden ongelmiin.^{31–32}

VANHEMMUUDEN TUKEMINEN

Moni vanhempi oppii vanhemmuuteen lapsen syntymän myötä. Kaikki vanhemmat tarvitsevat tukea vanhemmaksi kasvamiseen, vanhempana toimimiseen ja lapsen kasvattamiseen. Vanhempien mielenterveyden ja pystyvyyden tunteen tukeminen on tärkeää siirtymävaiheessa vanhemmuuteen, koska varhainen hoito ja perhesuhteet muovaavat lapsen sosiaalista, kognitiivista ja emotionaalista kehitystä.^{33–34} Lapsen psykososiaalisen oireilun taustalla on usein vanhempien stressi.^{35–36}

Vanhemmat, jotka ovat epävarmoja ja suhtautuvat tulevaan vanhemmuuteen huolestuneesti tai pelokkaasti, hyötyvät äitiys- ja lastenneuvolan määrääkaikaisissa terveystarkastuksissa ja perhevalmennuksessa tarjotusta tiedosta ja emotionaalisesta tuesta sekä esimerkiksi kolmannen sektorin järjestämästä vertaistuesta. Varhaista vuorovaikutusta tukevan haastattelun (VaVu) avulla on mahdollista edistää vanhempien ja lapsen välisen vuorovaikutuksen myönteistä sujumista raskausaikana ja lapsen syntymän jälkeen.³⁷ Varhaista vuorovaikutusta tuetaan mm. vahvistamalla äidin reflektiivistä kykyä, jolloin vauva pysyy äidin mielessä. Tämä on osoittautunut vaikuttavaksi hoitomuodoksi muun muassa päihteitä käyttäville äideille³⁸ ja tukee myös kaikkia vanhempia vanhemmuudessa.

Perheen voimavarojen puheeksi ottamista voi äitiysneuvolassa tehdä helpommaksi *Lasta odottavan perheen voimavaralomake* ja myöhemmin lastenneuvolassa *Lapsiperheen arjen voimavaralomake*. Lomakkeet sisältävät väittämiä muun muassa vanhempien omista lapsuuden kokemuksista, vanhemmuuteen kasvusta, parisuhteesta, terveydestä ja terveystottumuksista sekä tulevaisuudennäkymistä.^{24, 39} Voimavaralomakkeet aktivoivat vanhempia keskustelemaan keskenään aihealueista, joista heidän ei ehkä muuten tule keskusteltua. Vanhemmat voivat hyötyä siitä, että he kiireenkin lomassa pysähtyvät pohtimaan omaa elämäänsä ja voimavarojaan. Oman tilanteen sekä voimavaroja vahvistavien ja kuormittavien asioiden tiedostaminen voi auttaa muuttamaan tarvittaessa perheen tilannetta. Tästä hyötyvät myös lapset ja yleensä koko perhe. Vanhempien voimavarojen vahvistamisella tuetaan vanhempia oman lapsensa terveen kasvun ja kehityksen edistämiseksi. Lomakkeiden käyttö ei kuitenkaan ole itsetarkoitus, vaan niiden tehtävänä on tukea keskustelua ja erityisesti vanhempien omaa pohdintaa.

SUOSITUS

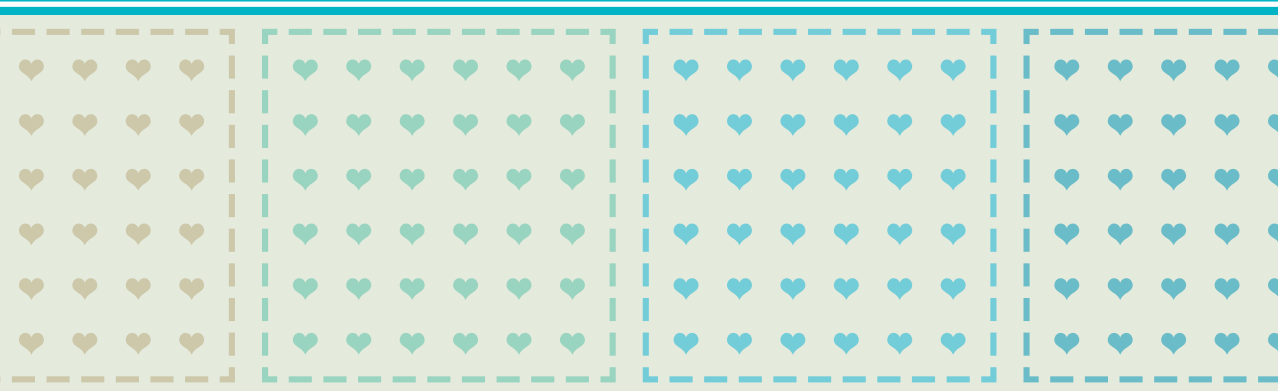
- ▶ Raskausaikana tuetaan vanhemmuuteen kasvua ja koko perheen voimavaroja ja sitä kautta vaikutetaan syntyvän lapsen terveyteen ja hyvinvointiin. Voimavarojen vahvistamisen edellytyksenä on dialoginen vuorovaikutus vanhempien kanssa.
- ▶ Kaikkien vanhempien kanssa keskustellaan parisuhteen hoidon tärkeydestä niin raskausaikana kuin lapsen syntymän jälkeen. Perheelle voimavaroja antavien ja kuormittavien tekijöiden tunnistamisessa voidaan käyttää apuna *Lasta odottavan perheen voimavaralomaketta* ja *Lapsiperheen arjen voimavaralomaketta*.
- ▶ Raskausaikainen varhaista vuorovaikutusta tukeva haastattelu tehdään mieluiten raskauden viimeisen kolmanneksen aikana, ja synnytyksen jälkeinen vuorovaikutusta tukeva haastattelu tehdään mahdollisuuksien mukaan 4–8 viikon kuluttua synnytyksestä. Haastattelujen apuna käytetään varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen kehitettyjä lomakkeita.
- ▶ Vanhemmat ohjataan tarvittaessa järjestöjen tarjoamille parisuhdekursseille tai parisuhdeneuvontaan (mm. Väestöliitto) tai hakemaan varhaista apua kasvatus- ja perheneuvolasta tai perheasiain neuvottelukeskuksesta.
- ▶ Määräaikaisissa terveystarkastuksissa käynnistyneitä keskusteluja vanhemmuuteen kasvusta ja lapsen syntymän vaikutuksista perhe-elämään jatketaan perhevalmennuksessa ja muissa vanhempainryhmissä sekä myöhemmin lastenneuvolassa.
- ▶ Vertaistuen vahvistamiseksi vanhemmat ohjataan tarvittaessa lisäksi avoimeen ryhmätoimintaan, joita järjestävät esimerkiksi MLL, Folkhälsan ja seurakunnat.

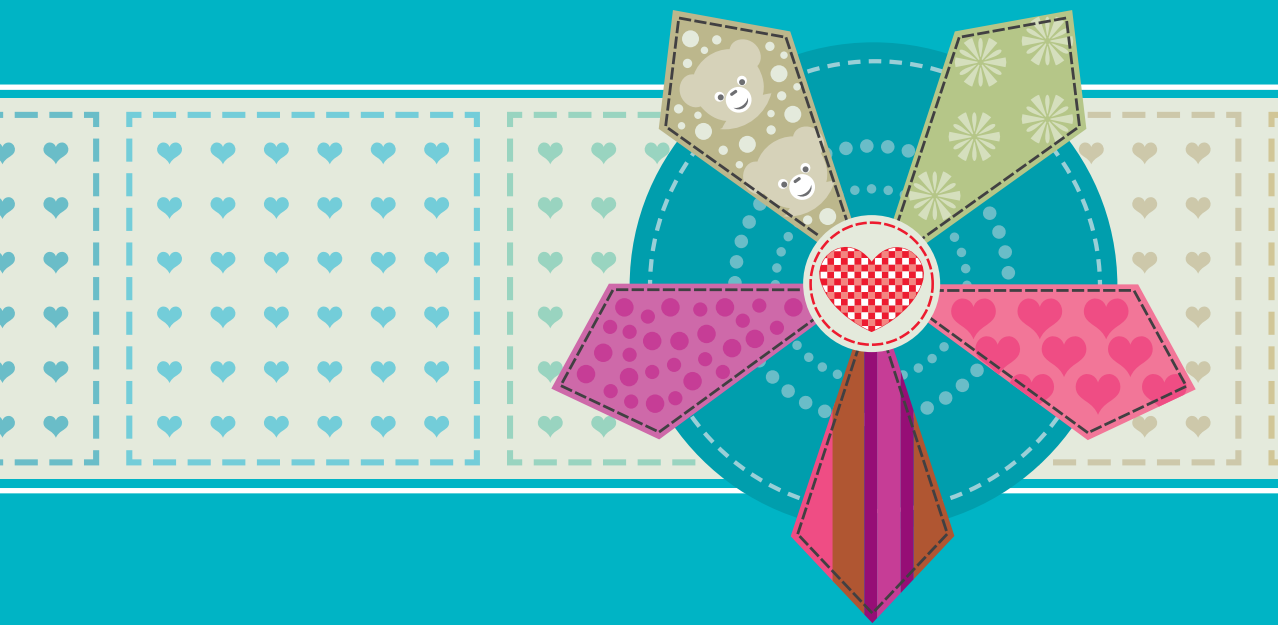
Lähteet

1. Malinen K, Kinnunen U, Tolvanen A, Rönkä A, Wierda-Boer H, Gerris J. 2010. Happy spouses, happy parents? Family relationships among Finnish and Dutch dual earners. *Journal of Marriage and Family* 72(2), 293–306.
2. Ylitalo P. (toim.) 2011. Roolikartta vanhemmuuden, parisuhteen ja itsenäistymisen tueksi. Varsinais-Suomen lastensuojelukuntayhtymä ja Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
3. Ahlborg T, Misvaer N, Möller A. 2009. Perception of marital quality by parents with small children. A follow-up study when the firstborn is 4 years old. *Journal of Family Nursing* 15(2), 237–263.
4. Widarsson M, Engström G, Rosenblad A, Kerstis B, Edlund B, Lundberg P. 2012. Parental stress in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01288.x.
5. Kiehl EM, Carson DK, Dykes A-K. 2007. Adaptation and resiliency in Swedish families. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21, 329–337.

6. Aktan NM. 2012. Social support and anxiety on pregnant and postpartum women: A secondary analysis. *Clinical Nursing Research* 21(2), 183–194.
7. Bodenmann G, Charvoz L, Bradbury TN, Bertoni A, Iafraite R, Giuliani C, Banse R, Behling J. 2007. The role of stress in divorce: A three-nation retrospective study. *Journal of Social & Personal Relationships* 24(5), 707–728.
8. Hawkins AJ, Lovejoy KR, Holmes EK, Blanchard VL, Fawcett E. 2008. Increasing fathers' involvement in child care with a couple-focused intervention during the transition to parenthood. *Family Relations* 57, 49–59.
9. Monteith B, Ford-Gilboe M. 2002. The relationships among mother's resilience, family health work, and mother's health promoting lifestyle practices in families with preschool children. *Journal of Family Nursing* 8(4), 383–407.
10. Salonen A. 2010. Parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period. Evaluation of an internet-based intervention. *Acta Universitatis Tamperensis* 1547. Tampere.
11. Canella BL. 2005. Maternal-fetal attachment: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 50(1), 60–68.
12. Sarkkinen M, Juutilainen K. 2011. Synnytyksen jälkeinen masennus. Teoksessa Heiskanen T, Huttunen MO, Tuulari J (toim.) 2011. Masennus, 337–353. Duodecim.
13. Horsley R, Canfield K, O'Donnell SL, Roid G. 2008. Fathers closeness: Its effect on married men's sexual behaviors, marital, and family satisfaction. *Sexual Addiction & Compulsivity* 15(1), 59–76.
14. Halme N. 2009. Isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolo. Yhdessäoloa, isänä toimimiseen liittyvää stressiä ja isän tyytyväisyyttä parisuhteessa kuvaavan rakennetyhtälömallin kehittäminen ja arviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimus 15. Helsinki.
15. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. 2008. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica* 97, 153–158.
16. Berlin LJ, Cassidy J, Appleyard K. 2008. The influence of early attachments on other relationships. Teoksessa Cassidy J, Shaver PR 2008. *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, 333–347. New York and London: Guilford Press.
17. Thompson RA. 2008. Early attachment and later developments. Teoksessa Cassidy J, Shaver PR, *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, 348–365. New York and London: Guilford Press.
18. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. 2002. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
19. Mäntymaa M, Luoma I, Puura K, Tamminen T. 2003. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys, 459–466. Duodecim 6.
20. Pajulo M. 2004. Vauvan tunnetila ja sen säätely. Äidin reflektiivinen kyky ja sen merkitys turvallisessa kiintymyssuhteessa. Duodecim 21, 25432–550.
21. Slade A, Sadler L, DeDios-Kenn C, Webb D, Currier-Ezepchick J, Mayes L. 2005. Minding the baby: A reflective parenting programme. *Psychoanalytic Study of the Child*, 60, 74–100.
22. Fonagy P. 2008. The mentalization-focused approach to social development. Teoksessa Busch N (toim.) *Mentalization. Theoretical considerations, research findings and clinical implications*. New York: The Analytic Press.
23. Larmo A. 2010. Mentalisaatio – kyky pitää mieli mielessä. Duodecim 126(6), 616–622.
24. Pelkonen M, Hakulinen T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14(5), 202–212.
25. Nyström K, Öhrling K. 2004. Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. *Journal of Advanced Nursing* 46 (3), 319–330.
26. Moller K, Hwang CP, Wickberg B. 2008. Couple relationship and transition to parenthood: Does workload at home matter? *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 26(1), 57–68.
27. Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA. 2008. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology* 27(5), 604–615.
28. Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen H-U. 2010. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: Associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development* 86, 305–310.
29. Talge NM, Neal C, Glover V. 2007. Fetal and neonatal experience on child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48, 245–261.
30. Dunkel Schetter C, Tanner L. 2012. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry* 25(2), 141–148.
31. Leinonen J, Solantaus TR, Punamäki R-L. 2003. Social support and the quality of parenting under economic pressure and work load in Finland: The role of family structure and parental gender. *Journal of Family Psychology* 17, 409–418.
32. Solantaus T, Leinonen J, Punamäki R-L. 2004. Children's mental health in times of economic recession: Replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Developmental Psychology* 40, 412–429.
33. Thompson A, Hollis C, Dagger DR. 2003. Authoritarian parenting attitudes as a risk for con-

- duct problems. Results from a British national cohort study. *European Child and Adolescent Psychiatry* 12, 84–91.
34. Steward-Brown SI, McMillan A. 2011. Parenting for mental health: What does the evidence say we need to do? Report of Workplace 2 of the Data-Prev project. *Health Promotion International* 26 (Suppl. 1), doi:10.1093/heapro/dar056. http://heapro.oxfordjournals.org/content/26/suppl_1/i10.full.pdf+html.
 35. Coffelt NL, Forehand R, Olson AO, Jones DJ, Gaffney CA, Zens MS. 2006. A longitudinal examination of the link between parent alcohol problems and youth drinking: The moderating roles of parent and child gender. *Addictive Behaviors* 31, 593–605.
 36. Sarkkola T, Kahila M, Gissler M, Halmesmäki E. 2007. Risk factor for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatrica* 96, 1571–1576.
 37. Puura K, Hastrup A. 2011. Varhaista vuorovaikutusta tukeva haastattelu, VaVu. Teoksessa Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. (toim.) 2011. Terveystarkastukset lastenneuvolassa & kouluterveydenhuollossa. Menetelmä-sikirja. Terveystarkastuslaitos, 97–103.
 38. Pajulo M, Kalland M. 2006. Uutta ajattelua päihdeongelmaisten äiti-vauvaparioiden hoidossa. *Duodecim* 122, 2603–2611.
 39. Kaljunen L, Pelkonen M, Hakulinen-Viitanen T. 2006. Voimavaralomalakkeen kehittäminen ensimmäistä lastaan odottavan perheen voimavaraisuuden tunnistamiseksi. *Hoitotiede* 3(18), 131–140.





4 ELINTAVAT JA NEUVONTA

4.1 RAVITSEMUS

Raskauden ja imetyksen aikainen ravitsemus osana äitiysneuvolan terveysneuvontaa

Raskauden ja imetyksen aikainen ravitsemusneuvonta on osa äitiysneuvolassa annettavaa terveysneuvontaa. Voimassa olevien suomalaisten raskaus- ja imetyksenaikaisten ravitsemussuositusten mukaan tervettä ja tasapainoista ruokavaliota noudattavia naisia ei tarvitse ohjata tekemään erityisiä muutoksia ruokavalioonsa¹, mutta ohjaukselle tuovat haasteita ylipainon ja lihavuuden ehkäisy ja hoito, nuorien ja vähän koulutettujen perheiden tukeminen sekä erityisruokavaliota noudattavien yksilöllinen ohjaaminen. Useiden ravintoaineiden tarve kasvaa raskauden ja imetyksen aikana, minkä vuoksi ruokavalion laatuun täytyy kiinnittää aiempaa enemmän huomiota.

Raskausaikaisen ravitsemuksen merkitys

Raskausaikaisella ravitsemuksella tiedetään olevan pitkäaikaisia vaikutuksia lapseen, ja sen vaikutus sikiönkehitykseen vaihtelee raskauden eri vaiheissa. Äidin ravitsemuksen tiedetään vaikuttavan mm. lapsen syntymäpainoon², raskauden keston³, lapsen aivojen kehitykseen ja oppimiseen.⁴ Uutta näyttöä on sikiökautisen ravitsemuksen vaikutuksesta geeneihin, hormonipitoisuuksiin, hermoston kehittymiseen sekä lapsuus- ja aikuisiän sairastuvuuteen.^{2,5-6} Lapset, joilla sikiöaikainen kasvu on hidasta ja jotka syntyvät pienipainoisina (< 2 SD:n poikkeama keskikäyrältä tai < 2500 g), näyttävät olevan muita alttiimpia mm. sydän- ja verisuonitaudeille ja tyypin 2 diabetekselle.⁷⁻⁸ Vastaavasti syntymäpainoltaan suurilla (> 2 SD:n poikkeama keskikäyrältä) lapsilla on suurentunut alttius mm. lihavuudelle⁹ ja tyypin 1 diabetekselle.¹⁰ WHO:n Ravinto, liikunta ja terveys -strategia korostaa jo raskautta edeltävän ravinnon merkitystä kroonisten tautien ehkäisyssä.¹¹

Ravitsemussuositukset raskauden ja imetyksen aikana

Suomalaiset ravitsemussuositukset imeväisille ja leikki-ikäisille sekä raskaana oleville ja imettäville naisille julkaistiin vuonna 2004.¹ Suositusten ilmestymisen jälkeen raskausajalle on annettu erityisohjeita mm. D-vitamiinivalmisteiden sekä maksan ja maksa-ruokien käytöstä (<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/>). Ravitsemussuosituksissa on annettu yksittäisiä määrällisiä ohjeita mm. hedelmien ja kasvien käytöstä, mutta muutoin suositeltavan ruokavalion voi koostaa usealla eri tavalla. Vauvan turvallisuuden takaamiseksi eräiden ruoka-aineiden ja juomien käyttöä on syytä välttää tai rajoittaa raskauden ja imetyksen aikana (taulukko 1, liite 5). Koska raskauden ja ime-

tyksen aikana tarvitaan vain kohtuullisen vähän lisäenergiaa, kasvanut vitamiinien ja kivennäisaineiden tarve (taulukko 2, liite 6) tulisi tyydyttää pääosin *ruokavalion ravintotiheyttä kohentamalla eli lisäämällä ruokavalioon niitä ruokia, joissa on vähän energiaa, mutta paljon suojaravintoaineita*. Tällaisia ruokia ovat kaikki marjat, hedelmät ja kasvikset, täysjyvävilja sekä rasvattomat ja vähärasvaisimmat maito- ja lihavalmisteet. Imetysaikana lisäenergiantarpeeseen vaikuttavat rintamaidon määrä ja kertynyt varastorasva. Mitä enemmän varastorasvaa on, sitä vähemmän äiti tarvitsee ylimääräistä energiaa ruoasta. Imetysaikana äidin ruokavalio vaikuttaa erityisesti rintamaidon vesiliukoisten vitamiinien (B- ja C-vitamiinit) määrään sekä rasvan laatuun.

Uudet pohjoismaiset ravitsemussuositukset (<http://www.nnr5.org>) ilmestynevät syksyllä 2013, ja myös suomalaisten ravitsemussuositusten¹² uudistustyö on parhailaan käynnissä. Painopiste on siirtymässä ravintoaineista ruokaan; syömme ruokaa, emme ravintoaineita. Ruokatasolla annettu neuvonta on konkreettisempaa ja helpommin noudatettavissa. Se motivoi raskaana olevaa naista löytämään ratkaisuja päivittäisten ruokavalintojen, ei ravintovalmisteiden avulla, esim. valitsemaan kalaa kalaöljykapseleiden ja tuoreita kasviksia monivitamiinivalmisteiden sijaan.¹³

Kasvikset, hedelmät ja marjat ruokavalion perusta

*Kasvikset, hedelmät ja marjat muodostavat ruokavalion perustan, ja niitä suositellaan raskauden aikana syötäväksi vähintään 5–6 annosta päivässä.*¹ Kasvisten, hedelmien ja marjojen käytöllä on useita tunnettuja terveyttä edistäviä vaikutuksia.^{14–15} Raskausaikainen kasvisten, marjojen ja hedelmien käyttö vaihtelee voimakkaasti väestöryhmittäin, erityisesti oman ja puolison koulutuksen mukaan.^{16–17}

Folaatti

Äidin plasman riittävä foolihappopitoisuus on välttämätön edellytys alkion hermostoputken kehittymiselle. Sen kehittyminen kestää noin neljä viikkoa raskauden alkamisesta, jolloin hermostoputki sulkeutuu. Foolihapon riittävä saanti tulisi varmistaa jo ennen raskautta (ks. luku Lääkkeet, rokotukset ja luontaistuotteet). Ravinnon folaatit tuhoutuvat herkästi ruoanvalmistuksessa hapettumisen ja kuumennuksen vaikutuksesta. Siksi folaatin merkittävimpiä lähteitä – tuoreita kasviksia, hedelmiä ja marjoja – on tärkeää sisällyttää runsaasti päivittäiseen ruokavalioon; folaattia saa jonkin verran myös täysjyväviljavalmisteista, esim. ruisleivästä.

Täysjyväviljavalmisteista rautaa ja kuitua

Täysjyväviljavalmisteet, etenkin ruisleipä ja täysjyväpuurot, ovat erinomaisia kuidun lähteitä ja sisältävät runsaasti rautaa sekä B-vitamiineja. Suomalaisnaisten päivittäisestä folaatin saannista 32 % on peräisin viljavalmisteista, ja raudan suhteen osuus on vieläkin suurempi, 47 %.¹⁸ *Vähäsuolaista täysjyväleipää ja muita täysjyväviljavalmisteita, kuten puuroa tai myslä, on suositeltavaa syödä lähes joka aterialla.*¹² Kovaa rasvaa sisältäviä leivonnaisia, kuten keksejä ja viinereitä, ei ole suositeltavaa syödä päivittäin. *Vähäku-*

tuisen leivän vaihtaminen täysjyväleipään, esimerkiksi ruisleipään, on raskauden aikana erityisen suositeltavaa.

Rauta

Suurella osalla raskaana olevista naisista veren hemoglobiini laskee veren tilavuuden kasvun (hemodiluutio) ja lisääntyneen raudan tarpeen vuoksi. Hyvä rautatasapaino raskausaikana edellyttää arviolta 500 mg:n rautavarastoja.¹² Ruokavaliolla voidaan tyydyttää noin puolet raskausajan raudan tarpeesta, ja toinen puoli on saatava äidin rautavarastoista tai rautavalmisteesta. Jos alkuraskauden hemoglobiinitaso on matala (alle 110 g/l), harkitaan rautalääkityksen aloittamista 12. raskausviikon jälkeen (taulukko 2, liite 6). Nuoret äidit, joiden ruokavalio sisältää niukasti energiaa, sekä yksipuolisesti ruokavaliionsa koostavat kasvissyöjät kuuluvat raudanpuutteen suurimpaan riskiryhmään. *Hyviä raudan lähteitä ovat liha sekä täysjyväviljavalmisteet, etenkin ruisleipä.*

Maitovalmisteista proteiinia, kalsiumia ja D-vitamiinia

Rasvattomia, nestemäisiä maitovalmisteita suositellaan raskauden aikana 8 dl päivittäin turvaamaan riittävä kalsiumin saanti ja täydentämään D-vitamiinin saantia¹, mutta valinnoissa on hyvä kiinnittää huomiota sokeri- ja rasvapitoisuuksiin.¹⁸ Maitovalmisteet ovat myös tärkeitä proteiinin, jodin ja muiden kivennäisaineiden sekä B-vitamiinien lähteitä, ja niiden käyttö näyttäisi olevan yhteydessä parempaan painonhallintaan.¹⁹

D-vitamiini

Raskaudenaikainen riittävä seerumin D-vitamiinipitoisuus on edellytys sille, että elimistö pystyy vastaamaan sikiön kalsiumintarpeeseen. D-vitamiinin riittämätön saanti on yhteydessä raskausaikaiseen heikkoon painonnousuun, sikiön luuston kehityshäiriöihin ja lapsen kroonisten sairauksien riskiin.^{20–21} D-vitamiinia ei raskauden ja imetyksen aikana saada riittävästi ravinnosta, ja saanti on turvattava valmisteilla. *Raskauden ja imetyksen aikana suositellaan ottamaan D-vitamiinivalmistetta niin, että päivittäiseksi D-vitamiinimääräksi tulee ympäri vuoden 10 mikrogrammaa (10 µg, 400 IU) (taulukko 2, liite 6).* Lisäksi suositellaan, että päivittäinen D-vitamiinimäärä ei ylitä 50 µg:aa vuorokaudessa mahdollisten haittavaikutusten vuoksi. Suurin D-vitamiinin puutteen riski on henkilöillä, joiden altistuminen auringonvalolle on ympäristöllisistä, kulttuurisista tai terveydellisistä syistä vähäistä ja vitamiinin saanti ravinnosta alhaista. Erityisiä riskiryhmiä ovat maahanmuuttajanaiset, erityisesti hunnutetut naiset.

Kalaa pari kolme kertaa viikossa tärkeiden rasvahappojen ja D-vitamiinin saannin turvaamiseksi

Kalaa tulisi raskausaikana syödä ainakin kaksi kertaa viikossa eri kalalajeja vaihdellen.¹

¹² Kalalajien vaihtelevuus turvaa sen, ettei mahdollisia ympäristömyrkkypitoisuuksia tarvitse erikseen ajatella (erityisohje Eviran sivuilla: <http://www.evira.fi/portal/51466>).

Raskausaikana kannattaa suosia esimerkiksi muikkua, seitiä, siikaa ja kasvatettua kirjolohta.

Kala on erityisen tärkeä raskausajan ruokavaliossa kalarasvan sisältämien n-3-monityydyttymättömien rasvahappojen sekä suuren D-vitamiinipitoisuuden vuoksi. Useissa tutkimuksissa on osoitettu positiivinen yhteys äidin raskausaikaisen kalan käytön ja lapsen visuaalisen ja kognitiivisen kehityksen välillä.⁶ On myös viitteitä siitä, että raskausaikainen kalan käyttö olisi positiivisessa yhteydessä raskauden kestoon ja syntymäpainoon sekä vähentäisi ennenaikaisen synnytyksen riskiä.

Rasvat näkyviksi ja pehmeiksi

Sikiön normaali kehitys edellyttää välttämättömien rasvahappojen ja niiden pitkäketjuisten johdannaisien runsasta saantia. Monityydyttymättömät rasvahapot (linolihappo ja alfa-linoleenihappo) ovat välttämättömiä mm. sikiön hermoston, näkökyvyn ja immuunijärjestelmän kehitykselle.⁴ *Tarve on erityisen suuri viimeisen raskauskolmanneksen aikana ja ensimmäisinä elinkuukausina, jolloin lapsen aivot kehittyvät.*

Vähintään kaksi kolmasosaa rasvasta tulisi saada pehmeistä rasvoista ja korkeintaan kolmasosa kovasta rasvasta. Suositusten mukainen rasvojen laatu toteutuu, kun käytetään kasviöljyjä ja niitä runsaasti sisältäviä rasiamargariineja. Näkyvien rasvojen laatua ja määrää on helppo hallita, ja siksi on tärkeää, että niitä ei jätetä pois ruokavaliosta. Kasviöljyt, margariinit ja kala ovat pääasialliset n-3-rasvahappojen lähteet. Kala on merkittävin pitkäketjuisten dokosaheksaeenihapon ja eikosapentaeenihapon lähde. Raskausaikaisella rasvan laadulla ja erityisesti pitkäketjuisten rasvahappojen riittävällä saannilla on osoitettu olevan positiivinen yhteys mm. raskauden kestoon, pienentyneeseen ennenaikaisuuden riskiin sekä lapsen visuaaliseen ja kognitiiviseen kehitykseen.²² Ennen raskautta ja sen aikana muodostuneet naisen elimistön rasvavarastot säätelevät rintamaidon rasvahappokoostumusta ja sitä kautta myös lapsen rasvahappojen saantia.

Äitiysneuvolan ravitsemusneuvonnan haasteita

Nuorten, vähän koulutettujen ja tupakoivien raskaana olevien naisten ruokavalio on kauimpana suosituksista. Vähän koulutetut naiset syövät muita vähemmän kasviksia ja hedelmiä. Nuorten raskaana olevien ruokavalio sisältää yleensä runsaasti sokeria, mutta niukasti ravintokuitua.^{16, 23} Ravintovalmisteiden käyttö on osittain väärin painottunut: D-vitamiinivalmistetta ei käytetä tarpeellista määrää, mutta muita valmisteita käytetään yli tarpeen.^{16, 23}

Noin puolella lihavista naisista (ks. luku Painon seuranta) lihavuus on alkanut raskauksista.²⁴ *Epäterveellinen ruokavalio on keskeinen syy raskausaikaiseen liialliseen painonnousuun.*^{25–26} Toisaalta 2–10 % nuorista naisista kärsii jonkinasteisesta syömishäiriöstä ja niukasta syömisestä, mikä voi vaikuttaa raskauden kulkuun.²⁷ Alipainoisilla ja hyvin nuorilla naisilla riittävä painonnousu raskausaikana on tärkeää, koska liian vähäinen painonnousu saattaa hidastaa sikiön kasvua. Painonnousu on riittämätöntä keski- ja loppuraskaudessa, jos se on alle 1 kg kuukaudessa. Raskauden aiheuttamien muutosten

vuoksi syömiseen ja painonhallintaan liittyvät ongelmat voivat aktivoitua. Syömishäiriöt olisi hyvä saada hallintaan, ennen kuin raskauden alkamista suunnitellaan.

Suurin osa kasvisruokailijoista on laktovegetaristeja, jotka käyttävät maitovalmisteita. Lakto-ovovegetaristit syövät maitovalmisteiden lisäksi kananmunia ja semi-vegetaristit silloin tällöin vaaleaa lihaa tai kalaa. Vegaanit eivät syö mitään eläinperäisiä ruokia, ja heidän ruokavalionsa poikkeakin ravintoarvoltaan merkittävästi muista kasvisruokavalioista. *Ravitsemussuosituksissa vegaaniruokavaliota ei suositella raskaana olevien tai imettävien äitien ruokavalioksi. Jos raskaana oleva kuitenkin haluaa jatkaa vegaaniruokavaliota raskausaikana, tulee varmistaa, että hän käyttää säännöllisesti luotettavaa B12-vitamiinin lähdettä, kalsiumia, D-vitamiinia ja tarpeen mukaan myös rautaa ja sinkkiä sisältäviä valmisteita tai riittävästi näillä ravintoaineilla täydennettyjä elintarvikkeita.* Myös proteiinin ja välttämättömien rasvahappojen (alfalinoleenihappo) saanti saattaa herkästi vegaaniruokavaliota noudattavalla jäädä riittämättömäksi. Raskausaikana vegaaniruokavaliota noudattavien tulee saada ravitsemusterapeutin ohjausta. Ehdottoman veganismin sijasta on turvallisempaa noudattaa laktovegetaarista tai semivegetaarista ruokavaliota.

Nykykäsityksen mukaan allergisoivien ruoka-aineiden välttäminen raskauden ja imetyksen aikana ei vähennä lapsen allergisten sairauksien riskiä edes niissä perheissä, joissa allergiariski on suuri. Välttämiseruokavalioista voi päivittäin olla haitallisia seurauksia äidin ja lapsen ravitsemukselle, koska ne yksipuolistavat ruokavalikoimaa ja saattavat jopa edistää allergian puhkeamista johtamalla ruokavaliota epätasapainoon. Välttämiseruokavaliot kuuluvat todetun ruoka-allergian hoitoon, ja niiden noudattamisen tulee tapahtua lääkärin tai ravitsemusterapeutin seurannassa.

Äitiysneuvolan ravitsemusohjaus käytännössä

Yksilöllisessä ravitsemusohjauksessa lähdetään liikkeelle koko perheen tarpeiden, toiveiden, muutoshalukkuuden sekä raskauden ja mahdollisen sairauden hoidon selvittämisestä. Tavoitteet sovitaan yhdessä perheen kanssa neuvotellen. Yhdellä ohjauskeralla käsitellään yleensä yhdestä kahteen aihekokonaisuutta. Ohjaaja selvittää perheen nykyiset ruokailutottumukset esimerkiksi ruokafrekvenssikyselyn avulla (www.thl.fi/kasvunkumppanit: Työn tueksi > Lomakkeet > Lomakkeet neuvolatyöhön) ja pyytää raskaana olevaa ja puolisoa arvioimaan omaa nykyistä ruokavaliotaan, erityisesti mitä hyvää siinä jo nyt on. Nykyisessä ruokavaliossa toimivien kohtien huomaaminen ja niistä myönteisen palautteen antaminen motivoi ja parantaa yhteistyösuhdetta. Vastan jälkeen tarkastellaan ruokavaliossa muutosta kaipaavia kohtia ja sitä, mistä muutokset olisi parasta aloittaa. Raskaana oleva, puoliso ja ohjaaja laativat sen pohjalta yhteistyössä konkreettisen toimintasuunnitelman.^{28–30}

Ohjaus on havainnollista ja käytännönläheistä (aiheina esimerkiksi elintarvikkeiden valinta ja ruoanvalmistus), ja siinä on sopivasti tietoa. Se etenee keskustellen, kysellen, perhettä kuunnellen ja myönteistä palautetta antaen. Motivoitumista voidaan tukea ja käyttäytymisen muutosta edistää sopivien harjoitusten avulla. Ohjauksen ja

kaminen usealle käyntikerralle vahvistaa muutoksen toteuttamista. Pienin askelin tehtyjen muutosten on todettu säilyvän pisimpään. Yksilöohjauksen ohella voidaan käyttää ryhmäohjausta. Tärkeää on nivoa ravitsemusohjaus muuhun seurantaan, toteuttaa se moniammatillisesti sekä suunnitella jatkumo raskausajasta synnytyksen jälkeiseen aikaan. Neuvokas perhe -menetelmässä käytettävä Neuvokas perhe -kortti on suositeltava puheeksi ottamisen väline äitien ja koko perheen ravitsemukseen ja muihin elintapoihin kohdistuvassa terveysneuvonnassa (<http://www.sydanliitto.fi/neuvokas-perhe-ohjausmenetelma>).^{28–30}

SUOSITUS

- ▶ Pienimuotoinen ruoankäyttökysely suositellaan tehtävän kaikille raskaana oleville raskauden alkuvaiheessa (www.thl.fi/kasvunkumppanit: Työn tueksi > Lomakkeet > Lomakkeet neuvolatyöhön).
 - ▶ Ravitsemusneuvonta kohdistetaan koko perheeseen. Neuvonnassa otetaan huomioon vanhempien elämäntilanne ja mahdollisuudet sekä kiinnostus ja asenteet terveellistä syömistä kohtaan.
 - ▶ Ravitsemusneuvonnassa painotetaan suositeltavia ruokavalintoja, ei niinkään yksittäisiä ravintoaineita.
 - ▶ Erityisesti kiinnitetään huomiota ali- ja ylipainoisten, nuorten, vähän koulutettujen, tupakoivien tai erityistä ruokavaliota noudattavien neuvontaan. Ravitsemusohjauksessa tehdään yhteistyötä ravitsemusterapeutin kanssa.
 - ▶ Huolehditaan ravitsemusneuvontaa antavan henkilöstön riittävästä ravitsemuskoulutuksesta.
-
-

Lähteet

1. Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H ym. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, terveysosasto.
2. Moore VM, Davies MJ. 2005. Diet during pregnancy, neonatal outcomes and later health. *Reprod Fertil Dev* 17, 341–8.
3. Christian P. 2010. Micronutrients, birth weight, and survival. *Annu Rev Nutr* 30, 83–104.
4. Cetin I, Alvino G, Cardellicchio M. 2009. Long chain fatty acids and dietary fats in fetal nutrition. *J Physiol* 587, 3441–51.
5. Hanson MA, Gluckman PD. 2011. Developmental origins of health and disease: Moving from biological concepts to interventions and policy. *Int J Gyn Obst* 115(Suppl 1), 3–5.
6. Koletzko B, Symonds ME, Olsen SF. 2011. Early Nutrition Programming Project; Early Nutrition Academy. Programming research: where are we and where do we go from here? *Am J Clin Nutr* 94(Suppl 6), 2036–43.
7. Gale EA. 2002. The rise of childhood type 1 diabetes in the 20th century. *Diabetes* 51, 3353–61.
8. Langley-Evans SC, McMullen S. 2010. Developmental origins of adult disease. *Med Princ Pract* 19, 87–98.

9. Weng SF, Redsell SA, Swift JA, Yang M, Glazebrook CP. 2012. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. *Arch Dis Child* 97, 1019–26.
10. Harder T, Roepke K, Diller N, Stechling Y, Dudenhausen JW, Plagemann A. 2009. Birth weight, early weight gain, and subsequent risk of type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol* 15, 1428–36.
11. World Health Organization (WHO). 2004. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva.
12. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuosituksukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Maa- ja metsätalousministeriö.
13. Erkkola M, Virtanen SM. 2013. Suositeltavat ruokavalinnat raskauden aikana. *Suomen lääkäril* 68, 739–45.
14. Boeing H, Bechthold A, Bub A ym. 2012. Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *Eur J Nutr* 9 (painossa).
15. Ledoux TA, Hingle MD, Baranowski T. 2011. Relationship of fruit and vegetable intake with adiposity: a systematic review. *Obes Rev* 12, 143–50.
16. Arkkola T, Uusitalo U, Pietikäinen M ym. 2006. Dietary intake and use of dietary supplements in relation to demographic variables among pregnant Finnish women. *Br J Nutr* 96, 913–20.
17. Uusitalo L, Uusitalo U, Ovaskainen ML ym. 2008. Sociodemographic and lifestyle characteristics are associated with antioxidant intake and the consumption of their dietary sources during pregnancy. *Public Health Nutr* 11, 1379–88.
18. Paturi M, Tapanainen H, Reinivuo H, Pietinen P (toim). 2008. Finravinto 2007 -tutkimus – The National FINDIET 2007 Survey. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B23/2008.
19. Louie JC, Flood VM, Hector DJ, Rangan AM, Gill TP. 2011. Dairy consumption and overweight and obesity: a systematic review of prospective cohort studies. *Obes Rev* 12, 582–92.
20. Nurmatov U, Devereux G, Sheikh A. 2011. Nutrients and foods for the primary prevention of asthma and allergy: systematic review and meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol* 127, 724–33.
21. Kovacs CS. 2008. Vitamin D in pregnancy and lactation: maternal, fetal, and neonatal outcomes from human and animal studies. *Am J Clin Nutr* 88(suppl), S520–S8.
22. Koletzko B, Cetin I, Brenna JT ym. 2007. Dietary fat intakes for pregnant and lactating women. *Br J Nutr* 98, 873–7.
23. Erkkola M, Karppinen M, Knip M, Virtanen S. 2001. Raskaudenaikainen ravitsemus – kohtaavtko suositukset ja käytäntö? *Duodecim* 117,149–55.
24. Gunderson EP, Abrams B, Selvin S. 2000. The relative importance of gestational gain and maternal characteristics associated with the risk of becoming overweight after pregnancy. *Int J Obes Relat Metab Disord* 24,1660–8.
25. Olafsdottir AS, Skuladottir GV, Thorsdottir I, Hauksson A, Steingrimsdottir L. 2006. Maternal diet in early and late pregnancy in relation to weight gain. *Int J Obes* 30, 492–9.
26. Uusitalo U, Arkkola T, Ovaskainen ML ym. 2009. Unhealthy dietary patterns are associated with weight gain during pregnancy among Finnish women. *Public Health Nutr* 12, 2392–9.
27. Ward VB. 2008. Eating disorders in pregnancy. *BMJ* 336, 93–6.
28. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskukseen, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskukseen. Edita. www.ravitsemusneuvottelukunta.fi
29. Piirainen T, Isolauri E, Huurre A, Hoppu U, Laitinen K. 2004. Ravitsemus- ja terveystieteiden äitiys- ja lastenneuvolassa. Terveystieteiden tutkimus. *Suom Lääkäril* 59, 2047–53.
30. Taimisto N. 2011. Ravitsemuskeskustelu äitiysneuvolan ensikäynnillä. Kliinisen ravitsemustieteen pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto: Lääketieteen laitos. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120064/urn_nbn_fi_uef-20120064.pdf.

4.2 IMETYS

Täysimetyksellä tarkoitetaan sitä, että lapsi saa ravinnokseen ainoastaan äidinmaitoa ja tarvitsemiaan vitamiini- ja lääkevalmisteita, kuten D-vitamiinia.¹ Osittain imetetty lapsi saa äidinmaidon lisäksi muuta ravintoa kuten äidinmaidonkorviketta tai kiinteitä lisäruokia. Imetysohjauksella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaisten antamaa neuvontaa, tukea ja ohjausta, jonka tavoitteena on imetyksen mahdollistaminen ja edistäminen.

Imetys riittää tyydyttämään terveen, täysiaikaisen ja normaalipainoisena syntyneen lapsen ravinnontarpeen aina puolen vuoden ikään asti ja on osa terveellistä ruokavaliota vähintään vuoden ikään asti. Imetys tukee lapsen normaalia kasvua, kehitystä ja terveyttä. Se vähentää lapsen riskiä sairastua erilaisiin tulehdussairauksiin kuten hengitystie- ja korvatulehduksiin myös länsimaissa. Lisäksi imetys on yhdistetty kätkytkuolemariskin alenemiseen.²⁻³

Myös imettävä äiti hyötyy imetyksestä, sillä se mm. auttaa painonhallinnassa⁴ ja vähentää myöhempää riskiä sairastua rintasyöpään.⁵ Imetys tukee varhaista vuorovaikutusta.⁶⁻⁷ Se herkistää äitiä lapsen viesteille ja tukee kiintymyssuhteen rakentumista.

Voimassa olevien suositusten mukaan täysimetystä tulisi jatkaa kuuden kuukauden ikään asti ja osittaista imetystä kiinteiden ruokien ohella vähintään vuoden ikään asti.^{1,8} Lisäksi kaikille suomalaislapsille suositellaan D-vitamiinilisää kahden viikon iästä alkaen.⁹

Suomessa imetys ei toteudu suositusten mukaan. Erityisesti täysimetyks jää selkeästi alle tavoitteiden. Vuonna 2010 tehdyn valtakunnallisen selvityksen mukaan 71 % vastasyntyneistä sai lisämaitoa synnytyssairaalassa.¹⁰ Alle kuukauden ikäisistä lapsista 92 % oli imetettyjä, mutta vain 47 % oli täysimetyttyjä. Vuoden ikäisistä lapsista 34 % sai vielä äidinmaitoa. Vanhempien ikä, koulutustausta ja tupakointi olivat yhteydessä imetykseen.

Imetysohjauksen tavoitteet ja sisältö

Imetysohjaus tulisi aloittaa jo raskausaikana, ja sen tulisi jatkua yhtenäisenä aina vieroitukseen asti. Imetysohjausta tulee antaa kaikille äideille.¹¹ Vahva tutkimusnäyttö osoittaa täysimetyksen edistämisen ja imetyksen keston pidentämisen olevan saavutettavissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä.¹²

Raskausaikaisen imetysohjauksen tavoitteena on imetystä koskevien tietojen lisääminen ja positiivisen asenteen vahvistaminen.¹³ Suomalaisten lasta odottavien vanhempien tiedot maidonerityksestä ja äidinmaidon riittävydestä sekä imetyssuosituksista ovat yhä puutteellisia.¹⁴

Ensimmäiset viikot synnytyksen jälkeen ovat imetyksen kannalta merkittäviä. Tällöin terveydenhuollon ammattilaisten antama ohjaus ja tuki ovat erityisen tärkeitä. Imetysohjauksen painopistealueena on imetyksen käytännöllinen ohjaaminen (esimerkiksi imetysasennot, imetystiheys, vauvan käytöksen tulkitseminen) ja äidin luottamuksen tukeminen. Synnytyssairaalassa tulisi noudattaa Maailman terveysjärjestön

(WHO) ja Unicefin Vauvamyönteisyysohjelman mukaisia hoitokäytäntöjä. Synnytys-sairaalaan kotiutuessaan perheillä tulee olla valmiudet arvioida, saako vauva riittävästi ravintoa, ja heidän tulee tietää, mihin he ottavat yhteyttä imetyksen ongelmatilanteissa. Ensimmäinen kotikäynti synnytyksen jälkeen olisi syytä tehdä viikon sisällä lapsen syntymästä.¹³

Imetysohjauksen menetelmät ja kohdentaminen

Imetysohjauksessa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä kuten yksilöohjausta, interaktiivista pienryhmäohjausta, lehtisiä ja opetuselokuvia.¹³ Erityisesti kasvokkain annettu ohjaus on vaikuttavaa.^{11, 15}

Imetysohjauksen tukena käytettävän aineiston tulee noudattaa voimassa olevia ravitsemussuosituksia ja tukea lapsen kokonaisvaltaista hoitoa ja varhaista vuorovaikutusta. Kaupallisen imeväisen ruokintaa koskevan tiedotusaineiston tulee olla THL:n ennalta hyväksymää. Hyväksynnästä on aineistossa merkintä. Jos aineistossa käsitellään korvikeruokintaa, sitä saa jakaa vain perheille ja hoitajille, joille korvikeruokinta on ajankohtaista.¹⁶

Äidit toivovat, että imetysohjaus olisi kannustavaa, realistista ja käytännönläheistä. Riittävän ajan varaaminen, kiinnostuksen osoittaminen ja kuunteleminen ovat tärkeitä imetysohjauksen vaikuttavuuden kannalta. Hoitosuhteen jatkuvuuteen ja yhteiseen ohjaukseen eri toimijoiden välillä onkin syytä kiinnittää huomiota.¹⁷

Läheiset, puoliso, oma äiti ja ystävät ovat imetyksen tärkeimpiä tukijoita. Erityisesti puolison asenteilla on vaikutusta imetyksen kestoon.¹⁸ Onkin tärkeää ottaa puoliso ja mahdollisesti muut äidin läheiset mukaan imetysohjaukseen jo raskausaikana. Vertaistuki täydentää ammattilaisten antamaa imetysohjausta.¹⁹ Neuvoloiden kannattaa tehdä yhteistyötä vertaistukijoiden kanssa ja ohjata perheitä käyttämään vertaistukea.

Terveystuella pitää yrittää tunnistaa äidit, jotka saattavat vieroittaa lapsensa varhain, ja heille tulisi tarjota kohdennettua tukea. Riskiryhmään kuuluvat esimerkiksi yksinhuoltajat ja naiset, joilla on niukka sosiaalinen turvaverkko, sekä nuoret äidit ja vähemmistökuultuureihin kuuluvat äidit. Vaikea synnytyskokemus, imetysongelmat ja epävarmuus maidon riittävydestä voivat myös olla merkkejä lisääntyneestä imetystuen tarpeesta. Vertaistuen lisäksi imetystä tukevat tehostettu yksilöohjaus ja kotikäynnit.¹³

Synnytyssairaaloilla on erityinen vastuu raskausajan imetysohjauksesta silloin, kun raskaus vaatii seurantaa erikoissairaanhoidossa. Perheitä valmistetaan tilanteeseen, jossa äiti tai vastasyntynyt tarvitsee erityisseurantaa tai he joutuvat olemaan erossa toisistaan synnytyksen jälkeen. Vanhempien kanssa käydään läpi, miten tämä vaikuttaa imetyksen käynnistymiseen sekä miten maidoneritys voidaan käynnistää, jos vauva ei voi imeä rintaa. Perheille taataan riittävä ja ammattitaitoinen tuki myös synnytyksen jälkeen.

Imetysohjaus vaatii koulutusta

Kaikki lasta odottavien perheiden parissa työskentelevät tarvitsevat koulutusta imetyksestä ja imetysohjauksesta. Koulutuksen tulee sisältää tietoa imetyksen terveysvaikutuksista, imetyksen käynnistymiseen ja maidonerityksen ylläpitoon vaikuttavista seikoista sekä imetysongelmista.¹³ Lisäksi koulutuksen tulisi kehittää osallistujien vuorovaikutus- ja ohjaustaitoja.¹⁷ Hyvä peruskoulutus imetysohjaukseen on WHO:n ja Unicefin Vauvamyönteisyys-ohjelman mukainen 20 tunnin imetysohjaajakoulutus.¹³

SUOSITUS

- ▶ Imetysohjausta annetaan suunnitelmallisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä noudattaen kansallista imetyksen edistämisen toimintaohjelmaa.
 - ▶ Imetysohjausta annetaan kaikille perheille jo raskausaikana. Imetyksen käynnistymiseen, maidoneritykseen ja maidon riittävyteen vaikuttavat asiat sekä tavallisimmat imetysongelmat ja ratkaisukeinot käydään läpi äitiysneuvolan määräaikaaisilla käynneillä, perhevalmennuksessa sekä kotikäynnillä. Jo neuvolassa kerrotaan maidon luovuttamiseen liittyvistä asioista.
 - ▶ Imetysohjausta jatketaan vieroitukseen asti.
 - ▶ Neuvolassa ja synnytyssairaalassa pyritään tunnistamaan imetyksessä erityistä tukea tarvitsevat raskaana olevat ja synnyttäneet äidit, ja heille tarjotaan kohdennettua ohjausta.
 - ▶ Myös henkilökunnan riittävästä imetyškoulutuksesta huolehditaan.
-
-

Lähteet

1. Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009–2012. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos THL, Raportti 32/2009.
2. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. 2007. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153 prepared by Tufts-New England Medical Center Evidence-Based Practice Center, Boston. AHRQ Publication No. 07-E007, April 2007.
3. Järvenpää AL. 2009. Imetyksen vaikutukset lapsen terveyteen. Suomen lääkirilehti 64(23), 2089–2093.
4. Baker JL, Gamborg M, Heitmann BL, Lissner L, Sørensen TIA, Rasmussen KM. 2008. Breastfeeding reduces postpartum weight retention. The American Journal of Clinical Nutrition, 88(6), 1543–1551.
5. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. 2002. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. Lancet 360, 187–195.
6. Britton JR, Britton HL, Gronwaldt V. 2006. Breastfeeding, Sensitivity, and Attachment. Pediatrics 118(5), e1436–e1443.

7. Kim P, Feldman R, Mayes LC, Eicher V, Thompson N, Leckman JF, Swain JE. 2011. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52(8), 907–915.
8. Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T, Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11.
9. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys. 2011. D-vitamiinivalmisteiden käyttösuositukseen muutoksia. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=23892 (8.10.2012).
10. Uusitalo L, Nyberg H, Pelkonen M, Sarlio-Lähteenkorva S, Hakulinen-Viitanen T, Virtanen S. 2012. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL, Raportti 8/2012.
11. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. 2012. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub4.
12. Coutinho SB, de Lira PI, de Carvalho Lima M, Ashworth A. 2005. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *The Lancet* 366, 1094–1100.
13. Raskaana olevan, synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus: hoitotyön suositus (online). Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2010. www.hotus.fi (8.10.2012).
14. Laanterä S, Pietilä AM, Pölkki T. 2010. Knowledge of breastfeeding among pregnant mothers and fathers. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 24(4), 320–329.
15. Pannu PK, Giglia RC, Binns CW, Scott JA, Oddy WH. 2011. The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes. *Acta Paediatrica* 100(4), 534–537.
16. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus imeväisen ja pikkulapsen ruokintaa koskevasta tiedotusaineistosta. 267/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100267>.
17. The Joanna Briggs Institute. 2010. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support. Best Practice: evidence based information sheets for health professionals 14:1–4. Suomennos ja sovellus osoitteessa www.hotus.fi (8.10.2012).
18. Meedya S, Fahy K, Kable A. 2010. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth* 23(4), 135–145.
19. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. 2011. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11.

4.3 SUUN TERVEYDENHOITO

Kunnan on järjestettävä ensimmäistä lastaan odottavalle perheelle vähintään yksi suun terveydentilan ja hoidon tarpeen arvio, jonka suorittaa suun terveydenhuollon ammattihenkilö haastattelulla ja tarvittaessa muilla menetelmillä.¹ Uudelleensynnyttäjille tällaista velvoitetta ei ole, joten heidän osaltaan suunterveyteen ja sen hoitoon on hyvä kiinnittää huomiota äitiysneuvolassa. Jos raskaana oleva nainen on tarkastuttanut hampaansa säännöllisesti ja saanut kulloinkin tarvitsemansa hoidon, suun ja hampaiden hoito jatkuu kuten ennenkin. Jos hampaita on tarkastettu ja hoidettu epäsäännöllisesti tai jos edellisestä tarkastuksesta on kulunut yli kolme vuotta, on paikallaan, että suunterveydenhuollon ammattihenkilö arvioi raskaana olevan suun terveydentilan ja tarvittaessa ohjaa hänet hoitoon.

Raskaana olevat saattavat altistua hammas- ja iensairauksille. Jos suusta ja hampaista pidetään raskausaikana hyvää huolta, pysyvää haittaa suunterveydelle ei aiheudu. Lapsi voi altistua hampaiden reikiintymiselle, jos äidin tai lasta hoitavien muiden

aikuisten hampaat ovat huonossa kunnossa.³ Odottavien vanhempien suunterveyteen liittyvät tottumukset saattavat myös vaatia kohentamista. Lapsi oppii sekä hyvät että huonot tavat ottamalla mallia vanhemmistansa.⁴⁻⁵

Alkuraskauden pahoinvoinnissa vatsan hapanta sisältöä voi toistuvasti tulla suuhun, mikä altistaa hampaat eroosiolle eli hampaan pinnan kemialliselle syöpymiselle. Myös närästys altistaa eroosiovaurioille.⁶ Hampaitten terveyden näkökulmasta raskauden kesto on kuitenkin niin lyhytaikainen, että vakavia vaurioita ei yleensä ehdi aiheutua. Jos oksentelua ja/tai happamia röyhtäisyjä esiintyy, hampaita ei kuitenkaan ole hyvä harjata heti niiden jälkeen, koska se voi kuluttaa hammaskiillettä.⁶ Joskus pahoinvointia ja närästystä neuvotaan torjumaan nauttimalla pieniä välipaloja. Jos ne ovat sokerisia, ne saattavat altistaa hampaat reikiintymiselle.⁷ Raskausaikana hampaat ovat tavanomaista alttiimpia kariesvaurioille, sillä sylki on normaalia happamampaa ja syljen kyky puskuroida happohyökkäyksiä on normaalia heikompi². Kun ruokatottumukset ovat terveelliset ja hampaiden puhtaudesta huolehditaan hyvin, pienet kariesvauriot voivat korjaantua niin, että paikkaushoito ei ole tarpeen. Hampaiden reikiintymisen riskiä voi pienentää käyttämällä ksylitolituotteita päivittäin.⁷

Ikenien tulehdus on yleistä raskausaikana. Raskausaikaiset hormonimuutokset eivät käynnistä sairautta, mutta ne pahentavat aiemmin alkanutta ientulehdusta. Pienikin ärsyke saattaa aiheuttaa ienverenvuotoa. Tulehdukseen voi myös liittyä ikenien paikallista liikakasvua. Jos se on voimakasta, sitä voidaan kutsua raskausajan ienkasvaimeksi (pyogeeninen granulooma). Hammashoitoloissa ientulehdusta hoidetaan ennen muuta poistamalla paikalliset ärsyttävät tekijät. Omahoitona on moitteettoman suuhygienian noudattaminen. Tavallisesti kudosuutokset häviävät muutamassa kuukaudessa synnytyksen jälkeen. Raskaus ei lisää parodontiitin eli hampaiden kiinnityskudosten tulehduksen riskiä, sillä raskaudesta aiheutuvat tulehdusmuutokset rajoittuvat yleensä ikenien alueelle.²

Raskaana olevan parodontiittiin saattaa liittyä ennenaikaisen synnytyksen ja lapsen alhaisen syntymäpainon riski.⁸ Tutkimukseen perustuvaa pitävää näyttöä ei kuitenkaan ole siitä, että parodontiitin raskausaikainen hoito pienentäisi ennenaikaisen synnytyksen tai alhaisen syntymäpainon todennäköisyyttä.⁹

SUOSITUS

- ▶ Ensisyntyttäjiä ja heidän puolisojaan opastetaan varaamaan aika hammashoitolasta suun terveyden tutkimukseen ja hoitoon.
- ▶ Myös uudelleensyntyttäjien suunterveyteen ja hoitoon kiinnitetään huomiota äitiysneuvolassa.
- ▶ Raskaana olevia ohjataan hyvään hampaiden hoitoon, johon kuuluu hampaiden harjaus huolellisesti vähintään kahdesti päivässä fluorihammastahnaa käyttäen ja hammasvälien säännöllinen puhdistus.
- ▶ Raskaana olevia neuvotaan nauttimaan ruoka suunnitelluilla aterioilla ja välttämään napostelua niiden välillä.
- ▶ Janojuomaksi suositellaan vettä. Sokeria sisältäviä ja happamia juomia ei suositella käytettäväksi janojuomana.
- ▶ Hampaiden reikiintymisen riskiä voi pienentää käyttämällä ksylitolituotteita päivittäin ainakin kolmen syöntikerran jälkeen (yhteensä vähintään 5 g ksylitolia päivässä).
- ▶ Jos suun hoitamisessa on ongelmia, ohjataan uudelleensyntyttäjän suuhygienistin tai hammaslääkärin vastaanotolle.
- ▶ Perhevalmennukseen suositellaan sisällytettävän suunterveydenhuollon ammattihenkilön luento suun terveydestä raskausaikana ja lapsen syntymän jälkeen sekä ravitsemusterapeutin luento terveellisestä ravitsemuksesta.
- ▶ Jo raskausajan neuvolakäynneillä keskustellaan siitä, kuinka tärkeä on vanhempien lapsilleen antama malli suunterveydestä huolehtimisessa.

Lähteet

1. Valtioneuvosto 2011. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
2. Laine MA. 2002. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand* 60(5), 257–264.
3. Dye BA, Vargas CM, Lee JJ, Magder L, Tinanoff N. 2011. Assessing the relationship between children's oral health status and that of their mothers. *J Am Dent Assoc* 142(2), 173–183.
4. Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. 2006. Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontol Scand* 64(5), 286–292.
5. Mattila M-L, Rautava P. 2007. Lapsen suu on perheen peili – mitä peili voi kertoa? *Duodecim* 123, 819–823.
6. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. 2008. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician* 77(8), 1139–1144.
7. Karies (hallinta) (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonian asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009. [http://www.kaypahoito.fi \[viitattu 18.5.2012\]](http://www.kaypahoito.fi/viitattu.18.5.2012).
8. Chambrone L, Guglielmetti MR, Pannuti CM, Chambrone LA. 2011. Evidence grade associating periodontitis to preterm birth and/or low birth weight: I. A systematic review of prospective cohort studies. *J Clin Periodontol* 38(9), 795–808.
9. Chambrone L, Pannuti CM, Guglielmetti MR, Chambrone LA. 2011. Evidence grade associating periodontitis with preterm birth and/or low birth weight: II: a systematic review of randomized trials evaluating the effects of periodontal treatment. *J Clin Periodontol* 38(10), 902–914.

4.4 LIIKUNTA

Raskausaikainen liikunta ylläpitää tai parantaa kuntoa sekä saattaa ehkäistä raskauden liiallista painonnousua.¹⁻² Suuri osa raskaana olevista kokee selkävaivoja, joita vähentää raskausaikainen fysioterapia, akupunktio tai vesivoimistelu.³ Lisäksi liikunta saattaa vähentää raskauteen liittyvää ummetusta, väsymystä ja jalkojen turvotusta.⁴ Säännöllinen liikunta voi myös vähentää ahdistus- ja masennusoireita raskausaikana ja parantaa mielialaa.⁵⁻⁶

Raskausaikainen liikunta saattaa vähentää raskausmyrkytyksen riskiä, mutta toisaalta näyttö on riittämätöntä.⁷ Liikunta parantaa sokeriaineenvaihduntaa raskausaikana samalla tavoin kuin ei-raskaana olevilla.⁸ Liikunnalla voidaan näin ollen vaikuttaa suotuisasti raskausdiabetesta sairastavien hoitotasapainoon, vaikkakaan raskausdiabeteksen ilmaantumista ei todennäköisesti voida estää raskausaikana aloitetuilla elintamuutoksilla.⁹⁻¹⁰ Raskausaikainen liikunta saattaa vähentää myöhemmin ilmaantuvien kansantautien, kuten sydän- ja verisuonitautien, osteoporoosin ja syöpien riskiä sekä raskaana olevalla itsellään että hänen lapsellaan.¹¹

Kohtuutehoinen liikunta on turvallista terveille raskaana oleville naisille, mutta joissakin tilanteissa liikunnan harrastamista tulee välttää (taulukko 1).

Jos vasta-aiheita ei ole, kohtuutehoista liikuntaa suositellaan harrastamaan yhteensä vähintään 150 minuuttia viikossa useammalle päivälle jaettuna. Jos raskaana oleva ei ole harrastanut liikuntaa ennen raskautta, on tärkeää aloittaa vähitellen (noin 15 minuuttia päivässä 3 päivänä viikossa). Myöhemmin liikunnan määrää voi lisätä vähintään 30 minuuttiin päivässä.

Liikunnan teho on sopiva, kun harjoittelun lomassa pystyy puhumaan ja hengästyttämään jonkin verran. Riittävästä nesteestä on tärkeää huolehtia liikunnan aikana. Sopivia lajeja ovat esimerkiksi reipas kävely, sauvakävely, hiihto ja uinti riippumatta siitä, missä vaiheessa raskaus on. Lihaskuntoa on hyvä harjoittaa kahdesti viikossa esimerkiksi voimistellen tai kuntosalilla. Raskautta ennen säännöllisesti liikkuneet voivat jatkaa aiemmin harrastamia lajeja vointinsa mukaan, tarvittaessa keventäen ja seuraavat ohjeet huomioiden. Raskauden 16. viikon jälkeen kohtu painaa sydämeen palaavia suu-

TAULUKKO 1. Raskausaikaisen liikunnan ehdottomat ja suhteelliset vasta-aiheet¹²⁻¹⁴

Ehdottomat vasta-aiheet	Suhteelliset vasta-aiheet
Ennenaikaisen synnytyksen uhka (hoitoa vaativa kohdun supistelu)	Uhkaava keskenmeno ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana
Selvittämätön verenvuoto emättimestä	Monisikiöinen raskaus
Äidin yleissairaus, joka vaatii liikunnan rajoituksia	Pre-eklampsia
Etinen istukka loppuraskaudessa	Raskaushepatoosi
Ennenaikainen lapsivedenmeno	
Todettu kohdunkaulan heikkous	
Sikiön kasvun hidastuma	

ria verisuonia selinmakuulla oltaessa, minkä vuoksi mahdollinen huono olo tulisi ennakoida liikunnan aikana. Lisäksi on tärkeää välttää lajeja, joissa on putoamisvaara tai nopeita suunnanvaihdoksia tai joissa voi saada iskuja, kuten nyrkkeilyä, laskuvarjohyppyä, jääkiekkoa, nopeita pallopelejä, vatsallaan maaten harjoittelua ja laitesukellusta.

Liikuntatuokio suositellaan keskeytettäväksi, jos raskaana olevalle ilmaantuu verenvuotoa synnytyselimestä, voimakkaita ja kivuliaita supistuksia, epäily lapsiveden menosta, päänsärkyä, huimausta, hengenahdistusta tai voimakasta hengästymistä ja rintakipua. Myös voimakas väsyminen tai voimattomuuden tunne tai pohkeen kipeytyminen tai turpoaminen (mahdollinen laskimotukos) ovat sellaisia oireita, jolloin liikuntatuokio on hyvä keskeyttää.

Kohtuutehoinen liikunta ei vaikuta imetykseen eikä rintamaidon laatuun tai määrään, joten liikuntaa voi jatkaa turvallisesti myös synnytyksen jälkeen. Synnytyksen jälkeisestä säännöllisestä liikunnasta on hyötyä äidin kunnon, mielialan ja painon palautumisen kannalta.^{1,11} Synnytyksestä palautuminen on yksilöllistä, ja liikunnan voi aloittaa vähitellen heti, kun siihen tuntee pystyvänsä riippumatta siitä, onko kyseessä ollut alatiesynnytys vai keisarileikkaus. Liikunta-asiat, kuten myös lantionpohjan lihasten harjoittaminen, on hyvä ottaa esille jälkitarkastuksen yhteydessä.

SUOSITUS

- ▶ Liikunnasta keskustelu aloitetaan jo ensimmäisillä neuvolakäynneillä, ja sitä jatketaan raskauden loppuun asti ja mielellään myös lastenneuvolakäyntien yhteydessä.
- ▶ Neuvonta aloitetaan keskustelemalla sekä raskaana olevan että hänen kumppaninsa senhetkisen liikunnan riittävydestä ja liikunnan hyödyistä. Molempien vanhempien tavoitteita, tarvetta ja mahdollisuuksia lisätä liikuntaa pohditaan yhdessä, ja lopuksi tehdään yhdessä konkreettinen ja toteutettavissa oleva liikuntasuunnitelma.
- ▶ Suunnitelman toteutumista arvioidaan, ja sitä muokataan myöhemmillä käynneillä.
- ▶ Apuna voidaan käyttää liikuntaneuvontaan tarkoitettuja tukimateriaaleja (UKK-instituutin ruokavalion ja liikunnan päiväkirjamuotoinen seurantakortti tai Sydänliiton Neuvokas perhe -materiaalit).¹⁵⁻¹⁶
- ▶ Liikuntaa aiemmin harrastamatonta raskaana olevaa kannustetaan lisäämään liikkumista vähitellen 150 minuuttiin viikossa.
- ▶ Liikunnallisesti aktiiviset raskaana olevat voivat jatkaa aktiivista liikkumista, kuten lenkkeilyä ja uintia. Sen sijaan vältetään lajeja, joissa on putoamisvaara tai nopeita suunnanvaihdoksia tai joissa voi saada

iskuja, kuten nyrkkeilyä, laskuvarjohoppua, jääkiekkoa, nopeita pallopelejä, vatsallaan maaten harjoittelua ja laitesukellusta.

- ▶ Lantionpohjan lihasten harjoittelun ohjaus aloitetaan jo raskausaikana.

Lähteet

1. Streuling I, Beyerlein A, Rosenfeld E, Hofmann H, Schulz T, von Kries R. 2011. Physical activity and gestational weight gain: a meta-analysis of intervention trials. *BJOG* 118(3), 278–84. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02801.x. Epub 2010 Dec 7.
2. Muktabhant B, Lumbiganon P, Ngamjarus C, Dowswell T. 2012. Interventions for preventing excessive weight gain during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No: CD007145. DOI:10.1002/14651858.CD007145.pub2.
3. Pennick V, Young G. 2007. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy (review). *Cochrane database of systematic reviews*, issue 2, Art No: CD001139. DOI: 10.1002/14651858.CD001139.pub2
4. Duckitt K. 2011. Exercise during pregnancy. *Eat for one, exercise for two*. *Br Med J* 343:d5710.
5. Shivakumar G, Brandon AR, Snell PG, Santiago-Muñoz P, Johnson NL, Trivedi MH, Freeman MP. 2011. Antenatal depression: a rationale for studying exercise. *Depress Anxiety* 28(3), 234–42. doi: 10.1002/da.20777. Epub 2010 Dec 13.
6. Daley AJ, MacArthur C, Winter H. 2007. The role of exercise as a treatment of postnatal depression: a review. *J Midwifery Women's Health* 52, 56–62.
7. Meher S, Duley L. 2006. Exercise or other physical activity for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database of Systematic reviews*, issue 2. Art No: CD005942. DOI: 10.1002/14651858.CD005942.
8. Gradmark A, Pomeroy J, Renström E, Steingra S, Persson M, Wright A, Bluck L, Domellöf M, Kahn SE, Mogren I, Franks PW. 2011. Physical activity, sedentary behaviors and estimated insulin sensitivity and secretion in pregnant and non-pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 11:44.
9. Luoto R, Kinnunen TI, Aittasalo A, Kolu K, Raitanen J, Ojala K, Mansikkamäki K, Lamberg S, Vasankari T, Komulainen T, Tulokas S. 2011. Primary Prevention of Gestational Diabetes Mellitus and Large-for-Gestational-Age Newborns by Lifestyle Counseling – A Cluster-Randomized Controlled Trial. *PLoS Medicine*, 8:e1001036
10. Mottola MF. 2008. The role of exercise in the prevention and treatment of gestational diabetes mellitus. *Current diabetes reports* 8, 299–304.
11. Hopkins SA, Cutfield WS. 2011. Exercise in pregnancy: weighing up the long-term impact on the next generation. *Exercise and Sport Science Reviews* 2011, 39, 120–7.
12. ACOG. 2002. Committee Opinion no 267: exercise during the pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol*, 99, 171–3.
13. Artal R, O'Toole M. 2003. Guidelines of the American College of Obstetricians and 828 Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br J Sports* 829 *Med* 37(1), 6–12.
14. Käypä Hoito suositus, Liikunta. 27.6.2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075#s1>

Muuta materiaalia:

Neuvokas perhe – Liikunta ja ravitsemusohjausmenetelmä neuvolaan ja kouluterveydenhuoltoon. <http://www.sydanliitto.fi/neuvokas-perhe>

UKK-instituutin liikuntamateriaaleja:

http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikuntasuositukset/liikunta_raskauden_aikana

http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikuntasuositukset/liikunta_synnytyksen_jalkeen

4.5 SEKSUAALINEN HYVINVOINTI

Raskaus ja lapsen saaminen vaikuttavat monella tapaa yksilöiden kokemaan seksuaaliseen hyvinvointiin ja parisuhteen laatuun.¹⁻² Raskausajan fysiologiset ja psykologiset muutokset voivat vähentää seksuaalista halua.² Toisaalta keskiraskaudessa alkuraskauden oireiden vähentymisen ja lantion alueen verekkyyden lisääntymisen myötä genitaalialueiden herkkyys sekä kostuminen lisääntyvät ja seksuaalinen halu ja mielihyvän kokemukset voivat voimistua.³

Seksuaalisen halun eritahtisuus ja määrä kumppaneiden välillä voi aiheuttaa ristiiriitä.^{2,4-5} Raskaana oleva nainen voi olla huolissaan siitä, ettei pysty vastaamaan kumppanin seksuaalisiin toiveisiin, tai tuntea, että hänen seksuaaliset toiveensa jäävät toteutumatta.^{2,4} Kumppania voi hämmentää raskaana olevan naisen seksuaalisuudessa tapahtuvat muutokset. Kumppani voi nauttia raskaana olevan naisen lisääntyneestä seksuaalisesta halusta tai kokea sen uhkaavana, jopa niin, että se saattaa aiheuttaa hänelle seksuaalisia ongelmia.⁶ Raskaana olevalla naisella voi esiintyä yhdyntäkipuja, joista osa voi johtua sukupuolielinten limakalvojen kostumisongelmista sekä kiihottumiseen ja riittävän seksuaalisen mielihyvän saavuttamiseen liittyvistä ongelmista.² Ongelmia on voinut esiintyä molemmilla osapuolilla jo ennen raskauden alkua. Seksuaalisten ongelmien taustalla voivat olla lapsuudessa tai nuoruudessa koettu seksuaalinen hyväksikäyttö tai väkivalta,⁷ raskaudenkeskeytykset tai keskenmenot⁸⁻⁹ sekä lapsettomuushoidot.¹⁰ Seksuaalihäiriöiden vakavat somaattiset ja psykologiset syyt on aina suljettava pois, ja tarvittaessa asiakas on lähetettävä seksuaalisuuden aihepiiriin erikoistuneen asiantuntijan vastaanotolle.¹¹

Pelko yhdynnän haitallisuudesta raskauden etenemiselle tai lapsen terveydelle voivat olla syy seksuaalielämän vähentymiseen.¹²⁻¹³ Yhdynnät ovat kuitenkin harvoin riski raskaudelle.¹⁴ Yhdynnästä pidättäytymisestä on syytä keskustella lääkärin kanssa, jos kyseessä on sikiön kasvun hidastuma tai eteisistukka. Yhdyntää tulee välttää ainakin tilapäisesti, jos esiintyy verenvuotoa emättimestä. Lisääntyneen kohtutulehdusvaaran vuoksi yhdyntöjä on vältettävä, jos lapsivesi on mennyt ennenaikaisesti. Yhdynnöistä on pidättäydyttävä, jos on uhkaava tai aiempi ennenaikainen synnytys tai jos kohdunsuu on tuettu langalla.¹⁴⁻¹⁶ Yhdyntäasennot loppuraskaudessa on hyvä valita niin, ettei kohtuun kohdistu liikaa painoa.¹⁴ On hyvä muistaa, että seksuaalisuus on muuta kuin yhdyntää. Seksuaalista mielihyvää voi saavuttaa monella eri tapaa. Silloin, kun seksuaalielämä kumppanin kanssa jostain syystä ei ole mahdollista, itsehyväily on yksi monista seksuaalisuuden ilmaisutavoista ja keino edistää seksuaaliterveyttä.

Raskauteen ja synnytykseen liittyvät fysiologiset muutokset altistavat lantionpohjan toimintahäiriöille, kuten laskeumille, virtsan ja ulosteen karkailulle ja sitä kautta myös sukupuolielämän vaikeuksille. Lantionpohjan lihasharjoittelulla voi olla positiivisia vaikutuksia seksuaalielämään.¹⁷⁻¹⁸ Neljän viimeisen raskausviikon aikana suoritettu välilihan hieronta vähentää repeämien määrää ja voi lievittää synnytyksen jälkeistä kipua ja sitä kautta vaikuttaa myönteisesti seksuaaliterveyteen.¹⁹⁻²⁰

Raskausaika ja lapsen syntymä voivat myös lähentää pareja. Vastuu syntyvästä lapsesta auttaa joitakin pareja kasvamaan aiempaa itsenäisemmiksi ja vastuuntuntoisemmiksi, jolloin yksilön kasvun myötä parisuhteen toimivuus lisääntyy.^{5,21} Kumppaneiden keskinäinen viestintä ja vuorovaikutus, koettu yhteenkuuluvuuden tunne, yhdessä vietetty aika ja kotitöistä sopiminen ovat parisuhdeonnen avaintekijöitä, jotka ovat erityisen tärkeitä silloin, kun ratkotaan yhdessä parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia tai konflikteja.^{22–25}

Parisuhteelle ja seksuaalielämälle asetut liian korkeat odotukset ja tiedon puute voivat lisätä ongelmia.^{6, 26} Parisuhteessa tunnettavaa mielihyvää edistää kyky ilmaista ja kommunikoida rakentavalla tavalla myös kielteisistä tunteista. Emotionaalisen tunteyhteyden katsotaankin stimuloivan seksuaalisia reaktioita enemmän kuin fyysisen kosketuksen. Ratkaisemattomien tunteisiin liittyvien ristiriitojen tiedetään heikentävän seksuaalireaktioita ja sen seurauksena seksuaalisen tyydytyksen kokemista.^{5, 24, 27} Olennaista parien välisessä vuorovaikutuksessa on avoin ja selkeä itseilmaisu sekä aktiivinen ja hyväksyvä toisen kuuntelu. Vanhempien oma hyvinvointi, asenteet, toiminta ja mallit ihmissuhde- ja seksuaalikysymyksissä luovat kuvaa lapselle siitä, onko parisuhde ja parisuhteen seksuaalisuus tavoittelemisen arvoista, rakastavaa ja sellaista, josta itsekin haluaa päästä osalliseksi omassa aikuisuudessa.

SUOSITUS

- ▶ Raskaana olevalle ja hänen kumppanilleen annetaan tietoa raskausajan seksuaalielämästä. Seksuaalielämä otetaan puheeksi myös samaa sukupuolta olevien parien kanssa.
 - ▶ Seuraavat asiat otetaan huomioon sekä kaikilla neuvolakäynneillä että perhevalmennuksessa: seksuaalielämän toimivuus ja mahdollisten lapsettomuushoitojen, keskenmenojen, raskaudenkeskeytyksien ja seksuaalisen hyväksikäytön tai väkivallan vaikutukset seksuaalisuuteen.
 - ▶ Keskustellaan raskaana olevan naisen kehonkuvaan liittyvistä kysymyksistä ja seksuaalisista tarpeista.
 - ▶ Raskaana olevan ja hänen kumppaninsa kanssa keskustellaan mahdollisista seksuaalisista toimintahäiriöistä, ja pari ohjataan tarvittaessa seksuaali- ja parisuhdetyön ammattilaisen luokse.
-
-

Lähteet

1. Reuna V. 1998. Perhebarometri. Vastuu perheen arjessa. Väestöntutkimuslaitos E 4/1998. Väestöliitto. Helsinki.
2. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petrug E. 2006. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 46, 282–287.
3. Avery MD, Frantzich CR. 2000. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *Journal of Midwifery & Women's Health* 45, 227–237.
4. Huangy YC, Mathers NJA. 2006. Comparison of sexual satisfaction and post-natal depression in the UK and Taiwan. *International Nursing Review* 53, 197–204.
5. Schnarch D. 2009. *Intimacy & Desider. Awaken The Passion in Your Relationship*. Beaufort Books. New York.
6. Pacey S. 2004. Couples and the first baby: responding to new parents sexual and relationship problems. *Sexual and Relationship Therapy*. Vol 19, No. 3.
7. Saewyc EM, Bearinger LH, Blum RW, Resnic MP. 1999. Sexual intercourse, Abuse and Pregnancy Among Adolescent Woman: Does Sexual Orientation Make a Difference? *Family Planning Perspectives* 31(3), 1271–31.
8. Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg Ö. 2005. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine* 8, 1–14.
9. Tuomaala S. 2002. Ruumiita mahdollisuuksien rajoilla, kokemuksia, kertomuksia ja keskustelua abortista. Tasa-arvoasiain neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
10. Punamäki R-L, Repokari L, Vilksa S, Poikkeus P, Tiitinen A, Sinkkonen J, Tulppala M. 2006. Maternal mental health and predictors of infant developmental and health problems from pregnancy to one year: Does former infertility matter? *Infant Behavior & Development* 29, 230–242.
11. Vuola T. 2003. Mitä seksuaaliterapia on? *Duodecim* 119, 261–266.
12. Hobbs K, Bramwell R, May K. 1999. Sexuality, Sexual behaviour and Pregnancy. *Sexual and Marital Therapy* 14, 37–383.
13. Reinholm M. 2000. ”Kupeitten kuuma vai kadonnut kaipausta?” Pikkulasten vanhempien kokemuksia seksielämästä perheeseen kasvaessa. Perheverkko. Väestöliitto. Helsinki.
14. Kurki T. 1994. Vaikuttaako yhdyntä raskauden kulkuun. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 110(18), 1681.
15. Ryttyläinen K, Valkama S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Edita. Helsinki.
16. Raudaskoski, T. 2012. Henkilökohtainen tiedonanto. Sähköpostikeskustelu 11.11.2012.
17. Dean N, Wilson D, Herbison P, Glazener C, Aung T, Macarthur C. 2008. Sexual function, delivery mode history, pelvic floor exercises and incontinence: a cross-sectional study six years post-partum. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 48, 302–11.
18. Aukee P, Tihtonen K. 2010. Pregnancy, delivery and pelvic floor disorders. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126(20), 2381–6.
19. Beckmann MM, Carret AJ. 2006. Antental perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 1. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub2.
20. Ryttyläinen-Korhonen K. 2012. Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa. Hoitotyön suositus välilihan repeämisen ehkäisemiseksi. Kätilöliitto.
21. Kyyrönen K. 1983. Perhe kasvaa ja kehittyi kriisien kautta. WSOY. Helsinki.
22. Haavio-Mannila E, Kontula O. 2001. Seksin trendit meillä ja naapureissa. WSOY. Helsinki.
23. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E & Nissen E. 2005. Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Garing Sci* 19, 381–387.
24. Kontula O. 2009. Parisuhdeonnan avaimet ja esteet. *Perhebarometri 2009. Väestöntutkimuslaitos – Katsauksia E 38/2009*. Helsinki.
25. Rönkä A, Malinen K, Lämsä T. 2009. *Perhe-elämän Paletti. Vanhempana ja puolisona vaihtelevassa arjessa. PS-kustannus. Jyväskylä.*
26. Condon JT, Boyce P, Corkindale CJ. 2004. The First-Time Fathers Study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38, 56–64.
27. Schnarch D. 1997. *Passionate Marriage. Keeping Love & Intimacy Alive in Committed Relationships*. Henry Holt and company. New York.

4.6 TYÖHÖN LIITTYVÄT ERITYISTILANTEET

Suurin osa raskaana olevista naisista pystyy jatkamaan työssä aina äitiysloman alkuun saakka. Suomalaistutkimuksen mukaan raskaana olevilla on keskimäärin 12 sairaspöis-saolopäivää.¹ Raskaana olevan on hyvä selvittää työnantajansa kanssa työskentelyolo-suhteisiin tarvittavia muutoksia jo raskauden suunnitteluvaiheessa tai viimeistään en-simmäisen raskauskolmanneksen aikana. Raskauteen liittyviä riskejä tulisi arvioida työterveyshuollossa neuvolan ja työterveyshuollon yhteistyönä.

Raskaudelle haitallinen työ

Tietyt työtilanteet saattavat vaikuttaa haitallisesti sikiönkehitykseen, raskauden kul-kuun ja naisen tai miehen lisääntymisterveyteen. Tästä esimerkkejä ovat säteily, anes-tesiakaasut, lyijy ja sen johdannaiset, elohopea ja sen johdannaiset, torjunta-aineet, syöpäsairauden vaaraa aiheuttavat aineet ja ympäristön tupakansavu.²⁻³ Jos raskaana olevan naisen työtehtävät tai työolot vaarantavat hänen tai sikiön terveyden eikä työssä olevaa vaaratekijää voida poistaa, raskaana oleva nainen on pyrittävä siirtämään mui-hin sopiviin tehtäviin. Jos hänelle ei voida järjestää muuta työtä, voidaan harkita erityi-säitiysrahaa ja -vapaata.⁴

Erityisäitiysvapaa

Sairausvakuutuslain ja valtioneuvoston siihen liittyvän asetuksen⁴ perusteella raskaana olevalla naisella on oikeus erityisäitiysrahaan, jos hänen työtehtäviinsä tai työoloihin-sa liittyvä kemiallinen aine, säteily, tarttuva tauti tai muu vastaava seikka vaarantaa hä-nen terveytensä tai sikiön terveyden.⁴⁻⁵ Erityisäitiysvapaa voi alkaa heti, kun raskaus on todettu, ja jatkua enintään äitiysloman alkamiseen asti. Erityisäitiysrahan maksamisen edellytyksenä on, että nainen on työkykyinen ja ettei hänelle voida järjestää muuta työ-tä ja hän joutuu tämän vuoksi olemaan poissa työstä. Nainen ei saa olla muussakaan ansiotyössä eikä omassa työssä lukuun ottamatta omassa kotitaloudessa tehtävää työ-tä. Määräaikaisessa työsuhteessa erityisäitiyslomaa voi saada vain työsuhteen voimas-saolon ajalta. Myös yrittäjällä tai muuta omaa työtään tekevällä on oikeus erityisäitiys-rahaan.

Erityisäitiysrahan anomiseen liittyvät vaiheet:

- Vaaratekijät selvitetään työterveyshuollossa.
- Erityisäitiysrahakemukseen liitetään lääkärin, terveydenhoitajan, kättilön tai sai-raanhoitajan antama todistus raskaudesta.
- Työpaikan työterveyshuoltoa toteuttava lääkäri tai muu vakuutetun työolosuhteet tunteva lääkäri antaa äidin tai sikiön terveydelle aiheutuvasta vaarasta lääkärinlau-sunnon (SV97).

- Mukaan liitetään työnantajan ilmoitus (SV96) siitä, että työntekijä on poissa työstä eikä työntekijää ole voitu siirtää muihin tehtäviin.
- Omaa työtään tekevältä edellytetään vastaava selvitys soveltuvin osin.
- Täytetään erityisäitiysraha-anomus (SV9).

Yötyö ja muita erityistilanteita

Raskausaikana ei voida velvoittaa tekemään yötyötä, jos se lääkärin arvion mukaan on terveydelle haitallista. Jollei siirtyminen yövuoroja sisältämättömään työrytmiin ole mahdollista, voi lääkäri todistuksellaan todeta, että yötyöstä luopuminen on tarpeellista asianomaisen työntekijän turvallisuuden tai terveyden takia, ja suositella sairauslomaa. Yötyön perusteella ei voi saada erityisäitiysrahaa, joten jos työjärjestelyt eivät ole mahdollisia, lääkäri voi arvioida sairausloman tarpeen.^{2,6}

Lisäksi raskaana olevilta on EU-direktiivin mukaan kielletty seuraavat työt: työskentely ylipaineessa (paineistetut tilat ja sukeltaminen), työt, joissa altistutaan *Toxoplasma gondiille* tai vihurirokkovirukselle (paitsi immuniteetin suojaamat), lyijylle ja sen johdannaisille altistava työ sekä maanalainen kaivostyö.⁶⁻⁷ EU-direktiivistä löytyy yleistä tietoa myös muiden fyysisten tekijöiden – mm. iskujen, tärinän, liikkeen, taakkojen käsittelyn, melun sekä äärimmäisen kuumuuden tai kylmyyden – mahdollisista vaikutuksista raskauden kulkuun. Työterveyslaitoksen Raskaus ja työ -neuvontapalvelusta voi tiedustella työolojen sopivuutta raskausaikaiseen työskentelyyn (www.ttl.fi).

SUOSITUS

- ▶ Työtehtävistä tai työoloista johtuvia lisääntymisterveyteen liittyviä riskejä arvioidaan neuvolan ja työterveyshuollon yhteistyönä tarvittaessa jo ennen raskautta tai viimeistään ensimmäisten raskausviikkojen aikana.
-
-

Lähteet

1. Peltomäki-Vastamaa A, Luoto R, Rinne M, Nygård CH. 2012. Äitiys ja työkyky – Raskausajan sairauspoissaolot ja koettu työkyky vuoden kulluttua synnytyksestä. Teoksessa Luoto, Kauppinen, Luotonen (toim.) Perhevapaalta takaisin työelämään. Työ ja ihminen, Tutkimusraportti 42, Työterveyslaitos, Helsinki.
2. Taskinen H. 2010. Lisääntymisterveys ja erityisäitiysvapaa. Lääkärin käsikirja, ykt01126 (043.019).
3. Taskinen H, Linbohm M-L, Frilander H. 2006. Ohjeet vaaran arvioimisesta erityisäitiysvapaan tarvetta harkitessa. Työterveyslaitoksen julkaisu ja. Helsinki.
4. Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Sairausvakuutuslaki 1224/2004. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041224?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sairausvakuutuslaki>.
5. Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain täytäntöönpanosta, VNA 1335/2004. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041335?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=1335%2F2004>.

6. Euroopan parlamentti 1992. Direktiivi 92/85/ETY: toimenpiteistä raskaana olevien ja äskettäin synnyttäneiden tai imettävien työntekijöiden turvallisuuden ja terveyden parantamisen kannustamiseksi työssä. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31992L0085:FI:HTML>.
7. Alanen A. 2010. Toksoplasma-, parvovirus- ja sytomegalovirusinfektiot raskauden aikana. *Duodecim* 126(2), 159–66.

4.7 LÄÄKKEET, ROKOTUKSET JA LUONTAISTUOTTEET

Lääkkeet ja rokotukset

Raskaus

Turhaa lääkkeiden käyttöä tulee raskausaikana välttää, mutta on useita tilanteita, joissa raskaana olevan naisen sairautta joudutaan hoitamaan lääkkeillä. Raskaana olevan hyvinvointi on tärkeä sikiön ja syntyvän lapsen kehityksen kannalta, eikä perussairaudesta (esim. astma, diabetes, epilepsia) vuoksi käytössä olevaa tärkeää lääkitystä saa raskauden vuoksi lopettaa. Myös infektiot täytyy hoitaa asianmukaisesti. Mikrobilääkkeistä valtaosa on käyttökelpoisia myös raskausaikana. Pitkäaikainen lääkitys tulisi suunnitella jo ennen raskautta siten, että se on käytössä olevista vaihtoehdoista turvallisin myös sikiön kannalta. Myös lyhytaikaiseen käyttöön tarkoitettujen lääkkeiden turvallisuus sikiölle on hyvä varmistaa lääkäriltä ennen käyttöä. Esimerkiksi allergiaoireiden hoitoon, migreenikohtaukseen ja kuumeen alentamiseen on olemassa lääkkeitä, joita voi turvallisesti käyttää myös raskausaikana¹⁻⁵ (taulukko 1). Lääkelaitoksen vuonna 2008 julkaisemassa oppaassa on käsitelty lääkkeiden turvallisuutta raskauden ja imeytyksen aikana¹.

Sikiön elimistö muodostuu 5. raskausviikon alusta 11. raskausviikon loppuun mennessä viimeisistä kuukautisista laskettuna, ja tämä ajanjakso on siten herkkä myös epämuodostumien syntymisen kannalta. Vain harva lääke lisää selvästi epämuodostumariskiä (riskiä lisäävät esim. aknelääkkeenä käytettävä isotretinoiini, reumalääkkeenä käytettävä metotreksaatti sekä osa epilepsialääkkeistä). Tästä eteenpäin tapahtuu lähinnä kasvua ja kypsymistä lapsen syntymään asti eikä varsinaisia rakenteellisia epämuodostumia enää synny. Elimistö kuitenkin kypsyy ja kehittyy läpi koko raskauden, ja esimerkiksi sikiön keskushermosto on altis haitallisille vaikutuksille koko raskausajan.

Rutiininomaista rokottamista ei suositella raskausaikana, mutta inaktivoituja (kuolleita) taudinaiheuttajia sisältäviä rokotteita voi ottaa raskausaikana ja missä tahansa raskauden vaiheessa silloin kun rokotukseen on aihe. Inaktivoituja taudinaiheuttajia sisältävät rokotteet eivät aiheuta vaaraa sikiölle, mutta yliherkkyysoireiden mahdollisuus rokotettaessa on aina olemassa. Esimerkiksi näyttö influenssarokotteen hyödyistä raskaana oleville on vahva, ja influenssarokotusta suositellaankin kaikille raskaana oleville.⁶ Myös hepatiittirokotus riskiryhmään kuuluvalla tai matkustettaessa korkean riskin alueelle ja tetanusrokotus likaisen haavan yhteydessä ovat turvallisia.

Eläviä taudinaiheuttajia sisältäviä rokotteita (esim. MPR, vesirokko) ei tule antaa raskaana oleville. Keltakuumerokote sisältää eläviä heikennettyjä taudinaiheuttajia, mutta sen antamista voi kuitenkin harkita, jos matkustaminen keltakuumeeseen esiintymisalueelle on välttämätöntä.

Foolihappo

B-ryhmän vitamiineihin kuuluvan folaatin (ravinnossa esiintyvä muoto) ja foolihapon (vitamiinivalmisteissa oleva muoto) riittävä saanti on tärkeää sikiön normaalin kehityksen kannalta. Riittävän foolihapon saannin on useissa tutkimuksissa todettu vähentävän synnynnäisten epämuodostumien, erityisesti hermostoputken sulkeutumishäiriön vaaraa.^{7–10} Suomalaisen hedelmällisessä iässä olevien naisten folaatin saanti ravinnosta jää vähäiseksi.¹¹ Vaikka uudet pohjoismaiset ja suomalaiset ravitsemussuositukset eivät vielä ole valmiit, kansainvälinen näyttö foolihapon tärkeydestä on niin selvä, että kaikille raskautta suunnitteleville naisille suositellaan monipuolisen ruokavali-
on lisäksi päivittäistä 0,4 milligramman foolihappo-vitamiinilisää aloitettavaksi jo 1–3 kuukautta ennen raskauden alkua. Varhainen aloitus on perusteltua, että voidaan turvata riittävä foolihapon saanti jo varhaisilla raskausviikoilla, kun sikiön elimistö erilaistuu. Aiemmassa raskaudessa todettu tai itsellä tai lähisuvussa esiintynyt hermostoputken sulkeutumishäiriö nostaa annossuosituksen 4,0 milligrammaan päivässä. Myös muiden riskiryhmien kohdalla (esim. diabetes, epilepsialääkkeitä käyttävät) käytetään yleensä tavallista isompia annoksia (1–4 mg päivässä).^{5,12} Foolihappolisän käyttöä suositellaan 12. raskausviikkoon saakka.

Imety

Valtaosa lääkkeistä kulkeutuu maitoon. Lääkepitoisuudet imeväisessä jäävät yleensä kuitenkin pieniksi, ja altistuminen aiheuttaa harvoin ongelmia. Imetyksen aikaiseen lääkkeenkäyttöön liittyvät haitat ovat todennäköisempiä alle kuukauden ikäisellä imeväisellä, jolla lääkeainemetabolia on vielä kehittymätön ja munuaiseritys toimii vajavaisesti. Kuten raskausaikana, myös imetyksen aikana lääkkeiden käytön turvallisuus on hyvä varmistaa lääkäriltä. Äidin lääkitys on kuitenkin harvoin aihe imetyksen lopettamiselle.¹³ Usein on mahdollista vaihtaa imetyksen kannalta ongelmallinen lääke turvallisemmaksi. Äidin rokotteet eivät aiheuta riskiä imeväiselle.

Luontaistuotteet

Luontaistuotteiden (ravintolisät, kasvirohdosvalmisteet) sisältö voi vaihdella, ja ne voivat sisältää biologisesti aktiivisia aineita, joiden turvallisuutta raskausaikana ei ole tutkittu. Koska luontaistuotteiden laatua ei valvota systemaattisesti, ne voivat sisältää myös selkeästi haitallisia aineita kuten ympäristömyrkkyyä. Luontaistuotteiden käyttöä tulee välttää raskauden ja imetyksen aikana.

Taulukko 1. Tavallisia oireita ja sairauksia ja niiden hoitoon raskauden ja imetyksen aikana soveltuvia lääkkeitä

Hoidettava oire tai sairaus	Sopiva lääkevaihtoehto	Huomioitavaa
Akne	Paikallishoito: bentsoyyliperoksidi, klindamysiini	Systeemi-imeytyminen vähäistä
Allergia	Paikallishoitovalmisteet (silmä- ja nenätipat) Antihistamiineista loratadiini, setiritsiini	Pseudoefedriiniä sisältäviä antihistamiinivalmisteita ei suositella
Atopia	Paikalliset kortikoidivoiteet	Annostelu vain hoidettavalle ihoalueelle
Hiivatulehdus	Paikallislääkkeet (klotrimatsoli, mikonatsoli, tiokonatsoli), flukonatsoli	Systeemi-imeytyminen vähäistä Kerta-annos (150 mg suun kautta) turvallinen
Kihomadot	Pyryiini	Ei imeydy suolistosta
Kipu ja kuume	Parasetamoli Ibuprofeeni Iholle annosteltavat tulehduskipulääkegeelit (diklofenaakki, piroksikaami, salisyylihappo)	Turvallinen kaikissa raskauden vaiheissa Kuumeen alentaminen lääkkeellä suositeltavaa, jos se nousee yli 38 asteen Tulehduskipulääkkeiden säännöllistä tai toistuvaa käyttöä tulee välttää raskauden suunnitteluvaiheessa ja 28. raskausviikolta eteenpäin (mahdollinen vaikutus munasolun irtoamiseen; muutokset sikiöaikaisessa verenkierrrossa, vaikutus sikiön munuaistoimintaan) Paikalliskäytössä imeytyminen vähäistä
Nuha, yskä	Ksylometatsoliini, oksimetatsoliini, nenäsumute Yskänlääkkeiden teho kyseenalainen	Annostelu-ohjetta on tärkeä noudattaa (lääkkeiden verisuonia supistava ominaisuus) Useissa yskänlääkevalmisteissa on aineita, joiden raskauden ja imetyksen aikaisista turvallisuutta ei ole tutkittu Kodeiinia sisältävien valmisteiden toistuvaa käyttöä ei suositella imetyksen aikana Etanolia sisältävien valmisteiden käyttöä syytä välttää
Närästys	Ensisijaisesti imeytymättömät antasidat tai sukralfaatti H2-salpaajat: ranitidiini (raskaus), famotidiini (imetus) Protonipumpun estäjät: omepratsoli, pantopratsoli, lansopratsoli	
Ripuli	Oraaliset rehydraatioliuokset Mikrobivalmisteet (maitohappobakteerit, Saccharomyces Boulardi)	
Ummetus, pukamat	Massaa lisäävät lääkkeet Laktuloosi, makrogoli (Bisakodyyli) Prednisoloni-sinkokaiini	Eivät imeydy suolistosta Ensisijaisesti vain tilapäiskäyttöön

Mistä tietoa?

HUSLAB:n Myrkytystietokeskuksen yhteydessä toimii valtakunnallinen Teratologinen tietopalvelu, joka neuvoo lääkkeiden käyttöön ja muihin ulkoisiin altistuksiin liittyviä riskejä raskauden ja imetyksen aikana. Palveluun voi soittaa arkisin klo 9–12, puhelinnumero on 09 4717 6500.

SUOSITUS

- ▶ Raskausaikana käytetään lääkkeitä vain, kun se on selkeästi aiheellista.
 - ▶ Raskaana olevan naisen hyvinvointi on sikiön hyvinvoinnin edellytys, ja hoitoa vaativa sairaus täytyy hoitaa hyvin myös raskausaikana.
 - ▶ Lääkitys kannattaa suunnitella mahdollisimman sopivaksi raskautta ajatellen jo raskauden suunnitteluvaiheessa.
 - ▶ Kaikille raskautta suunnitteleville naisille suositellaan päivittäistä foolihappolisää.
-
-

Lähteet

1. Malm H, Vähäkangas K, Enkovaara A-L, Pelkonen O. 2008. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Lääkelaitos, Edita Prima, Helsinki. <http://www.fimea.fi>.
2. Malm H. 2011. Kipulääkkeet ja raskaus. Suomen Lääkärilehti 43, 3221–3224.
3. Malm H. Lääkkeiden käyttö raskauden aikana. Lääkärin käsikirja. <http://www.terveysportti.fi>.
4. Rasmussen SA. 2012. Human teratogens update 2011: can we ensure safety during pregnancy? Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 94, 123–128.
5. Seshadri S, Oakeshott P, Nelson-Piercy C, Chappell LC. 2012. Prepregnancy care. BMJ 344, e3467.
6. Rokottajan käsikirja, THL 2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/rokottajankasikirja-fi/.
7. MRC Vitamin Study Research Group: Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. 1991. Lancet 338,131–137.
8. Czeizel AE, Dudas I. 1992. Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. N Engl J Med 327, 1832–1835.
9. Berry RJ, Li Z, Erickson JD, Moore CA, Wang H, Mulinare J, Zhao P ym. 1999. Prevention of neural tube defects with folic acid in China. N Engl J Med. 341, 1485–1490
10. Shaw GM, Schaffer D, Velie EM, Morland K, Harris JA. 1995. Periconceptional vitamin use, dietary folate, and the occurrence of neural tube defects. Epidemiology, 6, 219–226.
11. Finravinto-tutkimus 2007. <http://www.ktl.fi>.
12. Stefanovic V, Nieminen A. 2010. Kaikki raskautta suunnittelevat tarvitsevat foolihappolisää. Duodecim 4, 126:337.
13. Malm H. 2008. Lääkkeet ja imetys. Duodecim 124, 632–639.

4.8 PÄIHTEET

Alkoholi

Raskaus

Runsas alkoholinkäyttö voi vaikuttaa haitallisesti hedelmällisyyteen ja lisätä keskenmenon vaaraa. Alkoholi kulkeutuu vapaasti istukan läpi, ja sikiön alkoholipitoisuus vastaa äidin pitoisuutta. Sikiöaikainen alkoholi-altistuminen voi vaurioittaa sikiötä monin tavoin riippuen altistumisen ajankohdasta ja määrästä. Runsaan käytön rajana ja samalla selkeänä riskirajana pidetään 5:tä alkoholiannosta kerralla tai 10:tä annosta viikossa, mutta pienemmätkin annokset voivat vaurioittaa sikiötä, eikä turvallista rajaa alkoholin käytölle tunneta. Paras vaihtoehto on olla kokonaan käyttämättä alkoholia raskausaikana. Koska sikiön elinten kehitys alkaa jo varhaisessa vaiheessa, jolloin äiti ei usein edes tiedä olevansa raskaana, kannattaa runsasta alkoholinkäyttöä välttää jo raskauden suunnitteluvaiheessa.

Runsas alkoholinkäyttö ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana lisää sikiön riskiä saada rakennepoikkeavuuksia, erityisesti sydämen, keskushermoston, luuston ja virtsateiden epämuodostumia.¹ Altistuminen missä tahansa raskauden vaiheessa voi vaikuttaa haitallisesti keskushermoston kehitykseen. Kehitysviiveen vaikeusaste voi vaihdella lievistä oppimis- tai käytöshäiriöistä vakavaan kehitysvammaan. Alkoholi-altistuminen vaikuttaa haitallisesti myös sikiön kasvuun, ja keskushermostovaurio ja pysyvä kasvuhäiriö ovat sitä vaikeammat, mitä kauemmin äiti on juonut raskausaikana.² Kouluikään mennessä todettuja alkoholin aiheuttamia sikiövaurioita esiintyy länsimaissa 2–5:llä sadasta syntyneestä lapsesta.³ Suomessa tämä tarkoittaa sitä, että vuosittain syntyy pari tuhatta lasta, joilla voi kouluikään mennessä olla sikiöaikaiseen alkoholi-altistukseen liittyviä oireita.

Sikiön alkoholioireyhtymällä (fetal alcohol syndrome, FAS) tarkoitetaan sikiövaurioita, johon kuuluvat pienipäisyys, kasvun hidastuminen, kehitysviive sekä tyypilliset kasvopiirteet. Pitkäaikainen, runsas alkoholinkäyttö raskausaikana aiheuttaa sikiölle noin 5–10 prosentin riskin saada lapsen alkoholioireyhtymä koko laajuudessaan.⁴ Yksilölliset, perimään liittyvät erot esimerkiksi alkoholin metaboliassa ja sikiön herkkyydessä vaikuttavat siihen, kenelle vaurio tulee.

Imetys

Alkoholin toistuva tai runsas käyttö imetyksen aikana voi suoraan (äiti-lapsi-vuorovaikutus) ja maidon kautta vaikuttaa haitallisesti lapsen kehitykseen. Alkoholin pitoisuus verenkierrossa vastaa pitoisuutta maidossa. Kertasyötön yhteydessä lapsi saa noin 5 % äidin painoon suhteutetusta alkoholiannoksesta. Alkoholin käyttöä myös imetyksen aikana tulee välttää. Jos äiti on juonut alkoholia, imetystä tulee välttää niin kauan kuin alkoholia on verenkierrossa.⁵ Vaikka altistus kertaluontoisessa ja tilapäisessä käytössä jää vähäiseksi, usein toistuva tai runsas alkoholinkäyttö voi altistaa lapsen haitallisillekin määrille alkoholia.

Lähteet

1. Autti-Rämö I. 2011. Alkoholin aiheuttamat sikiövauriot lisääntyvät. *Duodecim* 127, 1634–1636.
2. Halmesmäki E, Autti-Rämö I. 2005. Fetaalialkoholisyndrooma: voidaanko lapsen ennustetta parantaa? *Duodecim* 121, 54–60.
3. May PA, Fiorentino D, Coriale G, Kalberg WO, Hoyme HE, Aragón AS ym. 2011. Prevalence of children with severe fetal alcohol spectrum disorders in communities near Rome, Italy: new estimated rates are higher than previous estimates. *Int J Environ Res Public Health* 8, 2331–2351.
4. Ornoy A, Ergaz Z. 2010. Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. *Int J Environ Res Public Health* 7, 364–379.
5. Malm H. 2008. Lääkkeet ja imetus. *Duodecim* 124, 632–639.

Tupakka

Raskaus

Tupakointi heikentää hedelmällisyyttä sekä naisella että miehellä ja hedelmöityshoitohen tuloksia ainakin miehellä. Vieroituksen tulee olla osa tupakoivien hedelmättömyyden hoitoa. Nikotiini on voimakkaasti verisuonia supistava aine, ja sen vaikutus kohdistuu myös istukan verisuoniin. Istukan verenkierron häiriintyessä sikiön hapensaanti vaikeutuu. Nikotiinin lisäksi sikiö altistuu tupakansavun kautta myös hiilimonoksidille (häkä), jolloin hapen kuljetus sikiön kudoksiin edelleen heikentyy. Tupakansavu sisältää myös lukuisia muitakin haitallisia aineita, jotka läpäisevät istukan ja joista osa on syöpää aiheuttavia karsinogeenia.

Raskausaikainen tupakointi lisää selkeästi keskenmenoriskiä, joka on noin kaksinkertainen verrattuna keskenmenojen yleiseen ”taustariskiin” (noin 15 %). Ensimmäisen raskauskolmanneksen aikainen tupakointi voi lisätä myös epämuodostumariskiä (huuli-suulakihalkio, sydänvialt). Tupakointi lisää sikiön kasvuhäiriön riskin 2–3-kertaiseksi verrattuna ei-tupakoivan äidin lapseen. Sikiön kasvun on todettu normalisoituvan, jos tupakointi lopetetaan raskauden puoliväliin mennessä.^{1–2}

Äidin tupakointi lisää merkittävästi perinataalivaiheen sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Ennenaikaisen synnytyksen riski kasvaa kaksinkertaiseksi, ja etisen istukan ja istukan ennenaikaisen irtoamisen riski kasvaa noin 2,5-kertaiseksi tupakoimattomiin verrattuna. Tupakointi vähentää usean tutkimuksen perusteella pre-eklampsian riskiä, mutta loppuraskaudessa suojaava vaikutus häviää. Tupakoivan pre-eklampsia-potilaan kohdalla istukan ennenaikaisen irtoamisen riski kasvaa moninkertaiseksi.²

Raskausaikana tupakoivien naisten lapset ovat alttiimpia myös myöhemmin esiin tuleville terveysongelmille. Kätkytkuoleman riski on viisinkertainen verrattuna tupakoimattomien äitien lapsiin.¹ Hengitystieinfektiot ja astma ovat yleisempiä, joskin ainakin osan näistä ongelmista selittää myös syntymän jälkeinen altistuminen tupakansavulle. Myös lapsuusiän ylipaino ja korkeampi verenpaine altistumattomiin verrattuna on yhdistetty sikiökautiseen altistumiseen tupakansavulle. Riski psyykkisen kehityksen häiriöihin, keskittymishäiriöihin ja oppimisvaikeuksiin on kohonnut.^{3–4}

Nuuska. Nuuskatessa ei altistuta tupakan haitallisille palamistuotteille (hiilimonoksidi, polysykliset aromaattiset hiilivety-yhdisteet ym.), mutta nuuskan käyttö

aiheuttaa pidempikestoisen plasman nikotiinihuipun kuin tupakointi. Nuuskaamisen on todettu lisäävän sikiön kasvun hidastuman ja ennenaikaisuuden riskiä, ja haitoitetaan se on verrattavissa tupakanpolttoon.⁵

Tupakasta vieroittautuminen. Tupakointi tulee ottaa puheeksi jokaisen asiakkaan kanssa. Perheellisäys on monelle suuri motivaation lähde tupakoinnin lopettamiseen, mutta onnistumisen epävarmuus herättää paljon kysymyksiä, huolta ja jopa syyllisyyttä. Empaattinen, välittävä ohjaus ja esimerkiksi motivoiva haastattelu ovat siksi erityisen tärkeitä äitiysneuvolan tapoja auttaa tupakasta vieroittautumisessa. Käytännönläheinen ohjaus, jossa opetellaan ennakoimaan tupakointiin houkuttavia tilanteita ja toimimaan repsahdusten jälkeen, sekä ohjaajan antama tuki ja rohkaisu lisäävät lopettamisessa onnistumista⁶⁻⁷. Tupakasta vieroittautumiseen on tarjolla erilaisia valmisteita, ja eniten kokemusta niiden käytöstä raskausaikana on nikotiinivalmisteista. Nikotiinikorvaushoitoa tulisi harkita, jos äiti polttaa yli 10 savuketta päivässä ja jos ohjaus ja neuvonta eivät ole tuottaneet tulosta. Nikotiinikorvaushoidossa nikotiinihuiput jäävät yleensä matalammiksi kuin tupakoidessa eikä altistumista tupakansavun karsinogeenisille yhdisteille tapahdu. Ensisijaisesti tulisi suosia lyhytvaikutteisia valmisteita kuten nikotiinipurukumia tai -imeskelytablettia tai inhaloitavaa nikotiinivalmistetta. Laastarin käyttöä ei suositella.⁶ Jos laastarin käyttö tiheän annostelutarpeen vuoksi kuitenkin katsotaan tarpeelliseksi, laastari tulee mahdollisuuksien mukaan poistaa yön ajaksi.

Nikotiinin aineenvaihdunta lisääntyy raskausaikana, eikä raskausaikaisesta korvaushoidon tehosta ole vakuuttavaa näyttöä.⁷ Jos nikotiinikorvaushoitoa käytetään raskausaikana, se tulisi aina tehdä lääkärin tai terveydenhoitajan valvonnan alaisuudessa tarkassa seurannassa. Samanaikaista tupakointia pitää ehdottomasti välttää, koska yhteiskäytössä nikotiinipitoisuus voi nousta korkeaksi. Muista korvaushoidoista (bupropioni, varenikliini) on vain vähän kokemusta raskausajalta, eikä niitä suositella.

Sähkösavuke. Sähkösavukkeen nestefiltteri sisältää useimmiten propyleeniglykolia tai glyseriiniä, ja nestettä on eri makuisina versioina. Nikotiinia sisältävien versioiden myynti ei ole Suomessa sallittua. Koska nestefiltterin sisältämän nesteen koostumukset voivat kuitenkin vaihdella eikä niitä valvota lääkkeiden tavoin, sikiön riskiä on vaikea arvioida. Sähkösavukkeen käyttöä tulisi välttää raskausaikana.

Altistuminen huoneilman tupakansavulle lisää sikiön pienipainoisuuden ja kasvuhäiriön riskiä, ja voi altistaa myös ennenaikaisuudelle.⁹ Siksi myös isää tulee kannustaa lopettamaan tupakointi.

Imetys

Äidin tupakoinnin myötä lapsi altistuu nikotiinin lisäksi muillekin haitallisille aineille sekä äidinmaidon kautta että epäsuorasti. Huoneilman tupakansavu lisää selvästi lapsen riskiä sairastua infektioihin. Nikotiini kulkeutuu maitoon: pitoisuus on 2–3-kertainen verrattuna äidin verenkierrossa olevaan nikotiinimäärään tupakoinnin jälkeen ja korkeimmillaan noin tunti tupakoinnin jälkeen. Nikotiinialtistuksen on arvioitu vä-

henevän kahdessa tunnissa, mutta muiden haitallisten kemiallisten aineiden osalta vastaavaa arviota ei ole voitu tehdä.

Nikotiinikorvaushoitoa ja ensisijaisesti lyhytvaikutteisia valmisteita tulisi suosia imetyksenkin aikana, jos tupakoinnin lopettaminen ei onnistu.⁷ Nikotiinivalmisteita käytettäessä lapsen maidon kautta saama nikotiinimäärä jää suhteellisen vähäiseksi eikä hän altistu tupakansavun muille haitallisille kemiallisille aineille. Nikotiinipurukumin, -imeskelytabletin tai -inhalaatiovalmisteen käytön jälkeen suositellaan mahdollisuuksien mukaan 2–3 tunnin taukoa ennen imetystä. Muita lääkkeellisiä hoitoja (bupropioni, varenikliini) ei suositella tupakanpoltosta vieroittautumiseen imetyksen aikana.

Lähteet

1. Einarson A, Riordan S. 2009. Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies. *Eur J Clin Pharmacol* 65, 325–330.
2. Tikkanen M. 2008. Tupakointi ja raskaus. *Duodecim* 124, 1224–1229.
3. Ekblad M, Gissler M, Lehtonen L, Korkeila J. 2010. Prenatal smoking exposure and the risk of psychiatric morbidity into young adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 67, 841–849.
4. Rogers JM. 2009. Tobacco and pregnancy. *Reprod Toxicol* 28, 152–160.
5. England LJ, Levine RJ, Mills JL, Klebanoff MA, Yu KF, Cnattingius S. 2003. Adverse pregnancy outcomes in snuff users. *Am J Obstet Gynecol* 189, 939–943.
6. Käypä hoito: Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. 2012. <http://www.terveysportti.fi>.
7. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB ym. 2008. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. *Respir Care* 53, 1217–22.
8. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. 2012. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 9:CD010078.
9. Jaakkola S, Jaakkola JK. 2012. Passiivisen tupakoinnin terveyshaitat. *Duodecim* 128, 1097–1106.

Huumeet

Raskaus

Huumeiden käyttöön liittyy usein sekakäyttöä alkoholin ja muiden päihteiden kanssa, ja yksittäisen huumeen sikiövaikutuksia voi olla vaikea arvioida. Opiaattien (heroiini, kodeiini, morfiini) tai kannabistuotteiden (kannabis, hasis) käyttö ei lisää merkittävästi epämuodostumariskiä, mutta ainakin heroiinin käyttöön liittyy selkeä ennenaikaisuuden, pienipainoisuuden ja sikiökuoleman riski.^{1–3} Sikiökaudella opiaateille altistuneen vastasyntyneen vieroitusoireet voivat olla vaikeita ja ilmaantua viikkojen viiveellä syntymän jälkeen. Kannabiksen tetrahydrokannabinoli (THC) kulkeutuu istukan läpi ja aiheuttaa tupakanpolttoon verrattuna korkeammat hiilimonoksidipitoisuudet sikiön verenkierrassa. Myös kannabistuotteiden käyttö vaikuttaa sikiön kasvuun haitallisesti.⁴

Stimulanteista (amfetamiini ja sen johdokset, kokaiini) ainakin amfetamiinin ja sen johdosten käyttöön saattaa liittyä kohonnut riski erityisesti sydänepämuodostumiin.⁵ Stimulantit vaikuttavat haitallisesti istukan verenkiertoon ja voivat haitata sikiön hapen saantia. Amfetamiinijohdosten ja kokaiinin käyttöön liittyy ennenaikaisu-

den, pienipainoisuuden, istukan ennenaikaisen irtoamisen, vastasyntyneen oireiden ja sikiökuoleman riski.⁶⁻⁹

Tieto sikiökautisen huumausaineille altistumisen mahdollisista pitkäaikaisvaikutuksista on ristiriitaista.¹⁰ Vaikutusten arviointia vaikeuttavat useiden aineiden samanaikainen käyttö, elintapaan liittyvät muut riskitekijät ja lapsen elinympäristö. Isän huumeidenkäytön ei sinänsä tiedetä suoraan vaikuttavan haitallisesti sikiön kehitykseen. Epäsuorat vaikutukset (sosiaalinen tilanne, parisuhdeongelmat, alkoholin käyttö, perheväkivalta, infektiot) sen sijaan ovat ilmeisiä.

Imetys

Huumeet erittyvät maitoon ja voivat aiheuttaa imeväiselle selkeän vaaran.

Opiattivieroitushoito

Opiattivieroitushoidossa raskausaikana käytetään buprenorfinia tai metadonia. Kokemusten mukaan hoidosta ei ole erityistä riskiä sikiölle, jos hoito tehdään säännöllisessä valvonnassa eikä lääkkeiden väärinkäyttöä tai huumeiden käyttöä esiinny. Molemmat lääkkeet voivat kuitenkin aiheuttaa vastasyntyneelle vaikeita vieroitusoireita, jotka voivat vaatia lääkettä ensimmäisten elinviikkojen aikana.¹¹ Altistuminen buprenorfinille ja metadonille rintamaidon kautta jää vähäiseksi. Päätös imettämisestä on aina tehtävä hoitavan lääkärin kanssa, ja lapsen seuranta mahdollisten haittojen toteamiseksi on välttämätön.

SUOSITUS

- ▶ Hedelmällisessä iässä olevien naisten ja heidän puolisoitensa yleistä tietämystä päihteiden käytön terveyshaitoista lisätään hyvissä ajoin heidän asioidessaan terveydenhuollossa.
- ▶ Päihteet otetaan puheeksi kaikkien äitiysneuvolassa asioivien kanssa.
- ▶ Humalahakuista alkoholinkäyttöä suositellaan vältettävän jo raskautta suunniteltaessa.
- ▶ Alkoholin käytön lopettamista kokonaan suositellaan viimeistään raskauden varmistuttua.
- ▶ Terveysneuvonnassa kerrotaan alkoholin käytön haitoista.
- ▶ Raskaana olevien ja heidän puolisoitensa alkoholin käyttöä selvitetään Audit-kyselyn avulla.
- ▶ Imetyksen aikana suositellaan välttämään alkoholin käyttöä. Altistustilanteissa imetystä suositellaan vältettävän niin kauan kuin alkoholia on verenkierrossa ja ainakin 3–4 tunnin ajan alkoholin nauttimisesta.

- ▶ Raskaana olevaa ja imettävää naista ja hänen puolisoaan kannustetaan lopettamaan tupakointi. Jos lopettaminen ei onnistu, kannustetaan vähentämään tupakointia ja tarvittaessa harkitsemaan korvaushoitoa.
- ▶ Raskauden ja imetyksen aikana nikotiinikorvaushoidoissa tulee suosia lyhytvaikutteisia valmisteita.
- ▶ Korvaushoidon onnistumista tupakasta vieroittautumiseksi tulee seurata ja kannustaa.
- ▶ Terveysneuvonnassa kerrotaan tupakoinnin haitoista, rohkaistaan lopettajaa ja annetaan käytännönläheistä ohjausta repsahtamistilanteiden tunnistamiseksi ja niistä selviämiseksi. Tupakoinnin jälkeen suositellaan vähintään kahden tunnin taukoa imetykseen.
- ▶ Raskaana olevaa ja imettävää äitiä neuvotaan pidättäytymään huumeiden käytöstä kokonaan.
- ▶ Huumeita käyttävä äiti ei saa imettää, mutta huumeaineiden korvaushoidossa oleva äiti voi imettää, jos hän on tarkassa seurannassa, ei käytä huumeita eikä hänellä ole lääkkeiden väärinkäyttöä.

Lähteet

1. ACOG Committee on Health Care for Underserved Women; American Society of Addiction Medicine. 2012. ACOG Committee Opinion No. 524: Opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. *Obstet Gynecol* 119, 1070–1076.
2. Fajemirokun-Oduyei O, Sinha C, Tutty S, Pairedeau P, Armstrong D, Phillips T, Lindow SW. 2006. Pregnancy outcome in women who use opiates. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 126, 170–175.
3. Little BB, Snell LM, Klein VR, Gilstrap LC, Knoll KA, Breckenridge JD. 1990. Maternal and fetal effects of heroin addiction during pregnancy. *J Reprod Med* 35, 1596–1602.
4. El Marroun H, Tiemeier H, Steegers EA, Jaddoe VW, Hofman A, Verhulst FC ym. 2009. Intrauterine cannabis exposure affects fetal growth trajectories: the Generation R Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48, 1173–1181.
5. McElhatton PR, Bateman DN, Evans C, Pughe KR, Thomas SH. 1999. Congenital anomalies after prenatal ecstasy exposure. *Lancet* 354, 1441–1442.
6. Ladhani NN, Shah PS, Murphy KE. 2011. Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 205, 219.e1–7.
7. Good MM, Solt I, Acuna JG, Rotmensch S, Kim MJ. 2010. Metamphetamine use during pregnancy: maternal and neonatal implications. *Obstet Gynecol* 116(2 Pt 1), 330–334.
8. Gouin K, Murphy K, Shah PS. 2010. Knowledge Synthesis group on Determinants of Low Birth Weight and Preterm Births. Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalyses. *Am Obstet Gynecol* 204, 340.e1–12.
9. Oyelese Y, Ananth CV. 2006. Placental abruption. *Obstet Gynecol* 108, 1005–1016.
10. Williams JH, Ross L. 2007. Consequences of prenatal toxin exposure for mental health in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 16, 243–253.
11. Kahila H, Saisto T, Kivitie-Kallio S, Haukkamaa M, Halmesmäki E. 2007. A prospective study on buprenorphine use during pregnancy: effects on maternal and neonatal outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 86, 185–190.

4.9 KOSMETIIKKA, TATUOINNIT JA LÄVISTYKSET

Kosmetiikan käyttö raskausaikana

Kosmetiikka kattaa sekä ns. meikkituotteet että hygieniavalmisteet. Kosmetiikan käytössä kannattaa noudattaa kohtuutta raskauden ja imetyksen aikana. Raskausaikana ihon pintaverenkierto lisääntyy, jolloin aineiden imeytyminen iholta verenkiertoon voi tehostua. Siten laajoja ihoalueita käsiteltäessä kemialliset aineet voivat imeytyä ihon läpi verenkiertoon.

Kosmetiikkaa koskevan lainsäädännön perustana on, että kosmeettisten valmisteiden on oltava käyttäjälle turvallisia. Valmisteen turvallisuus on arvioitava sekä ainesosien ominaisuuksien että valmisteen käyttötavan perusteella. Lainsäädäntö myös rajoittaa monien erilaisten haitallisten aineiden käyttöä kosmetiikassa. Jos aine luokitellaan syöpää aiheuttavaksi, sukusolujen perimää vaurioittavaksi tai lisääntymisen kannalta vaaralliseksi, sitä ei lähtökohtaisesti saa olla kosmeettisissa valmisteissa. Vastuu valmisteen vaatimustenmukaisuudesta ja siten turvallisuudesta on valmistajalla ja EU-maahantuojalla. Kaikista kemiallisista aineista ja niiden yhdistelmien turvallisuudesta ei kuitenkaan aina ole niin kattavaa tietoa, että käytön voitaisiin varmasti sanoa olevan täysin haitatonta.

Kosmeettisten valmisteiden haittavaikutukset ovat ilmenneet lähinnä ärsytys- ja herkistävyysoireina. Joidenkin kosmetiikassa käytettävien kemiallisten aineiden tiedetään myös vaikuttavan naissukupuoli-hormonin eli estrogeenin kaltaisesti, ja on epäilty, että altistuminen tällaisille aineille voisi vaikuttaa sikiön kehitykseen haitallisesti.¹⁻² Siksi kosmetiikan käytön tulisi olla kohtuullista.³ Perushygieneiasta ja omasta hyvinvoinnista tulee kuitenkin huolehtia raskaudenkin aikana. Pohjoismaissa käytännöt vaihtelevat hieman, mm. Tanskan ympäristöministeriö kehottaa pitämään raskausaikana altistumisen kemikaaleille ja kosmetiikalle mahdollisimman vähäisenä.⁴

Kosteusvoiteita, deodoranteja, hammastahnaa ja suuvettä voidaan turvallisesti käyttää raskausaikana, tosin jodipitoisten suuvesien toistuvaa käyttöä ei suositella, koska jodi voi imeytyä limakalvoilta verenkiertoon ja edelleen vaikuttaa sikiön kilpirauhasen toimintaan. Laajalle ihoalueelle levitettävistä vartalovoiteista kannattaa ensisijaisesti valita hajustamaton perusvoide. Voimakkaiden hajusteiden ja parfyymien käyttöä kannattaa välttää, koska hajusteissa on usein ftalaattiyhdisteitä, joilla voi olla estrogeenin kaltaisia vaikutuksia.³

Hiusvärit sisältävät usein herkistäviä aineita, pääasiassa aromaattisia amiineja (fenyleenidiamiineja). Osan aineista on koeolosuhteissa huomattu mahdollisesti vaikuttavan perimään. Hennaväreissä on myös epäilty olevan ammattimaisessa altistuksessa syöpää aiheuttavia ominaisuuksia. Värikemikaalien on todettu tunkeutuvan ihon läpi elimistöön, minkä vuoksi niiden pitoisuuksia hiusvärivalmisteissa on rajoitettu. Hiusvärien merkittävimpiä haittoja ovat yliherkkyysoireet.^{3,5} Hiusvärien ja muiden hiusten hoitoon tarkoitettujen tuotteiden yhteyttä raskauskomplikaatioihin on tutkittu naiskampaaajien keskuudessa. Merkittävää yhteyttä raskauskomplikaatioihin ei ole todettu, mutta yksittäisissä tutkimuksissa on epäilty yhteyttä esimerkiksi pienipainoi-

suuteen ja ennenaikaisuuteen.⁶⁻⁹ Erityisesti kokovärjäyksessä väriaine on kosketuksissa päänahkaan ja aineita voi jossain määrin imeytyä verenkiertoon. Hiusten värjäyksen vähentäminen on helppo tapa välttää omaa kemikaalialtistustaan. Lapsille ja alle 16-vuotiaille hiusten värjäämistä ei suositella lainkaan.

Aurinkovoiteita ja itseruskettavia tuotteita voidaan käyttää raskausaikana kohtuullisesti.³ Aurinkovoiteista voi valita ns. fysikaalisia suoja sisältäviä tuotteita, joissa on kemiallisia suoja-aineita vähemmän. **Kemiallisia suoja-aineita sisältävissä aurinkovoiteissa** voi esiintyä aineita, joiden on koe-olosuhteissa osoitettu toimivan osin nais-sukupuoli-hormonin kaltaisesti. Vaatesuoja vähentää aurinkovoiteiden käytön tarvetta ja on siten suositeltavin suoja auringon paisteelta. Itseruskettavissa ihovoiteissa vaikuttavana aineena on dihydroksiasetoni (DHA). Vaikka DHA:n käyttö kosmetiikassa on luokiteltu turvallisiksi eikä eläinkokeissa ole tullut esiin sikiöhaittoja, kannattaa itseruskettavien tuotteiden käyttö ensisijaisesti rajata pienille ihoalueille, kuten kasvoille ja kaulalle.

Myös **meikkituotteiden** käytössä kannattaa noudattaa kohtuutta.³ **Rakennekynsien** käyttöä ei välttämättä tarvitse välttää raskausaikana, mutta jos raskaana oleva tekee työkseen rakennekynsiä, tulee työolosuhteiden turvallisuus selvittää.

Tatuointeihin ja lävistyksiin liittyy samanlaisia riskejä raskaana ollessa kuin muutoinkin.¹⁰⁻¹¹ Tavallisimpia ovat allergiset reaktiot ja infektiot. Tatuointiväreinä käytetään yleisesti kemikaaleja, joiden turvallisuutta ei ole selvitetty. Myöskään niiden pääsyä äidistä sikiöön ja vaikutuksia sikiöön ei ole tutkittu. Siksi niiden ottamista raskausaikana tai raskautta suunniteltaessa tulee välttää.

Monet toimijat eivät edes tee tatuointia raskaana oleville. Synnytyksen aikana suurikokoiset alaselän tatuoinnit saattavat aiheuttaa ongelmia selkäpuudutuksen laittamisen yhteydessä. Tatuointiväriin läpi ei mielellään pistetä, sillä väriaineen vaikutuksista epiduraali- tai spinaalitallassa ei ole varmaa tietoa. Jos raskaana olevalla on selän alueella tatuointi, tämä voi joissain tapauksissa olla este puudutuksen laittamiselle.¹²

SUOSITUS

- ▶ Kosmeettisia valmisteita voi käyttää raskausaikana kohtuullisesti, mutta tarpeetonta kemikaalialtistusta on helppo välttää jättämällä esim. turhia voimakkaasti hajustettuja tuotteita vähemmälle käytölle.
- ▶ Jos jokin kosmeettinen valmiste aiheuttaa ärsytys- tai herkistysoireita, on sen käyttö heti lopetettava.
- ▶ Hiusten toistuvaa värjäämistä raskausaikana vältetään.
- ▶ Tatuointia tai lävistyksiä ei oteta raskausaikana tai raskautta suunniteltaessa.
- ▶ Mustaa hennaa vältetään kaikissa olosuhteissa.

- ▶ Jo neuvolassa kerrotaan raskaana olevalle, jolla on alaselässä laaja tatuointi, että tatuointi voi estää epiduraali- tai spinaalipuudutuksen laittamisen synnytyksessä.

Lähteet

1. Fisher MM, Eugster EA. 2013. What is in our environment that effects puberty? *Reprod Toxicol*. Apr 16. doi:prii: S0890-6238(13)00082-8.
2. Meeker JD. 2012. Exposure to environmental endocrine disruptors and child development. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 166, 952–8.
3. Teratologinen tietopalvelu. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/teratologinen-tietopalvelu/Sivut/default.aspx>. Julkaistu 15.3.2013 [Viitattu 25.4.2013.]
4. Miljöministeriet. 2011. ([http://www.mst.dk/Tips til gravide og ammende om kemikalier](http://www.mst.dk/Tips_til_gravide_og_ammende_om_kemikalier).) http://www.mst.dk/Borger/Temaer/Gravide_boern/9_gode_vaner_til_gravide_og_ammende/ [sivut päivitetty 21.03.2011, viitattu 19.3.2012].
5. Rantanen T. 2005. Hiusvärit ja niiden vaarat. *Allergia&Astma*, 1/2005. https://www.kosmetiikka-allergia.fi/prime_15.aspx.
6. Halliday-Bell JA, Gissler M, Jaakkola JJ. 2009. Work as a hairdresser and cosmetologist and adverse pregnancy outcomes. *Occup Med (Lond)*, 59, 180–4.
7. Parlett LE, Calafat AM, Swan SH. 2013. Women's exposure to phthalates in relation to use of personal care products. *J Expo Sci Environ Epidemiol* 23, 197–206.
8. Peters C, Harling M, Dulon M, Schablon A, Torres CJ, Nienhaus A. 2010. Fertility disorders and pregnancy complications in hairdressers – a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 19, 5:24, 1–3.
9. Ronda E, Moen BE, Garcia AM, Sanchez-Paya J, Baste V. 2010. Pregnancy outcomes in female hairdressers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83, 945–951.
10. American Pregnancy Association. 2007. <http://www.americanpregnancy.org/pregnancyhealth/tatoos.htm>. [Viitattu 4.9.2012.]
11. Kluger N. 2010. Body art and pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 153, 3–7.
12. Kuczkowski KM. 2006. Labor analgesia for the parturient with lumbar tattoos: what does an obstetrician need to know? *Arch Gynecol Obstet* 274, 310–312.

4.10 SOSIAALITURVAAN LIITTYVÄ NEUVONTA

Yhteiskunta tasaa lasten syntymästä aiheutuvia kustannuksia erilaisten taloudellisten tukimuotojen ja lastenhoitojärjestelyiden avulla. Raskausaikana sekä lapsen syntyessä ja kasvaessa vanhemmillä on oikeus sairausvakuutuslain¹ perusteella erilaisiin Kansaneläkelaitoksen (Kela) maksamiin etuuksiin ja työsopimuslain² perusteella myönnettäviin perhevapaisiin. Lisäksi asumistukilain³ ja toimeentulotukea koskevan lain⁴ perusteella myönnetään joko Kelan tai asuinkunnan maksamia etuuksia. Etuuksien ja perhevapaiden avulla **molempien vanhempien** on mahdollista hoitaa lapsiaan erilaisissa elämäntilanteissa.

Toimeentulotukea haetaan asuinkunnan sosiaalitoimistosta, ja tuki on aina tarveharkintaista, yleensä kuukausi kerrallaan myönnettävää tukea. Se lasketaan asiakkaan tai perheen välttämättömien menojen mukaan ja myönnetään tukeen oikeuttavien me-

nojen ylittäessä hakijan tulot ja varat.⁵ Kelan perheelle maksamiin etuuksiin kuuluvat asumistuki ja vanhempainpäivärahat, joista viimeksi mainittuja ovat äitiysraha, erityisäitiysraha sekä vanhempainraha (maksetaan lasta hoitavalle vanhemmalle). Vanhempainrahaan sisältyy myös osittainen vanhempainraha, jolloin molemmat vanhemmat työskentelevät osa-aikaisesti ja jakavat vanhempainrahakauden.^{6–8} Näiden etuuksien lisäksi isä voi pitää yhteensä 54 arkipäivän pituisen niin sanotun isyysvapaan, joka ei lyhennä äitiys- tai vanhempainvapaata.^{8–9}

Perheelle maksetaan kaikista alle 17 vuoden ikäisistä lapsista myös lapsilisää. Muita mahdollisia Kelan maksamia etuuksia lapsiperheelle ovat erilaiset tuet lapsen sairaustaessa, elatustuki alle 18-vuotiaasta, lastenhoidon tuet eli kotihoidon tuki, yksityisen hoidon tuki ja osittainen hoitoraha, äitiysavustus, adoptiotuki ulkomailta adoptoivalle ja sotilasavustus ase- tai siviilipalveluksessa olevalle asevelvolliselle ja hänen perheelleen. Vanhempainpäivärahojen ja isyysvapaan sisällöstä, niiden myöntämisen ehdoista ja muista lapsiperheelle Kelan myöntämistä etuuksista voi lukea tarkemmin Kelan internetsivuilta kohdasta Lapsiperhe-etuudet. Sivuilta on saatavilla myös lisätietoa tukimuodoista tilanteissa, joissa toinen vanhempi elää etävanhempana, pari on samaa sukupuolta, kyseessä on monikko- tai uusperhe, perhe tarvitsee tukea välttämättömiin toimentulon ja asumisen kuluihin tai jos perheen vanhempi kuolee.⁸

Työntekijällä on työsopimuslain² mukaan oikeus saada perhevapaaksi ajanjakso, jolta hän voi saada äitiys-, erityisäitiys-, isyys- tai vanhempainrahaa. Lisäksi muita perhevapaaseen oikeuttavia ajanjaksoja ovat hoitovapaa, osittainen hoitovapaa, tilapäinen hoitovapaa, lyhytaikainen poissaolo pakottavasta perhesyystä ja poissalo perheenjäsenen tai läheisen hoitamiseksi. Perhevapaata anotaan työnantajalta.^{7,10}

Perhevapaat (äitiys-, isyys- ja vanhempainvapaa) ja niihin liittyvät tulonsiirrot

Kelan maksamiin perhevapaan etuuksiin kuuluvat äidille maksettava äitiysavustus, äitiysraha ja erityisäitiysraha (taulukko 1).^{6–8}

Vanhempainvapaa alkaa äitiysrahakauden jälkeen. Vanhempainvapaan ajalta Kela maksaa **vanhempainrahaa** 158 arkipäivän ajan, eli lapsi on noin yhdeksän kuukauden ikäinen, kun vanhempainrahan maksukausi päättyy. Vanhempainrahakausi alkaa heti äitiysrahakauden jälkeen.^{6–8}

Vanhempainrahan maksamisen edellytykset:

1. äiti on käynyt jälkitarkastuksessa (5–12 viikkoa synnytyksestä) lääkärillä tai terveydenhoitajalla/kättilöllä ja toimittaa tästä todistuksen Kelaan
2. vanhempainvapaalle voi jäädä lapsen äiti tai isä tai vuorotellen molemmat vanhemmat eriaikaisesti (poikkeuksena samanaikaiseen vapaaseen oikeutetut monikoperheet)
3. vanhempi voi olla työssä vanhempainvapaan aikana, mutta työskentelypäiviltä vanhempainraha maksetaan vähimmäismääräisenä

4. monikkoperheille vanhempainrahaa maksetaan pidempään
5. lapsen isä ja äiti voivat pitää osittaista vanhempainvapaata samaan aikaan, jolloin molemmat saavat osittaista vanhempainrahaa
6. rekisteröidyssä parisuhteessa olevat vanhemmat voivat keskenään sopia vanhempainvapaan jakamisesta, kun lapsi syntyy tai adoptoidaan perheeseen parisuhteen rekisteröinnin jälkeen
7. yrittäjillä ja ulkomailta Suomeen muuttavilla perheillä on oikeus vanhempainrahaan tietyin edellytyksin.⁶⁻⁸

Muihin lapsiperheelle maksettaviin Kelan etuuksiin sisältyy **lapsilisä**, jota maksetaan kuukausittain lapsen syntymää seuraavan kuukauden alusta siihen asti kunnes lapsi täyttää 17 vuotta. Perheen jokaisesta lapsesta maksetaan lapsilisää erikseen sille vanhemmalle, jonka luona lapsi asuu.⁶⁻⁸

TAULUKKO 1. Äidille maksettavat etuudet ja niiden edellytykset

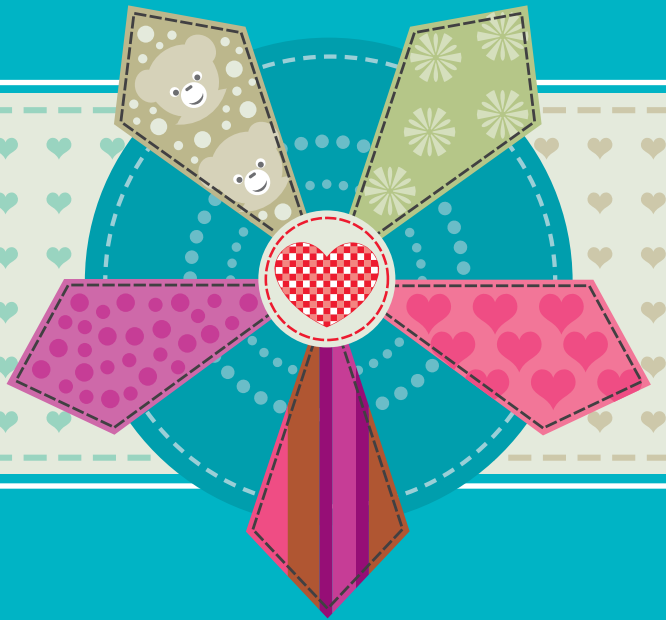
Äitiysavustus	Äitiysraha	Erityisäitiysraha
Raskauden pitää kestää vähintään 154 vrk.	Raskauden pitää kestää vähintään 154 vrk (minimi).	Saamisen edellytyksenä on altistuminen työssä kemiallisille aineille, säteilylle tai tarttuvalle taudille.
Raskaana oleva tai alle 18-vuotiaan lapsen adoptioäiti kuuluu Suomen sosiaaliturvan piiriin.	Äitiysrahakausi alkaa 30–50 arkipäivää ennen lapsen laskettua syntymäaikaa.	Ehtona on myös, että vaaratekiäjät eivät ole työssä vältettävissä eikä siirto muihin työtehtäviin ole mahdollista.
Ehtona on, että raskaana oleva käy terveystarkastuksessa lääkäriellä tai neuvolassa ennen neljännen raskauskuukauden päättymistä.	Äitiysrahakausi kestää 105 arkipäivää.	Oikeus etuuteen päättyy, jos työolot muuttuvat raskaudelle turvallisiksi tai työsuhte päättyy.
Vaihtoehtoina ovat äitiyspakkaus ja rahasumma (140 € vuonna 2012).	Jos äitiysrahakausi on palkallinen, Kela maksaa äitiysrahan työnantajalle.	Erityisäitiysrahaa maksetaan varsinaisen äitiysrahakauden alkuun saakka.
	Äitiysrahan määrä perustuu raskautta edeltäviin palkkatuloihin tai yrittäjän tötuloihin.	
	Äitiysrahaa maksetaan ennenaikaisesti syntyvän lapsen äidille, mutta ei raskaudenkeskeytyksen jälkeen.	

SUOSITUS

- ▶ Raskauden alkuvaiheessa äitiysneuvolassa kartoitetaan perheen taloudellista tilannetta raskauden ja lapsen syntymän kannalta sekä ohjataan tarvittaessa perhe tukipalvelujen piiriin (asuinkunnan sosiaalitoimisto, Kela).
- ▶ Raskauden toteamista varten raskaana oleva käy tarkastuksessa lääkärillä tai neuvolassa ennen neljännen raskauskuukauden päättymistä, jotta hänellä on oikeus Kelan myöntämiin sosiaalietuuksiin.
- ▶ Raskauden keston ollessa 154 päivää (22 raskausviikkoa) tai enemmän, raskaana olevalle annetaan äitiysneuvolassa todistus raskaudesta (SV 755) etuuksien hakemista varten. Samalla annetaan ohjausta lapsiperheiden etuuksien hakemisesta ja Kelan antamasta verkkovälitteisestä neuvonnasta, puhelinneuvonnasta sekä mahdollisuudesta hakea etuuksia sähköisesti internetin kautta. Raskausaikana myönnettäviä Kelan etuuksia haetaan viimeistään raskauden 32. viikkoon mennessä (eli kaksi kuukautta ennen lapsen laskettua aikaa).
- ▶ Jotta äitiysrahan maksamiseen synnytyksen jälkeen ei tule katkosta, äiti käy jälkitarkastuksessa neuvolassa lääkärillä ja/tai asianmukaisen koulutuksen saaneella terveydenhoitajalla/kättilöllä 5–12 viikon kuluessa synnytyksestä. Jälkitarkastuskäynnistä annetaan todistus (SV 755), jonka asiakas toimittaa Kelan toimistoon.

Lähteet

1. Sairausvakuutuslaki (1224/2004). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>.
2. Työsopimuslaki (55/2001). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010055>.
3. Asumistukilaki (408/1975). <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1975/19750408>.
4. Laki toimeentulotuesta (1412/1997). <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1997/19971412>.
5. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2012a. Toimeentulotuki. http://www.stm.fi/toimeentulo/tuet_ja_etuudet/toimeentulotuki.
6. Sosiaali-terveysministeriö (STM). 2012b. Lapsiperheiden taloudelliset tuet. http://www.stm.fi/toimeentulo/tuet_ja_etuudet/lapset_ja_vanhemmuus.
7. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2013. Perhevapaata vanhemmille lastenhoitoon. http://www.stm.fi/lapset/palvelut_perheille/perhevapaat.
8. Kansaneläkelaitos (Kela). 2012. Lapsiperheen tuet. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/110701111752EH?OpenDocument>.
9. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2012c. Isyysvapaan pidentäminen. http://www.stm.fi/viireilla/lainsaadantohankkeet/toimeentulo_ja_vakuutusasiat/isyysvapaa.
10. Työ- ja elinkeinoministeriö (TEM). 2013. Perhevapaat. <http://www.tem.fi/index.phtml?s=2386>.



5 PERHEVALMENNUS

Valtioneuvoston asetuksen¹ mukaan ensimmäistä lasta odottavalle perheelle tulee järjestää moniammatillista perhevalmennusta, johon sisältyy vanhempainryhmätoimintaa, ja synnytysvalmennus, joka voidaan järjestää synnytyssairaalassa. Perhevalmennuksen *tavoitteet, menetelmät ja sisältöteemat* on esitetty kuviossa 1. Valmennus sisältää näyttöön perustuvan ja tarvelähtöisen terveysneuvonnan lasta odottaville vanhemmille.¹⁻⁵

Suomessa perhevalmennus tavoittaa lähes kaikki ensimmäistä lastaan odottavat naiset ja heidän puolisonsa.⁶⁻⁷ Ruotsissa ensisynnyttäjistä 7 % ei osallistu perhevalmennukseen raskausaikana lainkaan.⁸⁻⁹ Ensisynnyttäjillä yleisimpiä syitä osallistumattomuuteen olivat kiinnostuksen puute, sopimaton ajankohta ja se, että heitä ei ollut kutsuttu perhevalmennukseen. Varsinkin alle 25-vuotiaat ja vähän koulutetut raskaana olevat osallistuvat perhevalmennukseen harvemmin kuin yli 25-vuotiaat ja korkeasti koulutetut sekä vakaassa parisuhteessa olevat.¹⁰⁻¹² Tulevat isät ovat ilmaisseet, että he osallistuisivat perhevalmennukseen, jos se pidettäisiin työajan jälkeen. Muita syitä osallistumattomuuteen olivat ajanpuute, sopimaton paikka ja se, että tulevat isät eivät kokeneet tarvitsevansa tukea.¹³ Perhevalmennus edistää hyvinvointia ja ehkäisee ongelmia, ja siitä todennäköisesti hyötyvät kaikki, vaikka sitä ei ole helppo osoittaa tieteellisin tutkimuksin. Sen sijaan lääketieteellisten tai sosiaalisten riskiryhmien osallistumisella perhevalmennukseen on osoitettu olevan terveysvaikutuksia.¹⁴ Perhevalmennuksen hyödyt vahvistuvat siitä, että vanhempainryhmätoimintaa jatketaan vauvan syntymän jälkeen.¹⁵

Vanhempien sitoutumista on mahdollista tukea erilaisilla ryhmäkeskusteluilla ja -tehtävillä.¹⁶⁻¹⁷ Valmennusta tarjotaan molemmilla kotimaisilla kielillä, ja siinä otetaan huomioon vanhempien mahdolliset aistirajoitteet. Valmennusryhmän ihanteellisena kokona pidetään 6–8:aa pariskuntaa, koska tämänkokoinen ryhmä mahdollistaa keskustelun toisten osallistujien kanssa.¹⁶ Naiset ja miehet pitävät tärkeänä myös erillisiä mies- ja naisryhmiä ja niissä käytyjä keskusteluja. Ryhmätapaamisten ihanteellisena määränä pidetään vastaavasti 6–8:aa kertaa. Internet tuo uusia mahdollisuuksia, koska sen on osoitettu aktivoivan tulevat isät.¹⁸⁻¹⁹

Tutkimusnäyttö perhevalmennuksen vaikuttavuudesta on kahtalainen. Valmennuksen vaikutukset synnytykseen (mm. synnytystapaan) ja vanhemmuuteen on todettu epäselväksi tai riittämättömiksi.^{14, 20-21} Ryhmämuotoisen perhevalmennuksen vaikutukset ovat jääneet epäselviksi verrattuna yksilöohjaukseen.¹⁴ Perhevalmennuksen kompleksisuuden vuoksi sen vaikutuksia on vaikea arvioida.²²

Vertailtaessa ensisynnyttäjien tavallista synnytysvalmennusta ja luonnolliseen syntymään tähtäävää psykoprofylaksia-valmennusta, joka sisältää hengitys- ja rentoutusharjoituksia, valmennustavalla ei ollut yhteyttä synnytyksen aikaisen epiduralipuuudutuksen käyttöön. Psykoprofylaksia ei myöskään vaikuttanut parantavasti synnytyskokemukseen tai vanhempien alkuvaiheen stressiin.²³ Perheet olivat kuitenkin

Perhevalmennuksen tavoitteet	<ul style="list-style-type: none"> • Valmentaa perhettä synnytykseen, imetykseen, lapsen hoitoa ja kasvatukseen sekä vanhemmuuteen • Vahvistaa tietoja ja taitoja lapsen hoidosta, vanhemmuudesta, terveydestä ja terveystottumuksista • Edistää sikiön ja raskaana olevan naisen sekä hänen perheensä terveyttä • Edistää parisuhdetta sekä lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta • Mahdollistaa perheille vertaistuki, edistää keskinäistä vuorovaikutusta
Menetelmät/keinot	<ul style="list-style-type: none"> • Moniammaattisesti järjestetty vanhempainryhmätoiminta • Keskustelu, alustukset, luennot, demonstraatiot, vertaistuki
Raskausajan herkämmät tunteet	<ul style="list-style-type: none"> • Raskauden herättämät erilaiset tunteet, odotukset ja ajatukset vanhemmilla • Äitiyden ja isyyden kehityshaasteet • Mieliokuva vauvasta
Loppuraskaus ja yleiset vaivat sekä lisäseuranta vaativat oireet	<ul style="list-style-type: none"> • Raskauden ja imetyksen tuomat fyysiset ja psyykkiset muutokset • Vaivat ja oireet • Valmistautuminen synnyttämään lähtöön/synnytyssairaalan ohjeistus
Synnytys	<ul style="list-style-type: none"> • Synnytyksen kulku ja synnytykseen valmistautuminen • Synnytyksestä toipuminen
Sairaalaan kotiutuminen	<ul style="list-style-type: none"> • Valmistautuminen kotiinpaluuseen synnytyssairaalaan • Vauvan varusteet • Tukiverkosto
Vauvan hoito	<ul style="list-style-type: none"> • Ruokinta: imetyk • Vauvan turvallisuus (kaltoinkohtelun ja ravistelun välttäminen), käsittely, nukkuttaminen • Varhainen vuorovaikutus
Vanhemmuus	<ul style="list-style-type: none"> • Isän tai toisen vanhemman merkitys ja rooli perheessä, tasa-arvoinen vanhemmuus, vanhemmuuteen kasvu • Isän tai toisen vanhemman rooli imetyksessä ja vauvan hoidossa • Sosiaaliset verkoston tuki
Parisuhde	<ul style="list-style-type: none"> • Lapsen tuomat muutokset parisuhteeseen ja perhe-elämään • Vanhemmuuden tuomat muutokset parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen, synnytyksen jälkeinen ehkäisy • Rakentava riitely, pari- ja lähisuhdeväkivallan ehkäiseminen
Mieliala	<ul style="list-style-type: none"> • Mieliala raskausaikana ja lapsen syntymän jälkeen • Synnytyksen jälkeisen masennuksen ehkäisy ja tunnistaminen sekä hoitaminen (molemmat vanhemmat)
Vanhempien terveystottumukset	<ul style="list-style-type: none"> • Ravitsemus, liikunta ja lepo • Alkoholit, tupakointi ja muut päihteet • Suun terveys ja päivittäinen itsehoito
Perhevapaat ja KELAn maksamat etuudet	<ul style="list-style-type: none"> • Äitiys-, isyys- ja vanhempainvapaa sekä niihin liittyvät tulonsiirrot • Muut perhevapaat ja niihin liittyvät tulonsiirrot • Todistus jälkitarkastuksesta (SV 755) Kelan etuuksia varten
Perheiden palvelut kunnassa	<ul style="list-style-type: none"> • Perhesuunnittelu, seksuaali- ja lisääntymisterveys • Siirtyminen äitiysneuvolasta lastenneuvolan asiakkaaksi • Muut perhepalvelut: sosiaalitoimi ja lastensuojelu, perhetyö, toimeentulotuki • lapsiperheiden kotiapu, perhe- ja kasvatusterveystoimi, ensi- ja turvakoti • Järjestöjen tarjoama vanhempainryhmätoiminta, lastenhoitoapu

Kuvio 1. Perhevalmennuksen tavoitteet, menetelmät ja aihealueet

tyytyväisempiä psykoprofylaksia-valmennukseen kuin tavalliseen synnytysvalmennukseen.²⁴

Perhevalmennuksella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia sosiaalisen verkoston laajentumiseen ja vertaistuen mahdollistumiseen.^{10, 22, 25} Perhevalmennuksessa ja vanhempainryhmissä on mahdollista tukea vanhemmuutta ja erityisesti vanhempien pystyvyyden tunnetta stressiä vähentämällä.^{21–22, 26} Miehen aktiivisen läsnäolon ja tuen on todettu edistävän tulevan äidin pystyvyyttä.^{27–28} Isän aktiivinen läsnäolo vauvan syntymän jälkeen edistää lapsen tervettä kasvua ja kehitystä, muun muassa vähentää poikien käytöshäiriöitä ja edistää lapsen kognitiivista kehitystä.²⁹ Perhevalmennuksella ja vanhempainryhmätoiminnalla voidaan vähentää lasten kaltoinkohtelua.³⁰

Raskausaikaisilla elintavoilla (mm. ravitsemus, painonhallinta ja päihteiden käyttö) on pitkäaikaisia vaikutuksia sekä syntyvän lapsen että äidin terveyteen (ks. luku Elintavat ja neuvonta). Kustannuksia vähentäviksi on todettu liikunnan lisäämiseen, terveelliseen ravitsemukseen, painonhallintaan, tupakoimattomuuteen ja alkoholin käytön hillitsemiseen tähtäävät terveysneuvontainterventiot.³¹ Terveysneuvonnan avulla on mahdollista tukea imetyksen aloittamista ja pidentää imetyksen kestoa.^{20, 32} Valmennukseen sisältyvästä terveysneuvonnasta hyötyvät erityisesti vähän koulutusta saaneet naiset.³³

Synnytysvalmennuksen tavoitteet, menetelmät ja keskeiset aihealueet on koottu kuvioon 2. Vaikka synnytysvalmennuksen parhaasta ajoituksesta, sisällöstä ja muodosta puuttuu näyttö, on olemassa yhteisymmärrys siitä, että synnytysvalmennuksessa tarjotaan tiedon lisäksi henkistä ja emotionaalista tukea, joka auttaa synnyttäjää ja hänen kumppaniaan ymmärtämään ja tunnistamaan omat sosiaaliset, emotionaaliset, psykologiset ja fyysiset tarpeensa raskausaikana.^{3, 34–35} Kannustavassa perhevalmennusryhmässä tulevat vanhemmat saavat luottamusta kykyihinsä, kokevat synnytyksen positiivisemmin ja sopeutuvat paremmin vanhemmuuden tuomiin muutoksiin.³⁶

Äskettäin synnyttäneet naiset pitivät perhevalmennuksen tärkeimpinä aihealueina raskaus- ja lapsivuodeaikaa.¹² Vähiten perhevalmennuksessa heidän mielestään käsiteltiin raskausaikaan liittyviä ongelmia, sairaan lapsen syntymän mahdollisuutta, poikkeavaa synnytystä ja synnytyksen jälkeistä toipumista.

Perhevalmennuksen synnytysosion tavoitteet	<ul style="list-style-type: none"> • Kokonaisvaltainen ja myönteinen synnytyskokemus • Perheet saavat tarpeitaan vastaavaa, ajanmukaista ja näyttöön perustuvaa tietoa synnytyksen kulusta ja hoitokäytännöistä • Synnyttäjän voimavarojen vahvistaminen
Menetelmät/keinot	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakaslähtöisyys • Osallistavat oppimismenetelmät • Synnytysympäristöön tutustuminen • Vertaistuki: esim. workshop-tyyppiset keskustelutilaisuudet: äideille/isille/perheille
Synnytyksen kulku	<ul style="list-style-type: none"> • Synnytyksen normaali fysiologinen kulku • Synnytyksen vaiheet
Hallinnantunne ja kivunlievitysmenetelmät	<ul style="list-style-type: none"> • Hallinnantunne: omaan kehoon, ympäristöön ja hoitoon liittyvä itsemääräämisoikeus ja osallisuus • Isän, tukihenkilön ja doulan merkitys • Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät • Lääketieteelliset kivunlievitysmenetelmät
Synnyttäjä aktiivisena toimijana	<ul style="list-style-type: none"> • Vuorovaikutus hoitavan kättilön/lääkärin kanssa • Luottamus itsen ja omiin kykyihin synnyttää • Vastuunotto ja päätöksentekoon osallistuminen • Synnytyssuunnitelma
Tavallisimmat lääketieteelliset interventiot synnytyksen aikana	<ul style="list-style-type: none"> • Synnytyksen käynnistämiseen tai edistämiseen liittyvät toimenpiteet • Sikiön voinnin seurantaan liittyvät toimenpiteet • Imukupisyntyminen ja sektiot: suunnitellut ja päivystysluonteiset
Ensihetket ja -päivät syntymän jälkeen	<ul style="list-style-type: none"> • Varhainen vuorovaikutus, ihokontakti (myös isä tai tukihenkilö) ja ensi-imetyksen
Yhteydenotto synnytysairaalaan käytäntöjen mukaisesti/tarvittaessa ja synnyttämään lähdön ohjaus	<ul style="list-style-type: none"> • Synnytyssairaala perheen tukena: neuvonta lisää turvallisuuden- ja hallinnantunnetta • Synnytyksen käynnistymisen merkit, mm. supistukset • Lapsivedenmeno • Verinen vuoto • Sikiön liikkeiden väheneminen

Kuvio 2. Synnytyssuunnitelman tavoitteet, menetelmät ja keskeiset aihealueet

SUOSITUS

- ▶ Perhevalmennusta järjestetään ensimmäistä lastaan odottaville perheille, ja vanhempia kannustetaan osallistumaan valmennukseen. Valmennusta tarjotaan myös uudelleensynnyttäjille, jos perheessä on erityisen tuen tarvetta, uusperheen vanhemmille, jos toinen heistä odottaa esikoistaan, sekä maahanmuuttajille, jotka odottavat ensimmäistä Suomessa syntyvää lastaan.
- ▶ Kaksikielisissä kunnissa järjestetään mahdollisuuksien mukaan moniammatillista ryhmämuotoista perhevalmennusta myös toisella kotimaisella kielellä.

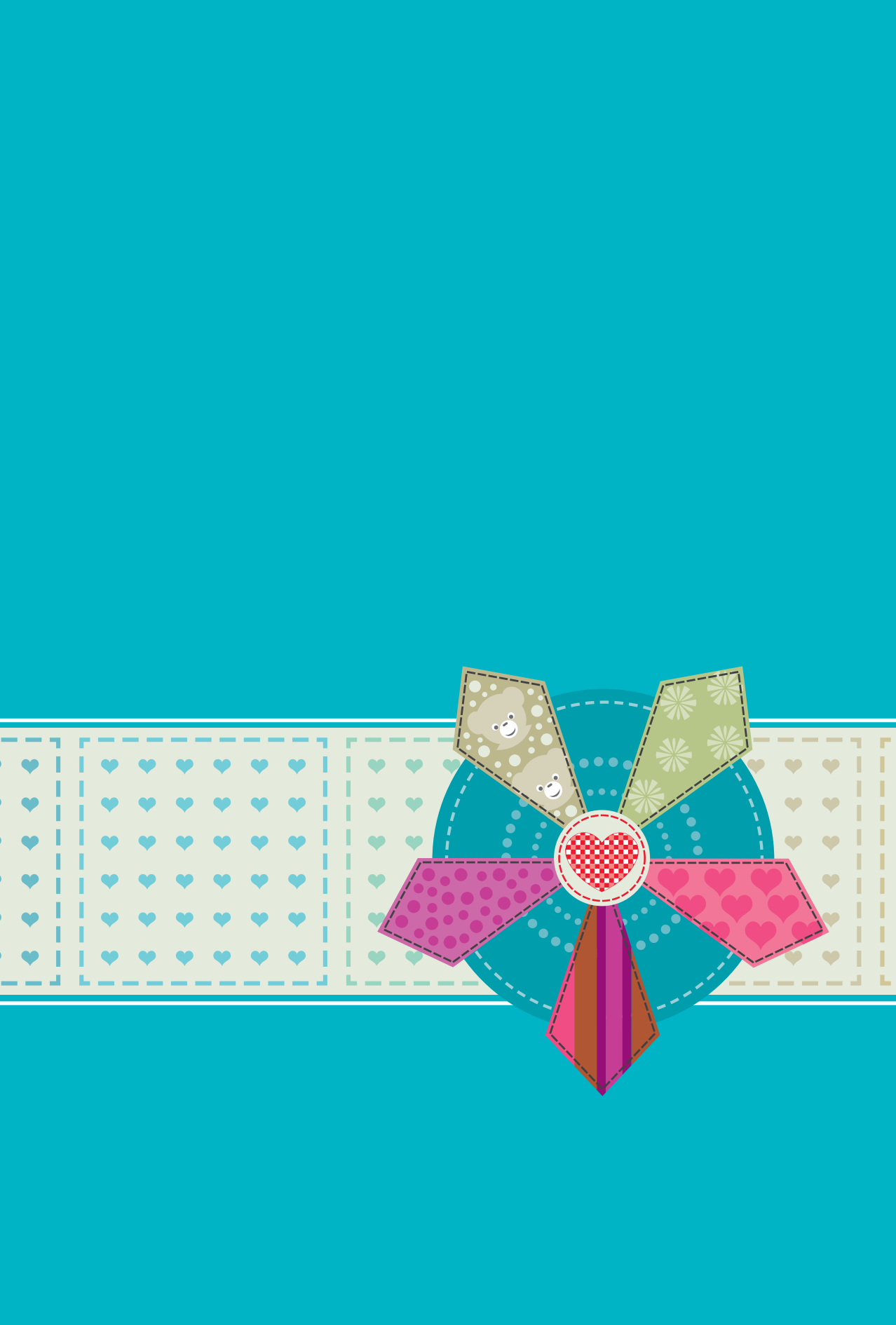
- ▶ Vanhempainryhmätoimintaa jatketaan synnytyksen jälkeen, koska tuolloin ajankohtaisia ovat lapsen hoitoon ja kasvatukseen sekä vanhemmuuteen liittyvät asiat.
- ▶ Perhevalmennuksen toteuttaa neuvolan terveydenhoitaja/kätilö. Lisäksi toteutukseen osallistuvat mahdollisuuksien mukaan perhetyöntekijä, terveyskeskuksen erityistyöntekijä (mm. psykologi, fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti, suun terveydenhuollon ammattihenkilö), järjestön edustaja (mm. MLL, Ensi- ja turvakotien liitto, Monikkoperheet ry) ja päivähoidon henkilöstö sekä äskettäin synnyttänyt vertaisperhe.
- ▶ Synnytysvalmennukseen liitetään mahdollisuuksien mukaan tutustumiskäynti synnytyssairaalaan. Jos sitä ei pystytä järjestämään, kerrotaan vanhemmille synnytyssairaalan tarjoamista mahdollisuuksista. Synnytysvalmennuksesta voi vastata synnytyssairaalan kätilö.
- ▶ Perhevalmennuksessa vanhempia valmennetaan synnytykseen, lapsivuodeaikaan ja aktiiviseen, tasavertaiseen vanhemmuuteen, joka tukee lapsen kasvua ja kehitystä, ja annetaan terveysneuvontaa, jonka tueksi vanhemmille tarjotaan ajantasaista kirjallista materiaalia. Myös vanhempien mielikuvat omasta vanhemmuudesta ja tulevasta vauvasta ovat keskustelun aiheina.
- ▶ Valmennukseen sisällytetään keskustelua raskausaikaisista terveys-tottumuksista sekä siitä, miten tulevat vanhemmat ajattelevat perheen elintapojen, ravitsemuksen ja päihteiden käytön vaikuttavan syntyvän lapsen terveyteen ja hyvinvointiin.
- ▶ Perhevalmennuksesta pois jäävien tuen tarve selvitetään, ja heitä kannustetaan osallistumaan perhevalmennusryhmään. Heille voidaan myös mahdollisuuksien mukaan tarjota yksilöllistä valmennusta neuvolan vastaanotolla.
- ▶ Perheiden erilaiset lähtökohdat edellyttävät perhevalmennukselta ja ryhmätoiminnalta jatkuvaa kehittämistä, monimuotoisuutta ja vaihtoehtoja.

Lähteet

1. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
2. Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki.
3. Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 17. Helsinki.
4. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto se-

- kä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen 380/2009 perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 20. Helsinki.
5. Midwifery Practice Manual 2009. The Joanna Briggs Institute. Antenatal: Parent Education 251–254.
 6. Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:22. Helsinki.
 7. Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:24. Helsinki.
 8. Fabian H, Rådenstadt I, Waldenström U. 2004. Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*, 20, 226–235.
 9. Fabian H, Rådestad I, Waldenström U. 2006. Characteristics of primiparous women who are not reached by parental education classes after childbirth in Sweden. *Acta Paediatrica* 95, 1360–1369.
 10. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. 2005. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 84(5), 436–443.
 11. Fabian H, Rådestad I, Rodriguez A, Waldenström U. 2008. Women with non-Swedish speaking background and their children: a longitudinal study of uptake of care and maternal and child health. *Acta Paediatrica* 97, 1721–1728.
 12. Hakulinen-Viitanen T, Koponen J, Julin A-M, Perälä M-L, Paunonen-Ilmonen M, Luoto R. 2007. Asiakasnäkökulma äitiyshuollon palvelujen saatavuuteen ja jatkuvuuteen. *Hoitotiede*, 19, 326–337.
 13. Fletcher R, Silberberg S, Galloway D. 2004. New fathers' postbirth views of antenatal classes: Satisfaction, benefits, and knowledge of family services. *The Journal of Perinatal Education* 13(3), 18–26.
 14. Gagnon AJ, Sandall J. 2011. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD002869. DOI: 10.1002/14651858.CD002869.pub.2.
 15. Bremberg S. 2004. Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd. Statens Folkhälsoinstitut, Rapport nr 49.
 16. Schmidt V, Myers K, Cooke M. 2002. Preparing expectant couples for new-parent experiences. A comparison of two models of antenatal education. *The Journal of Perinatal Education* 11(3), 20–27.
 17. Svensson J, Barclay L, Cooke M. 2008. Effective antenatal education: Strategies recommended by expectant and new parents. *Journal of Perinatal Education* 17(4), 33–42.
 18. Kouri P, Karjalainen-Jurvelin R, Kinnunen J. 2005. Commitment of project participants to developing health care services based on the internet technology. *International Journal of Medical Informatics* 74, 1000–1011.
 19. Salonen A, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P, Järvenpää A-L, Isoaho H, Tarkka M-T. 2011. Effectiveness of an internet-based intervention enhancing Finnish parents' parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period. *Midwifery* 27(6), 832–41.
 20. DiMario S ym. 2005. What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf>, accessed 28 December 2005).
 21. Svensson J, Barclay L, Cooke M. 2009. Randomized-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery* 25(2), 114–125.
 22. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, Payo J. 2010. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nursing Research* 59(3), 194–202.
 23. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. 2009. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG* 116(9), 1167–76.
 24. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. 2011. A randomized controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. *Midwifery* 27, 195–200.
 25. Fielden JM, Gallagher LM. 2008. Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 45, 406–417.
 26. Lipman E, Boyle M. 2005. Social support and education groups for single mothers: A Randomized controlled trial of a community-based program. *CMAJ* 173 (12), 1451–1456.
 27. WHO 2007. Fatherhood and health outcomes in Europe. WHO Regional Office for Europe. Denmark.
 28. Hawkins AJ, Lovejoy KR, Holmes EK, Blanchard VL, Fawcett E. 2008. Increasing fathers' involvement in child care with a couple-focused intervention during the transition to parenthood. *Family Relations* 57, 49–59.
 29. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. 2008. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica* 97, 153–158.

30. WHO 2009. Violence prevention: the evidence. Overview. Geneva.
31. Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2008:1. Helsinki.
32. Nichols J, Schutte NS, Brown RF, Dennis C-L, Price I. 2009. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. *Health Education & Behavior* 36(2), 250–258.
33. Weiner EA, Billamay S, Partridge JC, Martinez AM. 2011. Antenatal education for expectant mothers results in sustained improvement in knowledge of newborn care. *Journal of Perinatology* 31(2), 92–97.
34. Bailey JM, Crane P, Nugent CE. 2008. Childbirth Education and Birth Plans. *Obstet Gynecol Clin N Am* 35, 497–509.
35. Haapio, S. 2012. Synnytysvalmennus 2000-luvulla. Metropolia. <http://www.suomenkatoliitto.fi/static/Synnytysvalmennus.pdf> [viitattu 15.10.2012].
36. National Institute for Clinical Excellence (NICE). 2008. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman.



6 YLEISET RASKAUSAJAN VAIVAT

6.1 PAHOINVOINTI JA RUANSULATUSKANAVAN ONGELMAT

Pahoinvointia ja oksentelua ilmenee alkuraskausaikana kolmella neljästä raskaana olevasta.¹ Se alkaa yleensä raskausviikoilla 5–7, on pahimmillaan viikoilla 9–11 ja lakkaa useimmilla kokonaan 14. viikkoon mennessä.² On mahdollista mutta harvinaista, että pahoinvointi ja oksentelu jatkuvat koko raskausajan. Raskauspahoinvoinnin syytä ei tunneta.

Noin 0,5–1 %:lla raskaana olevista pahoinvointi ja oksentelu on erittäin runsasta, jolloin käytetään termiä hyperemesis gravidarum, runsas raskausaikainen oksentelu.¹ Hyperemesisissä oireet alkavat tavanomaisena raskauspahoinvointina, mutta parin viikon kuluessa oksentelukohtaukset tihenevät ja jatkuva yökkääminen aiheuttaa myös ylävatsakipua.³ Oksennuksessa voi näkyä veriviiruja. Jos mikään ruoka tai juoma ei pysy sisällä, raskaana olevan paino voi laskea ja hän kuivuu. Hyperemesis todetaan, jos pahoinvoivalla raskaana olevalla paino laskee 5 % tai virtsan seulonnassa todetaan ke-toaineita. Jatkuessaan hoitamattomana hyperemesis saattaa johtaa nestetasapainon vakavaan häiriintymiseen ja olla jopa hengenvaarallinen. Hyperemesis vaatii päivystyksellistä sairaalatasoista hoitoa.

Närästys on yleistä raskauden jälkipuoliskolla kohdun mahalaukkuun aiheuttaman mekaanisen paineen, ruokatorven ja mahalaukun välisen sulkijalihaksen jänte-vyyden vähenemisen ja peristaltiikan vaimenemisen vuoksi.⁴ Suolen seinämän sileän lihaksiston laiskistumisesta ja peristaltiikan vaimenemisesta johtuu raskausaikana yleinen ummetus.

Pahoinvointia ehkäisevät riittävä lepo, ärsyttävien hajujen, makujen ja tilanteiden välttäminen sekä pienten välipalojen nauttiminen.⁵ Myös erilaiset lääkkeet saattavat vähentää pahoinvointia (meklotsiini 25 mg x 2, B6-vitamiini 10–25 mg x 3, antihistamiinit, proklorperatsiini, metoklopramidi), mutta niiden tehosta ei ole riittävä näyttöä.⁶ Närästykseen kannattaa ensisijaisesti käyttää antasideja ja sukralfaatteja, jotka eivät imeydy ruuansulatuskanavasta. Jos edellisillä hoito-ohjeilla ei saada riittävää hoitovastetta, voidaan käyttää H₂-salpaajista ensisijaisesti ranitidiiniä tai protonipumpun-estäjistä omepratsolia tai emepratsolia. Ummetuksen hoidossa voidaan käyttää ummetuslääkkeitä (ns. bulk-laksatiiveja tai esimerkiksi laktuloosia tai magnesiumamaitoa).

SUOSITUS

- ▶ **Vahvasti pahoinvoiva (hyperemeesi) raskaana oleva (painonlasku 5 % ja virtsassa ketoaineita) lähetetään päivystyksellisesti nestetasapainon korjaukseen sairaalaan tai terveyskeskuksen vuodeosastolle. Myös lievistä pahoinvoinnista kärsivä raskaana oleva voi hyötyä laskimonsisäisestä nesteytyksestä ja sairaalahoitoon lähettämisestä.**
- ▶ **Sopiva ärsyttämätön ruokavalio ja pienet mutta tiheästi nautitut ruokamäärät pitävät ainakin lievemmät raskausajan vatsaoireet ja närästyksen hallinnassa.**
- ▶ **Riittävällä levolla, ärsyttävien hajujen, makujen ja tilanteiden välttämällä ja pienten välipalojen nauttimisella voidaan jonkin verran ehkäistä raskauspahoinvointia.**
- ▶ **Riittävä liikunta ja veden juominen sekä kuitupitoinen ruokavalio ovat suositeltavia ja ensisijaisia raskausajan ummetuksen ehkäisyssä ja hoidossa.**
- ▶ **Tarvittaessa raskausaikana esiintyvää pahoinvointia, närästystä ja ummetusta voidaan lievittää myös lääkkeillä.**
- ▶ **Neuvolan lisäkäynneillä annetaan tukea ja ohjausta ja etsitään keinoja, jotka auttavat selviytymään raskauspahoinvointitaiipumuksesta ja muista ruoansulatuskanavan ongelmista raskausaikana.**
- ▶ **Neuvolassa kerrotaan Lopu jo! -sivustosta, josta saa ajantasaista, suomenkielistä tietoa raskauspahoinvoinnista (www.lopujo.fi).**

Lähteet

1. Kytömäki K, Partonen T. 2010. Voimakas raskausoksentelu. Yleiskatsaus. Suomen Lääkärilehti 65(17), 1529–1534.
2. Aitokallio-Tallberg A, Ylikorkala O. 2011. Hyperemeesi. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 391–394. Kustannus Oy Duodecim.
3. Erkkola R. 2006. Raskauspahoinvointi ja hyperemeesi. Suomen Lääkärilehti 61(1–2), 35–39. Yleiskatsaus.
4. Jewell D, Young G. 2012. Interventions for treating constipation in pregnancy. Review. The Cochrane library, Issue 2.
5. Matthews A, Dowswell T, Haas DM, Doyle M, O’Mathúna DP. 2010. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Review. The Cochrane Database Syst Rev, Issue 9.
6. Malm H, Kaaja R. 2011. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 550–561. Kustannus Oy Duodecim.
7. Lopu Jo! Poistetaan raskauspahoinvointi maailmasta. Tai ainakin vähennetään sitä. <http://lopujo.fi>.

6.2 TUKI- JA LIKUNTAELIMISTÖN VAIVAT

Häpyliitoksen ja lantioireenkaan kivut

Lantion etuseinämää pitää yhdessä häpyluuliitos (symfyysi), joka käsittää ruston ja ylemmät ja alemmat häpysiteet. Häpyluuliitoksen löystyminen alkaa ensimmäisen raskauspuoliskon aikana ja lisääntyy vielä viimeisen kolmen kuukauden aikana. Tämä voi aiheuttaa raskausaikana kipuja. Häpyluuliitoksen ja lantioireenkaan löystyminen ja liikkuvuus johtuvat todennäköisesti hormonaalisista muutoksista ja ovat pääosin munasarjojen erittämän relaksiinin aikaansaamia. Sinänsä ilmiö on hyvänlaatuinen ja jopa tarkoituksenmukainen. Elimistö valmistautuu näin synnytykseen eikä lantioirengas ole enää jäykkä vaan joustaa sikiön koon mukaan.¹ Tavallisia oireita ovat kivut alaselässä, häpyliitoksen (symfyysin) alueella, alavatsalla, reisissä tai nivustaipeissa.

Häpyliitoksen liiallinen liikkuvuus (instabiliteetti) voi olla niin kivulias, että pysyvä asento ja kävely eivät onnistu raskauden viimeisillä viikoilla. Tyypillistä on ns. ankka-käynti lonkkien asennon vuoksi. Juuri synnytyksen jälkeen oireena on yleensä alaraajojen liikuttamiseen liittyvä voimakas tai lievempi kipu tai arkuus häpyluuliitoksessa. Oireet helpottuvat yleensä synnytyksen jälkeen ja häviävät muutaman kuukauden kuluessa.² Häpyluuliitoksen repeämä on nykyisin erittäin harvinainen raskauteen tai synnytykseen liittyvä lisätauti.

SUOSITUS

- ▶ Hyvää hoitoa häpyliitoksen ja lantioireenkaan kipuihin raskausaikana ei tunneta, mutta lepo helpottaa oireita. Liikkuminen on sallittua kivun mahdollistamissa rajoissa.
 - ▶ Monet naiset, jotka kärsivät raskausaikana häpyliitoksen ja lantioireenkaan kivuista, kertovat hyötyvänsä lantion stabiiliutta lisäävästä tukivyöstä ja fysioterapiasta.
 - ▶ Voimakkaaseen raskausaikaiseen häpyliitoksen ja lantioireenkaan kiipuun voi ottaa kipulääkettä, esimerkiksi parasetamolia.
-
-

Lähteet

1. Keriakos R, Bhatta SR, Morris F, Mason S, Buckley S. 2011. Pelvic girdle pain during pregnancy and puerperium. *J Obstet Gynaecol* 31(7), 572–80.
2. Sariola A, Tikkanen M. 2011. Normaali raskaus. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*, 308–314. Kustannus Oy Duodecim.

Selkäkipu

Alaselkäkipu on raskausaikana yleistä, ja se johtuu osittain nivelsiteiden löystymisestä (ks. edellä), mutta myös kasvavan kohdun aiheuttamasta muutoksesta tuki- ja liikuntaelinten kuormitukseen.¹⁻² Raskausaikaisesta selkävivusta ja hoidosta on vain vähän uutta tutkimustietoa.

SUOSITUS

- ▶ Raskausajan selkävaivojen hoito ja ehkäisy stabiloivan fysioterapian ja ergonomianeuvonnan avulla on koettu hyödylliseksi.
 - ▶ Fysioterapian lisäksi raskausajan selkävaivoihin voi löytyä apua uimisesta ja akupunktiosta.
 - ▶ Hankalimmissa raskausajan selkävaivoissa voi apuna käyttää takalantion stabiiliutta lisäävää tukivyötä.
 - ▶ Öisin pahenevaan raskausajan selkäkipuun kannattaa kokeilla vatsaa tukevan kiilatyynyn käyttöä.
 - ▶ Vaikeammissa raskausajan selkävivussa tarvitaan lepoa ja kipulääkkeenä esimerkiksi parasetamolia.
-
-

Lähteet

1. Alanen A. 1999. Raskaus ja selkä. Katsaukset. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 115(16), 1767.
2. Pennick V, Young G. 2007. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy (Review). The Cochrane library; issue 2.

6.3 MUUTOKSET IHOSSA

Ihon pigmenttialueet tummuvat raskausaikana. Pigmentin lisääntyminen ilmenee etenkin vatsan alakeskiviivassa, välilihassa ja rinnoissa nännipihan alueella. Myös luomet tummuvat ja kasvoihin voi ilmestyä maksaläiskiä. Pigmentin lisäyksen syynä pidetään steroidihormoneja ja melanosyyttejä stimuloivaa hormonia. Synnytyksen jälkeen pigmenttialueet vaalenevat entiselleen.¹

Toinen raskauteen liittyvä yleinen ihomuutos on raskausarpien (striae gravidarum) ilmestyminen lähinnä vatsan, rintojen ja reisien alueelle. Niitä ilmaantuu yhdeksälle kymmenestä naisesta raskausaikana. Samanlaisia ihomuutoksia tavataan yleisesti myös ei-raskaana olevilla murrosikäisillä tytöillä, nuorilla naisilla sekä jopa kolmasosalla nuorista miehistä.

Sidekudoksen geneettiset ominaisuudet sekä nopea painonnousu vaikuttavat ilmeisesti niiden syntyyn. Raskausarvet vaalenevat synnytyksen jälkeen, mutta eivät häviä täysin. Raskausarpien ehkäisy esimerkiksi ihon rasvauksella ei ole tutkimusten mukaan tuottanut tulosta.² Ihon kutina on yleinen oire raskausaikana, mikä johtuu esimerkiksi kaksosraskauden aikana reilummin esiintyvistä turvotuksesta ja ihon venymisestä.

SUOSITUS

- ▶ Jos iholle ilmaantuu raskausaikana kutinaa ilman ihottumaa, on sappikolestaasin mahdollisuus syytä selvittää laboratoriotutkimuksella (ks. luku Raskauskolestaasi).
 - ▶ Kun sappikolestaasi raskausajan kutinan aiheuttajana on poissuljettu, suositellaan normaalia kuivan ihon hoitoa perusvoiteilla ja kiusalliseen ihon kutinaan antihistamiineista loratadiinia ja setiritsiiniä.³
-
-

Lähteet

1. Brennan M, Young G, Devane D. 2012. Topical preparations for preventing stretch marks in pregnancy. Review. The Cochrane library, Issue 11.
2. Sariola A, Tikkanen M. 2011. Normaali raskaus; muutokset ihossa. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 312. Kustannus Oy Duodecim.
3. Malm H, Kaaja R. 2011. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 550–561. Kustannus Oy Duodecim.

6.4 VÄSYMYS

Alkuraskausaikana väsymys on yleistä ja unentarve on monilla lisääntynyt.¹⁻² Yleensä väsymys helpottaa raskauden toisella kolmanneksella, ja monet tuntevat silloin itsensä erittäin hyvävointisiksi ja energisiksi. Hankalimmissa tapauksissa raskaana olevan kannattaa levätä niin paljon kuin mahdollista ja pyrkiä saamaan apua työssä sekä kodin- ja aikaisempien lasten hoidossa. Jotkut tuntevat voimakasta väsymystä myös loppuraskaudessa, mutta tämän ei pitäisi olla peruste varhaiseen synnytyksen käynnistämiseen eikä keisarileikkaukseen. Aiheesta on olemassa hyvin niukasti tutkimustietoa. Joskus väsymys voi myös liittyä raskausajan masennukseen (ks. luku Mielenterveysongelmat).

SUOSITUS

- ▶ Jos raskausaikainen väsymys on voimakasta, on hyvä selvittää, joutuuko se esimerkiksi raudanpuutteesta tai kilpirauhasen vajaatoiminnasta.
- ▶ Väsymys loppuraskaudessa ei sinänsä ole riittävä peruste synnytyksen käynnistämiseen.

Lähteet

1. Sariola A, Tikkanen M. 2011. Normaali raskaus. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 308–314. Kustannus Oy Duodecim.
2. Kamysheva E, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Milgrom J. 2009. Frequency, severity, and effect on life of physical symptoms experienced during pregnancy. *J Midwifery Womens Health* 54(1), 43–9.

6.5 KIPU, KUUME JA PÄÄNSÄRKY

Raskausaikaisen kivun, kuumeen, päänsäryn ja migreenin syy tai syyt selvitetään, ja vakavimmat taustalla mahdollisesti olevat syyt poissuljetaan. Tämän jälkeen niitä pyritään hoitamaan lääkkeettömin keinoin esimerkiksi levolla, terveellisillä elintavoilla, välttämällä ärsykeitä, niskan ja hartioiden venyttelyllä, voimistelulla ja hieronnalla sekä muilla fysikaalisen hoidon tarjoamilla keinoilla.

Korkea kuume saattaa olla vaaraksi sikiölle. Tämän vuoksi suositellaan kuumeen alentamista silloin, kun lämpö nousee 38,5 asteeseen tai sen yli. Parasetamoli on turvallinen lääke raskauden ja imetyksen aikaiseen tilapäiseen kipuun ja kuumeeseen. Lyhytkestoisesti kivun hoidossa voidaan käyttää myös kodeiiniyhdistelmävalmisteita. Tulehduskipulääkkeistä voidaan raskausaikana tarvittaessa käyttää ibuprofeiinia raskauden ensimmäisen ja toisen kolmanneksen aikana.

Raskausaikaisen migreenin hoito saattaa olla ongelma, koska turvallisten lääkkeiden valikoima on pieni. Migreenin estolääkitys raskausaikana tulisi rajoittaa poikkeustapauksiin. Tällöin voi käyttää lääkkeitä beetasalpaajista propranololia tai metoprololia sekä trisyklisistä masennuslääkkeistä esimerkiksi amitripyliiniä tai nortriptyliiniä.¹ Pahoinvointilääkkeet kuten metoklopramidi lievittävät migreenioireita yhdessä parasetamolin kanssa.² Ergotamiinivalmisteet ovat vasta-aiheisia raskaus- ja imetyksenaikana. Hankalien migreenikohtausten hoidossa sumatriptaani ei ole todettu aiheuttavan ongelmia sikiölle tai raskaudelle.³ Auraton migreeni lievittyy lähes joka toisella ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana ja yli 80 %:lla raskauden myöhemmissä vaiheissa. Sen sijaan aurallinen migreeni saattaa raskausaikana vaikeutua.⁴

SUOSITUS

- ▶ Päänsärkyä, kuumetta, kipua ja migreeniä pyritään hoitamaan raskausaikana lääkkeettömästi.
- ▶ Turvallisia lääkkeitä ovat parasetamoli koko raskausajan ja tarvittaessa käytettynä ibuprofeini ensimmäisen ja toisen raskauskolmanneksen aikana. Muiden kipulääkkeiden käytöstä raskausaikana suositellaan neuvoteltavan lääkärin kanssa.

Lähteet

1. Malm H, Vähäkangas K, Enkovaara A-L, Pelkonen O. 2008. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana: ”Skylly ja Kharybis”. 2., uudistettu painos. Lääkelaitos.
2. Derry S, Moore RA, McQuay HJ. 2010. Paracetamol (acetaminophen) with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. Review. The Cochrane Library, Issue 11.
3. Malm H, Kaaja R. 2011. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 550–561. Kustannus Oy Duodecim.
4. Migreeni (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008. www.kaypahoito.fi [viitattu 11.4. 2013].

6.6 UNETTOMUUS

Unettomuus on raskausaikana yleinen vaiva. Unen laadun on todettu heikenevän lisääntyvästi raskausviikkojen edetessä. Myös unen keston on todettu hieman lyhenevän raskauden edetessä. Raskausajan unettomuus saattaa johtua fyysisistä sairauksista (kuten pahoinvointi, selkäkipu ja lisääntynyt virtsaamistarve), hormonaalisista muutoksista, sikiön kasvusta tai puutteellisesta hengityksestä. Lisäksi unta häiritsee kasvavan vatsan aiheuttamat rajoitukset nukkumisasetoon. Unettomuus heikentää elämänlaatua aiheuttaen mm. väsymystä ja alakuloa.¹⁻²

Ensisijaisesti unettomuuden hoitona raskausaikana tulisi käyttää lääkkeettömiä hoitokeinoja. Elleivät nämä auta, tavanomaiset uni- ja rauhoittavat lääkkeet satunnaisesti käytettynä raskauden ja imetyksen aikana eivät ole vaarallisia sikiön tai vastasyntyneen kannalta.³⁻⁴

Bentsodiatsepiiniryhmän lääkkeiden jatkuva käyttö loppuraskaudessa saattaa aiheuttaa vastasyntyneelle velttoutta, uneliaisuutta ja imemisvaikeuksia sekä lääkevieroitustousoireita, jotka voivat ilmentyä tonuksen lisääntymisenä ja levottomuutena.³⁻⁴ Tilapäisen bentsodiatsepiinin käyttö ei ole este imetyksellekään.

SUOSITUS

- ▶ Unettomuudesta kärsivän raskaana olevan naisen kanssa selvitetään unettomuuden syytä ja käydään läpi lääkkeettömät hoitokeinot. Uni-huollossa on tärkeää huolehtia säännöllisestä unirytmistä, terveellisestä ravinnosta sekä riittävästä fyysisestä kunnosta ja huolten asiallisesta läpikäymisestä päivittäin.
- ▶ Unilääkettä suositellaan käytettävän raskausaikana vain tarvittaessa ja lyhytaikaisesti. Unilääkkeeksi valitaan ensisijaisesti vesiliukoinen ja lyhytvaikutteinen bentsodiatsepiinivalmiste (esim. oksatsepaami tai alpratsolaami).
- ▶ Nukahtamislääkkeistä tsopiklonia, tsolpideemia, tsaleplonia ja melatoniinia ei suositella käytettäväksi raskausaikana toistaiseksi riittämättömän tutkimustiedon vuoksi.

Lähteet

1. Coban A, Yanikkerem UE. 2010. Sleep quality and fatigue in pregnant women. *Ege Journal of Medicine* 49(2), 87–94.
2. Hedman C, Pohjasvaara T, Tolonen U, Suhonen-Malm A, Myllylä V. 2002. Effects of pregnancy on mother's sleep. *Sleep Medicine* 3(1), 37–42.
3. Malm H, Vähäkangas K, Enkovaara A-L, Pelkonen O. 2008. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana: ”Skylla ja Kharybis”. 2., uudistettu painos. Lääkelaitos.
4. Malm H, Kaaja R. 2011. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*, 550–561. Kustannus Oy Duodecim.

6.7 MUITA RASKAUSAJAN VAIVOJA

Raskausaika saattaa pahentaa peräpukamia sekä suonikohjuja alaraajoissa ja ulkosyntyimissä, tai ne voivat ilmaantua raskausaikana. Peräpukamat ovat usein pahimmillaan heti synnytyksen jälkeen. Suonikohjut aiheuttavat usein turvotuksen lisäksi alaraajoissa kipua, painontunnetta ja puutuneisuutta. Turvotusta esiintyy jopa 80 %:lla normaalinkin raskauden aikana. Loppuraskaudesta fysiologinen turvotus saattaa olla niin runsasta, etteivät kengät mahdu jalkaan eivätkä sormukset sormeen. Alaraajojen kohoasento ja tukisukkien käyttö lievittävät suonikohjuista johtuvia alaraajoireita. Tukisukkien käytön ei ole kuitenkaan todettu estävän suonikohjujen muodostumista.¹

Alaraajojen lihaskouristuksia, ns. lihaskrampeja, tai suonenvetoa esiintyy lähes puolella raskaana olevista. Kouristukset ovat yleisimpiä raskauden toisesta kolman-

neksestä alkaen, ja ne ovat erityisen kiusallisia öisin. Vaikka kouristukset eivät aiheuta lihasvammoja, ne saattavat olla kivuliaita. Lihaskouristus helpottuu astumalla kouristavalle jalalle, venyttelemällä ja lihasta hieromalla.² Jotkut ovat kokeneet hieronnan, lihasvenyttelyn ja liikunnan vähentävän kouristuksia. On myös vähäistä näyttöä sekä kalsiumin (500–1000 mg/vrk) että vaihtoehtoisesti magnesiumin (250–500 mg/vrk) tuomasta avusta lihaskouristuksiin.³

SUOSITUS

- ▶ Raskausaikana peräpukamia hoidetaan vesisuihkulla ja istumakylvyillä.
 - ▶ Pahimpiin peräpukamien aiheuttamiin vaivoihin voi raskausaikana käyttää paikallishoitoa kuten peräpukamasalvoja ja -puikkoja.
 - ▶ Peräpukamien kirurgista hoitoa tarvitaan hyvin harvoin raskausaikana. Yksittäisen kivuliaan trombosoituneen pukaman voi suihkepuudutuksessa tyhjentää pikkuviillosta myös äitiysneuvolassa.
 - ▶ Kohoasennolla ja tukisukkien käytöllä voidaan lievittää suonikohjuista johtuvia alaraajaoireita.
 - ▶ Alaraajojen turvotuksen vuoksi on muistettava poissulkea pre-eklampsiaa johtuvat oireet (ks. luku Pre-eklampsia).
 - ▶ Lihaskouristuksia voidaan helpottaa hieronnalla ja venyttelyllä ja mahdollisesti vähentää kalsiumin tai magnesiumin käytöllä.
-
-

Lähteet

1. Bamigboye AA, Smyth RMD. 2010. Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy (Review). The Cochrane Library, Issue 1.
2. Sariola A, Tikkanen M. 2011. Normaali raskaus. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 313. Kustannus Oy Duodecim.
3. Young G, Jewell G. 2011. Interventions for leg cramps in pregnancy (Review). The Cochrane library Issue 11.



7 TERVEYSTARKASTUKSET ÄITIYS- NEUVOLASSA

7.1 YLEISPERIAATTEITA

Terveydenhuoltolaki¹ velvoittaa kunnat järjestämään alueensa kaikkien raskaana olevien naisten neuvolapalvelut, joihin sisältyvät sikiön terveen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin sekä raskaana olevan ja synnyttäneen naisen terveyden määrääjain toteutettava ja yksilöllisen tarpeen mukainen seuranta ja edistäminen. Neuvolapalveluihin sisältyy myös vanhemmuuden ja perheen muun hyvinvoinnin tukeminen, lapsen kodin ja muun kasvu- ja kehitysympäristön sekä perheen elintapojen terveellisyyden edistäminen, lapsen ja perheen erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä lapsen ja perheen tukeminen ja tarvittaessa ohjaaminen tutkimuksiin tai hoitoon.

Valtioneuvoston asetuksessa² neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta säädetään, että lasta odottaville perheille järjestetään vähintään yksi laaja terveystarkastus. Asetuksessa kiinnitetään huomio erityisen tuen tarpeen mahdollisimman varhaiseen tunnistamiseen ja tarpeenmukaisen tuen viiveettömään järjestämiseen. Tämän toteuttamiseksi on tarvittaessa järjestettävä lisäkäyntejä ja kotikäyntejä ja tehtävä yhteistyötä kunnan eri toimijoiden sekä erikoissairaanhoidon ja muiden tahojen kesken.

THL:n tilastoraportin mukaan tarkastuskäyntejä raskautta kohden oli vuonna 2011 Suomessa keskimäärin 15,8, joista poliklinikalle suuntautui keskimäärin 3,2 käyntiä.³ Erikoissairaanhoidon käyntimäärät vaihtelevat eri osissa maata todennäköisesti erilaisten hoito- ja lähetekäytäntöjen vuoksi.

Tässä suosituksessa oleva määräaikaisten terveystarkastusten perusrunko käsittää minimimäärän tarkastuskäyntejä, jotka on suunniteltu normaalisti eteneviin, matalan riskin raskauksiin. Havainnoivissa tutkimuksissa on huomattu, että äitiysuollon tarkastukset ovat vähentäneet äitiys- ja lapsikuolleisuutta ja parantaneet raskaustuloksia. Suurin osa raskauksista on matalan riskin raskauksia, ja useissa tutkimuksissa on selvitetty, voiko tällaisissa raskauksissa tarkastuskäyntejä harventaa. Cochrane-katsaus⁴ (seitsemän satunnaistettua tutkimusta, 60 724 naista) osoitti, että käyntien harventaminen ei lisännyt ennenaikaisia synnytyksiä, pienipainoisten vastasyntyneiden osuutta, vastasyntyneiden tehohoidon tarvetta, synnyttäjien verenpaineongelmia, pre-eklampsiaa, verenvuotoa ennen synnytystä ja synnytyksen jälkeen, keisarileikkauksia, synnytyksen käynnistämistä tai synnytyksenjälkeistä anemiamia. Neljä tutkimuksesta oli tehty korkean elintason maissa, ja näissä tutkimuksissa käyntejä oli keskimäärin 2,6 käyntiä vähemmän (8–12 käyntiä) kuin perinteisessä seurannassa. Korkean elintason maissa seurantakäyntien määrä ei vaikuttanut perinataalikuolleisuuteen. Länsimaissa on kiinnitetty huomiota tarkastuskäyntien ajankohtaan ja sisällölliseen laatuun.⁵ Jokaisen

määräaikaisen terveystarkastuksen keskeisen sisällön (ja tavoitteen) tulee olla määritelty, ja toimenpiteiden on perustuttava näyttöön.

Matalan riskin raskaudella tarkoitetaan suosituksessa tilannetta, jossa odottavalla naisella ei ole merkittävää kroonista sairautta eikä hänellä aiemman raskaus- tai elämänhistoriansa puolesta ole kohonnutta vaaraa kehittää raskaus- tai synnytyskomplikaatioita. Hillitsemällä käyntimäärien kasvua matalan riskin raskauksissa neuvolan resursseja vapautuu niille raskaana oleville naisille, joilla todetaan erityisen tuen tarve. Lisätuen ja -käyntien tarve voi johtua odottavan naisen terveydentilasta, mielenterveyden häiriöistä, päihdeongelmasta, aiemmasta raskaus- tai synnytyshistoriasta, raskauteen liittyvistä ongelmista, iästä, perhe- tai elämäntilanteesta tai elintavoista.

Tutkimukset osoittavat, että äitiyshuolto vähentää riskiraskauksien vaaratekijöitä, kuten tupakoivien osuutta, ja edelleen ennenaikaisia synnytyksiä ja pienipainoisten vastasyntyneiden osuutta.⁶⁻⁷ Äitiyshuollossa pitää tällöin järjestää korkean riskin naisten äitiyshuolto, johon kuuluu riittävä määrä tapaamisia ja kiinnittää erityishuomiota terveysneuvontaan ja psykososiaalisiin ongelmiin. Erityisesti päihteitä käyttävien naisten interventio-ohjelmat vähentävät raskausongelmia, kuten ennenaikaisuutta ja sikiön kasvunhidastuman esiintymistä, parantavat vastasyntyneiden selviytymistä ja vähentävät myös kustannuksia.⁸⁻¹⁰

Alkuraskauden käynnit terveydenhoitajan/kättilön ja lääkärin vastaanotolla ovat hyvä ajankohta arvioida, onko raskaana olevan naisen elämäntilanteessa tai terveydessä asioita, jotka vaativat peruskäyntejä tiheämpää seurantaa. Sellaisia voivat olla mielenterveysongelma tai muu krooninen sairaus, kuten verenpainetauti, tai aiemman raskauden ongelmat, kuten ennenaikainen synnytys tai varhainen, vaikea pre-eklampsia. Monisikiöraskaus johtaa tihennettyihin seurantatarkastuksiin. Raskauden edetessä jokaisella neuvolakäynnillä arvioidaan yksilöllisesti mahdollisten lisäkäyntien tarve. Lisäkäyntien tarve voi ilmentua raskausongelmien kuten ennenaikaisen synnytyksen oireiden tai verenpainetason kohoamisen takia. Perheen elämäntilanteesta johtuva lisäkäyntien tarve voi tulla esille lasta odottavan perheen laajassa terveystarkastuksessa.

Tarveharkintaiset lisäkäynnit voidaan järjestää terveydenhoitajan/kättilön ja/tai neuvolalääkärin vastaanotolle tai kotikäynteinä perhetyöntekijän kanssa. Tutkimustietoa siitä, kuinka paljon äitiyshuollon kokonaisresursseista tulisi ohjata erityisen tuen tarpeeseen, ei juuri ole saatavilla. Lisäkäyntien tarve riippuu ongelman luonteesta ja kohdeväestöstä. Tutkimukset raskausaikaisista erityisistä seurantaohjelmista ovat kohdistuneet lähinnä ennenaikaisuuden, pienipainoisuuden ja vastasyntyneiden kuolleisuuden vähentämiseen.¹¹⁻¹²

Äitiyshuollon henkilöstön mitoituksessa on huomioitava lisäkäyntien osuus. Tämän suosituksen laatinut asiantuntijaryhmä arvioi kokemuksensa perusteella lisäkäynteihin resursoitavaksi käyntimääräksi 20 % neuvolavastaanottotyöhön käytettävästä ajasta.

SUOSITUS

- ▶ Kaikki raskaana olevat kuuluvat äitiysneuvolan määräaikaisten terveystarkastusten piiriin. Normaalisti etenevissä, matalan riskin raskauksissa ne voivat olla riittävä seuranta.
- ▶ Alkuraskauden käynnillä arvioidaan, onko lisäkäynteihin tarvetta. Lisäkäyntien tarve arvioidaan sen jälkeen jokaisella neuvolakäynnillä.
- ▶ Tarveharkintaisiin lisäkäynteihin tulee varata 20 % neuvolavastaanottotyöhön käytettävästä ajasta.

Lähteet

1. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Terveystarkastuslaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
2. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110338>.
3. Tilastoraportti 20/2012. <http://www.thl.fi/fi/tilastot/synnyttajat>.
4. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP. 2010. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10. Art. No.:CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934.pub2.
5. Beeckman K, Louckx F, Masuy-Stroobant G, Downe S, Putman K. 2011. The development and application of a new tool to assess the adequacy of the content and timing of antenatal care. BMC Health Serv Res 11, 213.
6. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. 2009. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. (3): CD001055.
7. Ricketts SA, Murray EK, Schwalberg R. 2005. Reducing Low Birthweight by Resolving Risks: Results from Colorado's Prenatal Plus Program. Am J Public Health, 95(11), 1952–1957.
8. Goler NC, Armstrong MA, Osejo VM, Hung YY, Haimowitz M, Caughey AB. 2012. Early start: a cost-beneficial perinatal substance abuse program. Obstet Gynecol. 119(1), 102–10.
9. Goler NC, Armstrong MA, Taillac CJ, Osejo VM. 2008. Substance abuse treatment linked with prenatal visits improves perinatal outcomes: a new standard. J Perinatol. 28(9), 597–603.
10. Kukko H, Halmesmäki E. 1999. Prenatal care and counseling of female drug-abusers: effects on drug abuse and perinatal outcome. Acta Obstet Gynecol Scand. 78(1), 22–6.
11. Hodnett ED, Fredericks S, Weston J. 2010. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. Cochrane Database Syst Rev, 16 (6): CD000198.
12. Hollowell J, Oakley L, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Gray R. 2011. The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and preterm birth in socially disadvantaged and vulnerable women in high-income countries: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth 11, 13.

7.2 YHTEYDENOTTO NEUVOLAAN RASKAUTTA SUUNNITeltaessa

Raskautta suunnittelevan on voitava tarvittaessa ottaa yhteyttä neuvolaan. Yhteydenoton perusteella annetaan neuvontaa puhelimitse tai varataan aika asiasta riippuen joko terveydenhoitajan/kättilön tai neuvolalääkärin vastaanotolle.¹ Tyypillisiä syitä raskauden suunnittelun tarpeeseen voivat olla mm. äidin krooninen sairaus, suvun pe-riytyvät sairaudet, perheen psykososiaaliset ongelmat tai perheen tarve informaatioon ja tukeen raskautta pohdittaessa tai suunniteltaessa. Raskautta suunnittelevan asiakkaan tuen ja informaation tarpeeseen pyritään vastaamaan. Raskautta suunnitteleva ja hänen perheensä ohjataan tarvittaessa jatkopalveluiden piiriin.

Vaikka äidillä olisi krooninen sairaus (ks. luku Krooniset sairaudet), tarvitaan vain harvoin lähetettä erikoissairaanhoidon erillistä raskauden suunnittelua varten. Pääperiaatteena on, että raskaussuunnitelmista keskustellaan hoitavan lääkärin kanssa, ja tämä ryhtyy niihin tarvittaviin toimenpiteisiin, joita raskauden suunnittelu tai alka-va raskaus mahdollisesti edellyttävät. Yleensä myös raskausajan tavoitteena on perus-sairauden mahdollisimman hyvä hoitotasapaino (esimerkkeinä mm. astma, krooniset suolistosairaudet, epilepsia, verenpainetauti). Joskus lääkitystä joudutaan muuttamaan suunnittelun raskauden vuoksi. Tarvittaessa neuvolalääkäri voi antaa tässä asiantunti-ja-apuaan, mutta useimmiten lääkityksen muuttaminen ja siihen liittyvä seuranta ta-ptahtuvat parhaiten hoitavan lääkärin vastaanotolla. Epilepsian ja I-tyyppin diabeteksen yhteydessä suositellaan jo raskauden suunnittelun vaiheessa riittävän foolihapon saan-nin turvaamista.

Useimmissa keskussairaaloissa toimii äitiys- tai sisätautipoliklinikan yhteydessä raskauden suunnittelun poliklinikka, jonne potilaan voi tarvittaessa lähettää, jos perus-sairauden hoitotasapaino on huono tai raskaus saattaisi vakavasti vaarantaa potilaan terveyden. Tyypillisesti erikoissairaanhoidon lähettäminen raskauden suunnittelun vaiheessa voi olla tarpeen esimerkiksi komplisoituneessa diabeteksessa, munuaisten va-jaatoiminnassa, vaikea-asteisessa tromboosialttiudessa tai elämää rajoittavan sydänsai-rauden yhteydessä. Raskaussuunnitelmista voi myös konsultoida erikoissairaanhoidoa ilman potilaan lähettämistä.

Suvussa esiintyvän perinnöllisen sairauden (ks. luku Lisäseuranta raskaana olevan ja perheen erityistilanteissa) merkitys on syytä selvittää hyvissä ajoin ennen raskauden alkua. Usein perinnöllisyysneuvonta on jo annettu ja perhe on tietoinen raskauden ris-keistä sekä prenataalidiagnostiikan mahdollisuudesta. Jos perheellä on epä tietoisuutta asiasta, tarvittava neuvonta on annettava.² Tarvittaessa tehdään lähete perinnöllisyys-neuvontaan perinnöllisyys- tai äitiyspoliklinikalle.

Myös perheen psykososiaalisissa ongelmissa pyritään hyödyntämään jo käytössä olevia hoitosuhteita. Tarvittaessa ollaan yhteydessä esimerkiksi sosiaalitoimeen, kasva-tus- ja perheneuvolaan, mielenterveystoimistoon tai erikoissairaanhoidoon.

SUOSITUS

- ▶ Neuvolaan voi ottaa yhteyttä raskautta suunniteltaessa.
- ▶ Jos raskautta suunnittelevalla on krooninen sairaus, raskaussuunnitelmista keskustellaan ensisijaisesti hoitavan lääkärin kanssa. Mahdollinen perinnöllisyysneuvonta annetaan ennen raskautta.

Lähteet

1. Berghella V, Buchanan E, Pereira L, Baxter J. 2010. Preconception care. *Obstet Gynecol Surv* 65, 119–31.
2. Salonen R. 2005. Milloin gynekologin potilas tarvitsee perinnöllisyyslääkärinä? *SLL* 60, 2197–201.

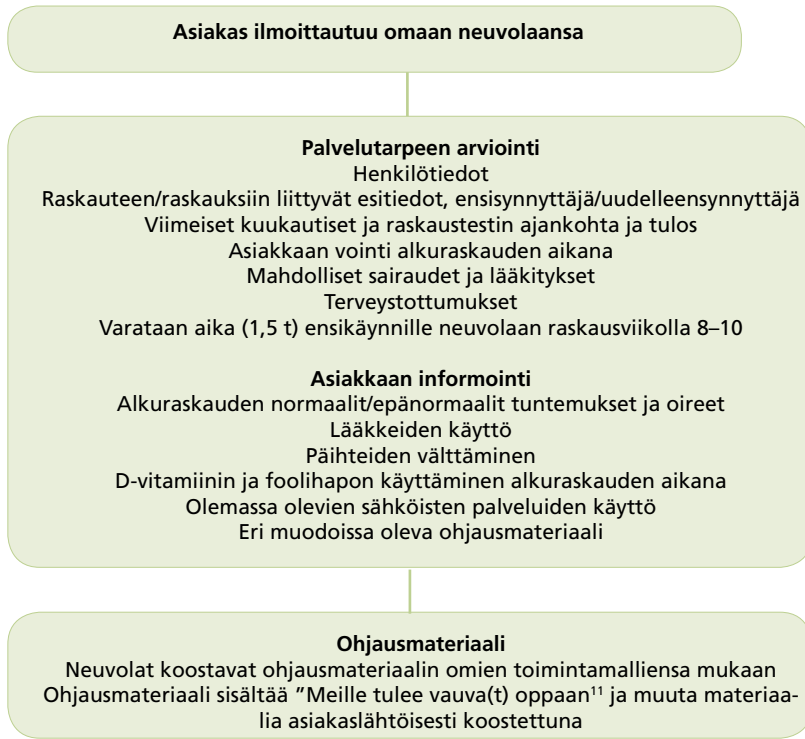
7.3 ENSIKONTAKTI ÄITIYSNEUVOLAAN RASKAUSAIKANA

Suomessa lähes kaikki äidit hakeutuvat äitiysneuvolan palveluiden piiriin toivoessaan tai suunnitellessaan raskautta, todettuaan olevansa raskaana tai epäillessään sitä. Jos äiti haluaa osallistua sikiöseulontoihin, äitiysneuvolaan on suositeltavaa hakeutua jo ennen 8. raskausviikkoa, mutta muuten viimeistään 16. raskausviikon loppuun mennessä, mikä on ehtona äitiysavustuksen saamiselle.^{1–3} Ilmoittautuminen tapahtuu tavallisimmin puhelimitse, mikä on usein asiakkaan ensimmäinen kontakti äitiysneuvolaan, ja siksi monella tapaa tärkeä luottamuksellisen asiakassuhteen syntymiseksi. Jos asiakas ei esimerkiksi aistivamman vuoksi voi ilmoittautua puhelimitse, ilmoittautuminen voidaan tehdä myös asioimalla neuvolassa.

Puhelinkontakti on hyvä tapa antaa nopeasti tietoja ja emotionaalista tukea, mutta puhelimesta tapahtuva ohjaus tekee asiakaslähtöisyyden sekä asiantuntijan ja asiakkaan asiantuntemuksen jakamisen vaikeammaksi.^{4–5} Puhelinohjauksen onnistumisen edellytyksenä on työntekijän hyvä kuuntelukyky, tarkkavaisuus ja empaattisuus sekä kyky antaa tarkkaa ja selkeää ohjausta.^{6–8}

Palvelutarpeen arvioinnin tärkein tavoite on asiakkaan perustietojen selvittäminen, raskauteen liittyvä ohjaus ja neuvolatoiminnasta informointi (kuvio 1). Äitiysneuvolan palveluissa keskeinen periaate on perhelähtöisyys⁹, ja siksi on tärkeää, että asiakas tuntee koko perheen olevan tervetullut palveluiden piiriin. Äitiysneuvolan asiakkaille annetaan ohjausmateriaalia, joka voi sisältää edellä mainittujen sisältöjen lisäksi tietoa esimerkiksi vauvaperheen elämästä (kuvio 1). Materiaali voidaan lähettää kotiin, antaa asiakkaalle neuvolakäynnillä tai se voi löytyä sähköisessä muodossa esim. terveyskeskuksen kotisivuilta. Materiaalin merkitys korostuu ensisynnyttäjien kohdalla, sillä heidän tiedon tarpeensa on useimmiten suurta. Oleellista on materiaalin läpikäyminen

yhdessä ammattihenkilön kanssa.¹⁰ Jos asiakas kuuluu riskiryhmiin tai hänen anamneesissaan ilmenee poikkeavaa, edetään asiakaslähtöisesti tilanteen mukaan.



Kuvio 1. Ensikontakti äitiysneuvolan palveluihin

SUOSITUS

- ▶ Palvelutarpeen arvioinnissa sekä omalle terveydenhoitajalle/kättilölle soittaessa että keskitetyssä ajanvarauksessa perheelle annetaan aika ensikäynnille neuvolaan ja aloitetaan hoidon tarpeen arviointi: tarkoituksena on asiakkaan perustietojen selvittäminen, raskauteen liittyvä ohjaus ja neuvolatoiminnasta informointi.

Lähteet

1. Sosiaali- ja terveysministeriö. 1993. Äitiysavustuslaki 28.5.1993/477. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19930477>.
2. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Valtioneuvoston asetus seulonnoista 1339/2006. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2006/20061339>.
3. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Valtioneuvoston asetus seulonnoista annetun valtioneuvoston asetuksen 3 §:n muuttamisesta 280/2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090280>.
4. Kääriäinen M, Lahdenperä T, Kyngäs H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva Hoitotyö*, 3(3), 27–31.
5. Kyngäs H, Hentinen M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY.
6. Greenberg E, Schultz C. 2002. Telephone Nursing: Client Experiences and Perceptions. *Nursing Economics*. 20 (4), 181–187.
7. Hughes, RA. 2003. Telephone helplines in rheumatology. *Rheumatology* 42 (2), 197–199.
8. Parikka, A. 2005. Hoitotakuulaki tuo haasteita terveyspalvelujen puhelinneuvontaan. *Sairaanhoitaja* 78(2), 9–10.
9. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110338>.
10. STM. 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:2.
11. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Meille tulee vauva(t). Opas vauvan odotukseen ja hoitoon.

7.4 MÄÄRÄAIKAISTEN TERVEYSTARKASTUSTEN KÄYNTIRUNKO

Määräaikaisia terveystarkastuksia järjestetään äitiysneuvolassa raskausaikana ensisynnyttäjälle vähintään yhdeksän ja uudelleensynnyttäjälle vähintään kahdeksan. Näihin raskausaikaisiin käynteihin sisältyy yksi laaja terveystarkastus kaikille perheille ja kaksi lääkärintarkastusta. Ensisynnyttäjälle tarjotaan kaksi kotikäyntiä, joista toinen on raskausaikana (raskausviikoilla 30–32) ja toinen synnytyksen jälkeen (1–7 vrk kotiutumisesta). Uudelleensynnyttäjälle tarjotaan yksi kotikäynti synnytyksen jälkeen. Synnytyksen jälkitarkastuksen tekee joko lääkäri tai siihen koulutuksen saanut terveydenhoitaja/kätilö. Yhteensä ensisynnyttäjälle tarjotaan 11 määräaikaista terveystarkastusta ja uudelleensynnyttäjälle 10.

Määräaikaisten käyntien lisäksi raskaana olevalle naiselle ja synnyttäneelle järjestetään yksilöllisen tarpeen mukaan lisäkäyntejä äitiysneuvolaan. Näihin lisäkäynteihin on varattu aikaa henkilöstömitoituksissa 20 % sekä terveydenhoitajan/kätilön että lääkärin vastaanottotyöhön käytettävissä olevasta ajasta. Tärkeää on toimiva työpariyhteistyö terveydenhoitajan/kätilön ja lääkärin välillä työnjaon sujumiseksi ja tiedonkulun turvaamiseksi. Tässä luvussa esitellään äitiysneuvolan määräaikaisten terveystarkastusten käyntirunko (taulukko 1) ja määritellään tarkastusten keskeinen sisältö.

Taulukko 1. Määräaikaisten terveystarkastusten käyntirunko ensi- (E) ja uudelleensyntyjälle (U)

Ajankohta	Pariteetti	Määräaikainen terveystarkastus ja sen tekijä	Aika*
6.–8. rvk	E, U	Ensikontakti: puhelimessa tai tarvittaessa kasvokkain tapahtuva palvelutarpeen arviointi	15 min
8.–10. rvk	E, U	Ensikäynti terveydenhoitajalle/kättilölle	1 t 30 min
13.–18. rvk	E, U	Lasta odottavan perheen laaja terveystarkastus: terveydenhoitajan/kättilön osuus	1 t 30 min
13.–18. rvk	E, U	Lasta odottavan perheen laaja terveystarkastus: lääkärin osuus	30 min
22.–24. rvk	E, U	Terveydenhoitaja/kättilö	30 min
26.–28. rvk	E	Terveydenhoitaja/kättilö	30 min
30.–32. rvk	E, U	Terveydenhoitajan/kättilön vastaanottokäynti; tai kotikäynti ensisyntyjälle	30 min tai 2 t 30 min
35.–36. rvk	E, U	Lääkäri	30 min
37.–41. rvk	E, U	Terveydenhoitajan/ kättilön vastaanottokäynti 2 viikon välein, tarvittaessa tiheämmin	30 min
Synnytyks			
1.–7. vrk kotiutuksesta	E, U	Terveydenhoitajan/kättilön vastaanotto tai kotikäynti	60 min 2 t 30 min
5.–12. vk	E, U	Synnytyksen jälkitarkastus, jonka tekee lääkäri tai terveydenhoitaja/kättilö	30 min

*Ajat ovat ohjeellisia. Työntekijä varaa riittävän ja sopivan pituisen ajan tapauskohtaisesti asiakasperheen tarpeiden mukaisesti (huomioitava erityistilanteet kuten tulkin tarve).

*Mitoituslaskelmassa on varattu erikseen aikaa kirjaamiseen (ks. luku Kirjaaminen ja tilastointi ja liitteet 9 ja 10).

Määräaikaisten terveystarkastusten ajankohdat ja keskeiset sisällöt

- 6.–8. rvk Ensikontakti neuvolaan (E, U) (ks. luku Ensikontakti äitiysneuvolaan raskausaikana)
- puhelimessa (tai kasvokkain, jos asiakkaalla puhelimen käytön estävä aistivamma) tapahtuva palvelutarpeen arviointi, terveysneuvonta ja ohjeistus ensikäyntimateriaalista
 - kutsu vastaanotolle yhdessä puolison kanssa
- 8.–10. rvk Ensimmäinen vastaanottokäynti terveydenhoitajalla/kättilöllä: terveysneuvonta ja perustutkimukset (E, U)
- raskaana olevan ja puolison terveydentilan selvitys

- aiemmat raskaudet ja synnytykset
- työ ja riskitekijöiden huomiointi, tarvittaessa jatkotutkimuksiin ohjaaminen ja lisäkäynneistä sopiminen
- terveysneuvonta; ravitsemus- ja liikuntatottumusten kartoitus ja yksilöllinen neuvonta sekä tarvittaessa ohjaus jatkohoitoon, suun terveyteen liittyvä ohjaus
- keskustelu alkoholin ja muiden päihteiden käytöstä (Audit, muu mahdollinen seula, tupakkariippuvuusseula, lääkkeet). Tarvittaessa nikotiinikorvaushoito.
- keskustelu ja neuvonta sikiön poikkeavuuksien seulunnoista, annetaan kaikille raskaana oleville tarkoitettu THL:n opas Sikiöseulonnat – Opas raskaana oleville, tarvittaessa ajanvaraus seulontaan
- alkuraskauden verinäytteet ja muut tarvittavat laboratorionäytteet (veriryhmämääritys, infektionäytteet)
- tarvittaessa ohjaus sokerirasitukseen raskausviikoilla 12–16
- perustutkimukset: RR, pituus, paino, BMI, plv + bakteeriviljely, Hb
- kutsu laajaan terveystarkastukseen sekä suullisesti että kirjallisesti

13.–18. rvk Lasta odottavan perheen laaja terveystarkastus (myös terveysneuvonta ja perustutkimukset): terveydenhoitajan/kättilön osuus (E, U)

- molemmat puoliset kutsuttu yhdessä vastaanotolle
- koko perheen hyvinvoinnin selvittäminen keskustelun, havaintojen ja mahdollisten lomakkeiden avulla, esim. lasta odottavan perheen voimavara -lomake
 - raskaana olevan ja puolison mieliala (EPDS, ks. luku Mielenterveysongelmat)
 - sairaudet (perheen elämäntilanteeseen vaikuttavat)
 - terveystottumukset (Audit, tupakkariippuvuusseula, huumeet, lääkkeet puolisoilta, jos ei aiemmin tehty)
 - perheen sisäinen vuorovaikutus
 - parisuhde (keskustelunaiheina myös seksuaalisuus ja rakentava riitely, väkivallasta kysytään niin, että toinen puolisoista ei ole paikalla)
 - vanhempien odotukset synnytyksestä ja vanhemmuudesta tai kokemukset aiemmista synnytyksistä
 - tukiverkosto
 - taloudellinen tilanne
 - perhevalmennuksen esittely
- tarvittaessa ohjeistus rakenneultraäänitutkimuksesta ja ajanvaraus
- tiedonsiirron varmistaminen työparille
- perustutkimukset: RR, paino, u-gluk, u-prot, sikiön syke

13.–18. rvk Lasta odottavan perheen laaja terveystarkastus: lääkärin osuus (E, U)

- koko perheen hyvinvoinnin ja terveydentilan tarkastelu huomioiden edeltävän terveydenhoitajan/kättilön toteuttaman laajan terveystarkastuksen sisältö ja perheen tarpeet (perhetilanne, parisuhde, vanhemmuus, mieliala, tarv. BDI-seula; ks. luku Mielenterveysongelmat)
- keskustelu sikiön poikkeavuuksien seulonnasta
- terveysneuvonta ja tuki (ravitsemus, liikunta, päihteiden käyttö), tarvittaessa nikotiinikorvaushoito
- työhön liittyvät tekijät raskauden kannalta

- raskauden kulkuun liittyvät merkitykselliset lääketieteelliset tekijät (ml. riskit), ohjeistus raskaana olevan omaseurannasta (hälyttävät oireet ja toiminta niiden yhteydessä)
- raskauteen ja synnytykseen liittyvät tuntemukset (myös huolet, fyysinen vointi)
- sikiön syke

22.–24. rvk Vastaanottokäynti terveydenhoitajalla/kättilöllä (E, U)

- fyysinen ja psyykinen vointi: ennakoivat supistelut, selkävaivat, mieliala, omaseurannan tukeminen, hälyttävät oireet ja toiminta niiden yhteydessä, ohjaus sokeerirasitukseen (24.–28. rvk), tarvittaessa kotiseurannan aloitus
- tarv. veriryhmäkontrolli (24.–26. rvk), anti-D-immunoglobuliinisuojauksen tarpeen huomiointi (ks. luku Veriryhmämääritys ja immunisaatio)
- Lähisuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituslomake niin, että toinen puoliso ei ole läsnä
- BCG-kysely¹³
- raskaana olevan työssäkäynnin tukeminen, liikunta, ravitsemus ja muut terveystottumukset
- informaatio Kelan etuuskien hakemisesta ja todistus raskaudesta (SV 755)
- perustutkimukset: RR, paino, u-gluk ja u-prot, sf-mitta, sikiön syke

26.–28. rvk Vastaanottokäynti terveydenhoitajalla/kättilöllä (E)

- fyysinen ja psyykinen vointi työssä, opiskeluissa ja vapaa-ajalla
- raskaana olevan ja sikiön terveys: pre-eklampsian oireet, supistelut, sikiön kasvu
- raskaana olevan omaseurannan ohjaus ja tuki (hälyttävät oireet ja toiminta niiden yhteydessä)
- perustutkimukset: RR, paino, u-gluk, u-prot ja tarv. Hb, sf-mitta, sikiön syke

**30.–32. rvk Vastaanottokäynti terveydenhoitajalla/kättilöllä (tai kotikäynti ensisynnyttäjälle):
terveysneuvonta ja perustutkimukset (E, U)**

- fyysinen vointi: ennakoivat supistelut, selkävaivat
- mieliala, ravitsemus, liikunta, muut terveystottumukset
- imetyksen merkitys ja valmistautuminen imetykseen (ks. luku Imetysohjaus)
- vanhemmuus
- varhainen vuorovaikutus (VaVu-haastattelu)
- vauvan hoito ja tarvikkeet
- tukiverkoston kokoaminen tarvittaessa
- perhe- ja työtilanne
- synnytys ja siihen liittyvät tuntemukset, tarvittaessa ohjaus synnytyssairaalaan synnytyksensuunnittelukäynnille
- esitietolomake synnytyssairaalaan
- ohjaus raskaana olevan omaseurannasta ja hälyttävistä oireista (pre-eklampsia, supistelut, kutinat, verenvuoto, lapsivesi, tarv. sikiön liikkeet)
- perustutkimukset: RR, paino, u-gluk, u-prot ja tarv. Hb, ulkotutkimus, sf-mitta, sikiön syke

- 35.–36. rvk **Vastaanottokäynti lääkärillä ja terveydenhoitajalla/kättilöllä: terveysneuvonta ja perustutkimukset (E, U)**
- fyysinen vointi, mieliala (tarv. EPDS/BDI-seulat, ks. luku Mielenterveysongelmat)
 - terveystottumukset
 - synnytyksen lähestymisen merkit ja mahdolliset synnytykseen liittyvät huolet ja pelot
 - synnytystapa-arvio, loppuraskauteen ja synnytykseen liittyvien riskitekijöiden arviointi, tarvittaessa ohjaus synnytyssairaalaan
 - loppuraskauden sekä synnytyksen jälkeinen seksuaalisuus, perhesuunnittelu synnytyksen jälkeen
 - imetys
 - tarvittaessa veriryhmävasta-aineet-kontrolli raskausviikolla 36
 - B-streptokokkiseulonta raskausviikoilla 35–37
 - perustutkimukset: RR, paino, u-gluk, u-prot, sf-mitta, ulkotutkimus, sikiön tarjonta, sikiön syke
- 37.–41. rvk **Vastaanottokäynnit kahden viikon välein terveydenhoitajalla/kättilöllä: terveysneuvonta ja perustutkimukset (E,U)**
- fyysinen vointi, mieliala
 - ohjaus raskaana olevan omaseurannasta ja hälyttävistä oireista (pre-eklampsia, kutinat, verenvuoto, lapsivesi, sikiön liikkeet)
 - synnytykseen liittyvät asiat
 - imetys
 - parisuhde
 - perheen valmentautuminen lapsen syntymiseen
 - tarvittaessa lasketun ajan ylittymisen vuoksi lähete synnytyssairaalaan
 - perustutkimukset: RR, paino, u-gluk, u-prot, ulkotutkimus, sf-mitta, sikiön syke
- 1.–7. rvk **Synnytyksen jälkeen vastaanotto- tai kotikäynti, terveydenhoitaja/kättilö: terveysneuvonta ja tutkimukset (E,U) (ks. luku Kotikäynnit)**
- molempien puolisoitten raskaus- ja synnytyskokemukset
 - mieliala
 - imetys
 - synnyttäjän fyysinen toipuminen (kohdun supistuminen, tarv. episiotomian, vuodon ja rintojen tarkastus)
 - vastasyntyneen tutkimus: lapsen yleistilan ja perustoimintojen arviointi
 - tieto vastasyntyneen voinnin ja kehityksen jatkoseurannasta lastenneuvolassa (tarvittaessa ajanvaraus)
 - parisuhde ja seksuaalisuus, ehkäisyneuvonta
 - varhainen vuorovaikutus ja vanhemmuus
 - lapsenhoito
 - sisarusten huomiointi
 - tukiverkosto
 - kodin turvallisuus

- 5.–12. vk Synnytyksen jälkitarkastus, lääkäri tai siihen koulutuksen saanut terveydenhoitaja/kättilö (E, U) (ks. luku Jälkitarkastus)
- kokemukset raskausajasta ja synnytyksestä
 - lisääntymis- ja seksuaaliterveys (ehkäisyneuvonta)
 - imetys
 - äidin ja perheen voimavarat (tukiverkosto)
 - synnytyksen jälkeinen masennus (EPDS)
 - synnyttäneen hyvinvointi ja terveystottumukset
 - todistus jälkitarkastuksesta (SV 755)
 - terveydentilan seurannan jatkosuunnitelma (asiakkaalla ollut GDM tai muu myöhempiä huomiota vaativa raskauden tai synnytyksen aikainen häiriö tai sairaus)
 - perustutkimukset: RR, Hb, u-prot, u-gluk, paino.

Lähteet

1. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Mugford M, Lumbiganon P, Farnot U, Bersgjo P. 2001. WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO systematic review of randomized controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 19:357 (9268), 1565–1570.
2. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, Piaggio G. 2010. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10).
3. Joanna Briggs Institute. 2009. *Midwifery Practice Manual: Antenatal Visits: Routine Care*.
4. Korpi-Hyövälti E. 2012. Elämäntapaohjauksen merkitys raskausdiabeteksen riskiryhmiin kuuluvilla naisilla: syö yhden, liiku kahden puolesta. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. http://publications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0978-7/urn_isbn_978-952-61-0978-7.pdf.
5. Mathai M. 2011. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy: RHL commentary (last revised: 1 January 2011). The WHO Reproductive Health Library. World Health Organization. Geneva.
6. National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). 2008. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. www.nice.org.uk/CG062.
7. Nasjonale Faglige retningslinjer. 2005. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen... Sosial- og helsedirektoratet.
8. SFOG, 2008. Mödrhälsövård, sexuell och reproduktiv hälsa. Rapport nr 59.
9. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Julkaisuja 20. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
10. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 15 §. Neuvolapalvelut. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
11. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
12. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. 2007. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Review). *The Cochrane Library* 4.
13. http://www.thl.fi/fi_FI/web/rokottajankasikirja-fi/bcg-rokotukset.

7.5 LASTA ODOTTAVAN PERHEEN LAAJA TERVEYSTARKASTUS

Äitiysneuvolassa järjestettävään laajaan terveystarkastukseen sisältyy aina vanhempien ja koko perheen terveyden ja hyvinvoinnin arvio.¹⁻² Laaja terveystarkastus on määritely ja kuvattu yksityiskohtaisesti THL:n ohjeistuksessa työntekijöille ja päätöksentekijöille laajojen terveystarkastusten järjestämiseksi.³

Laajalla terveystarkastuksella tarkoitetaan äitiysneuvolassa tehtävää terveystarkastusta, kun

1. siihen osallistuu raskaana oleva nainen ja mahdollisuuksien mukaan hänen puolisonsa,
2. siinä käsitellään syntyvän lapsen, vanhempien ja koko perheen terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä laaja-alaisesti eri näkökulmista ja
3. sen toteuttavat terveydenhoitaja tai kätilö yhteistyössä lääkärin kanssa.

Terveystarkastuksen tekemisen edellytyksenä on hyvä vuorovaikutus ja toimiva yhteistyösuhde perheen ja työntekijöiden kesken. Laajaan terveystarkastukseen sisältyy aina myös terveysneuvontaa; tarkastuksen ja neuvonnan on muodostettava suunnitelmallinen kokonaisuus.³

Laajojen terveystarkastusten *tarkoituksena* on yhteistyössä perheen kanssa muodostaa käsitys syntyvän lapsen, vanhempien ja koko perheen terveys- ja hyvinvointitilanteesta. Yhteistyössä sovitaan myös mahdollisesti tarvittavista perheen omista ja palvelujärjestelmän toimenpiteistä ja niiden toteuttamisesta. *Tavoitteena* on vahvistaa lapsen, vanhempien ja koko perheen voimavaroja, terveyttä ja hyvinvointia, varhenta perheen ja perheenjäsenten tuen tarpeiden tunnistamista, varmistaa tuen oikea-aikainen järjestäminen perheelle sekä tehostaa syrjäytymisen ehkäisyä ja terveyserojen kaventamista.³

Merkitys

Laajassa terveystarkastuksessa on hyvät mahdollisuudet yksilön ja perheen voimavarojen tunnistamiseen ja tukemiseen, muun muassa vanhempien mielenterveyden ja varhaisen vuorovaikutuksen, parisuhteen ja vanhemmuuden tukemiseen (ks. luku Vanhemmuuden voimavarat ja varhainen vuorovaikutus). Ne myös tarjoavat tilaisuuden vaikuttaviksi todettujen toimintamallien ja työmenetelmien (mm. emotionaalinen ja tiedollinen tukeminen, terveysneuvonta, kotikäynnit, vertaisryhmätoiminta) käytölle perheiden hyvinvoinnin edistämiseksi.³ Laajaan terveystarkastukseen sisältyvän terveysneuvonnan aihepiireistä liikuntaan, ravitsemukseen, painonhallintaan, tupakointiin ja päihteen käyttöön liittyvän neuvonnan on todettu vähentävän kustannuksia.⁴ Vanhempien haastatteluun ja terveysneuvontaan soveltuvan motivoivan haastattelun merkityksestä terveystottumusten muutoksiin on tutkimusnäyttöä.⁵

Kumppanuuteen perustuva vastavuoroinen asiakassuhde tukee vanhempien osallisuutta omaa itseä ja perhettä koskeissa asioissa ja kannustaa omien näkemysten ja

ratkaisujen esilletuomiseen. Perheen asioihin paneutuminen tehostaa toimintaa ja voi jopa säästää perheen tarvitsemää kokonaisaikaa ja terveydenhuollon kustannuksia, kun ongelmiin päästään käsiksi varhaisessa vaiheessa. Keskustelussa esille tuotu tai terveystarkastuksen perusteella syntynyt huoli tulee ottaa puheeksi vanhempien kanssa. Laajan terveystarkastuksen erityisenä voimavarana on terveydenhoitajan/kättilön ja lääkärin yhteistyö, joka parhaimmillaan mahdollistaa ja tukee perheiden vaikeidenkin haasteiden kanssa työskentelyä perustasolla.³

Keskeiset aihealueet

Vanhempien hyvinvointi

Äitiysneuvolan laajassa terveystarkastuksessa selvitetään raskaana olevan naisen ja sikiön terveyden lisäksi koko perheen hyvinvointia. Käytännössä perheen, vanhempien ja syntyvän lapsen mahdollisten sisarusten asioita on luontevinta selvittää samanaikaisesti aihepiiri kerrallaan. Eri sisältöalueita painotetaan raskaana olevan naisen ja koko perheen tarpeiden ja toiveiden perusteella sekä terveydenhoitajan/kättilön ja lääkärin näkökulmasta terveystarkastuksen, ennakkotietojen sekä aikaisemmin kertyneen tiedon pohjalta. Kliinisiä tutkimuksia suunnataan keskustelussa saadun informaation mukaisesti.³

Seuraavassa on aihepiireittäin koottuna teemoja ja kysymyksiä, joiden kautta hyvinvointia ja terveyttä voidaan tarkastella ja arvioida huomioiden kaikkien eri tahojen näkökulmat. Keskustelun lähtökohtana on vanhempien oma arvio perheen tilanteesta, heidän tarpeensa ja mahdolliset huolenaiheensa. Yhden laajan terveystarkastuksen ei ole tarkoitus kattaa niitä kaikkia, vaan tarkastuksessa aihepiirejä käsitellään perheen tarpeiden ja terveydenhoitajan/kättilön ja lääkärin harkinnan mukaan.³ Vanhempia voi kannustaa pohtimaan omaa ja koko perheen tilannetta jo ennen laajaa terveystarkastusta esimerkiksi voimavaralomakkeen avulla. Tällöin lomake toimii keskustelun avajana perheen yksilöllisten tarpeiden pohjalta.

Raskaana olevan naisen ja sikiön terveydentila. Laajassa terveystarkastuksessa seurataan raskaana olevan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista vointia. Keskeisiä keskustelun aihealueita ovat raskaana olevan fyysinen vointi, mieliala sekä työssä ja kotona jaksaminen. Ensimmäistä lasta odottavat perheet ohjataan perhevalmennukseen, ja heille annetaan tietoa sosiaalietuuksista ja -palveluista.

Vanhempien terveys ja hyvinvointi. Vanhempien kanssa keskustellaan etenkin isän (tai puolison) terveydentilasta ja voinnista, mahdollisista sairauksista ja hoidoista sekä niiden vaikutuksista perhe-elämään, mm. huolenpitoon lapsista ja vuorovaikutukseen perheessä. Myös puolisoiden keskinäinen suhde, toimiva vuorovaikutus, seksuaaliterveyteen liittyvät asiat ja vanhemmuutta koskevat odotukset ovat tärkeitä keskustelun aiheita. Vanhempien mielikuvat syntyvästä lapsesta on tarpeen nostaa keskusteluun lapsen ja vanhempien välisen varhaisen vuorovaikutuksen ja kiintymyssuhteen tukemiseksi. Keskustelua käydään vanhempien jaksamisesta ja esimerkiksi työnjaosta ja tukiverkostosta.

Vanhempien terveystottumukset. Keskiraskauden alku on otollinen ajankohta käsitellä kattavasti äidin ja koko perheen terveystottumuksia, kuten tupakointia, alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä sekä ravitsemukseen, liikuntaan ja lepoon liittyviä asioita. Keskustelussa on hyvä palata raskauden alkuvaiheessa tehtyihin kyselyihin ja kar-toituksiin ja niihin mahdollisesti liittyviin toimenpiteisiin. Keskustelussa huomioidaan mahdollisten epäsuotuisten terveystottumusten aiheuttamat riskit raskaudelle, sikiön hyvinvoinnille, synnytykselle ja syntyvän lapsen hoidolle. Terveystarkastuksessa keskustellaan hyvistä terveystottumuksista, arvioidaan tarpeelliset hoitotoimet ja sovitaan palveluihin ohjauksesta. Vanhempia motivoidaan kohentamaan terveystottumuksiaan.

Vanhempien parisuhde ja kodin ilmapiiri. Laajassa terveystarkastuksessa kiinnite-tään huomiota vanhempien ja koko perheen elämäntilanteeseen ja hyvinvointiin ja sitä tukeviin ja mahdollisesti haittaaviin asioihin. Tapaamisessa ennakoitaan lapsen synty-mää ja keskustellaan muuttuvan perhetilanteen herättämistä odotuksista, perheen so-siaalisista suhteista ja voimavaroista. Keskeinen aihe on lapsen syntymän ja eri ikävai-heiden vaikutus parisuhteeseen ja parisuhteen laadun vaikutus lapsen hyvinvointiin. Erityisesti yksin lasta odottavien tilanne ja tukiverkoston riittävyys on tärkeä huomi-oida.

Perherakenne. Vanhempia pyydetään kuvailemaan perhettään ja luonnehtimaan mm. sen arvoja, odotuksia ja toiveita sekä päivittäistä elämää.

Lapsen ja vanhempien välinen vuorovaikutus ja kasvatuskäytännöt. Vanhempien kanssa keskustellaan heidän oman lapsuutensa perheen kasvatuskäytännöistä ja vuo-rovaikutuksesta. Vanhempia pyydetään pohtimaan, millaisia vanhempia he haluavat olla ja millainen on vanhempien välinen vuorovaikutus ja vuorovaikutus lapsen kanssa, tai kuvailemaan, mitä ne ovat uudelleensynnyttäjäperheen kohdalla. Lisäksi keskustel-laan vanhemmuuden erilaisista rooleista, lämmön ja rakkauden merkityksestä ja rajo-jen asettamisesta lapsen ikävaiheen mukaisesti sekä perheenjäsenten avoimesta vuoro-vaikutuksesta.

Perheen ja syntyvän lapsen elinolot ja taloudellinen tilanne. Perheen kanssa kes-kustellaan toimeentulon ja vanhempien työllisyystilanteen vaikutuksista lapsen ja ko-ko perheen terveyteen ja hyvinvointiin (mm. stressi). Perheen taloudellinen tilanne ja mahdolliset taloudelliset vaikeudet huomioidaan myös siksi, että perhe voidaan ohjata tarvittaviin palveluihin (Kela, sosiaalitoimi). Taloudellinen tilanne otetaan huomioon esimerkiksi terveysneuvontaa annettaessa (ravitsemus, liikuntaharrastukset). Kodin ja asuinympäristön turvallisuudesta kannattaa keskustelu käynnistää jo raskausaikana.

Perheen ja syntyvän lapsen tukiverkosto. Keskustelua käydään tukiverkoston tärkey-destä kuormittavassa elämäntilanteessa kuten lapsen syntymän yhteydessä. Tukiver-kosto on erityisen tärkeä pikkulapsiperhevaiheessa, yhden huoltajan perheissä, maa-hanmuuttajaperheissä ja erilaisissa elämän kriisitilanteissa. Esitellään paikkakunnalla olevia mahdollisuuksia tutustua muihin lapsiperheisiin ja palvelut, joita perhe voi tar-vita tai joihin sillä on oikeus.

Mahdollisten sisarusten keskinäiset suhteet ja vointi

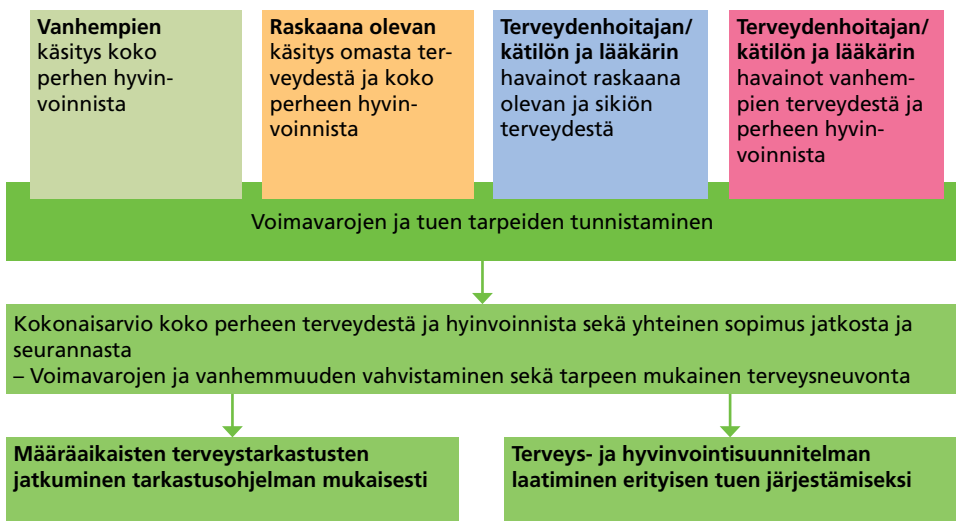
Mahdollisten sisarusten suhtautuminen uuteen perhejäsenen on yhtenä keskusteluteemana, samoin vanhempien kyky huomioida sisarusten yksilöllisyys, oikeudenmukaisuus kaikkia lapsia kohtaan ja ajan antaminen kullekin erikseen.

Kokonaisarvio perheen hyvinvoinnista ja terveydestä

Tarkastuksen lopuksi tehdään yhdessä perheen kanssa kokonaisarvio perheen hyvinvoinnista, terveydestä ja terveystottumuksista (kuviot 1).

Kokonaiskuvan saamiseksi tarkastellaan esiin tulleita vahvuuksia ja mahdollisia tuen tarpeita sekä pohditaan perheen omia voimavaroja ja tukiverkostoa. Arvioidaan, tarvitaanko neuvolan, muun perhetyön, moniammatillisen kuntoutustyöryhmän, terveyskeskuksen erityistyöntekijöiden, erikoissairaanhoidon, erityispalvelujen tai jonkin muun tahon tukea. Jatkosuunnitelma on aina yhdessä perheen kanssa tehty suunnitelma, johon kaikki tahot voivat sitoutua. Perheelle annetaan aktiivinen rooli tuen tarpeen arvioimisessa ja sopivan tukimuodon valinnassa sekä tarvittaessa myös aikaa päätöksen tekemiseen. Jokaiselle perheelle annetaan palautetta sen vahvuuksista ja muista voimavaroista.³

Tarkastuksen aikana on tärkeää varmistaa, että raskaana olevalle naiselle ja hänen perheelleen jää selkeä käsitys siitä, mitä on sovittu ja miten asia etenee jatkossa. Heidän pitää myös tietää, kehen, minne ja miten he voivat tarvittaessa ottaa yhteyttä. Suurella osalla lasta odottavista perheistä määräaikaiset terveystarkastukset jatkuvat suunnitellun tarkastusohjelman mukaisesti. Jos erityinen tuki on tarpeen, vanhemmalle ja koko perheelle laaditaan terveys- ja hyvinvointisuunnitelma. Kun tarkastuksessa pää-



Kuvio 1. Kokonaiskuvan ja arvion muodostuminen äitiysneuvolan laajassa terveystarkastuksessa (mukaillen Hakulinen-Viitanen ym. 2012, s. 35)

dytään tekemään lähete muihin palveluihin, niin tilannetta seurataan ja huolehditaan siitä, että asiakas saa tarvittavat palvelut. Jonotusajalle sovitaan tarvittaessa seuranta-käyntejä neuvolaan. Perheen kannalta varteenotettava vaihtoehto voi olla erityispalvelujen tai erikoissairaanhoidon työntekijöiden kutsuminen mukaan äitiysneuvolan lisäkäynnille.³

SUOSITUS

- ▶ Äitiysneuvolan ensikäynnillä molemmille vanhemmille kerrotaan laajasta terveystarkastuksesta ja kutsutaan heidät siihen.
- ▶ Laajassa terveystarkastuksessa käsitellään syntyvän lapsen, vanhempien ja koko perheen terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia asioita laaja-alaisesti eri näkökulmista. Terveystarkastuksen lopussa tehdään yhteenveto perheen hyvinvoinnista, terveydestä ja terveystottumuksista.
- ▶ Laajan terveystarkastuksen suositeltava ajankohta on raskausviikolla 13–18, jolloin lapsen syntymään on vielä aikaa ja mahdollisiin huoliin pystytään puuttumaan riittävän ajoissa.
- ▶ Laajan terveystarkastuksen tekee terveydenhoitaja/kätilö yhteistyössä lääkärin kanssa. Työnjaosta riippuen tarkastus tehdään terveydenhoitajan/kätilön ja lääkärin yhteisvastaanotolla tai erillisillä vastaanotoilla. Jos laaja terveystarkastus tehdään erillisillä vastaanotoilla, terveydenhoitajan vastaanotto järjestetään ensin ja huolehditaan, että lääkärintarkastuskin on mahdollisimman varhaisilla raskausviikoilla. Jos laaja terveystarkastus järjestetään yhteisvastaanotolla, terveydenhoitaja/kätilö ja lääkäri sopivat työnjaosta ja yhteenvedon tekemisen tavasta etukäteen.
- ▶ Terveydenhoitajan/kätilön tekemään tarkastukseen varataan aikaa 1 tunti 30 minuuttia ja lääkärille 30 minuuttia. Jos perheen erityisen tuen tarve on ennalta tiedossa, varataan perheelle edellä mainittua pidempi aika.
- ▶ Jos perheessä on lapsi(a), jonka (joiden) kanssa perhe on hiljattain käynyt laajassa terveystarkastuksessa, räätälöidään laajan terveystarkastuksen sisältö ja tarvittava aika perhekohtaisesti.
- ▶ Erityisen tuen järjestämiseksi vanhemmalle ja koko perheelle laaditaan terveys- ja hyvinvointisuunnitelma.

Lähteet

1. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
2. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 20, Helsinki.
3. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hasturup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus – Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 22/2012. Helsinki.
4. Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2008:1. Helsinki.
5. Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. 2010. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice* 20(2), 137–160.

7.6 SEURANTATUTKIMUKSET JA SEULONNAT

Seulonta on osa ehkäisevää terveydenhuoltoa. Seulonnoilla voidaan etsiä tauteja, joiden varmistamiseen tarvittavat tutkimukset ja hoidot ovat terveydenhoidossa saatavilla.¹

VERENPAININE

Verenpaineen vaihtelu on tyypillistä raskausaikana. Raskauden keskikolmanneksen aikana yleinen verenpaine laskee, mutta palautuu normaalille tasolle raskauden viimeisessä kolmanneksessa.² Verenpaineen kohoaminen (> 140/90 mmHg) luokitellaan *raskausaikaiseksi*, kun se ilmenee raskausviikon 20⁺⁰ jälkeen, ja *krooniseksi*, kun verenpaine on koholla jo ennen raskaaksi tulemistä tai ennen raskausviikkoa 20⁺⁰.³ Verenpaineen kohoaminen lisää raskauskomplikaatioiden riskiä, mm. sairastuvuutta ja kuolleisuutta.² (Ks. luku Krooninen verenpainetauti.)

Kohonnut verenpaine voi viitata myös pre-eklampsiaan, jos verenpaine kohoaa (diastolinen paine ≥ 90 mmHg) raskausviikolla 20⁺⁰ tai sen jälkeen ja samanaikaisesti esiintyy valkuaista virtsassa (proteinuria ≥ 300 mg/24 h).³ (Ks. luku Pre-eklampsia.)

Verenpaineen seurannassa oikeaoppinen mittaustekniikka, verenpaineen kohoamiseen liittyvien oireiden tunnistaminen ja seurantaan liitettävä yleinen terveysneuvonta on tärkeää. Raskausaikaisella liikunnalla on suotuisa vaikutus verenpaineeseen varsinkin ylipainoisilla äideillä.⁴ Verenpaineen mittausta jännittävät asiakkaat, joilla ilmenee ns. valkotakkiverenpainetta, voivat lisäksi hyötyä kotimittauksesta.⁵

SUOSITUS

- ▶ Kaikilla äitiysneuvolan määräaikaikaisilla terveystarkastuskäynneillä mitataan asiakkaan verenpaine Käypä hoito -suosituksen⁶ ohjeiden mukaisesti.
- ▶ Huomiota kiinnitetään ennen mittausta olevaan lepoaikaan. Jos raskaana oleva mittaa itse verenpaineensa ennen vastaanottoa, häntä opetetaan tekemään se oikein. Sama koskee kotona tehtävää verenpaineen mittausta ja kotiseurantaa.

Lähteet

1. Leipälä J, Hänninen K, Saalasti-Koskinen U, Mäkelä M, THL. 2009. Kuinka kertoa sikiön poikkeavuuksien seulonnasta. Opas äitiyshuollon työntekijöille.
2. Ong J. 2009. Antenatal: Blood Pressure. Midwifery Practice Manual. The Joanna Briggs Institute.
3. Steegers AP, Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. 2010. Pre-eclampsia. The Lancet 376(9741), 631–644.
4. Stutzman SS, Brown CA, Hains SM, Godwin M, Smith GN, Parlow JL, Kisilevsky BS. 2010. The effects of exercise conditioning in normal and overweight pregnant women on blood pressure and heart rate variability. Biological Research for Nursing 12(2), 137–148.
5. Denolle T, Weber JL, Calvez C, Getin Y, Daniel JC, Lurton O, Cheve MT, Marechaud M, Bessec P, Carbonne B, Razafintsalama T. 2008. Diagnosis of white coat hypertension in pregnant women with teletransmitted home blood pressure. Hypertension in Pregnancy 27(3), 305–313.
6. Kohonnut verenpaine (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009. www.kaypahoito.fi [viitattu 16.6.2009].

VIRTSAN TUTKIMUKSET

Virtsan lisääntynyt valkuainen saattaa viitata pre-eklampsiaan eli raskausmyrkytykseen, etenkin jos verenpaine on myös koholla (ks. luku Pre-eklampsia), tai (oireettomaan) virtsatietulehdukseen, jos leukosyytti- ja nitriittiarvot ovat kohonneet (ks. luku Virtsatieinfektiot ja oireeton bakteeriuria).^{1–2} Sokeripitoisuus voi viitata gestaatio- eli raskausdiabetekseen (ks. luku Raskausdiabetes). Raskausdiabetes diagnosoidaan glukosirasituskokeella (OGTT = suun kautta tehtävä kahden tunnin glukosirasituskoe). Se tehdään ensisijaisesti äitiysneuvolassa, josta raskausdiabeetikot ohjataan jatkoseurantaan erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikalle.^{1,3–4}

SUOSITUS

- ▶ Kaikilla äitiysneuvolan määräaikaikäisillä käynneillä tutkitaan raskaana olevan virtsasta liuskakokeella valkuainen ja sokeri.
- ▶ Kahden tunnin sokerirasitus tehdään pääsääntöisesti kaikille raskaana oleville raskausviikoilla 24⁺⁰–28⁺⁶.
- ▶ Jos alkuraskaudessa todetaan sokerin erittymistä virtsaan, tehdään kahden tunnin sokerirasitus jo raskausviikoilla 12⁺⁰–16⁺⁶.
- ▶ Kaikille raskaana oleville tehdään alkuraskaudessa virtsan bakteeriviljely oireettoman infektion poissulkemiseksi.⁵

Lähteet

1. The Joanna Briggs Institute. 2009. Midwifery Practice Manual: Antenatal Visits: Routine Care.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2008. Antenatal care, routine care for the healthy pregnant woman. Screening for clinical problems: Pre-eclampsia.
3. The American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). 2011. Screening and Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus. Committee Opinion.
4. Raskausdiabetes (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkäri-neuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008. www.kaypahoito.fi [viitattu 24.4.2013].
5. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2008. Antenatal care, routine care for the healthy pregnant woman. Screening for infections: Asymptomatic bacteriuria.

HEMOGLOBIININ SEURANTA

Jos veressä on riittämätön määrä punasoluja tai happea kudoksiin kuljettavaa hemoglobiinia, tilaa kutsutaan anemiaksi. Raskausaikana veren hemoglobiinipitoisuus vähenee ja plasmavolyymi kasvaa. Tämän tarkoituksena on mahdollistaa veren virtaaminen paremmin kohtuun ja sikiöön. Tilaa kutsutaan fysiologiseksi anemiaksi, eikä tavallisesti vaadi hoitoa.^{1–2, 4} Raskausajan anemiaksi määritellään Suomessa Maailman terveysjärjestön (WHO) antaman ohjeistuksen mukaisesti veren hemoglobiiniarvon jääminen alle 110 g:aan/l.³ Kansainvälinen näyttö ei suosittele rutiininomaista rautavalmisteiden käyttöä.^{1, 4–5} (Ks. luku Anemia, trombosytopenia ja tromboosi.)

SUOSITUS

- ▶ Raskaana oleville annetaan tietoa ravitsemuksesta ja raudan imeytymisestä.
- ▶ Kaikilta raskaana olevilta määritetään hemoglobiinitaso ensimmäisellä neuvolakäynnillä. Jos hemoglobiini on 110 g/l tai enemmän, otetaan seuraava näyte vasta raskausviikolla 28, jonka jälkeenkin hemoglobiinitaso ehditään tarvittaessa korjaamaan riittävälle tasolle ennen synnytystä.⁴⁻⁵
- ▶ Jos hemoglobiini on alle 110 g/l ensikäynnillä tai alle 105 g/l viikolla 28, raskaana olevaa neuvotaan ottamaan rautavalmistetta suun kautta.
- ▶ Rutiininomaista rautavalmisteiden käyttöä ei suositella.^{1,4}

Lähteet

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Screening for haematological problems: anaemia. NICE Clinical Guideline. NICE. London.
2. Reveiz L, Gyte GML, Cuervo LG, Casasbuenas A. 2012. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Review. CD003094.
3. WHO. 2001. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control. WHO/NHD/01.3, Geneva.
4. Pavord S, Myers B, Robinson S, Allard S, Strong J, Oppenheimer C. 2011. UK guidelines on management of iron deficiency in pregnancy. British Committee for Standards in Haematology.
5. McArthur A. 2010. Antenatal Visits: Routine Care. Midwifery Practice Manual. The Joanna Briggs Institute.

VERIRYHMÄMÄÄRITYS JA IMMUNISAATIO

Raskausaikainen immunisoituminen sikiön isältään perimiä veriryhmätekiäjiä kohtaan voi aiheuttaa sikiön tai vastasyntyneen hemolyyttisen taudin. Taudin vaikeimmat muodot, jotka hoitamattomina voivat johtaa sikiön vammautumiseen tai kuolemaan, liittyvät yleensä RhD-, Rhc- ja K- (Kell-) immunisaatioihin. Useisiin muihinkin veriryhmiin liittyvät immunisaatiot voivat olla raskauden kannalta merkityksellisiä.¹

Raskausimmunisaatioiden toteamiseksi tehtävä veriryhmävasta-aineseulonta on Suomessa keskitetty SPR Veripalvelun laboratorioon. Keskittäminen takaa, että seulonnassa löydettyjen vasta-aineiden merkitys osataan arvioida oikein ja että riskiraskaudet ohjataan jatkohoitoon erikoissairaanhoidon. Veripalvelussa tutkitaan vuosittain noin 80 000 seulontaohjelman mukaista näytettä. Raskauden kannalta merkityksellinen vasta-aine todetaan 0,8 %:ssa kaikista raskauksista.¹ Raskausaikaisten veriryhmä- ja vasta-

ainetutkimusten tiedot tallennetaan SPR Veripalvelussa laboratoriotietojen rekisteriin, mikä mahdollistaa raskauksien luotettavan seurannan äidin asuinpaikasta riippumatta. Immunisoituneiden äitien vastaukset lähetetään neuvolan lisäksi alueen yliopistollisen keskussairaalan äitiyspoliklinikalle seurannan ja hoidon tarpeen arvioimiseksi.

Tässä suosituksessa ei muuteta aiempaa ABO- ja RhD-veriryhmän määrittämistä eikä punasoluvasta-aineiden seulontaa. Uutena käytäntönä suositellaan annettavaksi neuvolassa anti-D-immunoglobuliinisuojaus kaikille RhD-negatiivisille äideille raskausviikoilla 28⁺⁰–30⁺⁶. Tämän raskausaikaisen rutiininomaisen anti-D-suojauksen on todettu vähentäneen merkittävästi vastasyntyneiden hemolyyttiseen tautiin liittyvää sairastuvuutta ja kuolleisuutta sekä myös vähentävän kustannuksia, eikä nykyisistä valmisteista ole kuvattu koituvan vakavia haittoja äidille tai sikiölle.^{2–5}

Raskausaikana suojaus tulee edelleen antaa kaikissa tilanteissa, joissa sikiöstä voi vuotaa verta äitiin (esim. keskenmeno, keskeytys, kohdunulkoinen raskaus, raskausajan verenvuoto, kohdun alueen trauma, istukka- tai lapsivesinäytteen otto, perätilan ulkokäännös). Myös anti-D-immunoglobuliinisuojausta (1250–1500 IU tai 250–300 µg) synnytyksen jälkeen 72 tunnin kuluessa jatketaan RhD-negatiivisille äideille, joiden lapsi on RhD-positiivinen. RhD-negatiivisten äitien suojaus anti-D-immunoglobuliinilla synnytyksen jälkeen on tärkein äidin immunisointumista ja vastasyntyneen vaikean hemolyyttiseen taudin riskiä vähentävä toimenpide.⁶

RhD-negatiivisten äitien sikiöistä 60 % on RhD-positiivisia. Sikiön RhD-veriryhmä on mahdollista määrittää äidin verinäytteestä raskausaikaisen anti-D-immunoglobuliinisuojauksen ja immunisaatoraskauksien seurannan oikein kohdentamiseksi.^{7–9} Tutkimus tehdään SPR Veripalvelussa. Korkean riskin immunisaatoraskauksissa näyte voidaan ottaa raskausviikolta 16⁺⁰ lähtien. Suojauksen kohdentamista varten näyte voidaan ottaa raskausviikoilla 24⁺⁰–26⁺⁶ samalla, kun RhD-negatiivisilta äideiltä otetaan näyte veriryhmävasta-aineseulontaa varten.

SUOSITUS

- ▶ Kaikilta raskaana olevilta otetaan raskauden ensimmäisellä kolmanneksella verinäyte ABO- ja RhD-veriryhmän määrittämiseksi ja punasoluvasta-aineiden seulontaa varten.
- ▶ RhD-negatiivisilta äideiltä veriryhmävasta-aineet seulotaan uudelleen raskausviikoilla 24⁺⁰–26⁺⁶ ja 36.
- ▶ RhD-positiivisten äitien veriryhmävasta-aineet seulotaan uudelleen raskausviikolla 36, jos äiti on saanut verensiirtoja tai perheen aikaisempia lapsia on hoidettu kellastumisen vuoksi heti syntymän jälkeen.
- ▶ Jos seulonnassa todetaan vasta-aineita, ne tunnistetaan ja raskauden kannalta merkityksellisten vasta-aineitten pitoisuuksia seurataan säännöllisesti, yleensä kuukausittain.

- ▶ Synnytyksen jälkeisestä ja riskiperusteisesta anti-D-immunoglobuliinisuojauksesta huolimatta osa RhD-negatiivisista äideistä immunisoituu johtuen raskausaikaisesta, oireettomasta sikiöstä äitiin tapahtuvasta vähäisestä verenvuodosta. Näiden immunisaatioiden ehkäisemiseksi anti-D-immunoglobuliinisuojaus (1250–1500 IU tai 250–300 µg) suositellaan annettavaksi neuvolassa kaikille RhD-negatiivisille äideille raskausviikoilla 28⁺⁰–30⁺⁶.
- ▶ Synnytyksen jälkeen anti-D-immunoglobuliinisuojaus (1250–1500 IU tai 250–300 µg) annetaan RhD-negatiivisille äideille 72 tunnin kuluessa, jos lapsi on RhD-positiivinen.
- ▶ Raskausaikana suojaus annetaan RhD-negatiivisille äideille kaikissa tilanteissa, jotka altistavat sikiöstä äitiin tapahtuvalle verenvuodolle (esim. keskenmeno, keskeytys, kohdunulkoinen raskaus, raskausajan verenvuoto, kohdun alueen trauma, istukka- tai lapsivesinäytteen otto, perätilan ulkokäännös).

Lähteet

1. Sainio S, Kuosmanen M. 2012. RhD-negatiivisten äitien rutiinimainen raskaudenaikainen suojaus on aiheellista: Vastasyntyneen hemolyytinen tauti ei ole hävinnyt Suomesta. *Duodecim*, 128, 151–157.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Blood grouping and red-cell alloantibodies. NICE Clinical Guideline. NICE. London.
3. Crowther CA, Middleton P. 2009. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database of Systematic Review*, CD000020.
4. Ong J. 2009. Evidence Summary: Rhesus D-Negative Women. *Midwifery Practice Manual*. The Joanna Briggs Institute.
5. Crowther CA, Middleton P. 2010. Anti-D administration after childbirth for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database of Systematic Review*, CD000021.
6. Pilgrim H, Lloyd-Jones M, Rees A. 2009. Routine antenatal anti-D prophylaxis for RhD-negative women: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 13, 10.
7. Koeweijin JM. 2009. Detection and prevention of pregnancy immunization-The OPZI study. Thesis. University of Amsterdam. The Netherlands. <http://dare.uva.nl/document/122402>.
8. Clausen F, Christiansen M, Jorhgensen S ym. 2011. Report of the first nationally implemented clinical routine screening for fetal RHD in D-pregnant women to ascertain the requirement for antenatal RhD prophylaxis. *Transfusion*, 52(4): 752–8.
9. Tiblad E, Wikman A, Ajne G ym. 2012. Targeted routine antenatal anti-D prophylaxis in the prevention of RhD immunization – outcome of a new antenatal screening and prevention program. *Obstet Gynecol* 120(2 Pt 1), 227–34.

PAINO

Raskausaikana paino nousee keskimäärin 14–15 kg.¹⁻² Painonnousu koostuu sikiön, lapsiveden määrän ja istukan kasvun lisäksi äidin kudosten kasvusta (rasvakudos, solun ulkoinen neste, verivolyymi, kohtu ja rinnat). Uudet raskausaikaisen painonnousun suositukset on esitetty taulukossa 1.³ Niiden tavoitteena on vähentää terveysongelmia sekä äideillä että lapsilla. Vaikka yksilöllistä vaihtelua esiintyy, suositeltavalla vaihteluvälillä olevan painonnousun on kussakin painoindeksiluokassa havaittu olevan yhteydessä parhaimpaan tulokseen raskauden kulun ja lapsen ja äidin terveyden kannalta (esim. vähemmän keisarileikkauksia ja raskauden jälkeisiä paino-ongelmia, vähemmän suuri- tai pienipainoisia vastasyntyneitä). Sopiva painonnousu ja terveellinen ravinto tukevat myös imetyksen onnistumista.

Liian alhainen raskausaikainen painonnousu lisää syntyvän lapsen pienipainoisuutta ja kehitysongelmia verrattuna lapsiin, joiden äidin paino nousee riittävästi.³ Liiallinen raskausaikainen painonnousu puolestaan lisää raskauskomplikaatioiden, keisarileikkauksen ja suuripainoisen lapsen riskiä ja hankaloittaa äidin painon palautumista raskautta edeltävään painoon. Liiallinen painonnousu saattaa myös lisätä riskiä sairastua raskausdiabetekseen, jonka suurimmat riskitekijät ovat raskautta edeltävä ylipainoisuus ja lihavuus.

Monisikiöraskauksissa paino saa nousta enemmän raskauden aikana: normaalipainoisella 17–25 kg, ylipainoisilla 14–23 kg ja lihavilla 11–19 kg.³ Suositusta ei ole pystytty antamaan alipainoisille naisille tiedon puutteen takia.

Suomessa vuonna 2011 synnyttäneistä naisista 23 % oli raskaaksi tullessaan ollut ylipainoisia (painoindeksi 25,0–29,9 kg/m²) ja 12 % lihavia (painoindeksi vähintään 30 kg/m²).⁴ Ylipainoiset ja lihavat naiset tarvitsevat erityistukea raskausaikana, koska heillä on suurempi keskenmenojen, raskausdiabeteksen, raskausmyrkytyksen (preeklampsian), ennenaikaisen tai hidastuneen synnytyksen, keisarileikkauksen ja perinataalisten infektioiden riski.⁵ Synnytyksestä toipuminen, imetyksen onnistuminen ja raskautta edeltävään painoon palaaminen on hitaampaa lihavilla naisilla normaalipainoisiin verrattuna. Lihavuus lisää myös vastasyntyneen terveyteen liittyviä riskejä, kuten epämuodostumien todennäköisyyttä, sikiöikään suhteutettua suurikokoisuutta ja

TAULUKKO 1. Suositeltava raskausaikainen painonnousu painoindeksin mukaan

Painoindeksi (BMI) ennen raskautta	Suosittelava kokonaispainonnousu (kg) ¹
Alipainoiset: < 18,5 kg/m ²	12,5–18,0
Normaalipainoiset: 18,5–24,9 kg/m ²	11,5–16,0
Ylipainoiset: 25,0–29,9 kg/m ²	7,0–11,5
Lihavat: ≥ 30,0 kg/m ²	5,0–9,0

¹ Ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana painon ei tarvitse nousta juuri lainkaan.

heikompaa yleistä terveydentilaa.⁵⁻⁶ Myös ylipainoisuuden tiedetään lisäävän näitä äidin ja lapsen riskejä, vaikkakin vähemmän kuin lihavuuden.

Äitiysneuvolassa kaikille raskaana oleville tarjotaan ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa ja painon nousun seuranta useimpien neuvolakäyntien yhteydessä. Raskausaikaisen ravitsemus- ja liikuntaneuvonnan ja painon nousun seuraamisen tiedetään vähentävän suuripainoisena syntyneiden lasten osuutta.⁷

Paino mitataan jokaisella neuvolakäynnillä, ja suositeltavasta painon noususta kerrotaan jo ensimmäisellä käynnillä. Painoa seurataan suosituksiin perustuvien painon nousukäyrien avulla, jolloin liian suureen tai liian pieneen painon nousuun pystytään puuttumaan ajoissa (kuva 1). Painon nousukäyrät ovat sekä raskaana olevan että terveydenhoitajan/kättilön käytössä. Painon nousun sopivuutta arvioitaessa tulisi huomioida asiakkaan ruoka- ja liikuntatottumusten lisäksi myös muut raskauden kulun kannalta oleelliset asiat, kuten sikiön sopiva kasvunopeus sekä rasvan ja turvotuksen osuudet ylimääräisestä painon noususta.

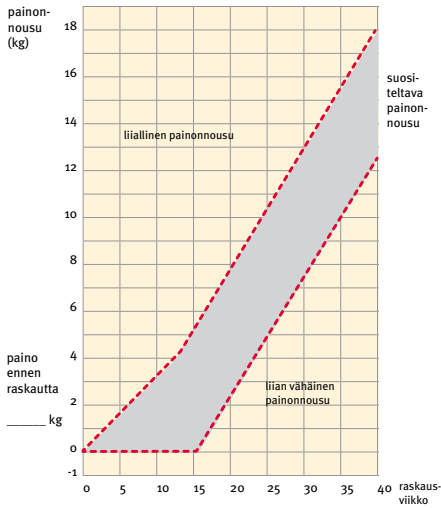
Erityishuomiota tulisi kiinnittää niihin raskaana oleviin, jotka syövät yksipuolisesti, ovat ali- tai ylipainoisia ennen raskautta tai joilla on tai on aiemmin ollut syömiseen tai painon säätelyyn liittyviä vaikeuksia (esim. anoreksiaa tai bulimiam). Näiden naisten ravitsemusohjauksen perustana tulee olla perusteellinen äidin nykyisten ruokatottumusten kartoitus. Ravitsemusohjauksen tulee olla asiakaslähtöistä, perusteltua ja havainnollista. Suositeltava ruokavalio kerrotaan raskaana olevalle ruokana, ruoka-aineina, valmisteiden valintana ja ruoanvalmistusvinkkeinä. Kaikki nämä raskaana olevat hyötyvät ravitsemusterapeutin ryhmässä tai yksilöllisesti antamasta ohjauksesta. Ravitsemusterapeutin vastaanottoa tarvitsevat välttämättä ne, joilla raskauden aikana BMI on yli 35 tai alle 18,5, sekä ne, joilla on jossain elämän vaiheessa diagnosoitu syömishäiriö.

Ylipainoisten ja lihaviiden naisten ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa toteutetaan samoin periaattein kuin muidenkin raskaana olevien neuvontaa. Tavoitteena on auttaa raskaana olevaa parantamaan ravinto- ja liikuntatottumuksiaan pienin muutoksin raskausaikana (ks. luvut Ravitsemus ja Liikunta). Painon hallinnasta keskusteltaessa on hyvä huomioida asian taustalla mahdollisesti olevat elämää kuormittavat asiat ja psyykinen tuki.

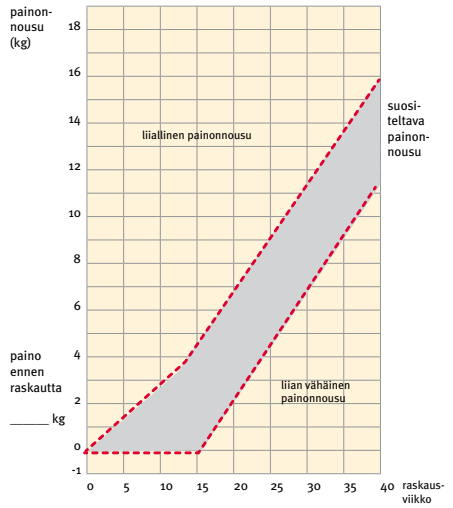
Ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa ja painon seuranta on tärkeä jatkaa synnytyksen jälkeen lastenneuvolakäyntien yhteydessä, jotta palautuminen raskautta edeltävään painoon olisi helpompaa. Vaikka neuvonnalla ei aina onnistuttaisi vaikuttamaan edullisesti äidin painon kehitykseen, terveellisten ravinto- ja liikuntatottumusten omaksumisella on hyödyllisiä vaikutuksia äidin ja koko perheen terveyteen.

Painonnousun seuranta äidille, jonka BMI < 18,5 kg/m²

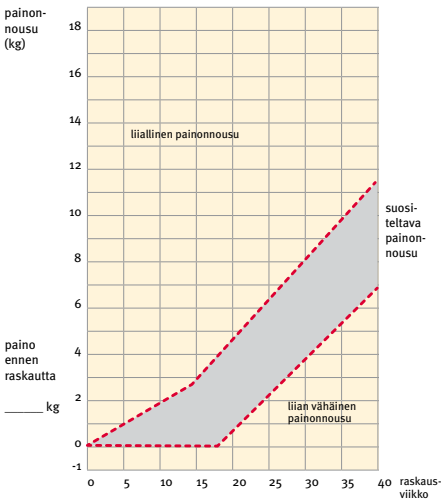
Suositeltava kokonaispainonnousu 12,5–18 kg

**Painonnousun seuranta äidille, jonka BMI 18,5–24,9 kg/m²**

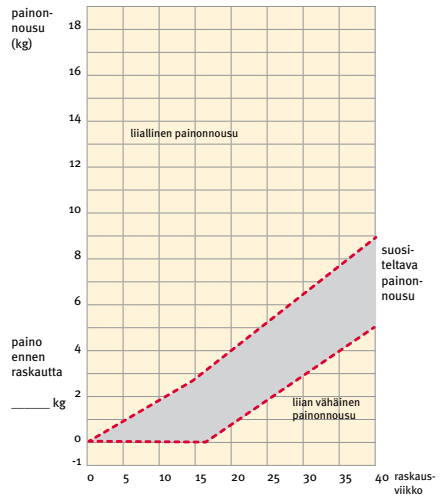
Suositeltava kokonaispainonnousu 11,5–16 kg

**Painonnousun seuranta äidille, jonka BMI 25–29,9 kg/m²**

Suositeltava kokonaispainonnousu 7–11,5 kg

**Painonnousun seuranta äidille, jonka BMI ≥ 30 kg/m²**

Suositeltava kokonaispainonnousu 5–9 kg



Kuva 1. Painoindeksi-ryhmittäiset painonnousukäyrät (NELLI-tutkimus - ja kehittämishanke, UKK-instituutti 2010).

SUOSITUS

- ▶ Raskauden painonnoususuosituksista ja yksilöllisestä suosituksesta kerrotaan ensimmäisellä neuvolakäynnillä, ja paino mitataan jokaisella äitiysneuvolakäynnillä.
- ▶ Painonnousua seurataan raskaana olevan oman painoindeksin mukaista painonnousukäyrää apuna käyttäen (ks. kuva 1), ja liialliseen tai liian vähäiseen painonnousuun puututaan.
- ▶ Raskaana oleva ohjataan tarvittaessa ravitsemusterapeutin vastaanotolle.

Lähteet

1. Piirainen T, Isolauri E, Lagström H, Laitinen K. 2006. Impact of dietary counselling on nutrient intake during pregnancy: a prospective cohort study. *British Journal of Nutrition* 96, 1095–1104.
2. Kinnunen TI. 2009. Prevention of excessive pregnancy-related weight gain. *Acta Tampereensis*; 1379, Tampere University Press. Tampere. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7567-2.pdf>.
3. IOM (Institute of Medicine). 2009. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington, DC: The National Academies Press. http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12584.
4. Vuori E, Gissler M. 2011. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Tilastoraportti 20/2012. Helsinki 2012.
5. Nelson SM, Matthews P, Poston L. 2009. Maternal metabolism and obesity: modifiable determinants of pregnancy outcome. *Human Reproduction Update* 16, 255–274.
6. Kristensen J, Vestergaard M, Wisborg K, Kesmodel U, Secher NJ. 2005. Pre-pregnancy weight and the risk of stillbirth and neonatal death. *BJOG* 112, 403–8.
7. Luoto R, Kinnunen TI, Aittasalo M, Kolu P, Raitanen J, Ojala K, Mansikkamäki K, Lamberg S, Vasankari T, Komulainen T, Tulokas S. 2011. Primary prevention of gestational diabetes mellitus and large-for-gestational-age newborns by lifestyle counseling: a cluster-randomized controlled trial. *Plos Med* 8(5), e1001036. doi:10.1371/journal.pmed.1001036.

SEULOTTAVAT INFEKTIOT

Kuppa (*lues, syfilis*)

Kupan aiheuttaja on *Treponema pallidum* -spirokeetta. Kuppa tarttuu sekä seksiteitse että äidistä lapseen. Kupan itämisaika tartunnasta ensioireisiin on 3–4 viikkoa, mutta ensioireet voivat jäädä huomaamattomiksi ja sairastunut oireettomaksi kantajaksi.¹⁻² Osalle kantajista kuppa aiheuttaa myöhäisoiireena hermosto- ja verenkiertoelinvaurioita. Hoitamaton kuppa voi aiheuttaa sikiön kuoleman tai merkittävän sikiövaurion, joka on estettävissä ajoissa annettulla hoidolla. Tartunnan vaara on suurin loppuraskaudessa. Kuppa on hyvin hoidettavissa, ensisijainen hoito on suun kautta otettava penisilliini. Kuppataartunta todetaan osoittamalla kuppabakteerin vasta-aineita verestä. Raskaana olevan kuppataartunta hoidetaan kuten muillakin potilasryhmillä.¹⁻³

Vuonna 2011 kuppatapuuksia ilmoitettiin Suomessa 179 (3,4/100 000),⁴ joista raskaana olevia oli 24.⁵ Kuppa kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen perusteella tartuntatautien raskausaikaiseen seulontaan.⁶

HIV

HIV on ihmisen immuunipuutosvirus, joka tuhoaa elimistön puolustusjärjestelmää.⁷⁻⁸ HIV tarttuu seksiteitse, veren välityksellä ja äidistä lapseen. Ilman toimenpiteitä noin kolmannes HIV-tartunnan saaneiden äitien lapsista saa tartunnan. Tartuntaa voidaan tehokkaasti ehkäistä äidin raskauden ja synnytyksen aikaisella lääkehoidolla, synnytyksen suunnittelulla, vastasyntyneen lääkityksellä ja imetyksestä pidättäytymällä. Nykyaikainen lääkehoito on muuttanut HIV-infektion krooniseksi sairaudeksi, jonka kantaja voi elää täysin normaalia elämää.

Vuonna 2011 tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin 176 uutta HIV-tartuntaa.⁴ Äitiysneuvolaseulassa todettiin 22 HIV-infektiota, joista yli puolet oli tiedossa ennen raskautta. HIV kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen perusteella tartuntatautien raskausaikaiseen seulontaan.⁶ Suomessa ei tiedetä tapahtuneen yhtään tartuntaa äidistä lapseen silloin, kun äidin HIV on ollut tiedossa ennen synnytystä.⁹

Hepatiitti B

Hepatiitti B -virus (HBV) kuuluu hepadnavirusiin ja aiheuttaa maksatulehdusta.¹⁰⁻¹¹ HBV tarttuu seksiteitse, veren välityksellä ja äidistä lapseen. Aikuinen HBV-tartunnan saanut sairastuu yleensä akuuttiin maksatulehdukseen, mutta jää harvoin kantamaan virusta; vastasyntyneenä tartunnan saanut jää kantajaksi lähes aina. Krooninen kantajuus voi edetä maksakirroosiin ja maksasyöpään. B-hepatiitin tarttuminen on ehkäisävissä tehokkaasti rokotuksella. Tarttuminen äidistä vastasyntyneeseen riippuu äidin viruskuormasta, ja tartunnan todennäköisyys vaihtelee 10 %:sta yli 90 %:iin. Vastasyntyneen infektio voidaan estää rokotuksilla ja vasta-ainehoidolla sekä joissakin tapauksissa äidin lääkehoidolla.¹² Imetykselle ei ole estettä, jos lapsi on saanut rokotuksensa.

Vuonna 2011 raskausaikaisessa seulonnassa todettiin 86 B-hepatiitin kantajaa (näistä 44 uusia diagnooseja).⁵ Hepatiitti-B kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen perusteella tartuntatautien raskausaikaiseen seulontaan.⁶

Hepatiitti C

Hepatiitti C -virus (HCV) kuuluu flavivirusiin ja aiheuttaa maksatulehdusta.^{10, 13} HCV tarttuu yleensä veriteitse ja vain harvoin seksiteitse tai äidistä lapseen. Tärkein riskitekijä on ruiskuuhumeiden käyttö. Lapsuusiän C-hepatiitin yleisin syy on tartunta äidistä lapseen. Tartunnan riski on noin 5 %, ja toistaiseksi minkään intervention ei ole todettu vähentävän tartuntaa.¹⁴⁻¹⁵ C-hepatiitti ei ole este imetykselle. C-hepatiittia vastaan ei ole olemassa rokotetta. HCV-infektio voidaan todeta verestä määrittämällä HCV-vasta-aineet.

Vuonna 2011 tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin 1 132 uutta C-hepatiittitartuntaa. C-hepatiitti ei toistaiseksi kuulu tartuntatautien raskausaikaiseen seulontaan. C-hepatiitin nyky lääkehoito on kontraindisoitu raskausaikana,¹⁴ mutta raskauden jälkeen äiti voidaan ohjata hoitoon, ja lapsen mahdollinen infektio voidaan todeta ja hoitaa.

B-ryhmän streptokokki

B-ryhmän streptokokki (*Streptococcus agalactiae*, GBS) on yksi merkittävimmistä vastasyntyneen infektiosairauksista. Se voi aiheuttaa lapselle vakavan infektion ja sen seurauksena kuoleman tai elinikäisen vammautumisen.^{16–20} Aikuisilla GBS-bakteeria voi olla mm. ruoansulatuskanavassa, emättimessä, virtsarakossa, nielussa tai iholla ilman että se aiheuttaa tautia. Raskaana olevista naisista 10–30 %:lla on GBS-bakteeria peräsuolella tai emättimessä. Bakteeri tarttuu kosketuksen välityksellä. Jos raskaana oleva kantaa GBS-bakteeria, se voi tarttua lapsen synnytyksen aikana.

GBS-kantajuus voidaan todeta raskausaikana ottamalla näyte viljelyä varten emättimestä ja peräaukon suulta.¹⁶ Suomessa terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö Finohta on tehnyt eri ehkäisymalleista kustannusvaikuttavuuslaskelman, jossa kaikkien raskaana olevien seulonta todettiin vaikuttavimmaksi.²⁰ Oireetonta bakteerikolonisaatiota ei hoideta raskausaikana. Synnytyksen aikana äidille annettavalla mikrobilääkeprofylaksilla pyritään estämään vastasyntyneen infektio.

SUOSITUS

- ▶ Kaikilta raskaana olevilta otetaan verinäyte kupan, hepatiitti B:n ja HIV:n seulomiseksi.
- ▶ Raskaana oleva, jolla todetaan positiivinen kuppaserologia, lähetetään aina erikoissairaanhoidon arviointiin äitiyspoliklinikalle.
- ▶ Raskaana oleva, jolla on HIV-infektio, lähetään aina erikoissairaanhoidon joko äitiyspoliklinikalle tai HIV-potilaiden hoitoon perehtyneelle klinikalle.
- ▶ Jos raskaana olevalla todetaan B-hepatiitti, tehdään merkintä neuvolakorttiin vastasyntyneen tartunnan ehkäisyä varten. Raskaana olevan hoidon tarve arvioidaan tutkimalla hänestä ALAT, HBeAg ja HBV-Nh. Jos ALAT on koholla tai virustaso on korkea, raskaana oleva ohjataan äitiyspoliklinikalle.
- ▶ C-hepatiittinäyte otetaan aina, jos asiakas tuo esille riskitekijöitä tai toivoo näytettä otettavaksi tai havaitaan maksaentsyymien nousu raskausaikana.

- ▶ Kaikilta raskaana olevilta suositellaan seulottavaksi B-streptokokki emättimen ulkosuulta ja peräaukosta raskausviikolla 35⁺⁰–36⁺⁶. Raskausaikaista antibioottihoitoa GBS:n häätämiseksi ei suositella, mutta synnytyssairaalassa annetaan bakteerin kantajille mikrobilääkeprofylaksi synnytyksen käynnistyttyä.
- ▶ Jos aiemmin syntyneellä lapsella on ollut GBS-infektio, äidillä on aiemmin ollut GBS-sepsis tai hänellä on todettu muussa näytteesä GBS raskausaikana, annetaan mikrobilääkeprofylaksi synnytyksen aikana.

Lähteet

1. Oksi J, Seppälä IJT, Hytönen J. 2010. Treponema pallidum ja syfilis. Teoksessa Mikrobiologia. Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet, 257–260. Duodecim.
2. Sukupuolitaudit (online). Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010. www.kaypahoito.fi [viitattu 9.4.2013].
3. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Infektiotaudit – työvälineitä tartuntatautien torjuntaan. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/kuppa.
4. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Tartuntataudit Suomessa 2011. Raportti 36. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-658-8>.
5. Surcel H-M. 2013. Henkilökohtainen tiedonanto. Sähköpostikeskustelu 9.4.2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
6. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista ja tartuntatautien raskaudenaikaisesta seulonnasta 421/2004. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040421>.
7. Suni J, Saksela K, Ristola M. 2010. Ihmisen immuunikatovirukset. Teoksessa Mikrobiologia. Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet, 640–668. Duodecim.
8. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Infektiotaudit – työvälineitä tartuntatautien torjuntaan. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/hiv.
9. Salo E. 2013. Henkilökohtainen tiedonanto 25.04.2013.
10. Lappalainen M, Färkkilä M. 2010. Hepatiittivirukset ja virushepatiitit. Teoksessa Mikrobiologia. Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet, 569–590. Duodecim.
11. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Infektiotaudit – työvälineitä tartuntatautien torjuntaan. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/hepatiitti-b.
12. Piratvisuht T. 2013. Optimal management of HBV infection during pregnancy. Liver International Special Issue: Proceedings of the 6th Paris Hepatitis Conference, International Conference on the Management of Patients with Viral Hepatitis, 188–194.
13. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Infektiotaudit – työvälineitä tartuntatautien torjuntaan. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/hepatiitti-c.
14. Cottrell EB, Chou R, Wasson N, Rahman B, Guise J-M. 2013. Reducing Risk for Mother-to-Infant Transmission of Hepatitis C Virus: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine, 158, 2, 109–113.
15. Le Campion A, Larouche A, Fauteux-Daniel S, Soudeyns H. 2012. Pathogenesis of hepatitis C during pregnancy and childhood. Viruses, 6;4 (12), 3531–50.
16. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Infektiotaudit – työvälineitä tartuntatautien torjuntaan. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/b-ryhman-streptokokki.
17. Uotila J, Lyytikäinen O. 2012. Vastasynntyneen varhaisen B-ryhmän streptokokki -infektion ehkäisy. Suomen Lääkärilehti 50–52, 3768–3772.
18. CDC. Guidelines for the Prevention of Perinatal Group B Streptococcal (GBS) Disease. MMWR 59:RR-10, 2010.
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). 2012. The Prevention of Early – onset Neonatal Group B Streptococcal Disease. Green-top Guideline No. 36.
20. Hovi S-L, Lyytikäinen O, Autti-Rämö I, Laitinen R, Mäkelä M ja asiantuntijaryhmä. 2007. B-ryhmän streptokokkitaudin ehkäisy vastasyntyneillä: Toimintamallien vertailu. Finohtan raportti 2007:31.

SIKIÖN POIKKEAVUUKSIEN SEULONTA

Sikiön poikkeavuuksien seulonnasta on säädetty asetuksella.¹ Asetuksen toimeenpanon tueksi laaditut suositukset ja ohjeet löytyvät Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) seulontasivuilta.² http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/seulonnat/sikiön_poikkeavuuksien_seulonnat. Tässä esitetään vain lyhyt kuvaus asetuksen mukaisista seulunnoista ja annetaan viitetiedot ja linkit yllä mainittuun asetukseen, suosituksiin ja ohjeisiin.

Muutamalla prosentilla sikiöistä ja vastasyntyneistä on jokin kromosomi- tai rakennepoikkeavuus. Osa poikkeavuuksista voi aiheuttaa vastasyntyneen kuoleman tai vaatia hoitoa heti syntymän jälkeen. Joidenkin poikkeavuuksien hoito voidaan aloittaa jo sikiökaudella, joten niiden tunnistaminen jo raskausaikana on syntyvälle lapselle hyödyksi. Raskausaikana saatu tieto sikiön poikkeavuudesta antaa aikaa valmistautua vaikeasti sairaan lapsen syntymään tai kuolemaan, ja se antaa myös mahdollisuuden päättää raskauden keskeyttämisestä 24. raskausviikon alkuun saakka (24+0). Kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksia voidaan seuloa ultraäänitutkimuksella, etsimällä muutoksia äidin veren merkkiaineiden pitoisuuksissa tai näiden yhdistelmillä.³⁻⁴

Kuntien on valtioneuvoston seulonta-asetuksen¹ mukaan järjestettävä raskaana oleville mahdollisuus osallistua taulukossa 1 esitettyihin seulontoihin. Seulonta-asetuksen tavoitteena on parantaa lisääntymisautonomiamia tarjoamalla kaikille raskaana oleville vapaaehtoisia, yhdenmukaisia, maksuttomia ja laadukkaita seulontoja ja tarvittaessa jatkotutkimuksia. Lisäksi tavoitteena on vähentää sairastuvuutta ja imeväiskuolleisuutta ja antaa raskaana oleville asiallista, yhdenmukaista ja ajallisesti oikeaa tietoa seulontaohjelman eri vaihtoehtoista.⁴

Seulontoihin osallistuminen on vapaaehtoista. Raskaana oleville ja heidän perheilleen tulee antaa tietoa *suullisesti* ja *kirjallisesti* sikiöseulontojen tarkoituksesta, tavoitteista ja vaikutuksista, seulonnan menetelmistä, jatkotutkimuksen sisällöistä ja mahdollisista seulontaan liittyvistä haitoista kaikissa seulontaprosessin vaiheissa, jotta he pystyvät tekemään tietoisien päätösten joko osallistua tai olla osallistumatta seulontatai jatkotutkimuksiin. Raskaana oleva voi myös muuttaa mieltään ja keskeyttää osallistumisen missä vaiheessa tahansa. Poikkeavan (positiivisen) seulontatuloksen jälkeen tarjotut jatkotutkimukset ovat myös vapaaehtoisia.⁴

Positiivisen löydöksen yhteydessä perheen tulee saada nopeaa ja asianmukaista neuvontaa asiaan perehtyneeltä ammattihenkilöltä.³⁻⁵

Taulukko 1. Seulonta-asetuksen mukaiset sikiön poikkeavuuksien seulonnat

Tutkimus	Raskausviikot
Varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus	<ul style="list-style-type: none"> 10⁺⁰–13⁺⁶
Kromosomipoikkeavuuksien selvittäminen	
Ensisijainen vaihtoehto: Varhaisraskauden yhdistelmäseulonta	<ul style="list-style-type: none"> 9⁺⁰–11⁺⁶ 11⁺⁰–13⁺⁶
<ul style="list-style-type: none"> seerumiseulonta ja sikiön niskaturvotuksen mittaus yleisen ultraäänitutkimuksen yhteydessä 	
TAI	
Toissijainen vaihtoehto (ellei yllä mainittu ensisijainen seulonta jostakin syystä ole mahdollinen):	
Raskauden toisen kolmanneksen seerumiseulonta	<ul style="list-style-type: none"> 15⁺⁰–16⁺⁶
Ultraäänitutkimus vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi eli rakenneseulonta	<ul style="list-style-type: none"> 18⁺⁰–21⁺⁶ TAI <ul style="list-style-type: none"> raskausviikon 24⁺⁰ jälkeen

SUOSITUS

- ▶ Äitiysneuvolassa kaikille raskaana oleville annetaan puolueeton ja kantaa ottamaton informaatio sikiön poikkeavuuksien seulonnoista. Raskaana olevia tuetaan sikiön poikkeavuuksien seulontaa koskevassa päätöksenteossa. Heille annetaan kaikille raskaana oleville tarkoitettu THL:n opas Sikiöseulonnat – Opas raskaana oleville⁶ (ks. luku Määräaikaisten terveystarkastusten käyntirunko).
- ▶ Jos seulonnoissa sikiöllä on todettu olevan riski poikkeavuuteen tai sikiön poikkeavuudesta on tieto tai epäily, raskaana olevalle annetaan tukea äitiysneuvolassa. Raskaana oleville annetaan puolueeton ja kantaa ottamaton informaatio jatkotutkimuksista, ja heitä tuetaan niitä koskevassa päätöksenteossa. Heille annetaan THL:n opas Sikiöseulonnan jatkotutkimukset – Sikiön kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksien epäilyn selvittäminen.⁶ Raskaana olevat ohjataan heidän niin halutessaan jatkotutkimuksiin erikoissairaanhoidon.
- ▶ Raskaana olevia tuetaan tarvittaessa äitiysneuvolassa raskauden jatkumista tai keskeyttämistä koskevassa päätöksenteossa ja sen jälkeenkin päätöksestä riippumatta (ks. luvut Raskaudenkeskeytys, Vammaisien lapsen odotus). Pääosin näissä tapauksissa neuvonta, tuen antaminen ja hoito tapahtuvat erikoissairaanhoidossa, mutta tutun ja turvallisen äitiysneuvolan antamalla tuella ja keskusteluavulla on

usein suuri merkitys perheelle. Tuen ja neuvonnan apuna voi käyttää THL:n opasta Kuinka kertoa sikiön poikkeavuuksien seulonnoista. Opas äitiyshuollon työntekijöille.⁷

Lähteet

1. Valtioneuvoston asetus seulonnoista 339/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110339>.
2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) seulontasivut: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/seulonnat/sikiön_poikkeavuuksien_seulonnat.
3. Autti-Rämö I, Koskinen H, Mäkelä M, Ritvanen A, Taipale P ja asiantuntijaryhmä 2005. Raskauden ajan ultraäänitutkimukset ja seerumiseulonnat rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien tunnistamisessa. FinOHTAn raportti 27/2005. Stakes.
4. STM. 2009. Sikiön poikkeavuuksien seulonta. Seulonta-asetuksen täytäntöönpanoa tukevan asiantuntijaryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:1. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6503.pdf.
5. Leipälä J, Hänninen K, Saalasti-Koskinen U, Mäkelä M. 2009. Kuinka kertoa sikiön poikkeavuuksien seulonnoista. Opas äitiyshuollon työntekijöille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen opas 2/2009. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/2be75cfc-7bc4-4b1c-878b-07a887a25df9>.
6. THL: Oppaat sikiön poikkeavuuksien seulonnoista perheille. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/seulonnat/sikiöseulonnat/oppaat_perheille.
7. Leipälä J, Hänninen K, Saalasti-Koskinen U, Mäkelä M, THL. 2009. Kuinka kertoa sikiön poikkeavuuksien seulonnasta. Opas äitiyshuollon työntekijöille. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/2be75cfc-7bc4-4b1c-878b-07a887a25df9>.

IRTSOLUNÄYTTEET

Gynekologisella irtosolunäytteellä seulotaan kohdunkaulasyövän esiasteita. Löytämällä ja hoitamalla esiasteet voidaan ehkäistä itse syöpään sairastumista. Myös emättimen syövän esiasteita voidaan löytää tällä menetelmällä. Irtosolunäytteestä tehtävä papa-testi on tähän asti ollut lähes ainoa käytetty seulontaväline, mutta nyt HPV-testi (Human papillomavirus) on tulossa rinnalle testin paremman herkkyuden takia.¹ HPV-testillä on kuitenkin rajoitteensa, eikä sitä tule käyttää seulontavälineenä, koska HPV-infektio on niin yleinen alle 35-vuotiaalla naisilla.¹

Suomessa kuntien tulee järjestää kohdunkaulasyöpää ehkäisevää papa-seulontaa 30–60-vuotiaille naisille viiden vuoden välein.² Joissakin kunnissa seulotaan myös 25- tai 65-vuotiaita. Seulontojen aloittaminen alle 25-vuotiaiden ryhmässä ei ole järkevää.³

SUOSITUS

- ▶ Äitiysneuvolassa irtosolunäyte otetaan aina, kun nainen on seulonnan kohdeikässä (30-, 35-, 40-, 45- tai 50-vuotias) eikä näytettä ole vielä otettu. Hänet voidaan myös opastaa kunnan osoittamaan organisoituun seulontanäytteenottoon.
- ▶ Jos naisella on ollut aiemmin papa- tai esiaistemuutoksia, niiden seuranta tapahtuu Käypä hoito -suosituksen mukaisesti. Tällöin alun tiheämmässä seurannassa papa-testi tehdään yleensä vuoden välein vähintään kolme vuotta, sen jälkeen siirrytään normaaliin seuloon.
- ▶ Jos papa-testissä todetaan normaalista poikkeavia muutoksia raskauden tai äitiyshuollon asiakkuuden aikana, edetään jatkotutkimuksissa Käypä hoito -suosituksen mukaisesti.
- ▶ Raskaus- ja/tai imetysaika EI ole este gynekologisen irtosolunäytteen otolle, vaan näyte otetaan aivan tavalliseen tapaan.
- ▶ Valko- tai verivuoto ei ole este irtosolunäytteen otolle. Vuoto pyyhitään pois harsotaitoksella ennen näytteenottoa näytteen laadun ja luotettavuuden varmistamiseksi.

Lähteet

1. Anttila A, Kotaniemi-Talonen L, Leinonen M, Hakama M, Laurila P, Tarkkanen J, Malila N, Nieminen P. 2010. Rate of cervical cancer, severe intraepithelial neoplasia, and adenocarcinoma in situ in primary HPV-DNA screening with cytology triage: randomised study within organised screening programme. *BMJ* 340, c1804 doi:10.1136/bmj.c1804.
2. Valtioneuvoston asetus seulonnoista, numero 2006.
3. Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnytinten solumuutokset – diagnostiikka, hoito ja seuranta (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Kolposkopiayhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010. www.kaypahoito.fi.

KOHDUN KASVU JA SIKIÖN ASENTO

Ulkotutkimus ja sf-mitta

Kohdun kasvun seurannassa ulkotutkimus¹⁻² ja symfyysi-fundus- eli sf-mitan³⁻⁴ käyttö ovat helposti toteutettavia, edullisia ja noninvasiivisia menetelmiä.^{2-3,5} Sf-mittaa seurattaessa on hyvä tunnistaa mittauksen mahdolliset virhelähteet ja arvioida raskauden edistymistä kokonaisvaltaisesti. Sikiön tarjonta selvitetään ulko- ja tarvittaessa myös sisäutkimuksen avulla viimeistään 35. raskausviikolla. Jos tarjonta jää epäselväksi, tehdään lähete äitiyspoliklinikalle tarjonnan tarkistamiseksi.

Sf-mitta tarkoittaa senttimetreinä mitattua välimatkaa häpyliitoksen yläreunasta kohti sikiön perää/päätä eli kohdunpohjan korkeimpaan kohtaan. Kohdunpohjan arviointi on usein vaikeaa varhaisilla raskausviikoilla (< 28). Sf-mitan tarkkuus eli kyky erottaa todelliset oikeat poikkeavuudet paranee raskauden edetessä. Kohdunpohja on yksisikiöisessä raskaudessa navan korkeudella noin raskausviikolla 24, jolloin sf-mittaus on usein tarpeeton. Jos synnyttäjän raskausaikaiset seulontatutkimukset ovat olleet normaalit, on sikiön kasvupoikkeamien kehittyminen ilman muita raskauslöydöksiä harvinaista ennen 28. raskausviikkoa. Sf-mitta otetaan jokaisella määräaikaisella käynnillä 24 raskausviikon jälkeen, ja mittaukset kirjataan seurantakäyrälle.^{3, 4, 6}

Sisätutkimus

Raskausaikaisella rutiininomaisella sisätutkimuksella pyritään löytämään ne raskaana olevat, joilla on riski ennenaikaiseen synnytykseen eli ennen raskausviikkoa 37⁺⁰.⁷ Gynekologista sisätutkimusta eli kohdunkaulan palpaatiota edeltää aina sikiön ulkotutkimus, ja toimenpide selitetään hyvin asiakkaalle. Rutiininomainen gynekologinen sisätutkimus ei vähennä ennenaikaisen synnytyksen ilmaantuvuutta eikä se siten ole välttämätön terveen ja oireettoman raskaana olevan kohdalla, jolla ei ole ennenaikaisen synnytyksen riskitekijöitä.⁷⁻⁸

SUOSITUS

- ▶ Sf-mitta mitataan oikeaa mittaustekniikkaa noudattaen jokaisella äitiysneivolakäynnillä 24. raskausviikon jälkeen.
 - ▶ Ulkotutkimus suoritetaan tarvittaessa raskausviikon 24 jälkeen sikiön tilan, asennon ja koon arvioimiseksi. Viimeistään 35. raskausviikolla arvioidaan sikiön tarjonta ulkotutkimuksen ja tarvittaessa sisätutkimuksen avulla. Jos sf-mitta on poikkeavan kookas, tulee potilaalle tehdä sokerirasitus, jollei sitä ole jo tehty.
 - ▶ Jos tarjonta on epäselvä, se varmistetaan ultraäänitutkimuksella neuvolassa tai tarvittaessa äitiyspoliklinikalla.
 - ▶ Äitiysneuvolassa suoritettava rutiininomainen gynekologinen sisätutkimus ei ole tarpeellinen oireettomille ja terveille naisille, joilla ei ole ennenaikaisen synnytyksen riskiä.
 - ▶ Sisätutkimus suoritetaan tarvittaessa lääketieteellisillä perusteilla, joita ovat esimerkiksi tulehdusoireet, kivuliaat ja toistuvat supistukset, sekä ennenaikaisen synnytyksen riskiin viittaavien esitietojen perusteella.
-
-

Lähteet

1. Raussi-Lehto E. 2007. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika: Syntymän hoito. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P, Äimälä A-M. (toim.) Kätilötyö. Edita Prima, Helsinki.
2. Webb SS, Plana MN, Zamora J, Ahmad A, Earley B, MacArthur C, Khan K. 2011. Abdominal palpation to determine fetal position at labor onset: a test accuracy study. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 90, 1259–1266.
3. Carstens J. 2009. Antenatal: Fundal Height: Measurement. *Midwifery Practice Manual*. The Joanna Briggs Institute.
4. Väyrynen P. 2007. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika: Raskauden ajan seuranta. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P, Äimälä A-M. (toim.) Kätilötyö. Edita Prima, Helsinki.
5. Neilson JP. 2009. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Review*, CD000944.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2010. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Fetal growth and well-being. NICE Clinical Guideline. NICE. London.
7. Alexander S, Boulvain M, Ceysens G, Haelterman E., Zhang WH. 2010. Repeat digital cervical assessment in pregnancy for identifying women at risk of preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Review*, CD005940.
8. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Screening for clinical problems: preterm birth. NICE Clinical Guideline. NICE. London.

SIKIÖN LIIKESURANTA

Raskaana oleva tuntee sikiön liikkeet keskimäärin raskausviikoilla 16–20, mutta liikkeiden tuntemiseen voivat vaikuttaa mm. äidin merkittävä ylipaino tai istukan kiinnittyminen kohdun etuseinämään.¹ Sikiön liikkeiden määrä vaihtelee yksilöllisesti. Sikiön aktiivisuus on korkeimmillaan raskausviikoilla 28–34 ja vähenee loppuraskaudessa. Kirjallisuuden mukaan terveen sikiön liikkeiden määrä voi vaihdella neljästä sataan tunnin aikana, mutta Suomessa suositeltuna vaihteluvälinä on pidetty yleisesti kymmenestä sataan liikettä. Sikiön liikkeiden väheneminen voi johtua esimerkiksi vähentyneestä lapsiveden määrästä, sikiön unijaksosta, äidin lääkkeiden tai päihteiden käytöstä tai sikiön ahdinkotilasta.

Sikiön liikelaskenta on menetelmä, jonka avulla voidaan tarkkailla sikiön hyvinvointia, mutta rutiininomaisesti toteutetusta sikiön liikkeiden seurannan hyödyllisyydestä ei ole selvää näyttöä.^{2–4} Sikiön liikkeiden tarkkailu edellyttää raskaana olevalta omaa aktiivisuutta ja saattaa aiheuttaa turhaa huolta sikiön voinnista. Menetelmä on kuitenkin edullinen ja yksinkertainen eikä kuluta merkittävästi terveydenhuollon resursseja. Raskaana oleville neuvotaan, miten sikiön liikkeet lasketaan, jotta asiakas voi tehdä niin tarvittaessa. (Ks. luku Sikiön poikkeava liikkuminen.)

SUOSITUS

- ▶ Raskaana oleville annetaan tietoa sikiön normaalista liikkumisesta.
 - ▶ Raskaana oleville ohjataan oikeaoppinen liikelaskenta. Liikelaskentaa suositellaan tehtäväksi vain tarvittaessa raskausviikon 32 jälkeen, mutta aina lasketun ajan ohituttua.
-
-

Lähteet

1. Mangesi L, Hofmayer GJ, Smith V. 2012. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Review*, CD004909.
2. Hofmeyr GJ, Novikova N. 2012. Management of reported decreased fetal movements for improving pregnancy outcomes. *Cochrane Database of Systematic Review*, CD009148.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Fetal wellbeing: Routine monitoring of fetal movements.
4. Winje BA, Saastad E, Gunnes N, Tveit JV, Stray-Pedersen B, Flenady V, Frøena JF. 2011. Analysis of 'count-to-ten' fetal movement charts: a prospective cohort study. *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 118(10), 1229–1238.

SIKIÖN SYKKEEN SEURANTA

Sikiön sydämen sykkeen kuuluminen vahvistaa, että sikiö on elossa, mutta on epätoennäköistä, että sen perusteella voitaisiin saada muita yksityiskohtaisia tietoja sikiön hyvinvoinnista.^{1–3} Sikiön sykkeen normaali vaihteluväli on 110–160, ja sykkeen nopeutuminen on kuultavissa esimerkiksi sikiön liikkeessa.^{4–5} Sikiön syke on yleensä kuultavissa raskausviikolta 12, mutta varmemmin vasta raskausviikolta 13 lähtien. Raskaana olevalle sikiön sykkeen kuuleminen voi olla positiivinen kokemus, ja sillä voi olla merkitystä isäsuhteen syntymiselle. Toisaalta se voi lisätä turhaa huolta esimerkiksi silloin, kun sykettä yritetään kuunnella liian varhaisessa vaiheessa.⁶ (Ks. luku Sikiön poikkeava syke.)

SUOSITUS

- ▶ Kansainvälisestä tutkimusnäytöstä ei löydy selkeitä perusteita sikiön sykkeen rutiininomaiselle kuuntelulle normaaliraskaudessa.
 - ▶ Sikiön sykettä voidaan kuitenkin kuunnella raskausviikolta 13 lähtien, koska se voi olla perheelle tärkeää. Todettu sikiön syke kirjataan, mutta sykkeen perustasoa ei tarvitse kirjata.
-
-

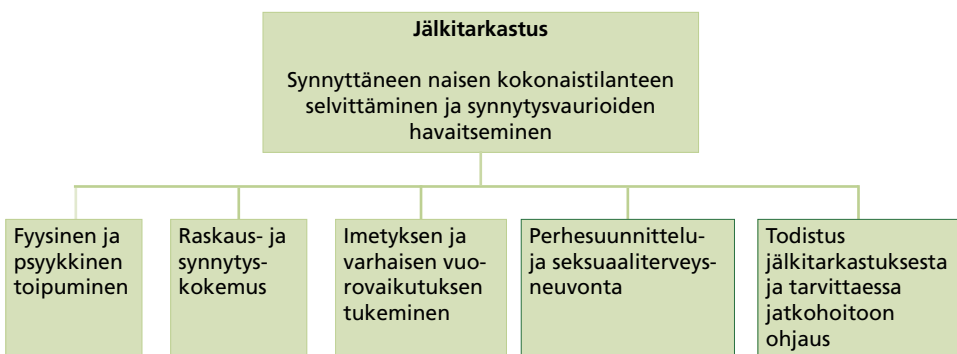
Lähteet

1. Alfrevic Z, Stampalija T, Gyte GML. 2010. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy. Cochrane Database of Systematic Review, CD001450.
2. McArthur A. 2010. Antenatal Visits: Routine Care. Midwifery Practice Manual. The Joanna Briggs Institute.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Fetal wellbeing: auscultation of fetal heart. NICE Clinical Guideline. NICE. London.
4. Alfrevic Z, Devane D, Gyte GML. 2008. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Review, CD006066.
5. Liston R, Sawchuck D, Young D. 2007. Society of Obstetrics and Gynaecologists of Canada; British Columbia Perinatal Health Program. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can, 29(11), 909.
6. Rowland J, Heazell A, Melvin C, Hill S. 2011. Auscultation of the fetal heart in early pregnancy. Archives of Gynecology and Obstetrics 283, 9–11.

7.7 SYNNYTYKSEN JÄLKITARKASTUS

Sairausvakuutuslain¹ mukaan synnytyksen jälkeen tehtävässä jälkitarkastuksessa on suoritettava tarpeellinen tutkimus synnyttäneen naisen terveydentilan selvittämiseksi ja mahdollisten synnytysvaurioiden toteamiseksi. Vanhempainrahan maksaminen edellyttää, että nainen on käynyt lääkärin tai julkisen terveydenhuollon palveluksessa olevan ja riittävän koulutuksen saaneen terveydenhoitajan tai kättilön suorittamassa jälkitarkastuksessa terveydentilansa selvittämiseksi aikaisintaan 5:n ja viimeistään 12 viikon kuluttua synnytyksestä. Jälkitarkastuksessa huolehditaan siitä, että nainen osoitetaan asianmukaiseen hoitoon, jos hänellä todetaan sairaus tila tai synnytysvaurio.² Lääkärin, terveydenhoitajan tai kättilön allekirjoittama todistus suoritetusta jälkitarkastuksesta (SV755) toimitetaan Kelalle.³

Synnytyksen jälkitarkastuksen lähtökohta on naisen ja hänen perheensä kokonaistilanteen arviointi. Siihen sisältyvät asiat on koottu kuvioon 1.



Kuvio 1. Jälkitarkastuksen keskeinen sisältö

Jälkitarkastuksessa fysiologisen toipumisen selvittämiseksi tarkistetaan paino, verenpaine ja Hb ja tutkitaan virtsa.⁴ Jos naisella on perussairauksia, raskausaikana ilmaantuneita sairauksia⁵ tai muita riskitekijöitä, tarkistetaan näiden tilanne ja ohjeistetaan myöhemmät tarpeelliset seurantakäynnit perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon. Sisätutkimuksella selvitetään synnyttinelinten anatomiset ja fysiologiset muutokset ja toiminnallinen palautuminen sekä arvioidaan synnytysvaurioiden parantuminen.

Palautuminen synnytyksestä tapahtuu yleensä 6–8 viikon kuluessa. Jälkivuodon määrä ja laatu huomioidaan. Normaali jälkivuoto kestää 4–6 viikkoa synnytyksestä. Pitkittyneen vuodon syynä voi olla esimerkiksi istukan epätäydellisestä irtoamisesta johtuva kohdun huono supistuminen, tulehdus tai vuotosairaus.⁴ Lantionpohjanlihas-ten kunto ja mahdolliset toimintahäiriöt (ilma-, virtsa- tai ulosteinkontinenssi) tarkistetaan sisätutkimuksella ja keskustelemalla synnyttäneen kanssa. Lisäksi annetaan ohjausta lantionpohjan lihaksiston vahvistamiseen.^{4,6} Emättimen limakalvot ovat usein hauraat ja punoittavat ennen hormonitoiminnan ja kuukautiskierron käynnistymistä. Tilanne korjaantuu itsestään, mutta jos kuivat limakalvot haittaavat, voidaan tarvittaessa käyttää estrogeenipitoisia paikallishoitoja ja yhdynnässä liukuvoiteita.^{4,6} Jos synnyttänyt nainen on seulontaiässä eikä irtosolunäytettä ole vielä otettu, se voidaan ottaa jälkitarkastuksen yhteydessä; asiakas voidaan myös ohjata kunnan järjestämään seulontaan (ks. luku Irtosolunäytteet). Jos naisella on ollut aiemmin papa- tai esiaistemuutoksia, niitä seurataan Käypä hoito -suositusten mukaisesti.⁷

Mielialaa arvioidaan keskustelemalla, havainnoimalla ja käyttämällä EPDS-lomaketta (liite 7, ks. luku Synnytyksen jälkeinen masennus).

Jälkitarkastuksessa kartoitetaan imetystilanne, ja äitiä kannustetaan imetyksen jatkamiseen suositusten mukaisesti.^{8–10} Äitejä, joiden imetys ei yrityksistä huolimatta ole onnistunut, tuetaan ja ohjataan.⁹ Jälkitarkastuksessa keskustellaan parisuhteesta ja lapsen siihen tuomista muutoksista. Toiveiden mukaisesti keskustellaan seksuaaliterveyteen liittyvistä kysymyksistä ja perhesuunnittelusta. Lisäksi kartoitetaan perheen arjen sujumista, jaksamista, perheen verkostoja ja elintapoja kuten ravitsemusta, liikuntaa ja levon tarvetta. Tarvittaessa järjestetään perheelle ohjausta ja tukea esimerkiksi perheyön avulla. Jos jälkitarkastuksen jollakin osa-alueella ilmenee poikkeavia löydöksiä tai tuen tarvetta, konsultoidaan sovitun työnjaon mukaisesti.

SUOSITUS

- ▶ Synnytyksen jälkitarkastus tehdään noudattaen terveydenhuollon toimintayksikössä sovittua työnjakoa, kansallisia hoitosuosituksia ja potilasturvallisuuden vaatimuksia.
- ▶ Varmistetaan, että synnyttäneellä naisella on halutessaan mahdollisuus päästä lääkärin vastaanotolle, ja toisaalta, että synnyttänyt nainen ei käy jälkitarkastuksessa tarpeettomasti sekä lääkärin että terveydenhoitajan/kätilön vastaanotoilla.
- ▶ Äitejä kannustetaan imetykseen, ja imetyksessä erityistä tukea tarvitseville tarjotaan kohdennettua ohjausta.
- ▶ Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseksi käytetään EPDS-lomaketta, ja tarvittaessa asiakkaat ohjataan jatkohoitoon.
- ▶ Keskustellaan perhesuunnittelusta ja tarvittaessa aloitetaan raskaudenehkäisy.
- ▶ Jos raskaudessa tai synnytyksessä on ilmennyt komplikaatioita, lääkäri vastaa jälkitarkastuksesta neuvolassa. Jälkitarkastus voidaan tehdä myös erikoissairaanhoidossa, tavallisesti äitiyspoliklinikalla.

Lähteet

1. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2004/20041224?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sairausvakuutuslaki>.
2. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 437/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100437>.
3. Kansaneläkelaitos (Kela). <http://www.kela.fi/internet/suomi.nsf?Open>.
4. Nuutila M, Ylikorkala O. 2011. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa Ylikorkala, O., Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 474–484. Kustannus Oy Duodecim.
5. Kaaja RJ, Greer IA. 2005. Manifestations of chronic disease during pregnancy. *JAMA* 7, 294(21), 2751–7.
6. Virtsankarkailu (naiset) (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011. www.kaypahoito.fi [viitattu 11.4.2013].
7. Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyttimen solumuutokset (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Kolposkopiayhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010. www.kaypahoito.fi [viitattu 11.4.2013].
8. Hasunen K. ym. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki.
9. THL. 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa, toimintaohjelma 2009–2012. THL Raportti 32/2009.
10. Raskaana olevan synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus. Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö, 2010. (8.10.2012 / JBI) <http://www.hotus.fi/hoitotyon-tutkimussaatio/raskaana-olevan-synnyttavan-ja-synnyttaneen-aidin-seka-perheen-imetysohjaus>.

7.8 SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN RASKAUDENEHKÄISY

Synnytyksen jälkeisestä ehkäisystä on olemassa hyviä kansainvälisiä näyttöön perustuvia ohjeita.¹⁻² Suomesta puuttuu hyvä kansallinen ohjeistus, eikä kansainvälisiä ohjeita tunneta kovin hyvin. Vuonna 2005 Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan imettävälle äidille suositeltiin jälkitarkastuksen yhteydessä tavallisimmin kondomiehkäisyä.³ Lääketieteellisestä ehkäisystä aloitettiin ensimmäisenä minipillereiden käyttö. Kuparierukka asetettiin tavallisimmin vasta kuukautiskierron käynnistyttyä, ja hormonierukan asettamisessa odotettiin lisäksi imetyksen päättymistä. Yhdistelmäehkäisy aloitettiin samoihin aikoihin. Lääketieteellisen ehkäisyn aloittamiseen synnytyksen jälkeen suhtauduttiin siis hyvin varauksellisesti. Raskaudenkeskeytysten yleisyys vuoden sisällä synnytyksestä – jopa noin 10 % – johtunee osittain luotettavan ehkäisyn puutteesta synnytyksen jälkeen.⁴

Naisen keho käy läpi suuret hormonaaliset ja fyysiset muutokset raskauden ja synnytyksen aikana. Synnytyksen jälkeinen väsymys tai uusi perhetilanne voivat vaikuttaa seksuaalisiin haluihin. Seksuaalinen toiminta palautuu yksilöllisesti synnytyksen jälkeen. Vanhempien välinen hellyys ja läheisyys ovat hyvin tärkeitä seikkoja vanhemmuuteen kasvamisen, parisuhteen ja vauvan kasvun kannalta (ks. luku Vanhemmuuden voimavarat). Seksuaaliseen halukkuuteen voi myös vaikuttaa synnytyksen jälkeinen emättimen limakalvon kuivuus ja aristavuus sekä jälkivuoto. Yhdynnöille ei kuitenkaan ole estettä, jos kumpikin niitä haluaa eivätkä ne ole kivuliaita. Kuivien limakalvojen hoitoon useimmille riittää liukuvoiteen käyttäminen, ja vaikeassa atrofiasa eli emättimen limakalvojen heikentymisessä tilannetta voidaan korjata parin viikon vaginaalisella estrogeenihoidolla. Jälkivuodon ajan on hyvä hygieniasyistä käyttää kondomia. Jälkitarkastus tehdään 5–12 viikon kuluttua synnytyksestä (ks. luku Jälkitarkastus). Raskaudenehkäisyn aloittamisen takia se olisi hyvä tehdä mieluummin lähempänä 5:tä kuin 12:tä viikkoa.

Ehkäisymenetelmän sopivuutta arvioitaessa käytetään kansainvälisiä kriteerejä (Medical Eligibility Criteria eli MEC):¹⁻²

- 1 = e-pillereiden vapaa käyttö
- 2 = e-pillereiden hyödyt yleensä suuremmat kuin haitat, mutta käyttö vaatii harkintaa
- 3 = e-pillereiden käytön riskit yleensä suuremmat kuin hyödyt, käyttö harvoin paikallaan
- 4 = e-pillereiden aiheuttamat terveysriskit kohtuuttoman suuret, ei pidä käyttää.

Synnytyksen jälkeisessä ehkäisyssä on periaatteessa käytettävissä koko laaja ehkäisymenetelmien valikoima, mutta imetys vaikuttaa oleellisesti menetelmän valintaan ja aloittamisen ajankohtaan. Myös ehkäisymenetelmien oletetut haitat imettävälle lapselle saattavat lykätä ehkäisyn riittävän varhaista aloitusta. Luotettavaa raskaudenehkäisyä on hyvä käyttää heti ensimmäisessä synnytyksen jälkeisessä yhdynnässä.

Naisia kannustetaan imettämään, eikä imettämistä suositella lopettamaan siksi, että voisi alkaa käyttää tiettyä ehkäisymenetelmää. Ehkäisymenetelmän käyttö ei saa haitata imettämistä eikä vastasyntyneen terveyttä.

Naisella, joka ei imetä, munasolun kypsyminen ja irtoaminen (ovulaatio) voi tapahtua jo kuukauden kuluttua synnytyksestä. Imettävillä naisilla amenorrea eli kuukautisten puuttuminen ja hedelmätön vaihe voivat kestää kahdesta kuukaudesta jopa kahteen vuoteen. Imetyks vaikuttaa hypotalamus-aivolisäke toimintaan lisäten prolaktiini tuotantoa ja pitäen LH-pitoisuuden (luteinisoiva hormoni) matalana ja estää näin munasarjojen toiminnan alkamisen. Ajan myötä, imetysväliden pidentyessä ja lisäruokinnan alkaessa, imetyksen vaikutus vähenee ja munasarjojen toiminta aktivoituu, ja sen myötä kuukautiskierto ja ovulaatio käynnistyvät.

Imettämisen antama ehkäisysuoja

Rintaruokinta on vauvan terveyden kannalta tärkeä asia. Lisäksi imettäminen itsessään antaa 98-prosenttisen suojan uudelta raskaudelta,² jos neljä kriteeriä täyttyy: synnytyksestä on enintään kuusi kuukautta, kuukautiset eivät ole vielä alkaneet, nainen imettää säännöllisesti ilman yli 6 tunnin välejä eikä lapsi saa lainkaan lisäravintoa.

Säännöllinen imetyks tarkoittaa sitä, että nainen imettää aina kun lapsi haluaa imeä: päivällä vähintään 4:n ja yöllä 6 tunnin välein.⁵ Kuukautisten alkamiseksi ei katsota vielä yhden päivän kestoista tiputteluvuotoa. Imetyksen antama ehkäisysuoja (Lactational Amenorrhea Method, LAM) on tutkittu varsin laajasti,² ja siihen vaikutavat jossain määrin erot esimerkiksi ravitsemustasossa. Huono ravitsemustila pidentää amenorreaa.

Imetyksen käyttäminen raskaudenehkäisynä antaa hyvät mahdollisuudet sekä edistää imetystä että ehkäistä raskautta, mutta se edellyttää keskustelua asiakkaan kanssa. Asiakkaan tulee ymmärtää säännöllisen imettämisen merkitys (päivällä ja yöllä) ja tarve siirtyä käyttämään toista ehkäisymenetelmää, kun synnytyksestä on kulunut puoli vuotta, kuukautiset ovat alkaneet tai imetyks ei enää ole riittävän tiheää ja säännöllistä. Joskus osittaistakin imetystä pidetään virheellisesti tehokkaana ehkäisymenetelmänä ja uusi raskaus alkaa suunniteltua aikaisemmin.

Raskaudenehkäisy imetyksen aikana

Viimeistään silloin, kun imetyksen väli pitenee ja/tai vauvalle ryhdytään antamaan lisäravintoa ja halutaan ehkäistä raskautta, on siirryttävä käyttämään ehkäisyä. Jos lapsiluku on täynnä, sterilisaatio voi tulla kysymykseen. Koska menetelmä on peruuttamaton, se vaatii aina tarkkaa harkintaa. Jos miehen sterilisaatio tehdään pian synnytyksen jälkeen, ehtii toimenpiteen teho varmistua ennen synnyttäjän hedelmällisyyden palautumista, jos synnyttäjä imettää täysin esimerkiksi 4 kuukautta. Sterilisaatiota joutuu tavallisesti jonottamaan ja jonotusajaksi suunnitellaan luotettava ehkäisy.

Kondomi on oikein käytettynä luotettava ehkäisykeino. Harvinaista luonnonkuumiallergiaa lukuun ottamatta sillä ei ole vasta-aiheita tai sivuvaikutuksia. Imetysvai-

heen aikana kondomin käyttö ärsyttää kuivia limakalvoja, minkä vuoksi liukastusaine on usein tarpeen. Tällöin on käytettävä vesiliukoista liukastetta, joka ei haurastuta kondomia.² **Rytminen menetelmä** eli ehkäisymenetelmä, jossa yhdynnät rajoitetaan niihin kuukautiskierron kohtiin, joiden aikana hedelmöityminen on epätodennäköisintä, on aina epäluotettava.

Yhdistelmäehkäisytabletit sisältävät keltarauhashormonin lisäksi estrogeenia. Tämänhetkinen näyttö ei riitä osoittamaan, vähentääkö yhdistelmätablettien sisältämä estrogeeni maidon tuotantoa.² WHO:n suositusten mukaan 6 viikosta 6 kuukauteen synnytyksen jälkeen yhdistelmäehkäisyyn riskit ovat yleensä suuremmat kuin hyödyt (MEC3), mutta tämän jälkeen hyödyt ovat yleensä suuremmat kuin haitat (MEC2).¹ Iso-Britannian suosituksen mukaan yhdistelmäehkäisy on 6 viikon jälkeen mahdollista, jos muut menetelmät eivät sovi ja imetyks on vakiintunut.² Osittain imettävillä hyödyt ylittävät haitat. Yhdistelmäehkäisytablettien käytöstä imetyksen aikana ei ole todettu olevan haittaa lapsen kasvulle.²

Kansainvälisten suositusten mukaan **kuparikierukka** voidaan asettaa joko kahden vuorokauden kuluessa synnytyksestä tai kun synnytyksestä on kulunut neljä viikkoa.¹⁻² Kierukan asettaminen imetyksen aikana ja lähellä synnytystä on vähemmän kivulias kuin myöhemmin, mutta vaatii lääkäriltä erityisosaamista, koska kohdun lihaseinämä on vielä pehmeä. Kierukan asettamiseen pian synnytyksen jälkeen onkin Suomessa suhtauduttu varovaisesti kohdun perforaatoriskin vuoksi.³

Pelkkää keltarauhashormonia eli progesteriiniä sisältävät **hormonaaliset ehkäisytabletit** kuten **minipillerit**, **ihonalaiset hormonikapselit**, **kohdunsisäinen hormonikierukka** sekä **keltarauhashormoniruiskeet** eivät näytä vähentävän maidon erityistä eivätkä ole haitaksi imevälle.² Imettävillä naisilla näiden menetelmien suositeltava aloitusajankohta on WHO:n suosituksen mukaan 6 viikkoa synnytyksestä.¹ Iso-Britannian suosituksen mukaan minipillerit voidaan imetyksenaikin tarvittaessa aloittaa heti synnytyksen jälkeen, hormonikapselit 3–4 viikon ja hormoniruiskeet mieluiten vasta 6 viikon kuluttua synnytyksestä.² Sekä hormonikierukan valmistajan (Bayer) että WHO:n suositusten mukaan hormonikierukan voi asettaa aikaisintaan 6 viikon kuluttua synnytyksestä. Iso-Britannian suosituksen mukaan sen voi asettaa aikaisintaan 4 viikon kuluttua synnytyksestä.² Hormonikierukan etuna voidaan pitää sitä, että levonorgestreelihormonin vaikutus on pääasiassa paikallinen ja verenkiertoon vapautuu hyvin pieni määrä hormonia. Jo pitkään on tiedetty hormonikierukan sopivan käytettäväksi imetyksen aikana.⁷⁻⁸

Raskauden ehkäisy ei-imettävillä

Jos nainen ei imetä synnytyksen jälkeen ja halutaan ehkäistä raskautta, ehkäisy on aloitettava pian. **Yhdistelmäehkäisytableteilla** ehkäiseminen on suositeltavaa aloittaa 3–6 viikon kuluttua synnytyksestä. Kolmen ensimmäisen viikon aikana synnytyksestä laskimoveritulpan riski (tromboosiriski) on kohonnut, jolloin ei ole turvallista vielä aloittaa ehkäisytabletteja.¹ Jos naisella on muita laskimoveritulpan riskitekijöitä (esim. im-

mobilisaatio, BMI > 30), voi olla syytä odottaa kolme viikkoa lisää.² WHO-katsauksen mukaan⁶ synnytyksen jälkeinen hyperkoagulatiivinen tila häviää viimeistään 42 päivän kuluessa, jonka jälkeen yhdistelmäehkäisyn käytölle ei ole estettä.

Jos halutaan ehkäistä raskautta, **minipillereiden** tai **ehkäisykapseleiden** käytön voi aloittaa heti synnytyksen jälkeen, mutta viimeistään kolmannella viikolla.²

Ehkäisyn pettäminen

Jos ehkäisy on pettänyt, ilman reseptiä saatavaa **levonorgestreeli-jälkiehkäisyvalmistetta** voidaan käyttää imetyksenkin aikana, kun synnytyksestä on kulunut vähintään kolme viikkoa.² Jälkiehkäisy on hyvä aloittaa niin pian kuin mahdollista, mutta viimeistään 72 tuntia suojaamattoman yhdynnän jälkeen. Levonorgestrelihormonia siirtyy rintamaitoon pieni määrä, mutta lyhytaikaisen altistuksen haitallisuudesta vauvalle ei ole näyttöä.

Jälkiehkäisyksi käy myös **kuparikierukan** asettaminen viiden vuorokauden kuluessa suojaamattomasta yhdynnästä, kun synnytyksestä on kulunut vähintään neljä viikkoa.² Kierukan etuna on se, että jatkoehkäisy tulee samalla hoidetuksi.

SUOSITUS

- ▶ Jos halutaan välttää uutta raskautta, käytetään ehkäisyä jo heti ensimmäisessä synnytyksen jälkeisessä yhdynnässä.
 - ▶ Neuvolassa keskustellaan perhesuunnittelusta jo raskausaikana ja kerrotaan, että täysimetus antaa ehkäisysuojaa vain tietyillä tarkoilta ehdoilla.
 - ▶ Naisia rohkaistaan imettämään, ja heille valitaan sopiva ehkäisymenetelmä sen mukaan, imettääkö täysin, osittain tai ei ollenkaan.
 - ▶ Kansainvälisen näytön mukaan kierukka voidaan asettaa aikaisintaan 4–6 ja hormonikierukan valmistajan mukaan 6 viikon kuluttua synnytyksestä. Suomessa asettaminen voisi tapahtua luontevasti synnytyksen jälkitarkastuksen yhteydessä. Ennen kierukan asettamista tehdään huolellinen kliininen tutkimus ja varmistetaan, että kierukan asettajalla on riittävä koulutus ja kokemus.
 - ▶ Pelkkää progestiinia sisältävät ehkäisypillerit voidaan tarvittaessa aloittaa heti synnytyksen jälkeen myös imettävillä naisilla.
 - ▶ Yhdistelmäehkäisy voidaan aloittaa osittain imettävillä ja niillä, jotka eivät imetä, kuuden viikon kuluttua synnytyksestä ja täysin imettävillä kuuden kuukauden kuluttua synnytyksestä.
-
-

Lähteet

1. WHO Department of Reproductive Health and Research (2009). Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fourth edition.
2. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. Postnatal Sexual and Reproductive Health 2009. <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidancePostnatal09.pdf> [luettu 27.3.2013].
3. Sannisto, T. 2010. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1029. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8308-0>.
4. Vikat B, Kosunen E, Rimpelä M. 2002. Risk of postpartum induced abortion in Finland: a register-based study. *Perspect Sex Reprod Health*, Mar-Apr, 34(2), 84–90.
5. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller J, Shelton JD. 2007. *The Essentials of Contraceptive Technology*. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Population Information Program.
6. WHO/RHR/10.15. 2010. Combined hormonal contraceptive use during the postpartum period.
7. Heikkilä M, Haukkamaa M, Luukkainen T. 1982. Levonorgestrel in milk and plasma of breastfeeding women with a levonorgestrel-releasing IUD. *Contraception* 25, 41–49.
8. Heikkilä M, Luukkainen T. 1982. Duration of breastfeeding and development of children after insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive device. *Contraception* 25, 279–292.



8 KOTIKÄYNNIT

Kotikäyntien *tarkoituksena* on edistää perheen hyvinvointia ja lapsen kasvu- ja kehitysympäristön turvallisuutta, selvittää perheen tuen tarpeita ja tarjota perheelle sen tarvitsemää tukea. Kotikäynnin aikana terveydenhoitaja/kättilö arvioi raskaana olevan naisen ja sikiön vointia tai synnyttäneen naisen ja vauvan vointia sekä antaa perheelle tarvelähtöisesti terveysneuvontaa muun muassa lapsen hoidosta, vanhemmuudesta ja kodin turvallisuudesta. Tarvittaessa arvioidaan myös muiden perheenjäsenten vointia. Samalla terveydenhoitaja/kättilö tutustuu perheen arkipäivän ympäristöön ja saa käsityksen vanhempien terveyteen liittyvistä arvoista, elämäntyylistä ja terveystottumuksista.

Valtioneuvoston asetuksen¹ mukaan ensimmäistä lastaan odottavan perheen tai ensimmäisen lapsen saaneen perheen luokse on tehtävä kotikäynti ja muita kotikäyntejä on järjestettävä tarpeen mukaan. Ensimmäistä lastaan odottavien moninaisten psykososiaalisten tarpeiden ja kotikäyntien vaikuttavuuden vuoksi kaikkien ensisynnyttäjien luokse on hyvä tehdä kotikäynti sekä raskausaikana että synnytyksen jälkeen ja uudelleensynnyttäjille synnytyksen jälkeen. Asetuksen perustelujen ja soveltamisohjeen² mukaan ensimmäistä lastaan odottavaksi perheeksi voidaan katsoa myös perheet, joissa toinen puolisoista on tulossa ensimmäistä kertaa vanhemmaksi, ja samoin maahanmuuttajaperheet, joissa odotetaan ensimmäistä Suomessa syntyvää lasta. Erityisen tuen tarpeen arvioimiseksi ja tuen järjestämisen vuoksi on tarvittaessa tehtävä kotikäyntejä, joiden avulla terveydenhoitajan/kättilön on mahdollista selvittää tilannetta ja kanavoida perheelle keskusteluapua ja muuta tukea. Kotikäynti voidaan tehdä myös esimerkiksi terveydenhoitajan/kättilön ja perhetyöntekijän yhteistyönä.² Joissakin tilanteissa voidaan kotikäynnin avulla selvittää tarkastuksista pois jääneiden tuen tarpeita.

Perheet kokevat äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien tekemät kotikäynnit yleensä myönteisinä ja toivovat kotikäyntejä.³ Neuvolan kotikäyntejä on tutkittu Suomessa vähän. Pitkittäistutkimuksessa, jossa selvitettiin kotikäyntien merkitystä perheille, joille syntyi lapsi vuosina 1975–1976,^{4–5} ilmeni, että lapsen varhaisvaiheessa annetulla kotikäynteihin perustuvalla perheneuvonnalla on mahdollista ehkäistä nuoruusiän ongelmia.⁴ Myönteiset vaikutukset näkyivät 15–20 vuotta intervention päättymisen jälkeenkin.⁵

Mannerheimin Lastensuojeluliiton Lapsiperhe-projektissa vuosina 1996–2000⁶ saatiin aikaan myönteistä muutosta vanhemmuudessa, lasten kasvatuksessa ja hoidossa sekä parisuhteessa. Ehkäisevä perhetyö ja varhainen tuki lisäsivät lapsiperheiden hyvinvointia ja parhaimmillaan katkaisivat kielteisten elämäntapahtumien ketjuja. Perhetyön avulla vältyttiin 4–6 kertaa kalliimpien palvelujen käytöltä.

Kotikäyntien vaikuttavuutta selvittäneiden katsausten mukaan kotikäyntien avulla pystyttiin selvästi tukemaan vanhemmuutta ja äiti-lapsi-vuorovaikutussuhdetta sekä ehkäisemään lasten tapaturmia.^{7–9} Kotikäynnit vaikuttivat jonkin verran synnytyksen jälkeisen masennuksen ehkäisyyn ja hoitoon, lapsen hankalan käyttäytymisen (esim. nukkumisongelmat) paranemiseen sekä imetyksen ja ennenaikaisesti syntyneiden las-

ten kognitiivisen kehityksen edistämiseen. Kotikäyntien vaikutukset lapsen fyysiseen kasvuun (paino ja pituus), lasten sairastavuuteen ja ravitsemukseen, äidin epävirallisen tuen käyttöön ja epävirallisen tukiverkoston kokoon jäivät epäselviksi. Kotikäynneillä ei ollut vaikutusta lapsen motoriseen kehitykseen, rokotusten ottamiseen ja muiden ehkäisevien palvelujen käyttöön.

Kotikäynneillä on mahdollista vahvistaa ensimmäistä lastaan odottavien ja lapsen saaneiden vanhempien pystyvyyden tunnetta ja tarjota heille sosiaalista tukea.¹⁰ Kotikäynneillä on ollut enemmän vaikutusta nuorten vanhempien vanhemmuuteen, vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen ja äiteihin kuin esimerkiksi lapsen terveyteen ja kehitykseen.¹¹ Kotikäyntien teho lisääntyy, jos ne aloitetaan jo raskausaikana ja niitä tehdään säännöllisesti vähintään vuoden ajan. Hoitotyöntekijän hyvä koulutus ja luottamukseen perustuva suhde asiakasperheeseen lisäävät kotikäyntien vaikutavuutta.^{11–12}

Kotikäynnit on todettu vaikuttaviksi menetelmiksi, kun pyritään vähentämään erityistä tukea tarvitsevien perheiden vanhempien stressiä, päihteiden käyttöä ja lasten kaltoinkohtelua sekä vahvistamaan parisuhteen pysyvyyttä ja elämänhallintaa; vaikutukset ovat näkyvissä vielä 12 vuotta lapsen syntymän jälkeen.^{13–18}

Tuloksellinen kotikäynti edellyttää työntekijältä empaattista ja kunnioittavaa suhtautumista perheenjäseniin ja perheen elinympäristöön sekä luottamuksellista suhdetta. Kotikäynti edesauttaa työntekijän ja perheen avointa vuorovaikutussuhdetta. Kotikäynti sovitaan vanhempien kanssa, ja heille kerrotaan käynnin tarkoituksesta. Käynti pyritään järjestämään sellaisena ajankohtana, että myös puoliso on paikalla. Kotikäynneillä on mahdollista hyödyntää raskausaikaista varhaista vuorovaikutusta tukevaa haastattelulomaketta tai lasta odottavan perheen voimavaralomaketta keskustelun avaajana ja tuen tarpeiden varhaisessa tunnistamisessa. Terveysneuvontaa annetaan perheelle tarvelähtöisesti. Kotikäynnin lopussa tehdään yhteenvedo tulkinnoista ja tilanteesta ja sovitaan seuraavan tapaamisen paikasta ja ajankohdasta.

Raskausaikana tapahtuvan kotikäynnin keskeiset sisällöt on koottu taulukkoon 1.

Synnytyksen jälkeisen kotikäynnin sisällöt on koottu taulukkoon 2. Kotikäynti on syytä ajoittaa mahdollisimman pian äidin ja lapsen sairaalasta kotiutumisen jälkeen, jotta voidaan tunnistaa varhaisvaiheen ongelmat, esimerkiksi vastasyntyneen keltaisuus ja imetykseen liittyvät ongelmat.

TAULUKKO 1. Raskausaikana kotikäynnillä huomioitavat ja tarkistettavat asiat

Aihepiiri	Tutki, tarkista, kiinnitä huomio, ohjaa, dokumentoi
Raskaana olevan naisen terveyden seuranta	<ul style="list-style-type: none"> – kuulumiset, vointi ja jaksaminen – mieliala ja huolenaiheet – työ (rasittavuus, erityisriskit, työaika), harrastukset – terveystottumukset – mielikuvat vauvasta, äitiydestä, vanhemmuudesta, elämänmuutoksista
Puolison terveys ja hyvinvointi	<ul style="list-style-type: none"> – kuulumiset ja vointi – mieliala ja huolenaiheet – työ (työaika, mahd. matkustaminen), harrastukset – terveystottumukset – mielikuvat vauvasta, isyydestä, vanhemmuudesta, elämänmuutoksista
Lähestyvä synnytys ja vauvan hoito	<ul style="list-style-type: none"> – synnytys ja siihen valmistautuminen – vauvan perustarpeet ja hoito – varhainen vuorovaikutus (Vavu-haastattelu) – imetys: asenteet, toiveet, luottamus – kodin turvallisuus
Sosiaalinen verkosto	– mahdollisuudet tuen saantiin perheen ulkopuolelta
Mahdollinen lisäavun ja -tuen tarve	<ul style="list-style-type: none"> – kotiapu – perhetyö

TAULUKKO 2. Synnytyksen jälkeisellä kotikäynnillä huomioitavat ja tarkistettavat asiat

Aihepiiri	Tutki, tarkista, kiinnitä huomio, ohjaa, dokumentoi
Synnytyksen kulku ja synnytyskokemus	<ul style="list-style-type: none"> – synnytyksen kulku, äidin, isän ja tukihenkilön kokemus – epäselviksi tai mieltä painamaan jääneet asiat, tarve ottaa yhteyttä synnytysairaalaan
Synnyttäneen äidin vointi ja toipuminen	<ul style="list-style-type: none"> – yleisvointi, jaksaminen, mieliala – kohdun koko, aristus, jälkivuoto, emätin: episiotomian ja repeämien paraneminen – erityis: virtsaamiseen tai ulostamiseen liittyvät vaikeudet – keisarileikkaushaava, ompeleiden poisto – rinnat, imetys – lisäseuranta, seuraavaa raskautta varten huomioitavat asiat – raskaudenehkäisy – varhainen vuorovaikutus lapsen kanssa – terveystottumukset – vanhemmuus ja parisuhde
Vastasyntynyt	<ul style="list-style-type: none"> – yleisvointi: virkeys, jännevyyt, käsittelyyn reagointi – paino, päänympärys: muutos syntymämittoihin – imeminen, virtsaaminen, ulostaminen – aukileet, iho, napa, silmät, suu – unirytm – lapsen hoito: kylvyt, turvalliset otteet jne.
Isän/kumppanin vointi	<ul style="list-style-type: none"> – mieliala, vointi – terveystottumukset – osallistuminen vauvan hoitoon – suunnitelmat isyyvapaiden pitämisestä – vuorovaikutus lapsen kanssa – vanhemmuus ja parisuhde
Sosiaalinen verkosto	<ul style="list-style-type: none"> – mahdollisuudet tuensaantiin perheen ulkopuolelta – sisarukset
Mahdollinen lisäavun ja -tuen tarve	<ul style="list-style-type: none"> – perhetyö – kotiapu

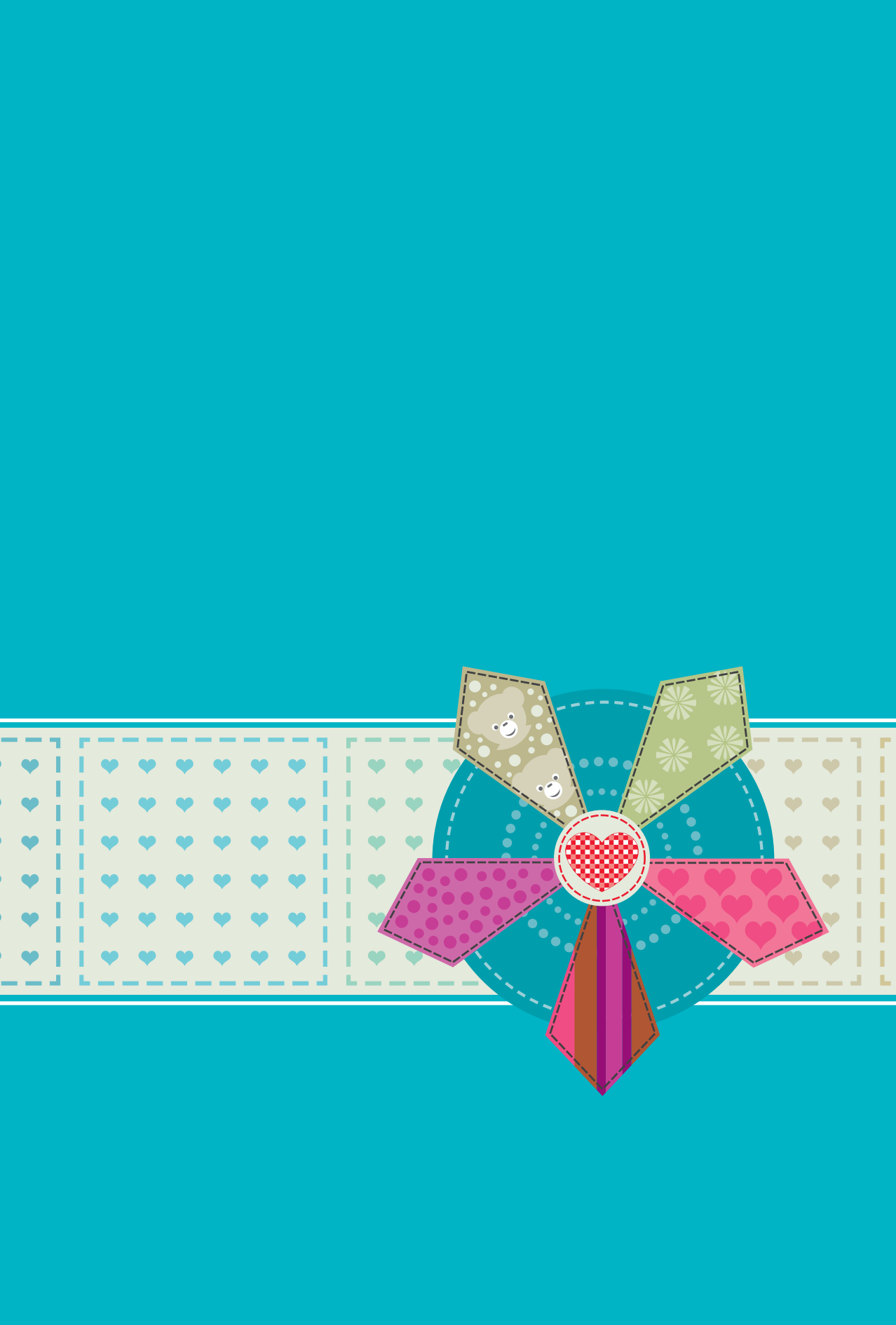
SUOSITUS

- ▶ Kotikäynti suositellaan tehtäväksi kaikille ensimmäistä lastaan odottaville raskausaikana sekä vauvan syntymän jälkeen. Raskausaikainen kotikäynti tehdään raskauden viimeisen kolmanneksen aikana, jolloin lapsen odotus alkaa realisoitua molemmille vanhemmille. Synnytyksen jälkeinen kotikäynti tehdään jokaisen vastasyntyneen kotiin.
- ▶ Kotikäynnin tekee äitiysneuvolan terveydenhoitaja/kätilö tarvittaessa yhteistyössä perhetyöntekijän tai muun ammattiryhmän edustajan kanssa.
- ▶ Neuvola ja erikoissairaanhoidon synnytysyksiköt sopivat yhdessä lyhytjälkihoitoisen synnytyksen jälkeen tehtävien kotikäyntien käytännöistä ja tiedottavat niistä perheille.
- ▶ Kotikäyntejä tehdään tarpeen mukaan erityistä tukea tarvitseviin perheisiin. Niiden määrä, ajoitus ja kotikäyntiin osallistuvien työntekijöiden kokoonpano perustuvat perheen yksilölliseen tarpeeseen.
- ▶ Kotikäynnit otetaan aktiivisen kehittämisen kohteiksi, ja niiden sisältöjä suunnitellaan yhdessä vanhempien kanssa.

Lähteet

1. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
2. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen 380/2009 perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 20. Helsinki.
3. Perälä M-L, Pelkonen M, Vehviläinen-Julkunen K, Viisainen K, Räikkönen O. 1998. Äitiyshuollon palvelut muutoksessa. Teoksessa Sihvo S, Koponen P (toim.) Perhe suunnittelusta lisääntyneeseen terveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Stakes, Raportteja 220.
4. Aronen E, Kuosa M, Tallila M, Arajärvi T. 1995. Kotikäynteihin perustuvan perheneuvonnan vaikutus nuorten psyykkiseen terveyteen – 15 vuoden seuranta tutkimus. *Duodecim* 111(6), 505–508.
5. Aronen E, Arajärvi T. 2000. Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. *American Journal of Orthopsychiatry* 70(2), 223–232.
6. Häggman-Laitila A. 2002. Varhainen tuki lapsiperheiden terveyden edistämässä – analyysi perhetyön vaikuttavuudesta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 3(39), 192–207.
7. Elkan R, Kendrick D, Robinson JJA, Tolley K, Blair M, Dewey M, Williams D, Brummell K. 2000. The effectiveness of domiciliary health visiting: A systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment* 4(13).
8. Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, Williams D, Brummell K. 2000. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Archives of Disease in Childhood* 82, 443–451.
9. Bull J, McCormick G, Swann C, Mulvihill, Health Development Agency 2004. Ante- and post-natal home-visiting programmes: A review of reviews. Evidence briefing. Health Development Agency, 1st Edition, February 2004. www.hda.nhs.uk/evidence.
10. de la Rosa IA, Perry J, Dalton LE. 2005. Strengthening families with first-born children: Exploratory story of the outcomes of a home visiting

- intervention. *Research on Social Work Practice* 15(5), 323–338.
11. Kearney MH, York R, Deatrck JA. 2000. Effects of home visits to vulnerable young families. *Journal of Nursing Scholarship* 32(4), 369–376.
 12. Olds DL, Robinson J, Pettitt L, Luckey DW, Holmberg J, Ng RK, Isacks K, Sheff K, Henderson CR. 2004. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: Age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics* 114(6), 1560–1568.
 13. Fraser JA, Armstrong KL, Morris JP, Dadds MR. 2000. Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: Follow-up results of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect* 24(11), 1399–1429.
 14. Olds DL, Kitzman HJ, Cole RE, Hanks CA, Arcoleo KJ, Anson EA. 2010. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 164(5), 419–424.
 15. Monsen KA, Banerjee A, Das P. 2012. Discovering client and intervention patterns in home visiting data. *Western Journal of Nursing Research* 32(8), 1031–1054.
 16. Fernandez E. 2007. Supporting children and responding to their families: Capturing the evidence on family support. *Children and Youth Services Review* 29(10), 1368–1394.
 17. Donelan-McCall N, Eckenrode J, Olds DL. 2009. Home visiting for the prevention of child maltreatment: Lessons learned during the past 20 years. *Pediatric Clinics of North America* 56, 389–403.
 18. Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S. 2007. Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: Results of a multicentre randomized controlled trial and economic evaluation. *Archives of Disease in Childhood* 92(3), 229–233.



9 LISÄSEURANTAA EDELLYTTÄVIEN RASKAUS- ONGELMIEN TUNNISTAMINEN JA HOITO

9.1 MONISIKIÖRASKAUS

Kaksi kolmasosaa kaksosista on ei-identtisiä eli ditsygoottisia – kaksi munasolua on hedelmöitynyt eri siittiöillä ja molemmilla kaksosilla on oma perimä. Yksi kolmasosa kaksosista on identtisiä eli monotsygoottisia, ja silloin yhden siittiön hedelmöittävä munasolu on jakaantunut kahdeksi alkioiksi, joilla on sama perimä ja sama sukupuoli.

Alkioiden jakaantumisen ajankohta määrää **plasaation eli korionisiteetin**. Kahdella kolmasosalla identtisistä kaksosista on sikiövaiheessa omat istukat, suonikalvot ja vesikalvot (sikiöt ovat dikoriaalisia ja diamniaalisia). Yhdellä kolmasosalla on yhteinen istukka ja suonikalvo, mutta erilliset vesikalvot (sikiöt ovat diamniaalisia ja monokoriaalisia). 1–5 prosentilla myös vesikalvo voi olla yhteinen (sikiöt ovat monoamniaalisia ja monokoriaalisia). Useampisikiöinen raskaus voi olla sekä mono- että ditsygoottinen.

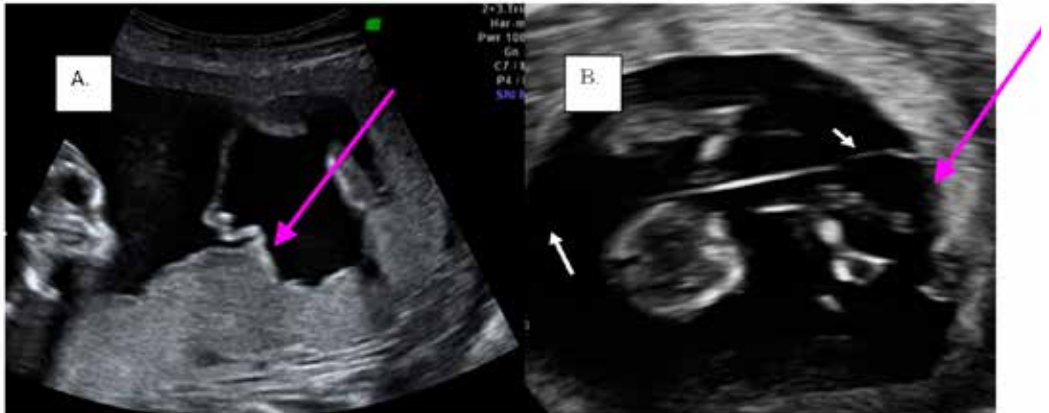
Suomessa vastasyntyneistä lapsista noin kolme prosenttia on kaksos- tai kolmoslapsia. Kaksosia syntyy vuosittain 830–950 (845 vuonna 2011) ja kolmosia 7–14 (14 vuonna 2011).¹

Fetaalitransfuusiosyndroomalla (twin-to-twin transfusion syndrome, TTTS) tarkoitetaan monokoriaalisissa (yhteinen istukka) monisikiöraskauksissa esiintyvää verenkiertohäiriötä (esiintyvyys 10–15 %), jossa veri virtaa istukan poikkeavien valtimolaskimo-anastomoosien kautta sikiöstä toiseen. Taudin vaikeissa muodoissa kuolleisuus on jopa 60–100 %, lievemmissä tapauksissa vauvat syntyvät yleensä ennenaikaisesti. Taudin vakava muoto kehittyy tavallisimmin jo raskausviikolla 16–18 ja näkyy varhain sikiöiden ja napanuorien kokoerona. Sikiöistä toiselle kehittyy runsaasti lapsivettä, toiselle taas niukasti, ja hänelle kehittyy kasvuhidastuma. Taudin lievempi muoto kehittyy myöhemmin toisessa raskauskolmanneksessa, 24. raskausviikon jälkeen.²

Kaksosraskauden toteaminen

Tavallisimmin monisikiöraskaus todetaan ensimmäisen raskauskolmanneksen seulonta-ultraäänessä (raskausviikoilla 11–12). Monisikiöisyyteen viittaavia merkkejä ovat voimakas alkuraskauden pahoinvointi ja väsymys, kohdunpohjamitan raskausviikkoihin nähden nopea kasvu sekä sikiön liikkeiden tuntuminen joka puolella kohtua. Ulkotutkimuksella erotetaan kolme suurta osaa ja kuullaan kaksi sykettä. Merkityksellistä on myös selvittää anamneesi (esim. hormonihoidot) ja äidin subjektiiviset tuntemukset.

Kaikututkimuksessa (1. seulontatutkimus) tulee selvittää, onko sikiöillä yhteinen istukka (korionisiteetti), ennen 14. raskausviikkoa, jolloin se on parhaiten todettavissa. Korionisiteetti vaikuttaa raskauden seurantaan. Dikoriaalisessa kaksosraskaudessa voidaan joko erottaa kaksi erillistä istukkaa tai jos ne sijaitsevat kiinni toisissaan, istukakudosta työntyy sikiöiden väliseen kalvorajaan (lambda-kuvio). Monokoriaalisessa



Kuva 1. A. Lambda-kuvio dikoriaalisessa, diamniaalisessa kaksosraskaudessa
B. T-kuvio monokoriaalisessa, diamniaalisessa kaksosraskaudessa

raskaudessa lambda-kuvio puuttuu (T-kuvio; kuva 1) ja sikiöiden välillä oleva kalvo on ohuempi kuin dikoriaalisessa raskaudessa.

Kaksosraskauksissa esiintyy nelinkertaisesti pre-eklampsiaa ja kymmenkertaisesti raskauskolestaasia yksisikiöisiin raskauksiin verrattuna.³ Tärkeimmät sikiöongelmat ovat ennenaikainen syntymä (ennen 37. raskausviikkoa; 40–50 %:ssa raskauksia) ja sikiöiden kasvuhidastumat (40 %:ssa).² Perinataalikuolleisuus on kaksosilla nelinkertainen yksisikiöisiin verrattuna. Keisarileikkauksia tehdään kaksosraskauksissa enemmän kuin yksisikiöisissä raskauksissa¹, ja kolmoset syntyvät pääsääntöisesti keisarileikkauksella.

Monisikiöraskaus on useimmille odottaville pariskunnille yllätys, ja tilanteeseen liittyy suuri tiedon tarve. Vanhemmilla saattaa aluksi olla myös epärealistista optimismia ja valmistautumattomuutta mahdollisiin komplikaatioihin sekä lasten syntymiseen liittyviin käytännöllisiin ja tunne-elämän vaikutuksiin. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö raskauden seurannassa mahdollistaa riskien varhaisen tunnistamisen, ja perheen hyvä raskausaikainen informointi auttaa vanhempia motivoitumaan raskausaikaiseen tehostettuun hoitoon. Vanhemmat pohtivat muun muassa, miten identtisten tai epäidenttisten lasten yksilöllisyyttä pitää tukea.

Kaksosten syntymään voi liittyä eristyneisyyden, turhautuneisuuden ja masennuksenkin tunteita, etenkin jos raskaudessa on komplikaatioita, kuten esimerkiksi uhkaavaa ennenaikaisuutta. Lapsi tai lapset voidaan joutua erottamaan äidistään pikaisesti synnytyksen jälkeen erityistarkkailuun tai tehostettuun hoitoon. Näissä tilanteissa korostuu vanhempien tukeminen. Arjessa selviytyminen lasten synnyttyä saattaa asarruttaa jo raskausaikana; olisikin suositeltavaa ohjata raskaana oleva vertaistukiryhmiin jo ennen lasten syntymää. Monikkoperheille vertaistukea antaa Suomen Monikkoperheet ry, joka välittää myös tietoa ja materiaalia terveydenhuollon ammattilaisille esimerkiksi monikkoperheiden perhevalmionesta. Kaikesta lastenhoitoon liittyväs-

tä kiireestä huolimatta on syytä rohkaista vanhempia varaamaan itselleen aikuisten yhteistä aikaa ja huolehtimaan myös omasta jaksamisestaan.⁴

Sosiaalietuudet

Sosiaalietuudet ovat Suomessa lähes samat kuin yhden lapsen synnyttäneille: erona on pidempi vanhempainrahakausi. Vanhempainrahakausi on kaksosista 60 päivää ja kolmosista 120 päivää pidempi kuin yksittäin syntyneestä. Äitiyspäiväraha on sama kuin yhden lapsen kohdalla.

SUOSITUS

- ▶ Raskaana oleva tai koko perhe ohjataan vertaistukiryhmiin mahdollisimman varhain ennen lasten syntymää.
- ▶ Raskaana olevaa ja perhettä autetaan valmistautumaan mahdollisiin komplikaatioihin tarjoamalla hyvä etukäteisinformaatio.
- ▶ Monisikiöraskauden seurannassa on tärkeä kiinnittää huomio erityisesti lisääntyneeseen ennenaikaisen synnytyksen, verenpaineongelmien ja raskauskolestaasin vaaraan.
- ▶ Sikiöt kasvavat raskausviikoille 26–28 saakka kuten yksisikiöiset. Sen jälkeen kaksosten kasvu hidastuu. Kohdun kasvuvauhti on kiihkeimmillään raskausviikoilla 26–32, jolloin harkitaan sairausloman tarvetta.
- ▶ Raskautta seurataan äitiyspoliklinikan ja neuvolan yhteistyönä. Monokoriaalisessa raskaudessa toisen raskauskolmanneksen alussa (12. raskausviikon jälkeen) kirjoitetaan äitiysneuvolasta lähete äitiyspoliklinikalle ultraääniseurannan järjestämiseksi TTTS:n vaaran takia. Dikoriaalisessa raskaudessa lähete kirjoitetaan viimeistään rakennekaikututkimuksen jälkeen. Seurantakäyntejä järjestetään äitiyspoliklinikalla yleensä 2–4 viikon välein.

Lähteet

1. Perinataalitalasto – Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011. Tilastoraportti 20/2012, 24.9.2012. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2012. THL.
2. Raudaskoski T. 2011. Monisikiöinen raskaus. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset, 429–34. Hämeenlinna.
3. Purho J, Nuutila M, Heikinheimo O. 2008. Kaksosraskaudet. Duodecim 124: 1111–9.

9.2 PRE-EKLAMPISIA, RASKAUSHYPERTENSIO

Raskaushypertensio: Raskauden aiheuttama hypertensio (RR > 140/90; joskus myös verenpaineen kohoaminen lähtötasostaan > 30/15, jos verenpaineen nousu on yhdistyneenä muihin oireisiin tai löydöksiin)

Pre-eklampsia: Raskaushypertensio yhdistyneenä valkuaisvirtsaisuuteen (> 0,3g/l; > 0,5g/vrk; kertanäytteen U-prot ++ tai kontrolloidusti U-prot +)

Liitännäinen pre-eklampsia: Pre-eklampsian kriteerit täyttyvät kroonisesti sairaalla raskaana olevalla naisella (krooninen hypertensio, krooninen munuaistauti, SLE, diabetes)

Tyypillisiä pre-eklampsiaan liittyviä oireita tai löydöksiä ovat mm. turvotukset, päänsärky, näköhäiriöt, pahoinvointi, ylävatsakipu ja sikiön kasvun hidastuminen.¹⁻² Pre-eklampsiaa tai raskaushypertensiota esiintyy 3–8 %:lla raskaana olevista. Se on maailmanlaajuisesti merkittävimpiä raskauskomplikaatioita, joka voi vaarantaa sekä äidin että sikiön terveyden (ks. luku Verenpaineen seuranta).

SUOSITUS

- ▶ Jos pre-eklampsia tai raskaushypertensio varmistuu (kriteerit täyttyvät heti tai kontrollikäyntien myötä), tehdään lähete äitiyspoliklinikalle.
- ▶ Oireeton tai vähäoireinen (esimerkiksi lievä turvotus tai ohimenevä päänsärky) raskaana oleva lähetetään äitiyspoliklinikan ajanvarausvastaanotolle. Yleensä vastaanottokäynti sairaalaan järjestetään yhden viikon kuluessa lähetteen laatimisesta.
- ▶ Jos oireita on, raskaana olevan alun perin normaali verenpaine on kohonnut korkealle (> 160/100) tai proteinuria on huomattava (U-prot ++), raskaana oleva lähetetään äitiyspoliklinikan päivystykseen samantien.
- ▶ Raskaana olevan äkillinen voimakas ylävatsakipu lievänkin verenpaineen nousun ja/tai proteinurian yhteydessä voi olla merkki ”HELLP”-oireyhtymästä. Tällöin raskaana olevan päivystyksellinen lähettäminen äitiyspoliklinikalle on aiheellista.
- ▶ Kun pre-eklampsia tai raskaushypertensio on todettu tai sitä epäillään, raskaana olevan on syytä välttää voimanponnistuksia. Raskaana olevaa ohjeistetaan myös seuraamaan sikiön liikkeitä.
- ▶ Jos raskaana olevalla alkaa ilmetä turvotuksia tai muita pre-eklampsiaan sopivia oireita, hänelle varmistetaan pääsy pre-eklampsian seurantatutkimuksiin.

- ▶ Jos raskaana oleva on oireeton, verenpaine on kohonnut vain vähän lähtötasostaan ja proteinurian löydös on epävarma tai vähäinen, tiilannetta kontrolloidaan muutaman päivän kuluttua lisäkäynnillä.
- ▶ Toisinaan raskaushypertensiossa tai lievässä pre-eklampsiasa raskaana oleva voi olla kotona ja seuranta toteutetaan synnytysairaalan ja äitiysneuvolan yhteistyönä (neuvolan lisäkäynnit muutaman päivän välein). Tällöin verenpainetason noustessa, proteinurian lisääntyessä tai subjektiivisten oireiden ilmaantuessa on syytä lähettää raskaana oleva päivystyksellisesti sairaalaan.

Lähteet

1. Tihtonen K, Uotila J. 2006. Kohonnut verenpaine raskausaikana. SLL 61, 1343–7.
2. Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verensokeriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009. www.kaypahoito.fi.

9.3 RASKAUSDIABETES

Raskausdiabetes on yleinen sokerinsiedon häiriö, joka ilmaantuu tai todetaan ensimmäisen kerran raskausaikana: vuoden 2011 syntymärekisterin mukaan 12,5 %:lla raskaana olevista oli raskausdiabetes.¹ Raskausdiabetes diagnosoidaan, jos oraaliossa 75 g:n glukoosirasituskokeessa on yksikin poikkeava arvo (paastoarvo 5,3 mmol/l tai enemmän; 1 t:n arvo 10,0 mmol/l tai enemmän; 2 t:n arvo 8,6 mmol/l tai enemmän) missä vaiheessa raskautta tahansa.^{2–3}

Insuliiniresistenssi lisääntyy kaikilla naisilla hormonien vaikutuksesta raskauden jälkipuoliskolla. Raskausdiabetes kehittyy silloin, kun haima ei insuliiniresistenssin vaikutuksesta pysty vastaamaan lisääntyneeseen insuliinitarpeeseen.

Raskaana olevan korkea verensokerin taso voi johtaa sikiön hyperinsulinismiin ja sitä kautta sikiön liikakasvuun (makrosomia > 4,5 kg), istukan toiminnan ongelmiin, synnytysstraumoihin ja vastasyntyneen hypoglykemiaan. Raskaana olevan riski sairastua myöhemmin diabetekseen on kohonnut (eri tutkimuksissa suuri vaihtelu 3–70 %).

Usein raskausdiabetes liittyy ylipainoon, vääränlaisiin ravitsemustottumuksiin, vähäiseen liikuntaan ja muihin epäterveellisiin elämäntapoihin. Raskausdiabeteksen toteaminen tarjoaa hyvän mahdollisuuden kokonaisvaltaiseen elintapojen arviointiin ja terveysneuvontaan. Neuvonnassa etsitään yhdessä asiakkaan kanssa sopiva, yksilöllisesti toteutettava ja raskausdiabeteksen ravitsemussuosituksen mukainen ruokavalio. Yksilöllisesti toteutettavassa ruokavaliossa esitetään konkreettinen suunnitelma ruoka-aineina.

Mahdollisen raskausdiabeteksen havaitsemiseksi kahden tunnin sokerirasitus tehdään raskausviikoilla 24⁺⁰–28⁺⁶. Sokerirasitus ei ole tarpeen ensisynnyttäjillä, jos he ovat alle 25-vuotiaita, BMI on alle 25 kg/m² eikä lähisuvussa ole tyypin 2 diabetesta. Uudelleensynnyttäjillä se ei ole tarpeen, jos he ovat alle 40-vuotiaita, BMI on alle 25 kg/m² eivätkä he aiemmin ole synnyttäneet yli 4,5-kiloista lasta.

Sokerirasitus tehdään jo viikoilla 12⁺⁰–16⁺⁶ siinä tapauksessa, että raskaana olevan aikaisemmassa raskaudessa on ollut raskausdiabetes, asiakkaalla on polykystisten munasarjojen oireyhtymä, BMI on yli 35 kg/m², alkuraskaudessa esiintyy glukosuriaa, lähisuvussa on tyypin 2 diabetesta tai käytössä on kortikosteroidilääkitys. Sokerirasitus on syytä toistaa viikoilla 24⁺⁰–28⁺⁶, jos alkuraskauden testi on ollut normaali.

SUOSITUS

- ▶ Jos sokerirasitus osoittautuu poikkeavaksi, raskaana olevalle annetaan ravitsemusneuvontaa ja opastetaan verensokerin omaseuranta. Näiden avulla etsitään yhdessä asiakkaan kanssa sopiva yksilöllinen ruokavalio.
 - ▶ Lähte erikoissairaanhoidon tehdään verensokerin omaseurannan perusteella. Tavoitteena on, että ennen aamiaista tai päivän pääateriaa verensokerin taso on alle 5,5 mmol/l ja tunti aterian jälkeen alle 7,8 mmol/l. Lähte äitiyspoliklinikalle tehdään, jos nämä rajat toistuvasti ylittyvät ruokavalion tarkennuksesta huolimatta.
 - ▶ Jos tavoitetaso ylittyy vain satunnaisesti, tärkeintä on yksilöllinen neuvonta ja ruokavaliomuutosten ohjaaminen neuvolassa.
 - ▶ Lisäkäyntejä (lääkäri ja/tai terveydenhoitaja/kätilö) voidaan tarvita sekä ennen glukoosirasituskoetta että sen jälkeen.
 - ▶ Lisäkäyntejä voidaan tarvita myös silloin, jos raskaana oleva on erikoissairaanhoidon piirissä. Verensokerin omaseurantaa käytetään sopivan insuliiniannoksen löytämiseksi. Ohjaus ja seuranta toteutetaan yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja neuvolan kanssa.
 - ▶ Loppuraskaudessa ja synnytyksen jälkeen on tärkeää antaa raskausdiabeetikolle terveystneuvontaa ja ohjausta raskauden jälkeistä aikaa varten. Häntä kannustetaan huolehtimaan sokeriaineenvaihdunnan, painon, verenpaineen ja veren rasva-arvojen seuraamisesta 1–3 vuoden välein raskauden jälkeen, ja tarvittaessa autetaan tämän toteuttamisessa.
-
-

Lähteet

1. THL, Syntymärekisteri, 2012. Synnytykset ja vastasyntyneet 2011. Verkkodokumentti. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantymisen/synnyttajat/index.htm>.
2. Raskausdiabetes (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkärineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008. www.kaypahoito.fi [viitattu 24.4.2013].
3. Raskausdiabetes – pidä huolta itsestäsi ja vauvastasi. Opas äitiysneuvoloiden käyttöön; äideille, joilla on todettu raskausdiabetes. Diabetesliitto 2010.

9.4 RASKAUSKOLESTAASI

Raskauskolestaasi on raskauden aiheuttama maksan toimintahäiriö, joka johtaa sappiainesten kertymiseen maksaan ja verenkiertoon. Taudissa ilmenee ihon kutinaa (ilman edeltävää ihottumaa) ja maksan toimintaa kuvaavien laboratoriotutkimusten poikkeavuutta. Geneettinen alttius vaikuttaa taudin esiintymiseen, ja tauti tyypillisesti toistuu uusissa raskauksissa.

Raskauskolestaasi aiheuttaa ihon kutinaa, joka saattaa vaikeutua intensiiviseksi ja sietämättömäksi. Tyypillistä on kutina kämmenissä ja jalkapohjissa. Tilaan liittyy harvoin ihon kellastumista tai hyytymistekijöiden synteessin häiriöitä. Raskauden päättyttyä kolestaasi paranee eikä äidille koidu pysyviä ongelmia.

Varsinkin loppuraskauden kolestaasissa sikiön riski kohdunsisäiseen äkkikuolemaan on lisääntynyt. Riski on sitä suurempi, mitä korkeammalla seerumin sappihappotasoa on.

Raskauskolestaasin havaitsemiseksi tiedustellaan aktiivisesti kutinan esiintymistä. Jos poikkeavaa kutinaa esiintyy, tutkitaan paastoverinäytteestä ALAT ja sappihapot. Kolestaasidiagnoosi voidaan käytännössä tehdä, jos ALAT-arvo on koholla eikä raskaana olevalla ole muuta sairautta, joka selittäisi kohonneen arvon. Useimmiten tieto sappihappotasosta saadaan myöhemmin, ja joskus vasta useampi määrittäminen paljastaa taipumuksen koholla olevaan sappihappotasoon. Sappihappotasossa saattaa esiintyä runsasta päivittäistä vaihtelua. Siten normaali sappihappotaso ei sulje pois kolestaasin mahdollisuutta, kun taas koholla oleva sappihappotaso vahvistaa diagnoosin. Voimakkaasti koholla oleva sappihappotaso viittaa vaikeaan asteeseen kolestaasiin, jolloin sikiökomplikaatioriski on merkittävä.

SUOSITUS

- ▶ Lähete äitiyspoliklinikalle tehdään, jos kutisevalla raskaana olevalla ALAT- tai sappihappotasoa on koholla. Käytännössä aika äitiyspoliklinikalle tulee noin viikon kuluessa lähetteen laatimisesta. Jos kutina on hyvin voimakasta tai se muuttuu sietämättömäksi, päivystyksellinen sairaalakäynti on aiheellinen.
- ▶ Raskaana olevaa kehoitetaan tarkkailemaan sikiönsä liikkeitä (ks. luku Sikiön liike seuranta). Ihon kutinaa voi oireenmukaisesti lievittää antihistamiinilääkkeillä (setiritsiini tai hydroksitsiini). Toisinaan oireista huolimatta laboratoriotulokset ovat normaalit, jolloin oireiden jatkuessa uudet maksa-arvojen tutkimukset saattavat olla aiheellisia.
- ▶ Kutinan ilmaantuessa lisäkäynti terveydenhoitajan/kätilön tai lääkärin vastaanotolla on aiheellinen kutinan luonteen ja mahdollisten muiden oireiden selvittämiseksi sekä laboratoriotutkimusten ohjelmoimiseksi. Myös laboratoriotulosten tulkinta ja mahdollisten jatkotutkimusten järjestäminen saattaa vaatia lisäkäyntejä.

Lähde

1. Ropponen A. 2006. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: genetic background, epidemiology and hepatobiliary consequences. Väitöskirja, Helsingin yliopisto.

9.5 KOHDUNKASVUN POIKKEAVUUDET

Normaali kohdun kasvu heijastelee normaalia sikiön kokoa ja lapsiveden määrää.¹⁻² Seuraamalla kohdun kasvua symfyysi-fundusmitan (sf-mitan) ja ulkotutkimuksen avulla voidaan seurata epäsuorasti myös sikiön kasvua. Yli kahden standardideviaation (SD) poikkeama keskikäyrältä tai sf-mitan poikkeaminen omalta käyrältään viittaa mahdolliseen kohdun kasvun poikkeavuuteen ja/tai lapsiveden määrän poikkeavuuteen.²⁻³

Kliinisesti sikiön pieni koko raskausviikkoihin nähden (SGA = small for gestational age) on merkityksellisempää⁴ kuin suuri koko raskausviikkoihin nähden (LGA = large for gestational age).⁵ Sikiön kasvun hidastuminen lisää merkittävästi perinataalisen kuolleisuuden ja sairastavuuden riskiä.^{4,6} Sikiön liikakasvu (makrosomia) lisää sekä äidin että sikiön vaurioitumisen riskiä alatiesynnytyksissä (hartiadystokia, plexus

brachialliksen vaurio, vaikeat 3.–4. asteen repeämät). Lisäksi se johtaa usein keisarileikkaukseen, joko synnytyksen pysähtymisen takia tai ennalta tehdyn päätöksen perusteella.⁵ Lapsiveden määrän poikkeavuus voi viitata muun muassa istukan toiminnan tai sokeriaineenvaihdunnan häiriöihin tai esimerkiksi sikiön poikkeavuuksiin, kuten sikiön nielemiseen liittyviin ongelmiin.²

Tutkijan tulisi palpoiden ja myöhemmin raskauden edetessä ulkotutkimuksen avulla luoda käsitys sikiön koosta ja lapsiveden määrästä.² Tulokset tulee suhteuttaa äidin kokoon.^{2–3} Sekä vähäinen lapsiveden määrä (oligohydramnion) että liiallinen lapsiveden määrä (polyhydramnion) voidaan tunnistaa ulkotutkimuksen yhteydessä. Kohtu tuntuu lapsiveden vähyyden yhteydessä pieneltä ja sikiön tuntee selvästi, kun taas lapsiveden liiallinen määrä tekee kohdun pinkeäksi ja suureksi eikä sikiötä saada kunnolla palpoitua.² Erityiset riskitekijät tulee huomioida.

Kasvun hidastumisen keskeiset riskitekijät:⁷

- äidin alhainen paino ennen raskautta (alle 50 kg)
- aikaisempi alipainoinen lapsi tai sikiökuolema
- sikiön haitalliset ympäristötekijät (tupakka, alkoholi, huumeet)
- varhainen kohdunsisäinen infektio
- äidin sairaudet (verisuoni- ja munuaissairaudet, systeeminen lupus erythematosus)
- raskauskomplikaatiot (raskaushypertensio tai pre-eklampsia, verenvuodot, istukan toiminnan häiriöt).

Sikiön makrosomian keskeiset riskitekijät:⁸

- raskaana olevan lihavuus ja raskausaikainen suuri painonnousu
- raskaustiabetes
- aikaisempi LGA.

SUOSITUS

- ▶ Jos havaitaan yli 2 SD:n poikkeama keskikäyrältä tai sf-mitan poikkeaminen omalta käyrältään, lähetetään raskaana oleva jatkoselvitysihin äitiyspoliklinikalle, kun mittausvirheet on ensin poissuljettu.
 - ▶ Ennen lähettämistä erikoissairaanhoidon äitiysneuvolassa tehdään kontrollimittaus SGA-epäilyn yhteydessä yhden viikon ja LGA-epäilyn yhteydessä kahden viikon kuluttua. Jos mittaustulos on edelleen ali/yli 2 SD keskikäyrältä, tehdään äitiysneuvolasta ei-kiireellinen lähetä äitiyspoliklinikalle.
-

Lähteet

1. Uotila J. 2011. Äitiysneuvolatarkastukset ja neuvolassa annettu hoito. Lääkäriin käsikirja 2.2.2011, Duodecim.
2. Väyrynen P, Stefanovic V. 2007. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika: Raskauden ajan seuranta. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen, P, Äimälä A-M. (toim.) Kätilötyö. Edita Prima, Helsinki.
3. SFOG. 2008. Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa. Rapport nr 59.
4. Kirkinen P, Uotila J. 2006. Milloin hidaskasvuisen sikiön on paras syntyä? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 122(7), 805–12.
5. Teramo K. 1998. Sikiön makrosomia on yhä äidin diabeteksen suuri ongelma. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 114(21), 2253.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2010. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Fetal growth and well-being. NICE Clinical Guideline. NICE. London.
7. Rosendahl H. 1995. Diagnostiset ongelmat. Sikiön kasvun hidastumisen ongelmat. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 111(10), 937.
8. Raskausdiabetes (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkäri-neuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008. www.kaypahoito.fi [viitattu 20.2013].

9.6 SIKIÖN POIKKEAVA SYKE

Sikiön normaali syketaso on 110–160 lyöntiä minuutissa, ja sykkeen kuuleminen kertoo sikiön olevan elossa.¹⁻⁴ Määräaikaisella neuvolakäynnillä suoritettu sydänäänien kuuntelu ei juuri paljasta sikiön mahdollista ahdinkotilaa³, mutta sikiön sydämen rytmihäiriöt sekä selvä bradykardia (matala syke) ja takykardia (nopea syke) voidaan havaita.⁴⁻⁶

Yksittäiset lisälyönnit ovat yleisiä ja vaarattomia. Useat ja toistuvat lisälyönnit saattavat olla merkki sydämen rakenteen ja toiminnan poikkeavuudesta. Toistuva takykardia (yli 180/min) tai bradykardia (alle 100/min) ovat harvinaisia. Näiden tilojen taustalta voi paljastua nopeaakin hoitoa vaativia raskausongelmia.^{4,6}

SUOSITUS

- ▶ Rutiininomainen kardiokogrammin (KTG) käyttö ei perustu näyttöön, joten sitä ei suositella matalan riskin raskauksissa tai ilman lääketieteellistä syytä.
 - ▶ Jos lisälyöntejä esiintyy usein ja toistuvasti (joka kolmas tai useammin), voidaan tehdä ei-päivystyksellinen lähete äitiyspoliklinikalle sikiön sydämen rakenteen ja toiminnan selvittelyä varten.
 - ▶ Jos sikiöllä huomataan toistuva taky- tai bradykardia, tehdään päivystyksellinen lähete äitiyspoliklinikalle ja raskaana oleva ohjataan välittömästi jatkohoitoon.
-

Lähteet

1. Alfirevic Z, Stampalija T, Gyte GML. 2010. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy. Cochrane Database of Systematic Review, CD001450.
2. McArthur A. 2010. Antenatal Visits: Routine Care. Midwifery Practice Manual. The Joanna Briggs Institute.
3. SFOG. 2008. Mödrhälsövärd, sexuell och reproduktiv hälsa. Rapport nr 59.
4. Väyrynen P. 2007. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika: Raskauden ajan seuranta. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P, Äimälä A-M. (toim.) Kätilötyö. Edita Prima, Helsinki.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Fetal wellbeing: auscultation of fetal heart. NICE Clinical Guideline. NICE. London.
6. Uotila J. 2011. Äitiysneuvolatarkastukset ja neuvolassa annettu hoito. Lääkärin käsikirja 2.2.2011, Duodecim.

9.7 SIKIÖN POIKKEAVA LIKKUMINEN

Sikiön liikkeitä tulisi tuntea viimeistään raskausviikolta 24⁺⁰ lähtien. Sikiön poikkeava liikkuminen (alle 10 liikettä/tunti) raskauden viimeisen kolmanneksen aikana voi viitata sikiön ahdinkotilaan. Vähentyneet sikiön liikkeet liittyvät tutkimusten mukaan istukan toiminnan häiriöihin, sikiön hapenpuutteeseen, päihteen käyttöön, poikkeavaan lapsiveden määrään, ennaaikaiseen synnytykseen, sikiön kasvun hidastumaan, sikiön epämuodostumiin ja kohtukuolemiin.¹⁻⁷

Liikkeiden tuntemista voi heikentää kohdun etuseinämään kiinnittynyt istukka, raskaana olevan runsas ylipaino, tupakointi ja ensisynnyttäjäys.^{1, 4-5} Liikkeiden määrään vaikuttaa myös jo raskausaikana sikiöiden temperamenttiero.⁷ Loppuraskaudessa noin 32. raskausviikosta alkaen sikiön liikkeiden luonne useimmiten muuttuu, mutta tällöinkin liikkeiden määrän tulisi säilyä normaalina.⁵

SUOSITUS

- ▶ Äitiysneuvolassa kiinnitetään huomiota siihen, että raskaana oleva saa yhtenevän informaation normaaleista sikiön liikkeistä, niiden luonteesta ja vuorokausirytmistä.^{5,7-8}
- ▶ Rutiininaista sikiön liikelaskentaa ei suositella riskiltään vähäisissä raskauksissa, sillä se saattaa turhaan lisätä joidenkin raskaana olevien huolta.^{1,5-6,9}
- ▶ Sikiön liikelaskentaa suositellaan tehtäväksi vain tarvittaessa 32. raskausviikon jälkeen⁵, mutta aina lasketun ajan ohituttua.

- ▶ Raskaana olevan huoli ja näkemys siitä, että sikiön liikkeitä tuntuu aiempaan verrattaessa vähemmän tai ei lainkaan, on erittäin merkitävä, ja se otetaan vakavasti.^{3, 5–7}
- ▶ Jos raskaana oleva ei tunne sikiön liikkeitä liikelaskennan ohjeiden mukaisesti, suositellaan saman vuorokauden aikana käyntiä synnytysairaalan poliklinikalla sikiön voinnin selvittämiseksi.^{4, 5, 7, 10}

Lähteet

1. Heazell AEP, Froen JF. 2008. Methods of fetal movement counting and the detection of fetal compromise. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 28(2), 14–154.
2. Winje BA, Saastad E, Gunnes N, Tveit JVH, Stray-Pedersen B, Flenady V, Froen JF. 2011. Analysis of “count-to-ten” fetal movement charts: a prospective cohort study. *BJOG An international Journal of Obstetrics and Gynaecology*. RCOG. www.bjog.org.
3. Saastad E, Winje BA, Pedersen BS, Froen JF. 2011. Fetal movement counting improved identification of fetal growth restriction and perinatal outcomes – a multi-centre, randomized, controlled trial. *PLoS ONE*. Volume 6, issue 12, e 28482.
4. Tveit JVH, Saastad E, Stray-Pedersen B, Bordahl PE, Froen JF. 2009. Maternal characteristics and pregnancy outcomes in women presenting with decreased fetal movements in late pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 88, 1345–1351.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2011. Reduced Fetal Movements. Green-top Guideline 57.
6. Flenady V, MacPhail J, Gardner G, Chadha Y, Mahomed K, Heazell A, Fretts R, Froen F. 2009. Detection and management of decreased fetal movements in Australia and New Zealand: A survey of obstetric practice. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009, 49, 358–363.
7. Väyrynen, P. 2007. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika: Raskauden ajan seuranta. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P, Äimälä A-M. (toim.) Kätilötyö. Edita Prima, Helsinki.
8. Saastad E, Tveit JVH, Flenady V, Stray-Pedersen B, Fretts RC, Bordahl PE, Froen JF. 2010. Implementation of uniform information on fetal movement in a Norwegian population reduced delayed reporting of decreased fetal movement and stillbirths in primiparous women – a clinical quality improvement. *BMC Research Notes*, 3:2.
9. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Fetal wellbeing: Routine monitoring of fetal movements.
10. Uotila J. 2011. Äitiysneuvolatarkastukset ja neuvolassa annettu hoito. Lääkärin käsikirja 2.2.2011. Duodecim.

9.8 UHKAAVA ENNENAIKAINEN SYNNYTYS

Synnytys on ennenaikainen, jos se tapahtuu ennen raskausviikkoa 37⁺⁰. Ennenaikainen synnytys ryhmitellään raskausviikkojen mukaan seuraavasti:

- a) hieman ennenaikainen: synnytys raskausviikoilla 34⁺⁰–36⁺⁶
- b) kohtalaisen ennenaikainen: synnytys raskausviikoilla 28⁺⁰–33⁺⁶ ja
- c) hyvin ennenaikainen: synnytys ennen raskausviikkoa 28⁺⁰.

Uhkaava ennenaikainen synnytys tarkoittaa säännöllisiä ja/tai kivuliaita supistuksia ja/tai kohdunkaulan kypsymistä (lyhentymisen, avautuminen, pehmeneminen), jotka saattavat johtaa synnytykseen.¹ Uhkaavan ennenaikaisen synnytyksen oireita voivat olla kohdun supistukset, alavatsan tai alaselän kivut, painontunne lantiossa sekä veresli-mainen tai vetinen vuoto.

Suomessa 5–6 % synnytyksistä tapahtuu ennenaikaisesti.² Ennenaikaisesti synty-neillä lapsilla on suurentunut riski kuolemaan ja vakavaan sairastavuuteen, sitä enem-män, mitä varhaisemmassa raskauden vaiheessa synnytys tapahtuu.

Ennenaikaiseen synnytykseen viittaavat oireet, lähinnä kohdun supistelu, ovat yleinen hoitoon hakeutumisen syy raskausaikana. Raskausviikoilla 28–30 supistuksia esiintyy keskimäärin 4–5 kertaa vuorokaudessa. Vain 10 %:lla supistuksia ei esiinny lainkaan. Kivuttomat ja epäsäännölliset supistukset ovat pääsääntöisesti vaarattomia. Suomalaisen tutkimuksen mukaan vain 4 % supistusten vuoksi sairaalapäivystykseen viikoilla 22–34 lähetetyistä naisista synnytti ennen raskausviikkoa 34^{+0,3}.

Uhkaavan ennenaikaisen synnytyksen havaitsemiseksi oireiselle naiselle tehdään ul-kotutkimus, spekulatutkimus ja sisätutkimus. Rutiininomainen sisätutkimus ei hyödytä matalan riskin oireettomia naisia eikä alenna ennenaikaisten synnytysten määrää.

Ulkotutkimuksessa kohdun palpaatiossa kiinnitetään huomiota kohdun supistus-herkkyyteen, lapsiveden määrään sekä tarjoutuvan osan korkeuteen ja mahdolliseen kiinnittymiseen lantion yläaukeamaan.

Spekulatutkimuksessa todetaan, onko kohdunsuu silmämääräisesti avautunut, pullottaako lapsivesikalvo, onko emättimessä veristä tai limaista vuotoa tai infektion merkinä lisääntynyttä ja/tai pahanhajuista valkovuotoa ja onko emättimessä lapsive-denmenon merkinä vetistä eritettä.

Sisätutkimuksessa arvioidaan kohdunkaulan pituus, asento ja mahdollinen avau-tuminen sekä sikiön tarjoutuvan osan korkeus. Kohdunkaula lyhenee fysiologisesti ras-kauden edetessä. Uudelleensynnyttäjän kohdun kaulakanavan ulkosuu saattaa avau-tua jo 30. raskausviikkoon mennessä ilman, että sisäsuu avautuu. Palpaatiolla todettava kypsytynyt kohdunkaula ennustaa paremmin ennenaikaista synnytystä kuin supistusten määrä.

SUOSITUS

- ▶ Päivystyslähete äitiyspoliklinikalle tehdään, jos
 - säännöllisiä kivuliaita supistuksia on alle kymmenen minuutin välein yli 60 minuutin ajan riippumatta kohdunkaulan tilantee-ta tai raskauden kestosta
 - ilmenee veristä vuotoa
 - epäillään lapsivedenmenoa
 - sikiökälvot ovat näkyvissä spekulatutkimuksessa
 - on epäsäännöllisiin supistuksiin tai painontunteeseen liittyvä kypsiä kohdunkaula.

- ▶ Ajanvarauslähete äitiyspoliklinikalle tehdään ennen raskausviikkoa 34⁺⁰, jos raskaana olevalla on
 - aikaisemmin ollut hyvin ennenaikainen synnytys tai myöhäinen keskenmeno (lähete jo alkuraskaudessa)
 - aikaisemmin ollut hieman tai kohtalaisesti ennenaikainen synnytys yhdistyneenä kohdun supistusherkkyyteen
 - muu ennenaikaisen synnytyksen riskitekijä yhdistyneenä kohdun supistusherkkyyteen
 - kypsä kohdunkaula ilman supistustuntemuksia tai muita oireita.
 - ▶ Erikoissairaanhoidon ei tarvitse lähettää raskaana olevaa, jolla on
 - epäsäännölliset supistukset, mutta kohdunkaula ei ole kypsä
 - kypsä kohdunkaula ilman oireita raskauden kestätyä yli 34⁺⁰ viikkoa.
 - ▶ Seurantakäynnin sopiminen perusterveydenhuoltoon:

Jos raskaana olevalla on epäsäännöllisiä supistuksia tai kohdun supistusherkkyyttä, mutta kohdunkaula ei ole kypsä, kohdunkaulan tilannetta seurataan perusterveydenhuollossa 1–3 viikon välein raskausviikolle 34⁺⁰ asti.
 - ▶ Tutkitaan mahdolliset infektiot:
 - alkuvirtsanäyte klamydian (ja tippurin) poissulkemiseksi
 - PLV virtsatieinfektion poissulkemiseksi
 - oireinen bakteerivaginoosi (todetaan spekulatutkimuksen avulla).
 - ▶ Kiinnitetään huomiota tekijöihin, jotka voivat lisätä supistuksia ja ennenaikaisen synnytyksen uhkaa:
 - fyysisen rasituksen ja liikkumisen määrää rajoitetaan oireiden mukaisesti
 - sairauslomaa harkitaan oireiden mukaisesti
 - yhdynnöistä pidättäydytään oireiden mukaisesti tai jos kohdunkaula on kypsä.
 - ▶ Supistusherkkyyks on yleinen lisäkäyntien syy. Useimmiten tarvitaan lääkärin tilannearvio ja toistuvia kliinisiä tutkimuksia. Seurantakäynnit toteutetaan oireiden ja löydösten mukaan 1–3 viikon välein.
 - ▶ Asiakkaan kanssa arvioidaan, mitkä ovat ennenaikaisen synnytyksen riskitekijöitä ja miten niitä voi välttää.
-

Lähteet

1. Ennenaikainen synnytys (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011. www.kaypahoito.fi [viitattu 11.4.2011].
2. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011. Tilastoraportti 20/2012. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301171623>.
3. Rahkonen L, Unkila-Kallio L, Nuutila M ym. 2009. Cervical length measurement and cervical phosphorylated insulin-like growth factor binding protein-1 testing in prediction of preterm birth in patients reporting uterine contractions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 88, 901–8.

9.9 LOPPURASKAUDEN VERENVUOTO

Raskausviikko 22 muodostaa rajan keskenmenon ja synnytyksen välillä. Koska viikon 22 jälkeen sikiöllä alkaa olla reaalisia mahdollisuuksia selvitä hengissä kohdun ulkopuolella, viikon 22 jälkeisen verenvuodon yhteydessä myös sikiön voinnin selvittäminen on olennainen asia.

Runsas verenvuoto on useimmiten peräisin istukasta ja on oire joko etisestä istukasta tai istukan (osittaisesta) irtoamisesta. Usein vuoto voi olla myös peräisin kohdun tai kohdunkaulan limakalvolta, erityisesti synnytyksen käynnistymisen, kohdunkaulan kypsymisen tai supistusten yhteydessä. Emättimen tai kohdunkaulan tulehdus tai kohdunkaulan ektopia saattavat aiheuttaa niukkaa verenvuotoa. Yhdynnän tai sisätutkimuksen jälkeen saattaa joskus ilmetä niukkaa veristä vuotoa. Verenvuodon laadun selvittämiseksi tehdään neuvolassa spekulatutkimus.

SUOSITUS

- ▶ Jos loppuraskauden verenvuodon todetaan tulevan kohdusta, tehdään päivystyslähete synnytyssairaalaan. Hyvin niukka, vain kerran ilmennyt ja loppunut verinen vuoto ei yleensä ole aihe sairaalalähetteelle.
 - ▶ Mahdolliset emättimen tai kohdunkaulan infektiot hoidetaan (hiivakolpiitti, bakteerivaginoosi, klamydiacerviisiitti).
 - ▶ Yhdynnän tai sisätutkimuksen jälkeen ilmennyt verinen vuoto rauhoittuu yleensä alle vuorokaudessa ja on tällöin käytännössä vaaraton.
 - ▶ Niukan vuodon ja mahdollisen infektion hoidon jälkeen on yleensä syytä sopia 1–2 viikon päähän kontrollikäynti neuvolalääkärille.
-

Lähde

1. Haikonen J, Aaltonen M. 2010. Loppuraskauden verenvuoto. *SLL* 65, 3142–3.

9.10 LASKETUN AJAN YLITTYMINEN

Raskauden keskimääräinen kesto on 280 päivää eli 40⁺⁰ viikkoa laskettuna viimeisten kuukautisten alkamisesta. Kun kuukautiskierron pituus vaihtelee, tieto hedelmöitymishetkestä tai alkuraskauden kaikukuvaus tarkentaa käsitystä raskauden kestosta ja niin sanotusta lasketusta ajasta. Raskaus määritellään yliaikaiseksi, kun se on kestänyt 42⁺⁰ viikkoa.

Yliaikaisuuden lähestyessä lapsiveden määrä vähenee ja sikiön herkkyys hapenpuutteelle lisääntyy. Biologinen vaihtelevuus yliaikaisuuden seurausten suhteen on kuitenkin hyvin suurta.

Osalla naisista synnytyksen luonnollisen käynnistymisen ajankohta on vasta yliaikaisuuden tuntumassa, eikä heidän synnytyksensä kulku poikkea muiden naisten synnytyksistä. Osalla yliaikaisen raskauden vuoksi hoidetuista naisista kuitenkin kohdunkaulan kypsyminen on heikkoa ja synnytyksen käynnistyminen jää tehottomaksi. Ohjeet ja käytännöt vaihtelevat alueittain siitä, miten ja milloin lasketun ajan ohituttua tehdään tarkistuskäynti synnytyssairaalassa.

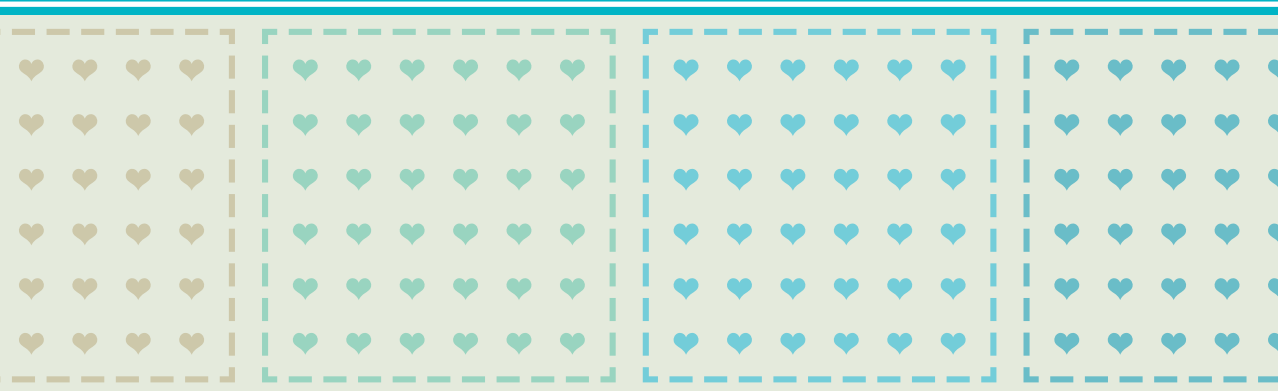
SUOSITUS

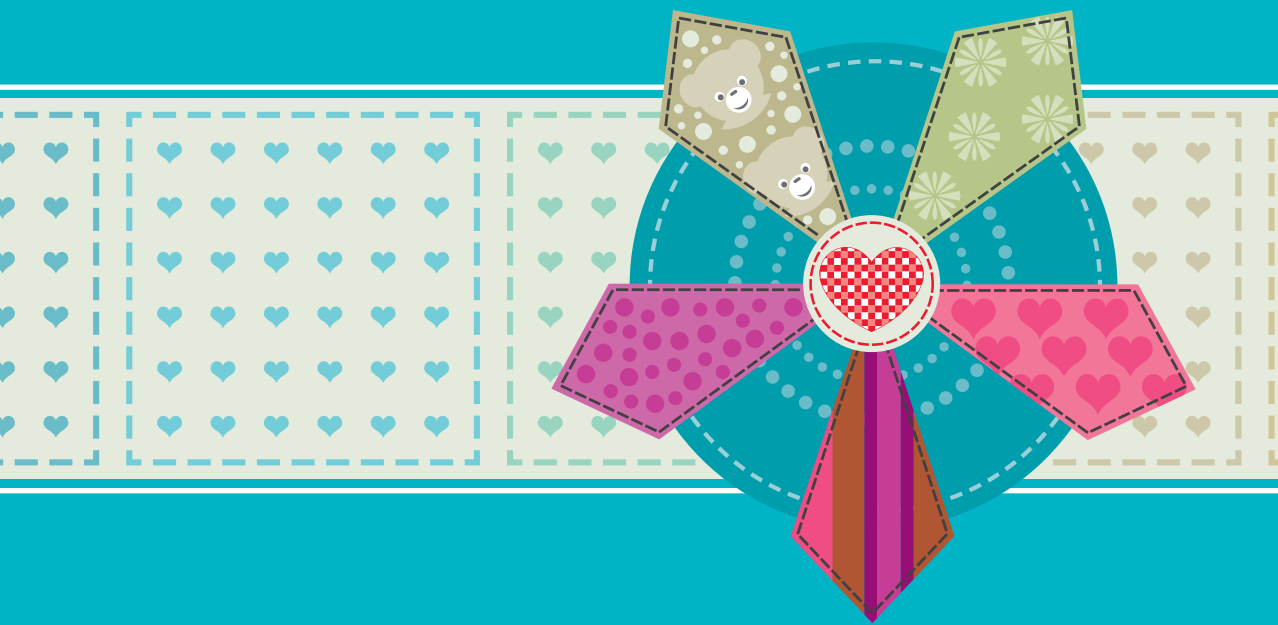
- ▶ Lasketun ajan ohituttua tavanomaista suuremmassa sikiön hapenpuutteen (hypoksian) riskissä ovat yli 35-vuotiaat, raskausdiabeetikot sekä ne naiset, joilla verenpaine alkaa kohota tai sikiöllä on kasvun hidastuma. Nämä naiset lähetetään synnytyssairaalaan heti lasketun ajan ohituttua.
- ▶ Lasketun ajan ohituttua kiinnitetään huomiota lähestyvän synnytyksen merkkeihin eli supistusherkkyyteen, painontunteeseen, mahdolliseen limavuotoon ja sikiön tarjoutuvan osan laskeutumiseen lantioon.
- ▶ Sikiön liikeseuranta ohjeistetaan kaikille, ja sikiön liikkuvuutta ja liikkeiden laatua tiedustellaan.
- ▶ Yleensä raskaana olevia rohkaistaan odottamaan synnytyksen spontaania käynnistymistä.
- ▶ Lasketun ajan saavuttamisen jälkeen tarvitaan 1–3 lisäkäyntiä raskaana olevan voimavarojen ja sikiön hapenpuutteeseen liittyvien riskitekijöiden mukaan. Käynneillä seurataan raskaana olevan vointia ja voimavaroja, verenpainetasoa, sikiön laskeutumista lantioon ja sikiön liikkuvuutta. Ongelmien ilmetessä otetaan tarvittaessa yhteyttä äitiyspoliklinikalle.

Lähteet

1. Timonen S. 2010. Kun laskettu aika on ohi. *Duodecim* 126, 773–9.
2. Mandruzzato G, Alfirevic Z, Chervenak F ym. 2010. World Association of Perinatal Medicine.

Guidelines for the management of postterm pregnancy. *J Perinat Med* 38, 111–9.





10 LISÄSEURANTAA VAATIVAT SAIRAUDET TAI ONGELMAT

10.1 AIKAISEMMAN RASKAUDEN ONGELMAT

Aikaisemman raskauden aikana ilmenneet ongelmat nousevat yleensä voimakkaasti esiin uuden (erityisesti seuraavan) raskauden aikana. Merkityksellisiä aikaisemman raskauden ongelmia voivat olla esimerkiksi keskenmeno, sikiön sairaudet tai kuolema, ennenaikainen synnytys, pre-eklampsia, gestaatiodiabetes, muut raskauskomplikaatiot, psyykkiset ongelmat, synnytykseen liittyvät komplikaatiot sekä traumaattiset kokemukset synnytyksessä tai lapsivuodeaikana.

Monet raskauskomplikaatiot pyrkivät toistumaan. Lisäksi aikaisemman raskauden ongelmat usein aktivoivat psyykkisiä traumakokemuksia, joiden vuoksi raskaana oleva tarvitsee paljon henkistä tukea ja huolenpitoa. Ensimmäisen kolmanneksen keskenmenot eivät yleensä toistu, mutta muutoin keskenmenot altistavat uusille keskenmenoille sekä muille raskauskomplikaatioille.

Suurin osa sikiön vaikeista sairauksista on satunnaisia, mutta perinnölliset sairaudet toistuvat kullekin sairaudelle ominaisen matemaattisen todennäköisyyden mukaan.

Aikaisempi ennenaikainen synnytys merkitsee uudessa raskaudessa voimakasta ennenaikaisen synnytyksen riskiä. Vaikea pre-eklampsia ja sen komplikaatiot nostavat taudin riskiä myös uusissa raskauksissa. Raskauskolestaasi toistuu lähes säännömukaisesti. Samoin suurin osa muistakin aikaisemman raskauden ongelmista toistuu jossain muodossa ja jossain määrin.

SUOSITUS

- ▶ Jos aikaisemmassa raskaudessa sikiö on kuollut epäselvästä syystä tai jos sikiöllä on ollut kasvun hidastuma tai äidillä vaikea pre-eklampsia, raskaana oleva pitää lähettää äitiyspoliklinikalle jo raskauden ensimmäisellä kolmanneksella. Myös sikiödiagnostiikkaa edellyttänyt sikiön sairaus aikaisemmassa raskaudessa on aihe lähettää raskaana oleva äitiyspoliklinikalle jo alkuraskaudessa.
 - ▶ Jos aikaisemmassa raskaudessa on ollut raskausdiabetes, teetetään soke-
rirasitus jo raskauden toisen kolmanneksen aikana viikoilla 12⁺⁰–16⁺⁶.
 - ▶ Aikaisempien raskauksien komplikaatioiden ajankohdan ja voimakkuuden mukaan päätetään, millaisia neuvolan lisäkäyntejä, oirekyselyjä, diagnostiikkaa ja psyykkistä tukemista uudessa raskaudessa tarvitaan.
 - ▶ Tapauskohtaisesti lisäkäynnit sekä terveydenhoitajan/kätilön että lääkärin vastaanotolla ovat usein aiheellisia.
-
-

10.2 SUVUN SAIRAUDET JA PERIYTYVÄN SAIRAUDEEN MAHDOLLISUUS

Perinnölliset sairaudet tai poikkeavat ominaisuudet voivat periytyä 1) vallitsevasti (dominantisti), jolloin jälkeläisen riski sairauteen on 50 % (sairauden ilmiäisy ja vaikeusaste voivat vaihdella), 2) väistyvästi (resessiivisesti), jolloin jälkeläisen riski sairauteen on 25 % (50 % jälkeläisistä on geenivirheen oireettomia kantajia) tai 3) X-kromosomiin liittyen, jolloin pojan riski sairauteen on 50 % ja tytön riski kantajuuteen on 50 %.

Lisäksi jotkut sairaudet aiheutuvat monitekijäisesti geneettisen alttiuden ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta. Esimerkiksi synnynnäinen sydänvika perheessä nostaa jälkeläisen riskin synnynnäiseen sydänvikaan kaksinkertaiseksi muuhun väestöön nähden.

Moniin perinnöllisiin sairauksiin on mahdollista tarjota sikiödiagnostiikkaa, jolloin tieto sikiön sairaudesta saadaan jo raskausaikana – usein jo varhaisraskaudessa. Kun sikiön sairaus on tiedossa tai sairauden riski tiedetään suureksi, synnytys voidaan suunnitella tilanteeseen nähden optimaaliseksi. Esimerkiksi perinnöllisessä verenvuotoalttiudessa etukäteissuunnittelulla minimoidaan vastasyntyneen verenvuoto-ongelmat.

Perinnöllisen sairauden mahdollisuus tulee ilmi, jos kyseinen sairaus on odottavilla vanhemmillä tai heidän sukulaisillaan tai perheeseen aikaisemmin syntyneellä lapsella.

SUOSITUS

- ▶ Jos suvussa on periytyviä sairauksia eikä perhe ole saanut perinnöllisyysneuvontaa, suositellaan yhteydenottoa perinnöllisyyspoliklinikkaan jo raskauden suunnitteluvaiheessa.
 - ▶ Jos suvussa on periytyviä sairauksia ja perhe on jo aikaisemmin saanut perinnöllisyysneuvonnan, tehdään lähete äitiyspoliklinikalle alkuraskaudessa mahdollista sikiödiagnostiikkaa ja raskauden seurannan suunnittelua varten.
 - ▶ Suvussa ilmenevät perinnölliset sairaudet tai niiden mahdollisuuden selvittäminen saattaa vaatia lisäkäynnin äitiysneuvolaan. Sikiödiagnostiikan jälkeenkin odottava perhe tarvitsee seurantaa ja henkistä tukea.
-
-

Lähde

Salonen R. 2005. Milloin gynekologin potilas tarvitsee perinnöllisyyslääkäriä? SLL 60, 2197–201.

10.3 KROONISET SAIRAUDET

ANEMIA, TROMBOSYTOPENIA JA TROMBOOSI

Anemia

Yleisin syy raskausaikaiseen anemiaan on raudan puute. Lisävitteitä raudan puutteen antavat punasolujen pieni koko (MCV < 80) ja seerumin matala ferritiinipitoisuus (< 30 µg/l).

Raudan puutteen ohella anemian taustalla voi olla muiden ravintoaineiden puute.¹ Yleisimmän on kyse foolihapon tai B12-vitamiinin puutteesta, joista jälkimmäinen saattaa liittyä mahalaukun autoimmuunisairauteen, atrofiseen gastriittiin. Raudan ja muiden ravintoaineiden puutteiden taustalta saattaa löytyä hoidettavia imeytymishäiriöitä, erityisesti keliakiaa. Toisinaan anemia saattaa liittyä muihin kroonisiin sairauksiin tai infekioon, esimerkiksi malariaan, jonka mahdollisuus on syytä muistaa malaria-alueelta saapuneilla. Joskus luuytimen sairaudet lamaavat punasolujen muodostumista, ja joskus taas punasolujen hajoaminen aiheuttaa anemian. Lisäksi on olemassa suuri joukko perinnöllisiä anemioita, joista merkittävimmät ovat erityisesti maahanmuuttajaväestössä yleiset talassemiat.

Vähäinen punasolujen määrä tai puutteellisesti muodostunut punasolujen hemoglobiini johtaa veren hapenkuljetuskyvyn heikkenemiseen. Anemian seurauksena fyysinen suorituskyky laskee ja kudokset saattavat kärsiä vaihtelevanasteisesta hapenpuutteesta. Tämä ilmenee mm. hengästymistäipumuksena, väsymyksenä ja sydämen tykittelynä. Sikiön hapensaanti on yleensä turvattu jopa hyvinkin matalilla hemoglobiinitasoilla, mutta vaikeaan anemiaan saattaa kuitenkin liittyä sikiön pienipainoisuutta ja ennenaikaista synnytystä.

Varsinkin toistuvat raskaudet kuluttavat voimakkaasti rautavarastoja. Raskauden aikana rautaa ja muita hivenaineita saadaan ravinnosta lisääntyneeseen tarpeeseen nähden liian vähän, minkä seurauksena raudan puutteesta johtuva anemia on yleistä.

SUOSITUS

- ▶ Ruokavalion monipuolisuuteen kiinnitetään huomiota. Pelkkä kasvिरavinto harvoin riittää turvaamaan riittävää raudan saantia.
- ▶ Rutiiniluonteista, kaikille raskaana oleville suunnattua rautahoitoa ei suositella.
- ▶ Lievää anemiaa hoidetaan ja ehkäistään neuvolassa. Koska raudan puute on raskausaikaisen anemian ylivoimaisesti yleisin syy, raskaana olevan rautalääkitys (100 mg ferrorautaa päivässä) aloitetaan, jos hemoglobiinitaso ensikäynnillä on alle 110 g/l tai raskausviikon 28 jälkeen alle 105 g/l. Seerumin ferritiinitason määrittäminen tarkentaa anemiadiagnostiikkaa.

- ▶ Jos rautalääkityksestä huolimatta hemoglobiinitaso on huomattavan matala (alle 100 g/l) tai raskaana oleva kärsii anemiaan sopivista oireista, hänet lähetetään jatkotutkimuksiin.
- ▶ Anemian tutkimiseksi ja hoitamiseksi tarvitaan usein lisäkäyntejä terveydenhoitajan/kätilön ja lääkärin vastaanotolla.

Lähde

1. Pavord S, Myers B, Robinson S ym. 2012. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *Br J Haematol* 156, 588–600.

Trombosytopenia

Trombosyytit osallistuvat veren hyytymistapahtumaan takertumalla haavassa toisiinsa ja verisuonen vaurioituneeseen pintaan.¹ Samalla niistä vapautuu vasoaktiivisia aineita, jotka aiheuttavat verisuonen voimakkaan paikallisen supistumisen. Trombosyyttien puute eli trombosytopenia johtaa veren hyytymisen heikkouteen ja vuotoriskiin. Tyypillisiä seurauksia vaikeasta trombosytopeniasta ovat ihonalaiset pistemäiset verenvuodot eli petekiat, mustelmat, ienverenvuodot, herkkyys nenäverenvuodolle sekä runsas ja hallitsematon vuoto synnytyksen tai leikkauksen yhteydessä.

ITP eli immuunitrombosytopenia on huomattavin raskausaikainen trombosyyttisairaus. Sitä sairastaa 0,2 % raskaana olevista naisista. ITP on autoimmuunisairaus, jossa usein tavataan vasta-aineita trombosyyttejä kohtaan. Trombosyyttien taso on vaihtelevan matala, ja spontaaneja vuoto-oireita voi esiintyä. Vasta-aineita voidaan todeta sekä seerumista että trombosyyttien pinnalta.

Muita syitä raskausaikana tavattaviin trombosytopenioihin ovat mm. SLE, lääke-reaktiot, eräät infektiot, luuytimen sairaudet, perinnölliset trombosytopeniat ja trombosyyttien tavallista voimakkaampi kulutus pre-eklampsian yhteydessä.

Matala trombosyyttitaso altistaa verenvuodolle synnytyksen ja erityisesti leikkauksen yhteydessä. Lisäksi selkäpuudutuksiin liittyy tällöin spinaalikanavan verenvuotojen riski. Tämän vuoksi tavoitteena on, että synnytyksen aikana trombosyyttitaso olisi yli 100.

Koska vasta-aineet läpäisevät istukan, myös sikiön trombosyyttitaso voi olla matala. Äidin ITP:n yhteydessä sikiön trombosytopenia on kuitenkin harvoin niin vaikeasteinen, että se aiheuttaisi välitöntä vaaraa sikiökaudella tai synnytyksen yhteydessä – toisin kuin sikiön alloimmuunitrombosytopenia.

SUOSITUS

- ▶ Trombosytopenian etiologian selvittely ja hoito kuuluvat erikoissairaanhoitoon.
- ▶ Toisinaan yhteisestä sopimuksesta erikoissairaanhoidon kanssa voidaan trombosyyttitasoa seurata äitiysneuvolassa.

Lähde

1. Sainio S. 2001. Trombosytopenia ja raskaus. *Duodecim* 117, 698–702.

Tromboemboliset sairaudet ja trombofilia

Yleisimmin tavattuja verisuonitukoksia ovat alaraajojen pinnallisten laskimoiden tulehdukselliset tukokset, pinnalliset tromboflebiitit.¹⁻² Ne aiheuttavat paikallista arkuutta, kovettumista ja ärtyneisyyttä alaraajojen laajentuneissa pinalaskimoissa.

Alaraajan syvän laskimotukoksen oireena on yleensä äkillinen alaraajan kipu ja voimakas turvotus. Syvä laskimotrombi voi levitä ja johtaa keuhkoemboliaan. Myös muualla kuin alaraajoissa voidaan tavata laskimotukoksia, mutta ne ovat paljon harvinaisempia kuin alaraajojen trombit.

Keuhkoembolian vaikeusaste vaihtelee. Tyypillisiä keuhkoembolian oireita ovat hengenahdistus ja rintakipu. Valtimoveren happipitoisuus saattaa olla alentunut, EKG:ssa voi olla epäspesifejä muutoksia, ja hyytymisjärjestelmän aktivoitumista osoittavat laboratoriotestit ovat lähes aina poikkeavia.

Viime vuosina on opittu tuntemaan suuri joukko perinnöllisiä verisuonitukoksille altistavia häiriötiloja, trombofilioita. Trombofilioista yleisin on hyytymistekijä V:n Leiden-mutaatio, mikä aiheuttaa ns. APC-resistenssin (reagoimattomuus aktivoituneelle proteiini C:lle) ja lisääntyneen trombiriskin. Muita trombofilioita ovat mm. hyytymistekijä II:n protrombiinigeenin mutaatio, synnynnäiset proteiini C:n, proteiini S:n tai antitrombiinin vajaukset sekä fosfolipidivasta-aineiden esiintyminen elimistössä. Trombofilioihin liittyvä trombiriski vaihtelee potilaskohtaisesti. Erityisen suuri trombiriski on mm. silloin, jos trombofiliaa sairastavalla naisella on aikaisemmin jo ollut verisuonitukos, potilas on homotsygootti faktori V:n geenivirheen suhteen, potilaalla on antitrombiinin puute tai raskaudessa on samanaikaisesti useita tromboosille altistavia tekijöitä.

Veren hyytymistäipumus lisääntyy raskauden myötä, minkä vuoksi sekä paikalliset verisuonitukokset, trombit, että verenkierron mukana kulkevat tulpat, emboliat, ovat raskausaikana yleisempiä kuin ilman raskautta.

Keuhkoembolia on yleisin syy Suomen äitikuolemille. Verisuonitukosten riski on suurimmillaan raskauden loppuvaiheissa ja synnytyksen jälkeen. Riski lisääntyy selvästi, jos synnytykseen liittyy pitkäkestoista vuoteessaoloa, infektio tai leikkaus.

Sekä syvän laskimotrombin että keuhkoembolian hoidossa käytetään pistoksina annettavia pienimolekyylisiä hepariinijohdoksia pysäyttämään trombi-prosessi ja estämään tukoksen laajenemista tai uusien tukoksien syntymistä. Hoitoannokset ovat varsin suuret ja saattavat aiheuttaa leikkaustilanteessa tai synnytyksen yhteydessä verenvuototaipumusta.

Hepariinijohdosprofyylaksi toteutetaan, jos nainen on aikaisemmin sairastanut laskimotukoksen raskauden tai E-pillereiden käytön aikana tai ilman mitään tunnettua altistavaa tekijää. Profylaksi toteutetaan myös trombofilioiden yhteydessä, vaikka aikaisempaa verisuonitukosta ei olisi ollut.

SUOSITUS

- ▶ Pinnalliset tromboflebiitit hoidetaan perusterveydenhuollossa trombin liukenemista edistävillä salvoilla. Laajoissa ja proksimaalisissa tromboflebiiteissä suositellaan aloitettavaksi pienimolekyylarinen hepariinihoito.
 - ▶ Epäiltäessä syvää laskimotrombia tai keuhkoemboliaa raskaana oleva lähetetään päivystyksellisesti sairaalaan, jossa syvä laskimotrombi diagnosoidaan yleensä päivystysluonteisella laskimoiden ultraäänitutkimuksella.
 - ▶ Tromboosiprofyylaksin aloituksen ajankohta ja hepariinijohdoksen annostus vaihtelevat yksilöllisen riskin mukaan. Yleensä profylaksi aloitetaan erikoissairaanhoidossa.
-
-

Lähteet

1. Laskimotukos ja keuhkoembolia (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010. www.kaypahoito.fi [viitattu 11.4.2013].
2. Bates SM, Greer IA, Pabinger I ym. 2008. Venous thromboembolism, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 133, 844–886.

ASTMA

Astma on raskausajan yleisimpiä kroonisia sairauksia. Maailmanlaajuisesti sitä sairastaa jonkinasteisena 8–13 % raskaana olevista.¹ Kolmasosalla astma pahenee raskausaikana, kolmasosalla tilanne pysyy ennallaan ja kolmasosalla kohenee jonkin verran. Huonossa hoitotasapainossa oleva astma lisää sekä raskaana olevien naisten että lasten sairastavuuden riskiä, kuten perinataalikuolleisuutta, sikiön kasvun hidastumista, ennenaikaisia synnytyksiä sekä raskaana olevan pre-eklampsian ja diabeteksen pahenemista.^{1–2}

Yleensä diagnoosi on tiedossa jo ennen raskautta. Jos raskaana olevalla on epäselviä oireita, neuvolalääkäri voi tehdä diagnostisia selvityksiä yhteistyössä keuhkosairauksien poliklinikan kanssa.

Koska astman optimaalinen hoito vähentää pahenemisvaiheen vaaraa sekä perinataalisten komplikaatioiden mahdollisuutta, astmalääkitystä jatketaan raskausaikana. Systeeminen steroidihoito alkuraskauden aikana voi lisätä jonkin verran huuli-suulaki-halkion riskiä, mutta riski arvioidaan kuitenkin pieneksi eikä se vaikuta merkittävästi epämuodostumien kokonaisriskiin. Leukotrieeniantagonisteista on vähemmän kokemusta, ja niiden käyttö tulisi rajata tilanteisiin, joissa ne ovat hoidon kannalta tärkeitä. Teofylliinillä on haittavaikutuksia sekä yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa. Annosta tulee raskausaikana hypoalbumemian vuoksi vähentää, mutta riskiä epämuodostumien osalta ei ole todettu. Siedätyshoitoa ei suositella raskausaikana, mutta jo aloitettua voidaan yleensä jatkaa, jos hoitoon liittyvien vakavien allergisten reaktioiden riski otetaan huomioon. Astman hoidossa käytettävät lääkkeet ovat sallittuja myös imetyksen aikana.³

SUOSITUS

- ▶ Tupakoivalle astmaa sairastavalle raskaana olevalle suositellaan tupakoinnin lopettamista.
 - ▶ Astmapotilas kuuluu neuvolalääkäriin seurantaan. Ongelmien esiintyessä tarvitaan lisäkäyntejä. Hyvin hoitotasapainossa olevat ja vähäoireiset potilaat eivät tarvitse erikoissairaanhoitoa, eikä erityistason sikiödiagnostiikkaa tarvita minkään lääkeryhmän käytön yhteydessä.
 - ▶ Jos astma on vaikea tai sen kontrolli selvästi huononee raskausaikana, sikiön kasvua ja hyvinvointia tutkitaan kaiku- ja sykekäyrätutkimuksin viimeisen raskauskolmanneksen aikana erikoissairaanhoidossa.
-
-

Lähteet

1. Murphy VE, Namazy JA, Powell H, Schatz M, Chambers C, Attia J, Gibson PG. 2011. A meta-analysis of adverse perinatal outcomes in women with asthma. *BJOG* 118, 1314–1323.
2. Puolijoki H, Kirkinen P. 2005. Astman hoito raskauden aikana: uudet hoitosuosituksen. *SLL* 37, 3605–3608.
3. Malm H, Vähäkangas K ym. 2008. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. *Lääkelaitos*. 2., uudistettu painos.

DIABETES

Diabetes on sairaus, jolle on ominaista plasman pitkäaikaisesti suurentunut glukoosipitoisuus. Se voi johtua insuliinin puutteesta, insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta tai molemmista.¹ Diabetekseen voi liittyä lyhyt- ja pitkäaikaisia komplikaatioita, jotka vaikuttavat oleellisesti potilaan elämänlaatuun.

Tyyppin 1 diabetes johtuu siitä, että insuliinia tuottavat haiman beetasolut tuhoutuvat autoimmuuniprosessin kautta. Tauti johtaa hoitamattomana happomyrkytykseen, koomaan tai kuolemaan. Tautia luonnehtii selkeä insuliininpuute, mutta insuliinien vaikutus on yleensä normaali.¹

Tyyppin 2 diabetes on heterogeeninen sairausryhmä, josta puuttuvat selkeät diagnostiset kriteerit. Taudin tavallisin muoto alkaa aikuisiässä. Potilas on usein ylipainoinen, hypertensiivinen tai hänellä on rasva-aineenvaihdunnan häiriö tai molemmat eli metabolinen oireyhtymä. Tautiin liittyy sekä insuliinin puute että insuliinin heikentyneet vaikutus (insuliiniresistenssi).¹

Tavallisesti diabetes-diagnoosi on tiedossa jo ennen raskautta. Joskus diabetes kuitenkin todetaan raskausaikana tehtävän sokerirasituksen perusteella. Raskautta edeltävä diabetes on todennäköinen ADA:n määritelmän mukaan, jos $HbA_{1c} > 6,5\%$ (48 mmol/mol), plasman paastoglukoosipitoisuus on yli 7 mmol/l tai glukoosirasituskokeen tunnin arvo on yli 11 mmol/l.² Poikkeava tulos on tarkistettava uudelleen eri päivänä. Raskausaikana tilannetta voidaan arvioida verensokerin omaseurannan perusteella. Diagnoosi voi perustua myös satunnaiseen glukoosiarvoon yli 11 mmol/l, jos henkilöllä on klassiset diabetekseen liittyvät oireet: jano, suuret virtsamäärät ja/tai laihuminen.¹

Noin 350 1-tyyppin ja 5–60 2-kakkostyyppin diabeetikkoa synnyttää Suomessa vuosittain. Diabeetikon raskauden seurannasta ja hoidosta on tehty ajanmukainen suositus, joka käsittelee tarkemmin raskauden suunnittelua ja seurannan erityispiirteitä, sikiön hyvinvoinnin seurannasta, synnytyksestä, vastasyntyneen seurannasta ja hoitoa, synnytyksen jälkeen huomioitavia asioita sekä lapsen pitkäaikaisennustetta.³

Hedelmällisyyssikäisten 1- ja 2-tyyppin naisdiabeetikkojen raskaussuunnitelmat on hyvä selvittää. Hyvä glukoositasapaino tulisi saavuttaa jo ennen raskautta, sillä huonoon glukoositasapainoon liittyy merkittävien epämuodostumien riski (mm. keskushermoston ja sydämen rakennepoikkeavuudet). Vaara kasvaa HbA_{1c} -arvon suuretessa.

Alkuraskauden liian korkea verensokeri (erityisesti raskausviikoilla 5–7) lisää portaattomasti sikiön epämuodostumavaaraa. Suurin vaara on tyyppin 1 diabetesta sairastavilla, joilla plasman sokerin heilahtelut ovat suurimmat. HbA_{1c} :n raskautta edeltävästä tavoitetasosta ei ole lääketieteellisessä kirjallisuudessa yksimielistä suositusta. On suositeltavaa pyrkiä mahdollisimman lähelle normaalia verensokeritasapainoa ja varoa liian matalia verensokereita eli hypoglykemiaa.²

Silmänpohjien tilanne on tärkeä tietää jo ennen raskautta. Silmänpohjakuvauksen tietojen ei tulisi olla ½–1 vuotta vanhempia. Diabeetikon verenpaine mitataan myös suunnittelukäynnillä ja arvioidaan lääkityksen tarve.³

Raskaana olevan hyperglykemia voi johtaa sikiön hyperinsulinismiin ja siitä aiheutuvaan sikiön liikakasvuun (makrosomiaan). Makrosomia lisää synnytysvaurioiden riskiä ja on yhteydessä myös lisääntyneeseen kohdunsisäiseen ja synnytyksen aikaiseen hapenpuutteeseen sekä kohtukuoleman vaaraan. Ennenaikainen synnytys on diabeetikoilla muita yleisempää. Syntyneillä lapsilla todetaan vastasyntyneisyyskaudella muita useammin tehostetun hoidon tarvetta ja erityisesti keuhkojen kypsymättömyyteen liittyvää hengitysvaikeusoireyhtymää (RDS), matalia verensokeriarvoja (hypoglykemia) ja hyperbilirubinemiaan liittyvää lisääntyntä valohoidon tarvetta.³⁻⁴ Diabeetikoäidin lapsilla on myöhemmin elämässään suurempi ylipainon ja tyyppin 2 diabeteksen riski.⁴ Keisarileikkauksen todennäköisyys on diabeetikoilla muita naisia korkeampi.³

Sopivia verenpainelääkkeitä ovat raskausaikana labetaloli, metoprololi ja nifedipiini. ACE-estäjien käyttö tulisi lopettaa heti raskaustestin tultua positiiviseksi, sillä ACE-estäjät lisäävät epämuodostumavaaraa. Statiini- ja fibraattihoito lopetetaan. 2-tyypin diabeetikoiden tablettihoito vaihdetaan tarvittaessa insuliiniin jo raskauden suunnitteluvaiheessa. Jos käytössä on metformiini, sitä voidaan tarvittaessa jatkaa. Lyhytvaikutteisten ihmis- ja NPH-insuliinien käytöstä raskausaikana on pitkä kokemus. Insuliini ei läpäise merkittävästi istukkaa, eikä sen käyttöön liity erityisiä ongelmia sikiön tai vastasyntyneen osalta.¹

Diabeetikon raskauden hoito kuuluu erikoissairaanhoidon. Raskauden seurannassa on tärkeä kiinnittää huomio erityisesti lisääntyneeseen verenpaineongelmien ja ennenaikaisuuden riskiin. Tämä riski on lisääntynyt erityisesti nefropatiaa sairastavalla diabeetikolla. Silmänpohjamuutokset voivat lisääntyä raskausaikana, mutta ovat yleensä palautuvia.³⁻⁴ Raskaus ei nykykäsityksen mukaan vaikeuta pitkällä aikavälillä diabeteksen elinkomplikaatioita.

SUOSITUS

- ▶ Tyypin 1 ja 2 diabeetikoille järjestetään raskauden suunnittelukäynti hoitavan lääkärin vastaanotolle, kun raskaussuunnitelmat tulevat ajankohtaisiksi. Käynnin tarkoituksena on antaa tietoa raskauden erityispiireistä, auttaa diabeetikkoa saavuttamaan ja säilyttämään hyvä sokeritasapaino sekä tunnistaa ja tarvittaessa hoitaa diabeteksen lisäsairaudet, jotta raskaussuunnitelmasta saadaan mahdollisimman hyvä. Erityisesti sikiön epämuodostumariskin vähentämiseksi pyritään hyvään sokeritasapainoon jo hyvissä ajoin ennen raskautta.
- ▶ Tupakoivalle diabeetikolle suositellaan tupakoinnin lopettamista.
- ▶ Painonhallinnan merkitystä korostetaan tarvittaessa, ja ylipainoisille järjestetään painonpudotukseen ohjaavaa ravitsemusneuvontaa.
- ▶ Raskautta ei suositella, jos naisella on vaikea munuaisten vajaatoiminta (kreatiniinipuhdistuma < 30 ml/min) tai sepelvaltimotauti.
- ▶ Raskauden suhteellisia eli harkinnanvaraisia vasta-aiheita ovat vaikea, näköä uhkaava hoitamaton verkkokalvosairaus, keskivaikea munuaisten vajaatoiminta (kreatiniinipuhdistuma 30–60 ml/min), autonominen neuropatia (erityisesti gastropareesi eli mahan tyhjenemishäiriö) ja munuaisensiirto.
- ▶ Sokeritasapainoa voidaan pitää riittävän hyvänä raskautta ajatellen, kun HbA_{1c} on alle 53 mmol/mol (7,0 %).
- ▶ Jos HbA_{1c} on yli 86 mmol/mol (10 %), raskauden ehkäisyä tulee jatkaa, kunnes suositeltu sokeritasapaino on saavutettu.
- ▶ Foolihappolisää (1 mg/vrk) suositellaan raskauden suunnitteluvaiheesta lähtien ensimmäisen raskauskolmanneksen eli 12. raskausviikon loppuun asti.
- ▶ Heti raskauden toteamisen jälkeen tehdään lähete erikoissairaanhoidon. Alkuraskauteen kuuluvat perustutkimukset, kuten seulontatutkimukset, diabeetikko käy normaaliin tapaan äitiysneuvolassa. Lisäkäyntien tarve neuvolan terveydenhoitajalle/kättilölle arvioidaan yksilöllisesti.

Lähteet

1. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin, Suomen sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton lääkäriineuvoston asettama työryhmä. Käypä hoito -suositus: Diabetes. Päivitetty 15.9.2009.
2. Metso S. 2011. Glykosyloitunut hemoglobiini diabeteksen diagnostiikassa. SLL 3, 133–134.
3. Diabetesliiton lääkäriineuvoston suositus. Diabeetikon hoito raskauden aikana. Diabetes ja lääkäri 3/2012. www.diabetes.fi/lehdet.
4. Tieu J, Middleton P, Crowther CA. 2010. Preconception care for diabetic women for improving maternal and infant health. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12.

EPILEPSIA

Epileptinen kohtaaminen on aivotoiminnan ohimenevä häiriö. Ensimmäisen epileptisen kohtauksen jälkeen potilas lähetetään jatkotutkimuksiin neurologille, sillä aivoperäisen kohtauksen syynä voivat olla aivojen rakenteelliset poikkeavuudet, jotka voivat vaatia kiireellistä kirurgista hoitoa.¹

Suomalaisessa tutkimuksessa epilepsian vuosittainen ilmaantuvuus 20–39-vuotiailla on 0,18/1000. Raskausaikana epileptiset kohtaukset, erityisesti yleistyvät kohtaukset tai kohtauksiin liittyvät tapaturmat, voivat aiheuttaa haittaa sekä raskaana olevalle naiselle että kehittyvälle sikiölle. Epilepsialääkitystä tulisi jatkaa raskaudenkin aikana, jos kohtausriski on olemassa. Epilepsialääkitystä käyttävien naisten lapsilla on kolminkertainen kehityshäiriöiden riski (7,1 %) terveiden naisten lasten riskiin nähden (2,3 %).¹ Kehityshäiriö voi ilmetä sikiön kasvun hidastumisena tai rakenteellisena tai toiminnallisena häiriönä. Rakenteellisia häiriöitä ovat eriaisteiset sydänviat, keskushermoston sulkeutumishäiriöt, huuli- ja suulakihalkiot, lievät munuaisviat tai poikkeavat kasvojen ja raajojen piirteet.² Kehityshäiriöriskiin vaikuttaa lääkityksen lisäksi perimä.³

Raskautta suunnittelevan epilepsialääkitystä käyttävän naisen olisi hyvä keskustella raskaussuunnitelmistaan hoitavan neurologin kanssa vähintään puoli vuotta ennen ehkäisyn lopettamista. Epilepsialääkityksen lopettamista mietitään, jos viimeisestä kohtauksesta on kulunut jo riittävän pitkä aika (3–5 vuotta) ja jos lopettamismahdollisuudet ovat suotuisat naisen sairastama epilepsiaoireyhtymä tai -etiologia huomioon otettuina.¹ Jos lääkitystä ei voi lopettaa, käyttöön pyritään saamaan ensisijaisesti yksi lääke ja pienin annos, joka pitää kohtaukset poissa.^{2,4}

SUOSITUS

- ▶ Foolihappolisää (1 mg/vrk) suositellaan heti ehkäisyn lopettamisen jälkeen aina raskauden ensimmäisen kolmanneksen eli 12. raskausviikon loppuun asti hermostoputken sulkeutumishäiriöiden riskin pienentämiseksi. Jos epilepsiaa sairastavalla on ollut aikaisempi raskaus, jossa on esiintynyt keskushermostoputken sulkeutumishäiriö, käytetään suurempaa folaattiannosta 4 mg/vrk.
- ▶ Tarkka rakenneultraäänitutkimus tehdään joko erikoissairaanhoidossa tai normaalin seulontajärjestelmän puitteissa.
- ▶ Raskauden seuranta kuuluu erikoissairaanhoidon, sekä neurologian poliklinikalle että äitiyspoliklinikalle.
- ▶ Epilepsialääkkeen annosta ei muuteta pelkän pitoisuusvaihtelun perusteella, ellei ilmene kohtauksia. Mitattavat pitoisuudet eivät vastaa aktiivipitoisuuksia, sillä hypervolemian vuoksi jakaantumistilavuus kasvaa.

- ▶ Annosmuutoksen ja synnytyksen jälkeen suositellaan lääkepitoisuuden tarkistamista kahden viikon kuluttua.
- ▶ Epilepsiaa sairastava voi imettää lääkityksestä huolimatta.

Lähteet

1. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Käypä hoito -suositus. Epilepsiat (aikuiset). Duodecim 2008, 124(24), 2874–88.
2. Meador K, Reynolds MW, Crean S, Fahrbach K, Probst C. 2008. Pregnancy outcomes in women with epilepsy: A systematic review and meta-analysis of published pregnancy registries and cohorts. *Epilepsy Res* 81(1), 1–13.
3. Lamusuo S, Paloviita K, Kälviäinen R. 2007. Nainen ja epilepsia. *SLL* 40, 3631–3636.
4. Adab N, Tudur SC, Vinten J, Williamson P, Winterbottom J. 2010. Common antiepileptic drugs in pregnancy in women with epilepsy (Review). *The Cochrane Library*, Issue 1.

KILPIRAUHASEN TOIMINTAHÄIRIÖT

Hypotyreoosin eli kilpirauhasen vajaatoiminnan oireita ovat väsymys, paleluherkkyys, painonnousu, ummetus, sydämen sykkeen hidastuminen ja ihon kuivuminen.¹ Usein esiintyy turvotusta silmissä, kasvoissa ja sääressä. Vaikeaan vajaatoimintaan voi liittyä mielentilan muutoksia ja muistihäiriöitä. Oireet alkavat yleensä hitaasti ja pahenevat vuosien aikana.²

Raskausaikaisen hypertyreoosin esiintyvyys on noin 0,1–0,4 %, hypotyreoosin 0,3–0,5 % ja subkliinisen hypotyreoosin 2–3 %. Arviolta 1–2 % kaikista raskaana olevista naisista saa hypotyreoosiin korvaushoitoa.³

Hoitamaton hypertyreoosi lisää raskausmyrkytyksen vaaraa ja keskenmenoriskiä. Siihen voi liittyä sikiön huono kasvu, lapsen alhainen syntymäpaino sekä sikiön tai vastasyntyneen hypertyreoosi. Hoitamaton hypotyreoosi lisää keskenmenon sekä ennenaikaisen synnytyksen riskiä ja altistaa lapsen alhaiselle syntymäpainolle. Hoitamattomaan raskausaikaiseen subkliiniseen ja varsinaiseen hypotyreoosiin on liitetty myös jälkeläisen keskimääräistä pienempi älykkyydosamäärä.^{1,3}

Kilpirauhasparametrit muuttuvat raskausaikana. Istukan HCG-erityksen runsaus alkuraskaudessa lisää odottavan äidin seerumin tyroksiinipitoisuutta ja vastaavasti johtaa seerumin TSH-pitoisuuden pienenemiseen. Ensimmäisessä ja toisessa raskauskolmanneksessa S-TSH:n viitevälin alaraja on raskaana olevilla noin 0,03 mU/l ja viimeisessä raskauskolmanneksessa 0,013 mU/l. Kliiniseen tai subkliiniseen hypotyreoosiin viittaa yli 2,5:n oleva TSH-taso.³

Jos herää epäily raskausaikaisesta hypertyreoosista, tutkitaan S-TSH, S-t4v, S-T3v sekä TSHRab. Varsinainen hypertyreoosi vaatii tyreostaattihoitoa, mutta subkliinistä raskausaikaista hypertyreoosia ei sen sijaan hoideta. Koholla oleva TSHRab-tiitteri on diagnostinen Basedowin taudille. Vastasyntyneen hypertyreoosin riski on 1–5

%, jos odottavan äidin TSHRAB-tiitteri on suurentunut vielä loppuraskaudessa. TSH-RAB-positiivisessa raskaudessa on tärkeää myös sikiön huolellinen seuranta ultraäänitutkimusten ja KTG:n avulla. Siksi hypertyreosipotilaan raskaus kuuluu erikoissairaanhoidon. Basedowin taudin hoidon jälkeen TSHRAB saattaa jäädä positiiviseksi. Aikaisemmin Basedowin taudin sairastaneen äidin TSHRAB pitää tarkistaa raskausaikana, ja kaikki TSHRAB-positiiviset äidit tulee lähettää erikoissairaanhoidon.

Palelu ja kuiva iho saattavat herättää epäilyn raskausaikaisesta hypotyreoosista. Hypotyreoosi varmistetaan mittaamalla S-TSH ja S-T4v. Kilpirauhasperäisessä hypotyreoosissa S-TSH on suurentunut ja S-T4v pienentynyt tai viitealueen alarajalla. Etiologia voidaan varmistaa mittaamalla S-TPO-va. Raskausaikainen hypotyreoosi, myös subkliinisessä muodossa, vaatii aina hoitoa. Tyrokseenin tarve suurenee heti alkuraskaudessa. Raskausaikana tarvitaan keskimäärin 30–50 % suurempaa tyrokseeniannosta. Jos raskaana olevalla naisella todetaan hypotyreoosi, tyrokseenikorvaushoito aloitetaan suoraan 100µg:lla vuorokaudessa. S-TSH:n tavoitteeksi on ehdotettu < 2,5 mU/l. S-T4v:n määrittämisestä voi olla apua oikean korvaushoidon löytämisessä. Raskauden jälkeen palataan entiseen ylläpitoannokseen.³

SUOSITUS

- ▶ TSH:n seulontaa suositellaan tehtäväksi mielellään jo ennen suunniteltua raskautta tai ensimmäisen neuvolakäynnin yhteydessä, jos naisella on jokin seuraavista: kilpirauhas sairaus (aikaisemminkin hoidettu), suvussa kilpirauhas sairauksia, suurentunut kilpirauhanen, hypo- tai hypertyreoosiin sopivia oireita, S-TPO va+ (krooninen autoimmuunireoidiitti), tyypin 1 diabetes, muu autoimmuunitauti osana infertilitetutkimuksia, aikaisempia toistuvia keskenmenoja tai ennenaikaisia synnytyksiä tai aikaisempi pään tai kaulan alueen sädehoito.^{1,3}
 - ▶ Jos raskaana olevalla naisella on hypotyreoosiin tyrokseenilääkitys, lääkeannosta nostetaan ensimmäisen neuvolakontaktin yhteydessä 25 µg:n tabletilla. Ensimmäinen TSH- ja T4V-pitoisuus mitataan annoksen lisäyksen jälkeen 4–6 viikon kuluttua. Jos TSH on tällöin tavoitteessa eli alle 2,5 mU/l, pitoisuutta ei tarvitse kontrolloida loppuraskauden aikana, ellei naiselle tule vajaa- tai liikatoimintaan viittaavia oireita.
 - ▶ Raskautta seurataan neuvolassa. Erikoissairaanhoidon vastaa hypertyreoosin hoidosta sekä niiden äitien seurannasta, jotka ovat aikaisemman Basedowin taudin jäljiltä TSHRAB-positiivisia.
-
-

Lähteet

1. Reid SM, Middleton P ym. 2010. Interventions for clinical and subclinical hypothyroidism in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7.
2. Mustajoki P. 2011. Tietoa potilaalle: Kilpirauhasen sairaudet ja kilpirauhasen vajaatoiminta. Lääkärikirja Duodecim.
3. Schalin-Jäntti C. 2008. Kilpirauhasairaudet ja raskaus. SLL 35, 2795–2800.

KROONISET SUOLISTOTULEHDUKSET

Kroonisia tulehduksellisia suolistosairauksia ovat colitis ulcerosa eli haavainen paksusuolitulehdus, Crohnin tauti ja välimuotoinen koliitti. Niiden yhteinen esiintyvyys Suomessa arviolta 1/600, ja ne ovat tyypillisesti nuorten aikuisten sairauksia.¹ Colitis ulcerosan tyyppioire on verinen ripuli, Crohnin taudin vatsakivut, ripuli ja anaaliseudun oireet kuten fissuurat ja fistelit. Molemmissa esiintyy yleisoireena kuumetta, laihtumista ja yleiskunnon heikkenemistä. Crohnin tauti luokitellaan ahtauttavaksi, fistuloivaksi tai tulehdukselliseksi taudiksi.² Välimuotoisessa koliitissa on piirteitä sekä paksusuolitulehduksesta että Crohnin taudista, eikä sitä pystytä varmuudella luokittelemaan.

Suolistotulehdukset diagnosoidaan tähytystutkimusten ja koepalojen avulla. Hoidon tavoitteena ovat oireettomuus, taudin hallinnassa pitäminen ilman kortisonilääkitystä sekä komplikaatioiden ja uusiutumisen esto. Rauhallisessa vaiheessa olevien potilaiden pitkäaikaisseuranta voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa.²⁻³

Lievää tulehduksellista suolistosairautta hoidetaan joko paikallisella tai suun kautta annettavalla 5-aminosalisyylilihapolla tai salatsosulfapyridiinillä. Taudin vaikeutuessa tarvitaan kortikosteroideja, immunosuppressiivisia lääkkeitä (atsatiopriini, merkaptopuriini, metotretsaatti ja siklosporiini) tai biologisia hoitoja suonensisäisinä tai ihonsisäisinä pistoksina (TNF-alfa-salpaajat infliksimabi ja adalimumabi).²⁻³ Aminosalisyylihapovalmisteita ja kortikosteroideja voi käyttää myös raskauden aikana silloin, kun sairauden hoito sitä vaatii. Jos raskaana olevalla naisella on ennen raskautta atsatiopriinilääkitys, sitä voidaan yleensä jatkaa raskauden aikana. Metotretsaatti on foolihappo-antagonistina vahvasti teratogeeninen, ja lääke pitää lopettaa jo ennen ehkäisyn poisjättämistä. TNF-alfa-salpaajia pidetään todennäköisesti turvallisina kahden ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana, jonka jälkeen hoito on tauotettava.⁴

Rauhallisessa vaiheessa olevaan krooniseen suolistotulehdukseen ei liity lapsettomuutta.⁴ Aktiivisessa tautimuodossa ja leikkaushoidetuilla lapsettomuuden vaara on taustaväestöstä jonkin verran suurempi.

Kroonisen suolistotulehduksen aktiivisuus raskausaikana on samanlainen kuin ei-raskaanaolevilla. Meta-analyysin mukaan suolistotulehduksesta sairastavalla äidillä ennenaikaisen synnytyksen vaara on lähes kaksinkertainen ja alle 2 500 grammaa painavan lapsen synnyttämisen vaara yli kaksinkertainen.⁵⁻⁶ Aktiivinen tauti on käytännössä vaarallisempi sikiölle kuin edellä mainitut lääkehoidot.

SUOSITUS

- ▶ Lievää suolistotautia sairastavat oireettomat raskaana olevat naiset voivat olla neuvolaseurannassa.
- ▶ Jos suolistotauti aktivoituu raskausaikana tai jos lääkityksenä käytetään kortisonivalmisteita tai immunosuppressiivisia tai biologisia lääkkeitä, suositellaan raskauden seurantaa erikoissairaanhoidossa.
- ▶ Jo raskauden suunnitteluvaiheessa suositellaan tavanomaista suuremman foolihappolisän käyttöä (1 mg/vrk), ja jos sairautta hoidetaan kortiskosteroideilla, raskauden ja imetyksen aikana suositellaan kalsium- ja D-vitamiinivalmisteita.

Lähteet

1. Jussila A, Virta LJ, Salomaa V, Mäki J, Jula A, Färkilä MA. 2012. High and increasing prevalence of inflammatory bowel disease in Finland with a clear North-South difference. *J Crohns Colitis*, S1873–9946(12)00429-1.
2. Crohnin tauti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gastroenterologianyhdistys ry:n ja Crohn ja Colitis ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011. www.käypähoito.fi.
3. Pikkarainen P. 2010. Krooniset suolistotulehdukset (haavainen koliitti, Crohnin tauti). Lääkärin käsikirja.
4. Selinger C, Leong R, Lal S. 2012. Pregnancy related issues in inflammatory bowel disease: Evidence base and patients' perspective. *World J Gastroenterol* 7, 18(21), 2600–2608.
5. Cornish J, Tan E, Teare J, Teoh TG, Rai R, Clark SK, Tekkis PP. 2007. A meta-analysis on the influence of inflammatory bowel disease on pregnancy. *Gut* 56, 830–837.
6. Mahadevan U. 2009. Pregnancy and inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am.* 38(4), 629–49.

KROONINEN VERENPAINETAUTI JA MUNUAISSAIRAUDET

Kohonneen verenpaineen raja raskausaikana on 140/90 mmHg. Verenpaineen raja-arvo vaikean ja lievän taudin välillä vaihtelee, mutta useimmiten vaikean verenpainetaudin rajana pidetään 170/110 mmHg:n verenpainetta.

Kroonista verenpainetautia esiintyy länsimaissa raskaana olevista 1–5 %:lla. Verenpainetaudin esiintyvyyden ennustetaan lisääntyvän synnyttäjien keski-ikänsä kasvaessa ja ylipainoisten synnyttäjien määrän lisääntyessä. Vaikeaa verenpainetautia sairastavia synnyttäjiä on noin 3 % kaikista raskaana olevista verenpainepotilaista.¹

Krooniseen verenpaineeseen liittyy suurentunut riski komplikaatioihin, kuten preklampsiaan, sikiön kasvuhidastumaan, ennenaikaiseen synnytykseen, istukan ennenaikaiseen irtoamiseen sekä perinataalikuolleisuuteen ja -sairastavuuteen. Raskauden ennusteeseen vaikuttavat verenpainetaudin vaikeusaste, mahdolliset muut perussairau-

det, aiempi synnytys- ja raskaushistoria sekä mahdollisen liitännäispre-eklampsian ilmaantuminen.¹ Myös kroonisiin munuaissairauksiin liittyy suurentunut pre-eklampsian ja raskauskomplikaatioiden riski.²

Kroonista verenpainetautia sairastavat naiset voidaan jakaa raskauskomplikaatioiden esiintymisen perusteella matalan ja korkean riskin synnyttäjiin. Pienen riskin synnyttäjinä pidetään naisia, joilla ei ole verenpainetaudin kohde-elinvaurioita, diastolinen verenpaine on joko lääkityksen kanssa tai ilman alle 110 mmHg eikä aiemmissa raskauksissa tai synnytyksissä ole esiintynyt ongelmia. Ilman liitännäispre-eklampsiaa näiden raskaana olevien raskauden ennuste on useimmiten samanlainen kuin normotensiivisten synnyttäjiin, kun otetaan huomioon perinataalikuolemat, ennenaikaiset synnytykset ja istukan ennenaikainen irtoaminen. Lievääkin verenpainetautia sairastavilla pre-eklampsian ilmaantuvuus (14–25 %) on kuitenkin merkittävästi suurempi kuin terveillä synnyttäjiillä (2–8 %). Myös pienipainoisten vastasyntyneiden osuus on noin kolminkertainen terveisiin synnyttäjiin nähden.

Vaikean veranpainetaudin (yli 170/110 mmHg) lisäksi korkean riskin synnyttäjiksi lukeutuvat naiset, joilla on verenpainetaudin kohde-elinvaurioita, diabetes, munuaissairaus, kardiomyopatia, sidekudossairaus, ikää yli 40 vuotta tai komplikaatioita aiemmissa raskauksissa tai synnytyksissä. Vaikeaa verenpainetautia sairastavilla esiintyy runsaasti raskauskomplikaatioita. Liitännäispre-eklampsiaa on puolella, istukan ennen aikaista irtaantumista 5 %:lla, ennen aikaisia synnytyksiä yli puolella (60 %) ja pienipainoisia vastasyntyneitä noin kolmanneksella. Riski sairastua vaikean verenpaineen nousun aiheuttamiin komplikaatioihin on sekä raskausaikana että synnytyksen jälkeen

SUOSITUS

- ▶ Matalan riskin synnyttäjiillä raskauden aikaisen seurannan tavoitteena on havaita verenpainetaudin vaikeutuminen, liitännäispre-eklampsian kehittyminen tai sikiön kasvuhidastuma. Neuvolakäyntejä suositellaan 2–4 viikon välein ja tarvittaessa lisäkäyntejä, jos raskaana olevalle kehittyä subjektiivisia oireita.
- ▶ Lähetä äitiyspoliklinikalle tehdään, jos verenpainetaso kohoaa, ilmenee merkkejä liitännäisestä pre-eklamsiasta, sikiön kasvu tai liikkuvuus vaikuttavat poikkeavilta tai raskaana olevalle on vaikeaan pre-eklampsiaan sopivia subjektiivisia oireita (päänsärky, ylävatskipu, hengenahdistus).
- ▶ Korkean riskin synnyttäjiille tehdään arvio äitiyspoliklinikalla mielellään heti raskauden ensimmäisessä kolmanneksessa. Komplikaatiot-riskien vuoksi korkean riskin synnyttäjät tarvitsevat neuvolakäyntien lisäksi säännölliset ja usein loppuraskautta kohden tihenevät äitiyspoliklinikkakäynnit.

- ▶ Lievän kroonisen verenpainetaudin lääkityksestä ei katsota olevan hyötyä, jos diastolinen verenpaine on alle 100 mmHg. Verenpainelääkityksen lopettamista voidaan harkita alkuraskaudessa, jos verenpainetauti on ollut ennen raskautta hyvin hallinnassa ja käytössä on ollut yksi verenpainelääke.
- ▶ Kroonista munuaistautia sairastavat lähetetään äitiyspoliklinikalle arvioitavaksi jo alkuraskaudessa. Jos verenpaineen taso kohoaa neuvolaseurannassa tai proteinuria lisääntyy, tehdään lähete äitiyspoliklinikalle.

Lähteet

1. Tihtonen K. 2010. Krooninen verenpainetauti ja raskauden ennuste. SLL 1–2/, 45–50.
2. Kaaja R, Honkanen E. 2007. Munuaissairaudet ja raskaus. Duodecim 123, 13081–4.

MULTIPPELISKLEROOSI (MS-TAUTI)

Multippeliskleroosi eli MS-tauti on etiologialtaan tuntematon keskushermoston valkean aineen sairaus, jonka epäillään olevan autoimmuunitauti. Oireet määräytyvät tulehduspesäkkeiden sijainnin ja koon mukaan. Immuniijärjestelmää aktivoivat tekijät, kuten infektiot, synnytykset, tapaturmat ja stressi, voivat aiheuttaa pahenemisvaiheita.^{1–2}

Suomessa tautia sairastaa noin 7 000 henkilöä. MS-tauti on naisilla kaksi kertaa yleisempi kuin miehillä. MS-taudin puhkeaminen ajoittuu naisilla useimmiten hedelmälliseen ikään, ja sairastuvien keski-ikä on 30 vuotta.^{1–3}

Taudin diagnosoi neurologi kliinisen oirekuvan, likvoritutkimuksen ja magneettikuvan perusteella.^{1–3} MS-tauti ei vaikuta hedelmällisyyteen, raskauden kulkuun tai synnytykseen.⁴ Raskauden viimeisellä kolmanneksella tauti yleensä rauhoittuu, mutta synnytyksen jälkeen pahenemisvaiheiden määrä ja vaikeus voivat ohimenevästi lisääntyä.^{5–6} Raskaus ei vaikuta MS-taudin pitkäaikaisennusteeseen. Raskausaikaisia pahenemisvaiheita hoitavat neurologit erikoissairaanhoidossa. Synnytyksessä voidaan kivunlievityksenä käyttää turvallisesti epiduraalipuudutusta ja tarvittaessa yleisanestesiaa.⁴

SUOSITUS

- ▶ Jos multippeliskleroosi pahenee raskausaikana, raskaana olevaa hoidetaan erikoissairaanhoidossa neurologian yksikössä.
-

Lähteet

1. Tienari P. 2010. Multippeliskleroosi (MS-tauti). Duodecim 126, 2525–7.
2. Tienari P. 2010. Multippeliskleroosi (MS-tauti). Lääkärin käsikirja.
3. MS-tauti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Neurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Päivitetty 12/2012. www.kaypahoito.fi.
4. Elovaara I, Kuusisto H. 2003. Naisen multippeliskleroosi. Duodecim 119, 2037–43.
5. Finkelsztejn A, Brooks JB ym. 2011. What can we really tell women with multiple sclerosis regarding pregnancy? A systematic review and meta-analysis of the literature. BJOG 118(7), 790–7.
6. Tsui A, Lee MA. 2011. Multiple sclerosis and pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol, 23(6), 435–9.

SIDEKUDOS- JA REUMASAIRAUDET

Systeemiset sidekudostaudit ovat pääasiassa naisten kroonisia autoimmuunitauteja, joiden ensioireet alkavat usein jo ennen 30 vuoden ikää. Systeemistä lupus erythematosusta (SLE) sairastavia potilaita on Suomessa noin 1 500, joista naisia 90 %. Primaarinen Sjögrenin syndrooma on ainakin kymmenen kertaa SLE:tä yleisempi. Muut sidekudostaudit kuten skleroderma, sekamuotoinen sidekudostauti (MCTD), myosiitit ja vaskuliitit ovat nuorilla naisilla harvinaisia. Varsinaiset reumaattiset niveltulehdukset, kuten nivelreuma ja seronegatiiviset spondylartropatiat, alkavat yleensä vanhemmalla iällä.¹

SLE:n pahenemisen riski raskausaikana lisääntyy, jos sairaus on ollut aktiivinen ennen hedelmöitystä. ja vähenee, jos raskautta on edeltänyt vähintään kuuden kuukauden vähäoireinen aika. Raskauden jälkeistä sairauden aktivoitumista esiintyy noin 5–10 %:lla potilaista. Spontaanin keskenmenon riski on normaaliväestöön verrattuna 2–3-kertainen, ja loppuraskauden sikiökuolemien esiintyvyys on 2–3 %. Joka neljäs SLE-potilaan lapsi syntyy enneaikaisesti (< 37. raskausviikkoa) ja noin 10 %:lla vastasyntyneistä on vaikea kasvuhidastuma. Pre-eklampsiaa esiintyy noin 10–30 %:lla.¹ Komplikaatioiden riskiä lisäävät SLE:n aktivoituminen raskausaikana, aktiivinen nefriitti, munuaisen vajaatoiminta, kohonnut verenpaine ja fosfolipidivasta-aineet.¹⁻²

Neonataalilupus on Sjögrenin oireyhtymään liittyvä vakavampi raskauskomplikaatio. Neonataalilupuksen aiheuttavat äidin SS-A- ja SS-B-vasta-aineet, jotka kulkeutuvat istukan läpi sikiöön ja voivat aiheuttaa immunologisen tulehduksen ja sikiön sydämen johtorataaurion, mikä ilmenee pysyvänä bradykardiana.

Nivelreuma yleensä rauhoittuu raskausaikana. Noin 50–60 % potilaista saavuttaa remission, jolloin reumalääkitys voidaan usein lopettaa. Noin 5 %:lla potilaista oireet voivat puolestaan pahentua. Sairauden aktiivisuus palautuu yleensä 3–4 kuukauden kuluttua synnytyksestä tasolle, jolla se oli ennen raskautta. Nivelreuma alkaa harvoin raskauksien aikana, sen sijaan synnytyksen jälkeisenä aikana se voi puhjeta. Raskauksien ei katsota vaikuttavan nivelreuman pitkäaikaisennusteeseen, ja raskaus sujuu nivelreumapotilailla yleensä normaalisti.¹

SUOSITUS

- ▶ SLE-potilaiden ja vasta-ainepositiivisten sidekudossairauspotilaiden raskautta seurataan erikoissairaanhoidossa. Alkuraskauden toistuvien keskenmenojen tai tukostaipumuksen vuoksi aloitetaan antitromboottinen lääkitys heti raskauden alettua.
- ▶ Oireettomia nivelreumaa sairastavia raskaana olevia seurataan neuvolaseurannassa.

Lähteet

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Julkunen H. 2004. Reumataudit ja raskaus. SLL 1–2, 41–59. 2. Smyth A, Oliveira GH ym. 2010. A systematic review and meta-analysis of pregnancy out- | <p>comes in patients with systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. Clin J Am Soc Nephrol, 5(11), 2060–8.</p> |
|---|---|

10.4 MIELENTERVEYSONGELMAT

Synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus vauvan kehitykseen on ymmärretty, ja vanhempien masennuksen toteamiseen ja hoitoon on kiinnitetty huomiota (ks. luku Synnytyksen jälkeinen masennus). Raskausaikaisten mielenterveysongelmien merkitystä vanhemmalle ja sikiölle sekä isien mielenterveyden ongelmien vaikutuksia perheelle ja lapsille on sitä vastoin alettu ymmärtää vasta viime vuosina. Äitiysneuvolalla on tärkeä tehtävä sekä vanhemman kuntoutumisessa ja vanhemmuuden rakentumisessa että lapsen kehityksen tukemisessa, kun raskaana olevalla tai puolisoilla on mielenterveyden ongelmia.

Masennussairaus on yleisin mielenterveyden ongelma ja tavallinen erityisesti synnytysikäisillä naisilla.¹ Siitä onkin eniten tutkittua tietoa. Raskausaikaisesta masennuksesta kärsii noin 10–15 % naisista,² kun taas masennushäiriön esiintyvyys väestössä keskimäärin on 5–6 %.³ Raskauteen liittyy siis selvästi kohonnut riski. Miesten mahdollisesta kohonneesta raskauteen liittyvästä masennusriskistä ei ole tutkittua tietoa. Muiden mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydestä raskausaikana ei ole tarkkaa tietoa. Ahdistushäiriön esiintyvyys väestössä on noin 4–5 %. Ahdistus ja masennus liittyvät usein yhteen, ja on oletettavissa, että sekä raskaus- että sen jälkeinen aika ovat riski myös ahdistushäiriön kannalta. Psykoottisen häiriön esiintyvyys on alle puolen prosentin, mutta vaikutukset voivat joskus olla vaikeatkin.

Äidin raskausaikaisen masennuksen vaikutuksia lapsen kehitykseen tutkitaan vilkkaasti; raskausaika näyttää olevan lapsen kognitiivisen kehityksen kannalta erityi-

sen herkkä vaihe.⁴ Äidin raskausaikainen mielenterveyshäiriö voi vaikuttaa sikiön ja lapsen kehitykseen sekä suoraan biologisten muutosten että epäsuoraan psykososiaalisten polkujen kautta. Mielenterveysongelmiin liittyy kohonnut stressitaso, jota pahentavat muut mahdolliset perheen ongelmat, kuten parisuhdeongelmat ja taloudelliset vaikeudet. Stressi lisää äidin stressihormonin, kortisolin, tuotantoa, ja myös sikiön kortisolitaso nousee. Eläinkokeissa on havaittu korkean kortisolitason vaikuttavan sikiön hermostolliseen kehitykseen ja erityisesti stressiä säätelevän mekanismin rakentumiseen.⁵⁻⁶ Miten ja missä olosuhteissa (esim. stressin kesto ja vakavuus, kortisolitason korkeus) tämä pitää paikkaansa myös ihmisillä ja miten pysyvä mahdollinen vaikutus on, on vielä tutkimuksen alla. Äidin lievän stressin on todettu tukevan sikiön kehitystä, mutta vakava on todettu haitaksi.⁷ Lapsen kehitystä tapahtuu haasteellisissa tilanteissa, kun haasteet eivät ole ylivoimaisia. Äidin kohonnut stressi välittyy sikiöön, vaikka sen seurauksia lapsen kehitykselle ei vielä kaikilta osin ymmärretä.

Raskausaikana luodaan pohjaa vanhemmuudelle ja suhteelle syntyvään lapseen. Mielenterveysongelmiin voi liittyä toivottomuuden tunteita ja tulevaisuuteen liittyviä pelkoja. Monenlaiset psyykkiset paineet voivat heijastua raskauskokemukseen, värjätä suhdetta syntyvään lapseen ja näkyä myöhemmin äidin normaalia heikompana kykynä vastavuoroiseen ja herkkään vuorovaikutukseen vauvan kanssa.⁵ Isistä on vähemmän tutkimustietoa, mutta asia koskee todennäköisesti myös heitä.

Vakavat mielenterveysongelmat voivat johtaa tilanteisiin, jotka ovat vaaraksi sekä raskaana olevalle että sikiölle. Vaikeat syömishäiriöt voivat johtaa liian kapea-alaiseen ruokavalioon. Vaikea-asteiseen maniaan liittyy usein pitkittynyt valvominen ja unen ja levon puute. Elämää laajasti rajoittava ahdistushäiriö ylläpitää kroonista stressiä ja estää sosiaalisen tuen. Psykoottisissa häiriöissä voivat vääristyneet ja pelottavat mielikuvat liittyä myös raskauteen, sikiöön ja muihin lapsiin. Vanhemmalla voi esimerkiksi olla tunne, että hänen ruumiissaan on jotain vierasta, joka valtaa hänet, jota hän ei halua ja joka pelottaa. Näissä tilanteissa vanhemman psykoottinen häiriö voi johtaa vakaviin vanhemmuuden ongelmiin ja vanhempi tarvitsee psykiatrista erikoissairaanhoidoa ja koko perhe tukea. Äitiysneuvolan ja erikoissairaanhoidon on pyrittävä hyvään yhteistyöhön. Myös lastensuojelun mukaantulo on usein tarpeen, jotta ehkäisevä lastensuojelutyö kohdentuisi mahdollisimman varhain perheelle.

Psykykenlääkkeiden mahdollisia vaikutuksia sikiön kasvuun ja kehitykseen tutkitaan aktiivisesti, mutta tieto on monelta osin vielä hataraa ja ristiriitaistakin. On olemassa joitakin harvoja psykykenlääkkeitä, joiden käyttö on todettu selkeästi sikiötä vahingoittavaksi. Masennuslääkitys on tavallisin psykykenlääkitys raskausaikana. SRI-masennuslääkitystä käytettäessä ehkä noin 20–30 %:lla vastasyntyneistä on joitakin lihasjänteyteen, hengitykseen tai autonomisen hermoston toimintaan liittyviä oireita, mutta ne häviävät yleensä itsekseen muutaman päivän sisällä. Äidin vakavan masennuksen vaikutus vastasyntyneeseen arvioidaankin nykyisen tutkimustiedon perusteella suuremmaksi kuin SRI-lääkityksen mahdollisesti aiheuttamat haitat.⁸ SRI-lääkkeiden annostus räätälöidään tarvittaessa pienimmäksi vaikuttavaksi annokseksi viimeisten

raskauskuukausien ajaksi. Annoksen räätälöinnin tekee raskaana olevan psykiatrisesta hoidosta vastaava lääkäri.

Vanhemman mielenterveyden häiriöiden merkitystä arvioitaessa on muistettava, että jokainen raskaana oleva ja jokainen perhe on kohdattava yksilöinä ja erityisinä. Tutkimustulokset antavat viitteitä ja kertovat mahdollisista riskeistä, mutta eivät välttämättä kerro oman asiakkaan tilanteesta. Vaikka mielenterveyden ongelmat usein johtavat vanhemmuuden ongelmiin, ei niin tapahdu suinkaan aina. Tilanne on kuitenkin hämmentävä ja pelottava vanhemmille, joten neuvolalla on tärkeä tehtävä vanhempien ja lasten tukemisessa raskausaikana ja siitä eteenpäin. Esimerkiksi vanhemman lapsen ottaminen pois päivähoidosta, kun äiti jää äitiyslomalle, ei aina ole lapsen edun mukaista. Vanhempien suuri huoli mielenterveysongelmien vaikutuksista perheen muihin lapsiin lisää raskaana olevan stressiä huomattavasti. Muiden lasten ottaminen huomioon myös äitiysneuvolassa helpottaa vanhemman paineita. Neuvolahenkilökunnan tulee seurata tutkimustiedon karttumista ja varoa vahvojen johtopäätösten tekemistä ennenaikaisesti.

Monissa terveyskeskuksissa on mahdollisuus saada äitiysneuvolan tueksi psykiatrinen sairaanhoitaja ja perhetyöntekijä sekä myös psykologi, joiden avulla raskaana olevan naisen ja perheen tukea voidaan tiivistää. Kokemukset tästä yhteistyöstä ovat olleet niin myönteiset, että tätä toimintaa voidaan suositella lisättäväksi.^{9–10} Jos työskentely kohdistetaan asiakkaan tai asiakasperheiden omien vahvuuksien tukemiseen ja mahdollisista vaikeuksista selviytymiseen, on tulos vaikuttavampi kuin kohdistamaton, niin kutsuttu yleinen tuki.

Työmenetelmien kehittäminen mielenterveysongelmista kärsiville, vauvaa odottaville vanhemmille ja heidän perheilleen on vasta alullaan. THL:ssä on kehitetty Lapset puheeksi -keskustelu,¹¹ jonka puitteissa 1) arvioidaan vanhempien kanssa perheen vahvuudet ja haavoittuvuudet käyttäen ikäkausikohtaisia lomakkeita ja 2) tehdään yhdessä vanhemman kanssa suunnitelma siitä, miten vahvistaa edelleen vahvuuksia ja miten toimia haavoittuvuuksissa. Toiminnallisen kehikon rakentamisessa voidaan käyttää apuna niin kutsuttua Lapset puheeksi -neuvonpitoa, jonka avulla aktivoidaan sekä perheen omaa verkostoa että tarvittavia palveluja.

SUOSITUS

- ▶ Äitiysneuvolassa kunnioitetaan jokaisen vanhemman vanhemmuutta, jotta voi syntyä luottamuksellinen suhde ja huolista ja ongelmista voidaan puhua avoimesti.
- ▶ Perheen selviytymistä ja lasten pärjäämistä tuetaan avoimella keskustelulla mielenterveyden häiriön oireista, vanhemman ja perheen vahvuuksista ja niiden merkityksestä niin, että kaikki perheenjäsenet – lapset kehitystasonsa mukaan – ymmärtävät, mistä on kysymys, ja että yhdessä perheen kanssa mietitään, miten voidaan toimia parhain päin.
- ▶ Tehdään yhteistyötä psykiatrisen sairaanhoitajan, psykologin ja perhetyöntekijän kanssa.

- ▶ Jos vanhemmat kertovat tai neuvolakeskusteluissa tulee viitteitä vanhemman mielenterveysongelmasta eikä henkilökunnan oma koulutus ja kokemus riitä vanhemman voinnin arvioimiseen, konsultoidaan psykiatrista erikoissairaanhoidoa. Konsultaatiota varten luodaan kiinteä yhteistyösuhde vastaavaan yksikköön.
- ▶ Masennusta voidaan seuloa oiremittarilla, mutta otetaan huomioon, että seula on vain yksi osa tilanteen arviointia.
- ▶ Neuvola ja hoitava taho tekevät yhteistyötä, jotta hoito voidaan koordinoida ja neuvolan työntekijät saavat tietoa esimerkiksi psykiatrisen lääkityksen käytöstä raskausaikana.
- ▶ Raskaana olevalta varmistetaan, että häntä hoitava lääkäri tietää raskaudesta. Mahdollisista lääkityksen muutoksista neuvotellaan hoitavan lääkärin kanssa, ja epävarmoissa tilanteissa konsultoidaan erikoislääkärinä, joka on perehtynyt raskaana olevan lääkitykseen. Jos hyvin toimivaa lääkitystä halutaan purkaa sikiöhaittojen estämiseksi, punnitaan tarkoin raskaana olevan naisen terveyden ja hyvinvoinnin heikentyminen ja sen merkitys raskaudelle ja sikiölle. Psykelääkkeitä käyttävän äidin synnytyspaikaksi valitaan sairaala, jossa on vastaantyneen elvytysvalmius ja seurantamahdollisuus lastenosastolla.
- ▶ Selvitetään perheen kokonaistilanne kuten muiden perheenjäsenen mielenterveys- tai päihdeongelmat, työttömyys, taloudelliset ongelmat ja asunto-ongelmat, jotka kaikki heijastuvat parisuhteeseen, vanhemmuuteen ja lasten käyttäytymiseen. Erityistä huomiota kiinnitetään yksinhuoltajiin. Yllä mainittuihin ongelmiin pyritään järjestämään tukea yhdessä perheen kanssa neuvotellen.
- ▶ Jos perheessä on muita lapsia, luodaan yhteinen toimintasuunnitelma lastenneuvolan ja myös varhaiskasvatuksen ja kouluterveydenhuollon kanssa. Lastensuojeluilmoitus tehdään (tarvittaessa ennakoivana), kun perheessä on vaarana vanhemmuuden vakavat ongelmat, kuten lasten jääminen hoidotta, huolenpidotta ja ilman valvontaa, tai perheessä on henkisen tai fyysisen väkivallan uhka.
- ▶ Perheen omasta sosiaalisesta verkostosta ja tarvittavista palveluista rakennetaan perheen ympärille toiminnallinen kehikko, joka tukee koko perhettä sekä raskausaikana että heti lapsen syntyessä. Erityisen tärkeää tämä on yksinhuoltajille.
- ▶ Mielenterveyden häiriöt ovat usein pitkäkestoisia ja oireet voivat aaltoilla, joten tilannetta seurataan läpi raskauden, vaikka oireet lievenisivätkin, ja yhteistyössä lastenneuvolan kanssa suunnitellaan jatko-seurantaa ja pitkäkestoista tukea.

Lähteet

1. McManus S, Meltzer H, Brugha T, Bebbington P, Jenkins R. 2009. Adult psychiatric morbidity in England 2007. Results of a household survey. London, UK: NHS Information Centre for Health and Social Care.
2. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlener G, Swinson T. 2005. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics Gynecol* 106:1071–1083.
3. Terveys 2000. www.terveys2000.fi.
4. Evans JE, Melotti R, Heron J, Ramschandani P, Wiles N, Murray L, Stein A. 2012. The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: A longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry* 53, 632–640.
5. Lemaire V, Koehl M, Le Moal M, Abou D. 2000. Prenatal stress produces learning deficits associated with an inhibition of neurogenesis in the hippocampus. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 97, 11032–11037.
6. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. 2009. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behavior and cognition. *Nature Reviews, Neuroscience* 10, 434–445.
7. Laplante DP, Brunet A, Schmitz N, Ciampi A, King S. 2008. Project Ice Storm: Prenatal stress affects cognitive and linguistic functioning in 5½-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47, 1063–1072.
8. Fenger-Gron J, Thomsen M, Andersen KS, Nielsen RG. 2011. Paediatric outcomes following intrauterine exposure to serotonin reuptake inhibitors – a systematic review. *Danish Medical Bulletin* 58, 1–5.
9. Kuosmanen L, Vuorilehto M, Kumpuniemi S & Melartin T. 2010. Post-natal depression screening and treatment on maternity and child health clinics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17(6), 554–557.
10. Glavin K. 2012. Preventing and treating postpartum depression in women – a municipality model. *Journal of Research Nursing* 17(2), 142–156.
11. Lapset puheeksi -keskustelu. www.thl.fi/tlp.

10.5 INFEKTIOT

VIRTSATIEINFEKTIO JA OIREETON BAKTEERIURIA

Oireista kystiittiä esiintyy 1–2 %:lla ja oireetonta bakteeriuriaa (virtsaviljelyssä vähintään 10^5 bakteeria/ml) 5–10 %:lla raskaana olevista naisista.¹ Molemmat kaksinkertais-tavat ennenaikaisen synnytyksen vaaran ja liittyvät vastasyntyneen pienipainoisuuteen. Oireeton bakteeriuria johtaa hoitamattomana pyelonefriittiin 30 %:ssa tapauksista. Oireettoman bakteeriurian antibioottihoito vähentää pyelonefriitin ja pienipainoisuuden vaaraa.²

Virtsatietulehduksen hoitoon käytetään raskausaikana nitrofurantoiinia tai beeta-laktaameja. Optimaalinen hoitoaika ei ole tiedossa, mutta kerta-annoshoitoa ei suositella. Raskausaikaisen pyelonefriitin hoito aloitetaan sairaalassa suonensisäisellä lääkityksellä, jota jatketaan suun kautta otettavalla ensimmäisen polven kefalosporiinilla 10 vrk:n ajan. Toistuvissa virtsatieinfektioissa voi käyttää nitrofurantoiinia tai metenaminihippuraattia estoläkkeenä loppuraskauden ajan.¹

SUOSITUS

- ▶ Ensimmäisellä neuvolakäynnillä otetaan keskivirtsan bakteeriviljely.
 - ▶ Raskausaikana hoidetaan sekä oireinen että oireeton bakteeruria.
 - ▶ Raskausaikana otetaan aina virtsatieinfektion hoidon jälkeinen seurantaviljely.
-
-

Lähteet

1. Virtsatieinfektio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Nefrologiyhdistyksen, Kliiniset mikrobiologit ry:n, Suomen Infektiolääkärit ry:n, Suomen Kliinisen Kemian Erikoislääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n, Suomen Urologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2011. www.kaypahoito.fi.
2. Smaill F. 2007. Antibiotics for asymptomatic bacteruria in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev (2):CD000490.

SUKUELININFEKTIOT

Bakteerivaginoosi

Bakteerivaginoosi on emättimen normaaliflooran epätasapaino, jossa anaerobiset bakteerit ovat yliedustettuna normaalin maitohappobakteeriflooran suhteen.¹ Tämän seurauksena emättimen pH nousee. Puolet naisista on oireettomia, mutta osalla on oireena pahanhajuista valkovuotoa. Diagnoosi perustuu seuraaviin löydöksiin: spekulatutkimuksessa todetaan tyypillisesti ohutta ja vaaleanharmaata, homogeenista valkovuotoa, KOH-testissä ilmaantuu hajua tai valkovuodon mikroskopoinnissa todetaan clue-soluja. Suomalaisten raskaana olevien naisten bakteerivaginoosin esiintyvyyttä ei tiedetä. Sytologisissa joukkotarkastuksissa sen esiintyvyys on ollut 9–12 %.^{2–3}

Bakteerivaginoosi nostaa ennenaikaisen synnytyksen vaaraa kaksinkertaiseksi.⁴ Vaikka antibioottihoidon ei ole osoitettu vähentävän ennenaikaisen synnytyksen vaaraa lumelääkkeeseen ja hoitamatta jättämiseen verrattuna, on saatu viitteitä siitä, että bakteerivaginoosin hoitaminen ennen raskauden puoliväliä vähentäisi ennen 37. raskausviikkoa tapahtuvia ennenaikaisia synnytyksiä.⁵

SUOSITUS

- ▶ Oireettomien raskaana olevien naisten seulomista bakteerivaginoosin suhteen ei suositella.
 - ▶ Oireiset naiset tutkitaan ja tarvittaessa hoidetaan paikallisella metronidatsoli- tai klindamysiinivalmisteella.
-
-

Lähteet

1. Paavonen J. Gynekologiset infektiot 2011. Teoksessa Ylikorkala O, Tapanainen J (toim.) Naisten-taudit ja synnytykset, 297. Kustannus Oy Duodecim.
2. Nieminen P, Paavonen J. 1997. Vaginiitin diagnostiikka. Duodecim 113(3), 241.
3. Eriksson K, Adolfsson A, Forsum U, Larsson PG. 2010. The prevalence of BV in the population of Åland Islands during a 15-year period. APMIS 118(11), 903–8.
4. Ennenaikainen synnytys. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2011. www.kaypahoito.fi.
5. McDonald HM, Brocklehurst P, Gordon A. 2007. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev (1):CD000262.

Klamydia

Klamydian aiheuttaa *Chlamydia trachomatis* -bakteeri. Vuonna 2011 ilmoitettiin Suomen tartuntatautirekisteriin 13 662 klamydiatartuntaa, joista 59 % oli naisilla.¹ Suurin osa tapauksista esiintyi 15–24-vuotiailla naisilla (ja 20–29-vuotiailla miehillä). Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä tehdyssä tutkimuksessa alkuraskaudessa otettu alkuvirtsan klamydia-PCR-testi (kohdun kaulakanavasta otettava tikkunäyte nukleinihapon eristämällä) oli positiivinen 2,7 %:lla synnyttäjistä.²

Klamydiatartunnan itämisaika on 10–14 vuorokautta. Suurin osa tartunnan saaneista on oireettomia. Klamydiatartunta todennäköisesti lisää ennenaikaisen synnytyksen vaaraa, ja klamydian hoito raskausaikana vähentää ennenaikaisen vedenmenon ja matalan syntymäpainon riskiä.³ Synnytyskanavasta synnytyksen aikana saatava klamydiatartunta voi aiheuttaa vastasyntyneelle sidekalvontulehduksen tai keuhkokuumeen.⁴

Klamydian toteamisessa nukleinihapon monistustesti joko ensivirtsanäytteestä tai vaihtoehtoisesti tikkunäyte emättimen limakalvolta tai kohdunkaulasta on luotettavin menetelmä klamydian osoittamiseen.

SUOSITUS

- ▶ Klamydiatestiä tarjotaan kaikille ikäryhmille harkinnanvaraisesti silloin, kun raskaana olevan oireet tai anamneesi antavat siihen aiheutta.
 - ▶ Klamydian ensisijainen hoito on 1 g:n kerta-annos atsitromysiiniä. Klamydian hoito on tartuntatautilain perusteella maksuton. Partneri on syytä tutkia ja hoitaa.⁴
-
-

Lähteet

1. Jaakola S, Lyytikäinen O, Rimhanen-Finne R, Salmenlinna S, Vuopio J, Roivainen M, Löflund J-E, Kuusi M, Ruutu P. 2011. Tartuntataudit Suomessa. THL raportti 36/2012.
2. Kurkinen M, Sarkkinen H, Kärpänoja P, Ranta T. 2006. Klamydian esiintyvyys äitiysterveyspalvelun asiakkailla Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä. SLL 51–52, 5349–51.
3. Ennenaikainen synnytys. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2011. www.kaypahoito.fi.
4. Sukupuolitaudit. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2010. www.kaypahoito.fi.

Tippuri

Tippurin aiheuttaa *Neisseria gonorrhoeae* -bakteeri. Suomessa ilmoitettiin vuonna 2011 tartuntatautirekisteriin 288 tapausta, joista neljäsosa oli naisilla.¹ Itämissaika on naisilla useimmiten 2–3 viikkoa. Vain osalla naisista on oireita kuten valkovuotoa, virtsaamisvaivoja ja alavatsakipuja.²

Bakteeri voi tarttua synnytyskanavasta vastasyntyneen silmiin aiheuttaen vastasyntyneelle silmätulehduksen tai systeemi-infektion. Hoitamaton tippuri lisää ennenaikaisen synnytyksen vaaran 3–5-kertaiseksi.³

Tippurinäyte diagnosoidaan nukleiinihapon monistustestillä ensivirtsasta (oireetomien seulonta) tai tikkunäytteenä virtsaputkesta, emättimestä ja kohdunkaulakana- vasta (kun on vahva kliininen epäily). Jos testin tulos on positiivinen, tulee ennen antibiootihoidon aloitusta ottaa myös viljelynäyte antibioottiherkkyyden selvittämiseksi.

SUOSITUS

- ▶ Tippuria ei seulota oireettomilta raskaana olevilta.
 - ▶ Tippuri hoidetaan raskausaikana keftriaksonilla lihakseen pistettävänä kerta-annoksena. Tippurin hoito on tartuntatautilain mukaan maksuton, ja partneri on syytä tutkia ja hoitaa.²
-
-

Lähteet

1. Jaakola S, Lyytikäinen O, Rimhanen-Finne R, Salmenlinna S, Vuopio J, Roivainen M, Löflund J-E, Kuusi M, Ruutu P. 2011. Tartuntataudit Suomessa. THL raportti 36/2012.
2. Sukupuolitaudit. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2010. www.kaypahoito.fi.
3. Ennenaikainen synnytys. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2011. www.kaypahoito.fi.

Sukuelinherpes

Sukuelinherpestulehduksista noin 15 % on HSV-1-viruksen ja loput HSV-2-viruksen aiheuttamia. Raskaana olevista suomalaisista naisista 50–70 % on HSV-1-vasta-ainepositiivisia ja 11–16 % HSV-2-vasta-ainepositiivisia.¹⁻²

Primaari-infektion eli ensitartunnan oireita ovat pienet, helposti rikkoutuvat vesirakkulat sukuelinten limakalvoilla. Tartunnan saaneella voi olla yleisoireena kuumetta, päänsärkyä ja nivusalueen imusolmukkeiden suurentumista. Usein ensitartunta on kuitenkin vähäoireinen tai täysin oireeton. Raskausaikaisista herpesinfektioista yli 50 % on oireettomia.³

Virus jää ensitartunnan jälkeen latentiksi elimistöön ja voi ajoittain reaktivoitua. Reaktivaatio voi olla oireeton tai oireinen; kummassakin tapauksessa virus on tartuttava. Uusiutuvassa muodossa rakkuloita edeltää kyseisen ihoalueen kihelmöinti ja kutina, mutta usein oireet ovat epätyypillisiä, esimerkiksi punoittavia alueita ja limakalvorikkeymiä.⁴

Sikiö voi saada herpestartunnan suoran kontaktin kautta synnytyskanavasta, jos äidillä on aktiivinen sukuelinherpes synnytyshetkellä. Neonataaliherpeksen oireet ilmaantuvat 28 vrk:n ikään mennessä, ja sen vaikeisiin muotoihin, yleisinfektioon ja herpesenkefaliittiin liittyy merkittävä kuolleisuus. Neonataaliherpeksen vaara on 40–50-prosenttinen, kun äidillä on synnytyshetkellä ensitartunta (ei vasta-aineita ja iso virusmäärä), ja 1–3-prosenttinen uusiutuvassa sukuelinherpeksessä. Jos naisella todetaan aktiivinen sukuelinherpes synnytyshetkellä tai ensitartunnasta on kulunut alle kuusi viikkoa, synnytystavaksi suositellaan keisarileikkausta ennen lapsivedenmenoa. Neonataaliherpeksen esiintyvyys on arviolta 1/2 500–10 000 elävänä syntyneitä lasta.³

Raskausaikainen sukuelinherpesepäily on varmistettava joko antigeeninosoitustestillä tai herpesviljelynäytteellä. Jos kyseessä on ensimmäinen oireinen herpesinfektio, tehdään lisäksi vasta-ainemääritys primaarin ja uusintainfektion erottamiseksi. Tällä on merkitystä vastasyntyneen ennusteen kannalta. IgM-vasta-aineet viittaavat tuoreeseen infektiin.³

Raskausaikana todettu ensitartunta ja hankalaoireinen residivi hoidetaan asikloviirillä tai valasikloviirillä. Hoito ei poista virusta elimistöstä, mutta nopeuttaa oireiden häviämistä. Vaikeat taudit kuuluvat sairaalahoitoon. Jos primaari-infektio on ollut raskauden viimeisen kolmanneksen aikana (raskausviikon 24 jälkeen), on infektion uusiutumisen ja viruksen oireettoman erittymisen riski raskauden myöhemmässä vaiheessa suuri. Raskausaikana uusiutuvaan herpekseseen raskausviikoilla 36–38 aloitettu estolääkitys vähentää synnytyksen aikaista uusiutumiseriskiä, synnytyksen aikaista oireetonta viruseritystä ja sukuelinherpeksen takia tehdyn keisarileikkauksen tarvetta.⁵

SUOSITUS

- ▶ Raskausaikana ei seulota genitaalierpestä oireettomilta naisilta. Raskausaikana ilmenneestä primaari-infektiosta informoidaan synnytyssairaalaa. Jos genitaalierpes on aktiivinen lähellä arvioitua synnytysajankohtaa, konsultoidaan synnytyssairaalaa.
 - ▶ Jos viimeisen raskauskolmanneksen aikana (24. raskausviikon jälkeen) esiintyy kaksi tai useampia uusintaepisodeja, aloitetaan asikloviiri-estolääkitys raskausviikoilla 36–38 ja sitä jatketaan synnytykseen saakka. Lääkitys voidaan aloittaa perusterveydenhuollossa.
-
-

Lähteet

1. Arvaja M, Lehtinen M, Koskela P, Lappalainen M, Paavonen J, Vesikari T. 1999. Serological evaluation of herpes virus type 1 and 2 infections in pregnancy. *Sex Transm Inf* 75, 168–71.
2. Alanen A, Kahala K, Vahlberg T, Koskela P, Vainionpää R. 2005. Seroprevalence, incidence of prenatal infections and reliability of maternal history of varicella zoster virus, cytomegalovirus, herpes simplex virus and parvovirus B19 infection in South-Western Finland. *BJOG* 112, 505–6.
3. Sukupuolitaudit. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Sukupuolita
4. Nieminen P, Paavonen J. 1997. Vaginiitin diagnostiikka. *Duodecim* 113(3), 241.
5. Hollier LM, Wendel GD. 2008. Third trimester antiviral prophylaxis for preventing maternal genital herpes simplex virus (HSV) recurrences and neonatal infections. *Cochrane Database Syst Rev* 1CD004946.

Trichomonas-infektio

Trikomoniasiksen aiheuttaa *Trichomonas vaginalis* -alkueläin, joka tarttuu sukupuoliyhdynnässä, mutta infektio on harvinainen Suomessa.

Raskausaikainen trichomonasinfektio lisää vain hieman ennenaikaisen synnytyksen vaaraa (1,3-kertaiseksi). Toisaalta oireettoman trichomonasinfektion hoitaminen oraalilla metronidatsolilla lisää pienipainoisten ja ennenaikaisena syntyneiden osuutta kaksinkertaiseksi lumelääkkeeseen verrattuna.¹

SUOSITUS

- ▶ Trikomonasta ei suositella seuloitavaksi oireettomilta naisilta raskausaikana.
-
-

Lähteet

1. Ennenaikainen synnytys. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011. www.kaypahoito.fi.

HPV- eli papilloomavirusinfektio

HPV on yleinen genitaalialueella. Se voi tarttua seksin lisäksi perinataalisesti tai käsien välityksellä. HPV ei aiheuta sikiöpoikkeavuuksia.

SUOSITUS

- ▶ Ulkosynnyttimien kondyloomia ei tarvitse hoitaa raskausaikana, mutta tarvittaessa yksittäisiä kondyloomia voidaan poistaa kirurgisesti taikka nestetyppi- tai laserkäsittelyllä. Podofyllotoksiinia ja imikimodia ei käytetä raskausaikana.

Lähteet

1. Sukupuolitaudit. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010. www.kaypahoito.fi.

POTENTIAALISESTI SIKIÖVAURIOILLE ALTISTAVAT YLEISINFEKTIOT

Toxoplasma gondii

Toxoplasma gondii on alkueläin, jonka aiheuttama infektio on yleensä oireeton tai lieväoireinen (lymphadenopatia) ja paranee itsestään. Suomessa vasta-aineita löytyy 20 %:lta hedelmällisyysikäisistä naisista.¹

Toksoplasman pääisäntä on kissa. Kissa erittää toksoplasman ookystiä ulosteen mukana maaperään, josta ne voivat joutua teuraseläinten suolistoon ja niiden lihaksiin ja aivoihin. Ihminen saa tartunnan syötyään huonosti kypsennettyä, kontaminoitunutta naudan, sian tai lampaan lihaa tai saastuneita vihanneksia ja marjoja; tartunta voi tulla myös maaperästä.² Raskausaikainen primaari-infektio on vaarallinen sikiölle. Toksoplasma voi siirtyä istukan kautta sikiöön sitä helpommin, mitä pidemmällä raskaus on äidin sairastuessa primaari-infektioon. Sikiön tartuntavaara on alle 10 % ensimmäisessä raskauskolmanneksessa ja yli 70 % viimeisinä raskausviikkoina.³

Suomalaisessa tutkimuksessa todettiin serokonversio alkuraskaudessa toksoplasma-vasta-ainenegatiivisilla naisilla 2,4/1000 raskautta ja synnynnäistä toksoplasmoosia 0,3–0,5/1 000 vastasyntyntä.¹

Alkuraskauden sikiöinfektio voi johtaa keskenmenoon, kohtukuolemaan tai sikiövaurioon, loppuraskaudessa taudinkuva on lievempi.² Suurin osa synnynnäiseen toksoplasmainfektiioon sairastuneista lapsista syntyy oireettomina, mutta tauti on krooninen ja aiheuttaa 85–90 %:lle vuosien kuluessa näkö- ja/tai keskushermostovaurioita.

Diagnoosi perustuu vasta-ainemäärityksiin. IgM-luokan vasta-aineet voivat säilyä vuodenkin infektion jälkeen. IgG-aviditeetti auttaa infektion ajankohdan määrittämisessä. Matala aviditeetti kestää ensin kuukausia, mutta korkeaksi ehtinyt aviditeetti kertoo, että infektiosta on kulunut vähintään neljä kuukautta. Alkuraskauden infektiotestitulokset voidaan tarvittaessa käyttää vertailututkimukseen, kun epäillään raskausaikaista infektiota. Havainnoivissa tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että raskausaikaisen toksoplasmoosin vaara vähenee neuvonnalla.

SUOSITUS

- ▶ Vaikka joissakin maissa raskaana oleville tehdään toistuvasti vasta-ainemäärityksiä, Suomessa suositellaan toksoplasman primaaripreventiota.
 - ▶ Raskausaikana huolehditaan huolellisesta käsienpesusta ennen ruoan käsittelyä, samoin raa'an lihan käsittelyn jälkeen. Hedelmät ja kasvikset pestään perusteellisesti. Raaka liha kypsennetään läpikotaisin. Pihatöissä käytetään käsiaineita, kädet pestään maaperän käsittelyn ja puutarhanhoidon jälkeen huolellisesti, ja lisäksi vältetään kissan ulosteita (kissanhiekkä, maaperä).⁴
-
-

Lähteet

1. Lappalainen M, Koskela P, Hedman K, Teramo K, Ämmälä P, Hiilesmaa V, Koskiniemi M. 1992. Incidence of primary toxoplasma infections during pregnancy in southern Finland: a prospective cohort study. *Scand J Infect Dis.* 24(1), 97–104.
2. Lappalainen M, Hedman K. 2010. Toksoplasmoosi. Lääkärin käsikirja 7.6.2010. www.terveysportti.fi.
3. Thiébaud R, Leproust S, Chêne G, Gilbert R. 2007. Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet* 369(9556), 115–22.
4. Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T, Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2004:11. Helsinki.

Sytomegalovirusinfektio

Sytomegalovirus (CMV) kuuluu herpesviruksiin. Tartunta saadaan kehon eritteiden kuten syljen välityksellä tai seksitartuntana. Lähes kaikki infektoituneet ovat oireettomia, tai jos oireita on, ne ovat epäspesifisiä, kuten mononukleosin kaltainen taudinkuva tai lievä hepatiitti. Vasta-ainepositivisuus nousee iän myötä, ja Suomessa 50–70 % raskaana olevista on seropositiivisia.¹ Ensitartunnan jälkeen virus jää latentiksi elimistöön ja voi myöhemmin aktivoitua. Raskausaikaisia ensitartuntoja tulee 0,2 %:lle raskaana olevista, ja 40 %:ssa tapauksista virus siirtyy sikiöön. Myös viruksen reaktivaatio tai reinfektio eri sytomegaloviruksen alatyypeillä voi siirtyä sikiöön; taudinkuva on silloin yleensä lievempi.²

Noin 1 % vastasyntyneistä erittää sytomegalovirusta virtsaan. Näistä lapsista 90 % on oireettomia, mutta 10 %:lla todetaan myöhemmin esim. kuulovika.² Vaikeita sikiövaurioita voi syntyä, jos äiti on saanut primaari-infektion ensimmäisen tai varhain toisen raskauskolmanneksen aikana. Tällöin sikiön oireita voivat olla kasvunhidastuma, mikrokefalia, ventrikulomegalia, hydrops, hepatosplenomegalia, chorioretiniitti, sensorineuraalinen kuulovika, hepatiitti, trombosytopenia ja purpura.

Perinataalinen CMV-transmissio on mahdollista saada myös synnytyskanavasta ja äidinmaidosta, mutta täysiaikaisilla vastasyntyneillä siitä ei ole haittoja. On vaikea erottaa primaari-infektiota ja latentin infektion reaktivaatiota. IgM voi jäädä positiiviseksi moneksi kuukaudeksi primaari-infektion ja reaktivaation jälkeen. Muita diagnostiikan apuja ovat IgG-serokonversio sekä lapsiveden PCR ja viruseristys.²

SUOSITUS

- ▶ Suomessa ei suositella raskausaikaista sytomegalovirusseulontaa.
 - ▶ Koska sytomegalovirus tarttuu eritteistä ja koska sekä sikiöaikana että alle kahden vuoden iässä infektoitunut lapsi erittää virusta jopa kahden vuoden ajan, suositellaan noudattamaan hyvää käsihygieniaa sekä välttämään yhteisten aterimien käyttöä pikkulasten kanssa ja altistumista lasten syljelle.
-

Lähteet

1. Alanen A, Kahala K, Vahlberg T, Koskela P, Vainionpää R. 2005. Seroprevalence, incidence of prenatal infections and reliability of maternal history of varicella zoster virus, cytomegalovirus, herpes simplex virus and parvovirus B19 infection in South-Western Finland. *BJOG* 112, 505–6.
2. McCarthy FP, Giles ML, Rowlands S, Purcell KJ, Jones CA. 2011. Antenatal interventions for preventing the transmission of cytomegalovirus (CMV) from the mother to fetus during pregnancy and adverse outcomes in the congenitally infected infant. *Cochrane Database Syst Rev*. Mar 16;(3):CD008.

Listerioosi

Listeria monocytogenes -bakteerin aiheuttamia tartuntoja todetaan Suomessa vuosittain vajaat 100 tapausta, joista raskausaikaisia on 0–5.¹ *Listeria* aiheuttaa vakavia infektiota vastasyntyneillä, raskaana olevilla, immuunipuutteisilla ja vanhuksilla. *Listeria*-bakteeri voi aiheuttaa keskenmenon, sikiökuoleman ja vaikean vastasyntyneen infektion.

Infektio on elintarvikevälitteinen. Riskielintarvikkeita ovat pastöroimattomasta maidosta valmistetut tuotteet ja muut eläin- tai kasvipäriset elintarvikkeet ja valmisruoat, joita säilytetään pitkään kylmässä ja nautitaan kuumentamattomana. *Listeria*-bakteeri tuhoutuu yli 70 asteeseen kuumennettaessa, mutta ei pakastettaessa eikä suolattaessa.²

SUOSITUS

- ▶ Listerioosin välttämiseksi raskausaikana suositellaan vain pastöroidun maidon juomista.
 - ▶ Pehmeiden juustojen syömistä vältetään (Camembert, Brie, chevre ja sinihomejuustot). Ne ovat turvallisia raskausaikana vain kuplivan kuumiksi kuumennettuina.
 - ▶ Tyhjiöpakattuja graavisuolattuja ja kylmäsavustettuja kalavalmisteita, pateeta ja mätiä suositellaan vältettäväksi raskausaikana.
 - ▶ Raskausaikana liha kypsennetään ja pakastevihannekset sekä valmisruoat kuumennetaan huolellisesti.
 - ▶ Vihannekset pestään tai kuoritaan raskausaikana listerioosin välttämiseksi.
-
-

Lähteet

1. Jaakola S, Lyytikäinen O, Rimhanen-Finne R, Salmenlinna S, Vuopio J, Roivainen M, Löflund J-E, Kuusi M, Ruutu P. 2011. Tartuntataudit Suomessa. THL raportti 36/2012.
2. Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T, Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki.

Salmonella

Salmonella-bakteeri aiheuttaa ruokamyrkytyksiä.¹ Se ei ole sikiölle vaarallinen, mutta voi aiheuttaa raskaana olevalle naiselle vaikean ripulin ja oksentelua.

SUOSITUS

- ▶ Salmonellan aiheuttaman ruokamyrkytyksen välttämiseksi raskausaikana ei syödä raakaa kananmunaa, kypsennetään liha perusteellisesti ja pestään kädet huolellisesti lihan käsittelemisen jälkeen.
-
-

Lähteet

1. Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T, Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki.

Vesirokko

Varicella zoster -virus aiheuttaa Suomessa vuosittain noin 57 000 vesirokkotapausta.¹ Valtaosa sairastuneista on leikki- ja kouluikäisiä lapsia. Noin kolmasosa ihmisistä sairastuu yleensä vanhemmalla iällä viruksen uudelleen aktivoitumisesta johtuvaan vyöruusuun. Vesirokko tarttuu erittäin herkästi pisaratartuntana hengitysteistä ja ihorakkuloista. Itämisaika on tavallisimmin kaksi viikkoa (10–21 päivää). Rokko alkaa tarttua toisiin kuitenkin jo 1–2 päivää ennen oireiden alkua, ja tarttuminen loppuu rakkuloiden kuivuttua.

Suomalaisen tutkimuksen mukaan noin 4 % raskaana olevista naisista ei ole sairastanut vesirokkoa.² Aikuisilla ja erityisesti raskauden aikana vesirokko voi olla hyvin vakava sairaus. Alkuraskauden vesirokko voi aiheuttaa myös vaikeita sikiövaurioita. Äidin juuri ennen synnytystä tai synnytyksen jälkeisinä päivinä sairastama vesirokko aiheuttaa usein vastasyntyneelle vaikean vesirokkotaudin.

SUOSITUS

- ▶ Kaikille 13 vuotta täyttäneille, jotka eivät tiedä sairastaneensa vesirokkoa, suositellaan kahta, vähintään kolmen kuukauden välein annettavaa vesirokkorokoteannosta.¹
- ▶ Vesirokkovasta-aineiden tutkiminen ei ole tarpeellista, sillä tietämättä sairastettu vesirokko ei estä rokotteen antoa. Rokotetta ei kuitenkaan saa antaa raskauden aikana.¹
- ▶ Vesirokolla raskausaikana altistunut tulee mahdollisuuksien mukaan suojata taudin puhkeamiselta viruslääkityksellä ja vesirokkovasta-aineella.³
- ▶ Raskauden aikaiseen vesirokkoon sairastuneen hoidosta ja seurannasta tulee konsultoida erikoissairaanhoidoa.

Lähteet

1. Kansanterveyslaitoksen asettaman lasten vesirokkorokotustyöryhmän selvitys. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 40/2008.
2. Alanen A, Kahala K, Vahlberg T, Koskela P, Vainionpää R. 2005. Seroprevalence, incidence of prenatal infections and reliability of maternal history of varicella zoster virus, cytomegalovirus, herpes simplex virus and parvovirus B19 infection in South-Western Finland. BJOG 112, 50–6.
3. Lamont RF, Sobel JD, Carrington D, Mazaki-Tovi S, Kusanovic JB, Vaisbuch E, Romero R. 2011. Varicella-zoster virus (chickenpox) infection in pregnancy. BJOG 118, 1155–62.

Parvorokko

Parvorokkovirus aiheuttaa lapsilla yleisen ihottumataudin, parvorokon (erythema infectiosum), jonka tyypillisiä oireita ovat kuumeilu, päänsärky, lihassärky, väsymys ja immunologisen reaktion seurauksena poskille syntyvä ns. läimäistykuviainen ihottuma. Aikuisilla on tyypillisesti myös niveloireita, mutta toisaalta infektio voi olla myös täysin oireeton. Parvorokkoa esiintyy epidemioina muutaman vuoden välein erityisesti keväisin ja loppupalvisin. Infektion itämisaika on yhdestä kolmeen viikkoon.¹

Raskaana olevista noin 60 %:lla on aiemmin sairastetun parvorokon seurauksena suojaavia vasta-aineita.² Suurin osa raskaana olevien naisten infektioista tarttuu omista tai lähipiirin lapsista. Raskaudenaikainen parvorokko aiheuttaa sikiön infektion noin 10 %:lla sairastuneista. Sikiön infektiin liittyy keskenmenon riski sekä anemia, joka voi pahimmillaan johtaa vesipöhöön (hydrops).

Parvorokkoa vastaan ei ole rokotetta tai spesifistä lääkehoitoa. Sikiön anemiaa ja hydropsia on mahdollista hoitaa tehokkaasti.³

SUOSITUS

- ▶ Raskauden aikana parvorokolle altistuneelta otetaan verinäyte suojaavien vasta-aineiden olemassaolon selvittämiseksi.¹
- ▶ Jos altistuneelta raskaana olevalta ei todeta vasta-aineita, seurataan mahdollista sairastumista vasta-aine- ja tarvittaessa PCR-tutkimuksin parin kuukauden ajan altistumisesta, tai kunnes epidemia on ohi.¹
- ▶ Raskaana olevat seronegatiiviset työntekijät sijoitetaan työpaikan (esimerkiksi päiväkodin tai koulun) parvorokkoepidemian aikana tehtäviin, joissa virukselle altistumisen mahdollisuus on vähäinen.¹
- ▶ Raskauden aikana parvorokkoon sairastuneet lähetetään erikoissairaanhoidossa tehtäviin sikiöseurantoihin.¹

Lähteet

1. Riipinen A, Söderlund-Venermo M, Hedman K, Sallmen M, Taskinen H, Karikoski R, Lindbohm M-L, Nuutila M. 2009. Parvorokko ja raskaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 125(13), 1359–60.
2. Alanen A, Kahala K, Vahlberg T, Koskela P, Vainionpää R. 2005. Seroprevalence, incidence of prenatal infections and reliability of maternal history of varicella zoster virus, cytomegalovirus, herpes simplex virus and parvovirus B19 infection in South-Western Finland. BJOG, 112, 50–6.
3. Dijkmans AC, de Jong EP, Dijkmans BA, Lopriore E, Vossen A, Walther FJ, Oepkes D. 2012. Parvovirus B19 in pregnancy: prenatal diagnosis and management of fetal complications. Curr Opin Obstet Gynecol. 24, 95–101.

TUBERKULOOSI

Tuberkuloosi on tartuntatauti, joka esiintyy yleisimmin keuhkoissa. Tauti voi kuitenkin esiintyä missä tahansa elimessä, ja tämän vuoksi sen kliiniset löydökset vaihtelevat suuresti. Tartuntaa levittävät erityisesti sellaiset hengityselinten tuberkuloosia sairastavat henkilöt, joiden ysköksissä on paljon tuberkuloosibakteereja. Tuberkuloosi tarttuu onneksi huonosti, lähipiirissä altistuneista noin 30 % saa tartunnan ja tulee taudin kantajiksi (latentti tuberkuloosi-infektio). Kantajista immuunivasteeltaan normaaleista henkilöistä noin 10 % sairastuu aktiiviseen tuberkuloosiin elämänsä aikana. Tuberkuloosi on maassamme keskittynyt riskiryhmiin, joita ovat mm. päihdeongelmaiset ja maahanmuuttajat, joiden lähtömaassa tuberkuloosi on yleinen.

Raskaus todennäköisesti lisää altistuneen tuberkuloosi-infektion riskiä ja myös latentin infektion aktiiviseksi taudiksi muuttumisen riskiä.¹ Raskaus voi myös aiheuttaa T-auttajasoluvasteen heikentymisen kautta sen, että tuberkuloosin oireet ovat lie-

venmät ja taudin toteaminen näin ollen vaikeampaa.² Synnytyksen jälkeen T-soluvaste korjautuu, ja oireet voivat tuolloin tulla korostuneina esille immuunirekonstruktiosyndrooman kaltaisesti.³

Hoitamaton tuberkuloosi on riski sekä äidille että vastasyntyneelle, ja siksi sen toteaminen on tärkeää. Keuhkojen röntgenkuvausta vältetään raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana, mutta jos raskaana oleva henkilö on oireinen ja hänellä epäillään tuberkuloosia, ei raskaus saa olla este tutkimiselle. Keuhkojen röntgenkuvaus tehdään suojatusti, ja kolmen yskösnäytteen sarja otetaan tuberkuloosivärjäystä ja -viljelyä varten. Jos raskaana oleva on altistunut tuberkuloosille tai hänen lähtömaassaan on paljon tuberkuloosia (THL:n lista), on keuhkokuvaus tärkeää ottaa ennen synnytystä ja varmistaa, että äiti ei sairasta keuhkotuberkuloosia. Jos tauti todetaan kuvauksessa, äidin hoito voidaan aloittaa ennen synnytystä. Vastasyntyntä ei saa altistaa tarttuvalle tuberkuloosille, koska se on vastasyntyneelle hengenvaarallinen sairaus. Maahanmuuttajataustaisilla äideillä tuberkuloosin keuhkojen ulkopuoliset muodot ovat mahdollisia, ja tuberkuloosi tulee aina huomioida erotusdiagnostiikassa, jos henkilö on kotoisin maasta, jossa tuberkuloosi on yleinen. Muiden elinten tuberkuloosia epäiltäessä on syytä ottaa kohdennettuja näytteitä (biopsia ja viljelynäyte).

Raskaana olevien tuberkuloosi hoidetaan isoniatsidin, rifampisiinin ja etambutolin yhdistelmällä.² Streptomysiini on kielletty, koska se voi aiheuttaa lapselle kuulovaurioita tai kuuroutta. Pyratsinamidin käyttöä pyritään välttämään raskausaikana, koska sen haitoista ei ole tarkkaa tietoa. Fluorokinolonit ovat aiheuttaneet nivelvaurioita eläinkokeissa, eikä niitä suositella raskaana oleville. Äiti voi imettää lastaan normaalisti lääkehoidon aikana, jos hän ei sairasta tartuttavaa tuberkuloosia. Äidinmaidosta imeytyvä lääkepitoisuus ei ole riittävä lapsen latentin tuberkuloosi-infektion hoitoon. Jos äiti on tartuttava, hän ei voi imettää, mutta tartuntavaaran poistuttua imetys on mahdollista.

SUOSITUS

- ▶ Raskaana oleva nainen ohjataan keuhkokuvaukseen ja häneltä otetaan yskösnäytteet, jos hänellä on tuberkuloosiin sopivia oireita.
 - ▶ Jos raskaana oleva on altistunut tuberkuloosille tai hän on maahanmuuttaja, jonka lähtömaassa tuberkuloosi on yleinen (THL: Korkean tuberkuloosi-ilmaantuvuuden maat sekä pakolaisilta ja turvapaikanhakijoilta maakohtaisesti seulottavat sairaudet <http://www.thl.fi/attachments/Infektioaudit/Maaluettelo.pdf>), otetaan keuhkokuva jokaisen raskauden aikana ennen synnytystä ja varmistetaan, että raskaana oleva ei sairasta keuhkotuberkuloosia.
-
-

Lähteet

1. Zenner D, Kruijshaar ME, Andrews N, Abubakar I. 2012. Risk of tuberculosis in pregnancy: a national, primary care based cohort and self-controlled case series study. *Am J Respir Crit Care Med* 185, 779–84.
2. Mathad JS, Gupta A. 2012. Tuberculosis in Pregnant and Postpartum Women: Epidemiology, Management, and Research Gaps. *Clin Infect Dis*, Oct 5. [Epub ahead of print.]
3. Singh N, Perfect JR. 2007. Immune reconstitution syndrome and exacerbation of infections after pregnancy. *Clin Infect Dis* 45, 1192–9.

SAIRAALAHYGIENISESTI MERKITTÄVÄT MIKROBIT

Antibiooteille vastustuskykyiset bakteerit eli resistentit bakteerit ovat arkipäiväistyneet suomalaisissa terveydenhuollon laitoksissa. Runsas matkailu ja maailmanlaajuisesti runsas antibioottien käyttö on lisännyt resistenssiongelmia merkittävästi myös Suomessa. Resistenttejä bakteereita voidaan todeta myös synnyttäjillä. Merkittävimmät ongelmia aiheuttavat resistentit bakteerit Suomessa tällä hetkellä ovat metisilliinille resistentti *Staphylococcus aureus* (MRSA), laajakirjoista beetalaktamaasia tuottavat enterobakteerit (extended spectrum betalactamase, ESBL), karbapenemaaseja tuottavat enterobakteerit (carbapenemase producing) ja vankomysiinille resistentit enterokokit (VRE).

Resistentin bakteerin kantajaa hoidetaan kosketuseristyksessä terveydenhuollon laitoksissa. Kosketuseristyksen kesto vaihtelee bakteereittain ja alueittain, ja kosketuseristyksen purkamisesta vastaa aina paikallinen sairaalahygieneiyksikkö. Esimerkiksi MRSA-kosketuseristys puretaan useimmiten vasta siinä vaiheessa, kun MRSA:n kantaja on saanut tuloksekkaan MRSA-puhdistushoidon tai jos terveellä ihmisellä ei enää vuosiin (esimerkiksi kahteen vuoteen) ole seulonnoissa todettu MRSA:ta.

Resistenttien bakteereiden osalta terveydenhuollon laitoksissa ja vastaanotoilla noudatetaan tavanomaisten varotoimien lisäksi kosketuseristystä. Vastaanottokäyntien yhteydessä noudatetaan kosketuseristyksen periaatteita: käsien desinfektio, suojakäsineiden käyttö sekä suojatakin ja suu-nenäsuojuksen käyttö, jos on vaara roiskeista esimerkiksi lasten hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Välineet ja pinnat desinfioidaan asianmukaisesti.

Matkailu, resistentit bakteerit ja synnyttäjä

Ulkomailla sairaanhoitoa saaneita synnyttäjiä hoidetaan suomalaisissa sairaaloissa kosketuseristyksessä, kunnes heistä sairaalaan tullessa otetut resistenttien bakteereiden seulonnanäytteet on tutkittu ja seulontatulokset on negatiiviset. Useimmiten seulotaan moniresistenttejä gramnegatiivisia enterobakteereita, MRSA:ta ja VRE:tä. Tavallisimmin kosketuseristys ja näytteenotto-ohjeistus ulkomaisen sairaanhoidon jälkeen kestää vähintään kuusi kuukautta.

Ulkomailla matkailuista synnyttäjistä otetaan myös tietyn edellytyksin resistenttien bakteerin seulonnanäytteitä sairaalahoidon tai synnytyksen yhteydessä. Intiassa,

Bangladeshissa ja Pakistanissa vastikään matkailleet synnyttäjät on syytä hoitaa kosketuseristyksessä synnytyksen yhteydessä ainakin, jos heillä on infektio-oireita, kuten kuumetta tai ripulia.

MRSA:n tai muun resistentin bakteerin kantaja neuvolassa

Suomessa on suuria alueellisia eroja MRSA:n esiintyvyydessä. MRSA:ta varten on tehty valtakunnallinen ohjeistus.¹ Laitoshoitoon liittyvien MRSA-kantojen lisäksi avohoidon MRSA-kannat ovat lisääntymässä. Koska synnytyksikäiset naiset ovat yleensä ottaen melko terveitä ja heillä on yleensä vähän sairaalajaksoja, avohoidon MRSA on laitoshoidon MRSA:ta yleisempi löydös synnyttäjillä tai lapsilla. Niillä alueilla, joissa MRSA on yleinen tai joissa MRSA-seulonnat ovat aktiivisia, on todettu lasten ja erityisesti vastasyntyneiden MRSA-löydösten liittyvän usein äidillä todettuun MRSA-kantajuuteen.

MRSA:ta kantavan äidin lapsi neuvolassa

MRSA on *Staphylococcus aureus*, jolla on poikkeava antibioottiherkkyys. MRSA voi löytyä sattumalta bakteeriviljelynäytteestä tai MRSA-seulontanäytteestä. MRSA aiheuttaa samanlaisia tauteja kuin vastaava herkkä *Staphylococcus aureus*. Suurin osa MRSA:n kantajista on sellaisia, jotka ovat kolonisoituneet MRSA:lla, mutta eivät välttämättä ole saaneet MRSA:han liittyvää infektiota. MRSA-löydös ei yleensä aiheuta terveysuhkaa terveille synnyttäjälle tai sikiölle. Mahdollisen keisarileikkauksen yhteydessä löydös huomioidaan keisarileikkausta edeltävässä antibioottiprofylaksissa.

MRSA-positiivisen äidin lapsesta ei välttämättä oteta vastasyntyneenä MRSA-näytteitä, ellei sairaalahoito pitkity tai uusi. Tieto altistumisesta MRSA:lle merkitään sairaalassa lapsen riskitietoihin ja hoitopalautteeseen.

ESBL

ESBL-löydökset ovat lisääntyneet Suomessa viime vuosien aikana. ESBL löytyy useimmiten sattumalta, koska bakteeria kantautuu terveiden matkajien mukana ulkomailta Suomeen. ESBL on useimmiten *E. coli*- tai *Klebsiella pneumoniae* -bakteereiden ominaisuus. ESBL on laajakirjainen beetalaktamaasientsyymi, jonka ansiosta bakteeri on vastustuskykyinen useille antibioottiryhmille. Yleisin ESBL-bakteerin aiheuttama tauti on virtsatietulehdus, ja ESBL-bakteeri löytyy useimmiten virtsanäytteestä. ESBL:ää löytyy myös terveiltä naisilta ja synnyttäjiltä. ESBL-löydös ei aiheuta ylimääräistä infektiota vaaraa synnyttäjälle tai sikiölle, mutta mahdollisissa infektiotilanteissa tai hoidettaessa oireetonta bakteruriaa löydös aiheuttaa muutoksen antibioottivalintaan.

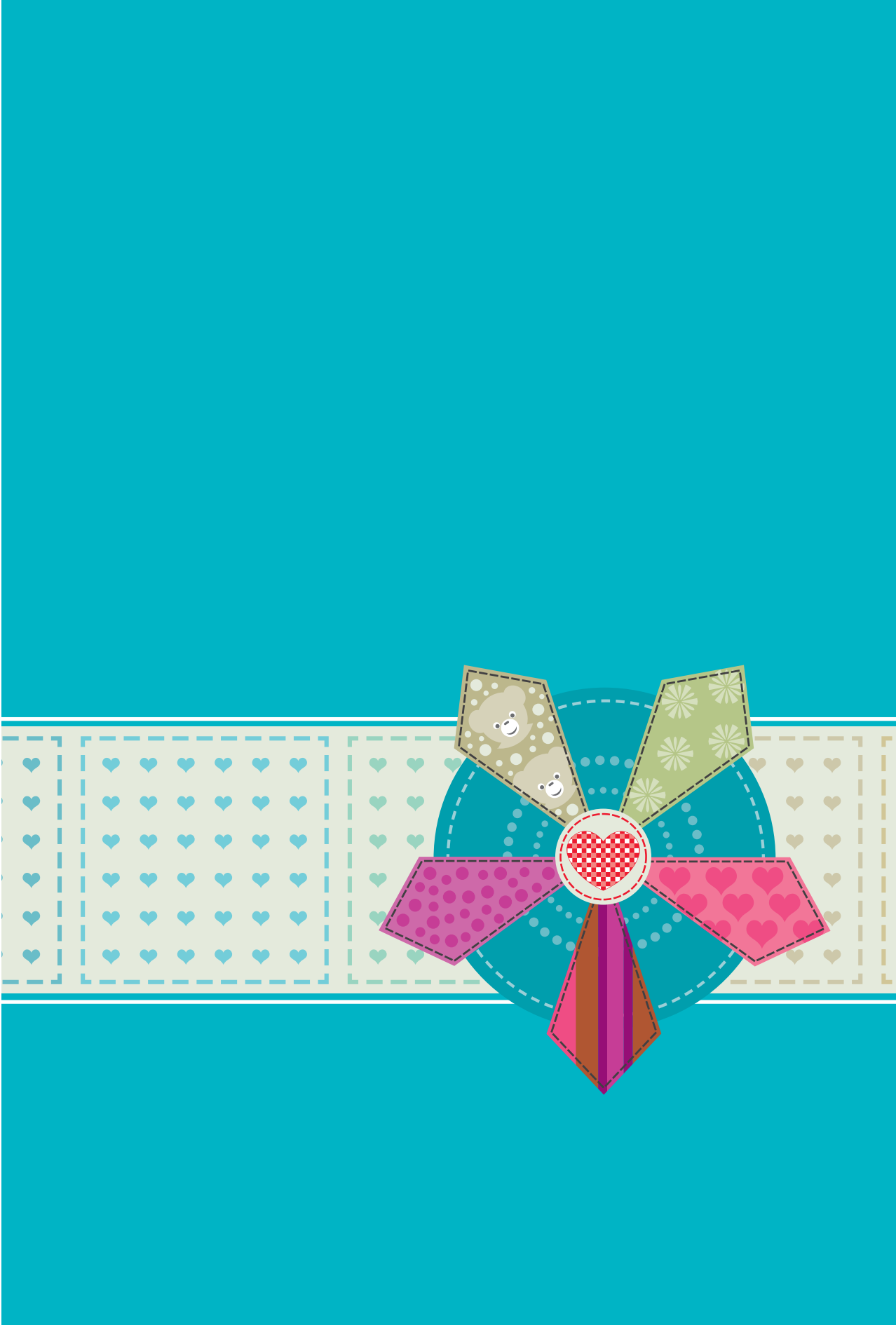
ESBL-kantajuuden kesto on epäselvä. Useimmiten bakteeri häviää elimistöstä muutamien kuukausien kuluessa, mutta osa voi kantaa bakteeria pidempäänkin. ESBL:ää vastaan ei ole olemassa bakteerinpuhdistushoitoa.

SUOSITUS

- ▶ Jokainen terveydenhuollon ammattilainen perehtyy omalla alueella esiintyviin resistentteihin bakteereihin, niiden keskeisiin ehkäisykeinoihin ja sairaalahygieniaohjeistuksiin.
- ▶ Raskaana olevien ja synnyttäneiden matkailutiedot kysytään neuvolaseurannan aikana.
- ▶ Ulkomailla matkailleiden tai sairaanhoitoa saaneiden raskaana olevien neuvolakäynneillä ei yleensä tarvita kosketuseristystä, ellei resistenttiä bakteeria ole jo aikaisemmin todettu.
- ▶ Resistenttien mikrobien ja muiden taudinaiheuttajien leviäminen asiakkaasta toiseen ja henkilökuntaan estetään huolellisella käsihygienialla. Henkilökunnan ei ole suositeltavaa käyttää käsikoruja tai rakennekynsiä, koska ne lisäävät käsien bakteerimäärää ja heikentävät desinfiktion toteutusta.
- ▶ Jos synnytysvuodeosastolta neuvolaan tulevassa hoitopalautteessa on merkintä lapsen MRSA-altistumisesta, noudatetaan lapsen tutkimustilanteissa kosketuseristystä. MRSA:ta kantavan äidin lapsesta otetaan MRSA-seulontanäytteet myöhemmässä vaiheessa (esimerkiksi imetyksen loputtua), jos niin on ohjeistettu oman alueen ohjeissa.
- ▶ ESBL:n kantajaa, myös lasta äidin ollessa kantaja, hoidetaan useimmiten kosketuseristyksessä.
- ▶ ESBL:ää kantavan äidin lasta ei yleensä seulota ESBL:n varalta. Neuvolassa synnytyksen jälkeen riittävät tavanomaiset varotoimet tai kosketuseristys.
- ▶ Yleensä kosketuseristyskäytännöt puretaan ESBL:ää kantavan äidin lapsen suhteen viimeistään silloin, kun lapsivuodeaika tai vaihtoehdoisesti imetys on päättynyt.

Lähde

1. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. MRSA-asiantuntijatryöryhmän suositus. Ohje metisilliiniresistenttien *Staphylococcus aureus*en torjunnasta. C1/2004.



11 LISÄSEURANTA RASKAANA OLEVAN JA PERHEEN ERITYISTILANTEISSA

11.1 MONIKULTTUURISUUS

Muualta Suomeen muuttaneiden perheiden ja kaksikulttuuristen pariin osuus äitiysneuvoloiden asiakkaista kasvaa nopeasti, erityisesti suurissa kaupungeissa. Suurin osa ulkomaan kansalaisista on Euroopan maista (Venäjä Eurooppaan luettuna). Kaikista maahanmuuttajista vain noin joka kymmenes on tullut pakolaisena tai turvapaikkamenettelyn kautta. He ovat kuitenkin kaikkein haavoittuvimmassa asemassa.

Yleisimmät muuton syyt liittyvät perhesiteisiin: maahan tullaan omanmaalaisen muuttajan tai suomalaisen puolisona tai lapsena. Muualta muuttaneet suhtautuvat elämään useinkin perhe- ja sukukeskeisemmin kuin kantasuomalaiset keskimäärin. Tämä liittyy joidenkin lähtökulttuuriin sekä perhesiteiden tiivistymiseen uuteen maahan muuttamisen jälkeen.

Äitiysneuvolassa on huomioitava maahanmuuttajien moninaisuus sekä joidenkin erityisryhmien muita suuremmat terveysriskit, jotta voidaan taata kaikkien yhdenvertaisuus. Asiakaskunnan moninaisuutta lisäävät erityisesti pääkaupunkiseudulla ja Itä-Suomessa kaksikulttuuriset parisuhteet.¹ Myös kotimaiset etniset vähemmistöt kuten romanit, saamelaiset ja tataarit tuovat kulttuurista monimuotoisuutta asiakaskuntaan.

Epidemiologiset tekijät

Raskaudenkeskeytykslukujen perusteella Virosta, Kiinasta ja Saharan eteläpuoleisesta Afrikasta (lukuun ottamatta Somaliaa) tulevilla nuorilla naisilla on valtaväestön naisia enemmän ei-toivottuja raskauksia.² Useammalle kuin joka toiselle venäläistaustaiselle naiselle on tehty raskaudenkeskeytys.³ Somalialaistaustaisista 18–54-vuotiaista naisista alle 12 % käyttää ehkäisyä, venäläis- ja kurditaustaisista puolestaan 43 %. Venäläistaustaisilla hormonaalisen ehkäisyn käyttö ja kurditaustaisilla kondomin käyttö on selvästi vähäisempää kuin valtaväestön parissa. Synnytyksen jälkeisen ehkäisyn vaihtoehtoihin on kiinnitettävä riittävästi huomiota äitiysneuvolassa.

Erityisesti afrikkalaistaustaisilla naisilla on valtaväestöä enemmän raskausaikaisia terveysongelmia ja ongelmia synnytyksissä. Perinataalikuolemat ovat heillä valtaväestöä todennäköisempiä sekä alhainen syntymäpaino ja keisarileikkaukset valtaväestöä yleisempiä. Maahanmuuttajataustaiset naiset käyvät äitiysneuvolassa keskimäärin yhtä ahkerasti kuin suomalaissyntyiset äidit, joten neuvolan asiakaslähtöisellä toiminnalla voidaan merkittävästi parantaa erityisesti afrikkalaistaustaisten naisten ja syntyvien lasten terveyttä.³⁻⁴ Raskauden ja synnytyksen riskit eivät kuitenkaan ole kaikilla maahanmuuttajilla valtaväestöä suurempia.

Monissa Euroopan maissa on havaittu maahanmuuttajilla olevan valtaväestöä enemmän HIV-positiivisuutta, mutta Suomesta kattavaa tietoa asiasta ei ole. HIV-tie-

doissa on puutteita ainakin kurdi- ja somalialaistaustaisilla.⁵ Raskaana olevien tummapigmenttisten naisten osalta on erityisen tärkeää huomioida D-vitamiinin riittävä saanti, sillä tutkimuksen mukaan jopa 80–90 % somali- ja kurdinaisista Suomessa kärsii matalasta seerumin D-vitamiinipitoisuudesta.^{6–7}

Muun muassa Egyptissä, Etiopiassa, Somaliassa ja Sudanissa syntyneiden naisten parista löytyy ympärileikattuja naisia, joiden kanssa työskentely vaatii erityistä herkkyyttä ja hienotunteisuutta. Somalialaistaustaisista naisista 70 % ilmoittaa olevansa ympärileikattu.⁸ Ympärileikkaus on yleinen myös kurditaustaisilla naisilla, joista lähes kolmannes ilmoitti olevansa ympärileikattuja. Ympärileikkauksen vastaista neuvontatyötä tarvitaan myös muissa kuin somalialaisryhmässä.

Ympärileikkauksia on monenlaisia, eivätkä naiset välttämättä ole selvillä heille tehdyn toimenpiteen laajuudesta.⁹ Koska ympärileikatut naiset kokevat itsensä haavoittuviksi terveydenhuollon palveluissa,^{10–11} heidät tulisi kohdata erityisen hienotunteisesti ja yksilöllisesti.^{12–13} Jos ympärileikkaus hankaloittaa raskauden seurantaan tai tulevaa synnytystä, naiselle suositellaan avausleikkausta keskiraskaudessa. Asiaa ja sen mahdollisia vaikutuksia synnytykseen ja tyttöjen terveyteen ei häveliäisyyden nimissä pidä jättää ottamatta puheeksi, vaikka aihe onkin arkaluontoinen. Jos herää epäily, että lapselle suunnitellaan ympärileikkausta, kynnyksen lastensuojeluilmoituksen tekemiseen on oltava matala. Lastensuojeluilmoitus tehdään myös, jos epäillään, että Suomessa asuvalle lapselle on jo tehty ympärileikkaus, ulkomailla tai Suomessa.¹³

Kulttuurierot ja psykososiaaliset tekijät

Kulttuuri- ja koulutustausta vaikuttaa siihen, millaisia itsestään selvänä pidettyjä käsitteitä neuvolan asiakkailla on esimerkiksi sikiön kehitykseen vaikuttavista tekijöistä, seksistä tai ruokavaliosta raskausaikana. Moni suomalainen tapa herättää kummastusta maahanmuuttajissa. Ihmisen anatomiaa ja fysiologiaa koskevat perustiedot voivat joillakin olla puutteellisia.¹⁴ Vuoropuhelu on parempi lähtökohta terveysneuvonnalle kuin tuomitseminen. Neuvolatyöntekijöiden ei tarvitse erikseen perehtyä kaikkien kulttuurien erityispiirteisiin, mutta heidän tulee olla valmiita kysymään, kuuntelemaan ja oppimaan vuorovaikutuksessa raskaana olevien ja heidän puolisoitensa kanssa.

Imettäminen ei ole maahanmuuton jälkeisessä tilanteessa itsestään selvä käytäntö, vaikka äiti tulisi vahvasta imetyksenkulttuurista. Venäläis-, somalialais- ja kurdiäidit ovat imettäneet nuorinta lastaan keskimäärin yli puoli vuotta.³ Maahanmuuttajanaisilla on harvoin tukenaan Suomessa sellaista sukulverkostoa, jota he tarvitsisivat neuvomaan imetyksessä. Henkilökohtaista ohjausta imetyksessä ja sen ongelmissa tarvitaan paljon.

Pohjoismaiden ulkopuolelta tulevien tavat käsittää miesten ja naisten väliset suhteet saattavat olla toisenlaisia kuin täällä vallalla olevat. On tärkeää kannustaa maahanmuuttajaisia osallistumaan neuvolan määräaikaisiin terveystarkastuksiin ja perhevalmennukseen sekä kutsua heidät neuvolaan. Ruotsalaistutkimuksessa havaittiin Lähi-idästä kotoisin olevien miesten olevan halukkaita osallistumaan perhevalmen-

nukseen ja neuvolakäynteihin, kunhan he kokivat tulevansa hyväksytyiksi näissä ympäristöissä.¹⁵ Heillä oli keskeinen rooli vaimojensa apuna seksuaaliterveysasioissa, jos vaimo ei osannut kieltä.

Maasta toiseen muuttamiseen liittyy aina sopeutumisstressiä. Lisäksi monilla on taloudellisia huolia ja työllistymisvaikeuksia, eikä sosiaalisia suhteita ympäröivään yhteiskuntaan ehkä ole. Jotkin maahanmuuttajaryhmät, esimerkiksi venäläistaustaiset naiset ja kurdit, kärsivät valtaväestöä selvästi yleisemmin vakavista masennus- ja ahdistusoireista.¹⁶ Maahanmuuttajanaisten mielenterveyden haavoittuvuus on huomioitava myös äitiysneuvolatyössä.

Vuorovaikutus

Kulttuuri- tai uskontoero ei ole aina keskeisin palveluiden käyttämisestä tai hyvinvoinnin edistämistä hankaloittava tekijä terveystalouksissa.¹⁷ Intiimejä asioita on ylipäänsä vaikeaa käsitellä vieraalla kielellä, vieraassa toimintaympäristössä. Tulkkipalveluiden käyttö seksuaaliterveyttä koskevilla kysymyksillä on haasteellista. Hoitohenkilökunnalta edellytetään monikansallista (transnationaalia) kyvykkyyttä ja kulttuurien välisen vuorovaikutuksen valmiuksia. Niihin liittyy yhdenvertaisuutta tukevia asenteita, tietoa muuttoprosessin vaikutuksesta perheisiin sekä käytännön toimintamalleja, esimerkiksi tulkin käytössä.¹⁸

Kaksikulttuurisissa liitoissa elävien kohtaamisessa on huomioitava toisen puolison kulttuuritausta ja parisuhteen mahdollinen erityinen tuen tarve. Tällaiset parit joutuvat neuvottelemaan tavanomaista enemmän vanhemmuuteen liittyvistä käytännön valinnoista ja arvoista.¹ On huolehdittava siitä, että myös vieraskielisen puolison tiedontarpeisiin vastataan ja hänen näkemyksensä huomioidaan.

Vieraassa yhteiskunnassa eläneellä ei välttämättä ole tietoja terveydenhuollon toimintatavoista, joita onnistunut asiakkuus suomalaisessa neuvolassa edellyttää. Moni maahan muuttanut tai etnisen vähemmistön edustaja pitää terveydenhuoltohenkilökuntaa ensisijassa vallankäyttäjinä eikä palveluntarjoajina. Tämä voi heijastua epäluulona tai pelkona paljastaa omaan perheeseen liittyviä seikkoja neuvolahenkilökunnalle. Luottamuksen syntyminen vaatii aikaa.

SUOSITUS

- ▶ Äitiysneuvolassa vieraskielisille maahanmuuttajapareille varataan mahdollisuuksien mukaan 1,5-kertainen vastaanottoaika.
- ▶ Jos keskustelijoilla ei ole yhteistä kieltä, paikalle kutsutaan aina tulkki. Perheen lapsia ei käytetä tulkkeina äitiysneuvolassa. Myös etätulkkauksen mahdollisuus otetaan huomioon.
- ▶ Erilaisesta kulttuuritaustasta tulevien parien kanssa otetaan rohkeasti puheeksi heidän näkemyksensä raskaudesta, terveystottumuksista, toimenpiteistä ja tutkimuksista.
- ▶ Ulkomailta muuttaneita ja etnisten vähemmistöjen isiä rohkaistaan tavanomaista enemmän tulemaan mukaan äitiysneuvolaan ja perhevalmennukseen.
- ▶ Perhevalmennusta järjestetään tarpeen ja mahdollisuuksien mukaan myös muulla kuin suomen kielellä.

Lähteet

1. Lainiala L, Säävälä M. 2012. Rakkautta, rikkautta ja ristiriitoja. Suomalaisen solmimat kaksikulttuuriset avioliitot. Perhebarometri 2012. Väestöntutkimuslaitos katsauksia E 46. Helsinki: Väestöliitto.
2. Malin M, Gissler M. 2008. Induced Abortions among Immigrant Women in Finland. *Finnish Journal of Ethnicity and Migration* 3(1), 2–12.
3. Koponen P, Klemetti R, Surcel HM, Mölsä M, Gissler M, Weiste-Paakkanen A. 2012. Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetys. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mulki M, Koskinen S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 134–140.
4. Malin M, Gissler M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health* 9:84. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/84/abstract>.
5. Liitsola K, Kivelä P, Tiittala P. 2012. HIV-tietoisuus. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mulki M, Koskinen S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 117–120.
6. Islam MZ, Viljakainen HT, Kärkkäinen MU, Saarnio E, Laitinen K, Lamberg-Allardt C. 2011. Prevalence of vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism during winter in premenopausal Bangladeshi and Somali immigrant and ethnic Finnish women: associations with forearm bone mineral density. *British Journal of Nutrition* 9, 1–7.
7. Jääskeläinen, T, Lamberg-Allardt, C, Koponen, P, Laatikainen, T. 2012. D-vitamiini ja hemoglobiini. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mulki M, Koskinen S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 105–109.
8. Koponen P, Mölsä M. 2012. Naisten ympärileikkaus. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mulki M, Koskinen S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 141–144.
9. Litorp H, Franck M, Almroth L. 2008. Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 87(7), 716–22.
10. Berggren V, Bergström S, Edberg AK. 2006. Being different and vulnerable: Experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *J Transcult Nurs* 17(1), 50–7.

11. Tiilikainen, M. 2003. Arjen Islam. Somalinaisten elämää Suomessa. Tampere: Vastapaino.
12. Ihmisoikeusliitto 2004. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Toim. Tiilikainen M. http://www.ihmisoikeusliitto.fi/images/pdf_files/kokonainenohjeistus.pdf.
13. Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2012. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma 20122016 (FGM). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:8. Helsinki. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21903.pdf.
14. Väestöliitto 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintasuunnitelma 15.9.2009. <https://vaestoliitto-fibin.directo.fi/@Bin/317002928f913f87b9878f1130e5cf14/1320148855/application/pdf/310289/Maahanmuuttajien%20seksuaali-%20ja%20lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys%20%2024%2011.pdf>.
15. Ny P, Plantin L, Dejin-Karlsson E, Dykes AK. 2008. The experience of Middle Eastern men living in Sweden of maternal and child health care and fatherhood: Focus-group discussions and content analysis. *Midwifery* 24(3), 281–90.
16. Castaneda AE, Lehtisalo R, Schubert C, Pakaslahti A, Halla T, Mölsä M, Suvisaari J. 2012. Psykkiset oireet. Teoksessa Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mulki M, Koskinen S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuslaitos, 145–150.
17. Sainola-Rodríguez K. 2009. Transnationaalinen osaaminen: Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 172. Kuopio: Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos.
18. Hammar-Suutari, S. 2009. Asiakkaana erilaisuus. Kulttuurien välisen viranomaistoiminnan etnografia. Joensuun yliopisto, Karjalan tutkimuslaitos.

11.2 RASKAANA OLEVAN IÄSTÄ JOHTUVAT ERITYISPIIRTEET

Ikä on tärkeimpiä yksittäisiä raskauden alkamiseen ja kulkuun, synnytykseen ja vastasyntyneiden terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Naisen iästä johtuvat erityispiirteet liittyvät sekä hyvin nuoriin että ikääntyneisiin synnyttäjiin.

Synnyttäjien keski-ikä on Suomessa pitkään ollut noin 30 vuotta.¹ Ensisynnyttäjien keski-ikä on noussut tasaisesti mutta vaihdellut alueittain. Vuonna 2011 se oli 28 vuotta koko maassa. Teiniraskauksien määrä on vähäinen. Vuonna 2011 alle 20-vuotiaita synnyttäjiä oli 2 % kaikista synnyttäjistä.¹

35 vuotta täyttäneiden synnyttäjien osuus on kasvanut.¹ Vuonna 1987 kaikista synnyttäjistä 13 % oli yli 35-vuotiaita ja 19 % vuonna 2011. Ensisynnyttäjistä heitä oli 10 % vuonna 2011. 40 vuotta täyttäneiden synnyttäjien määrä on myös lisääntynyt: vuonna 2011 noin 4 % kaikista synnyttäjistä.

Teiniäitiys

Teiniäitiyden kielteiset lyhyt- ja pitkäaikaisvaikutukset on tiedostettu jo pitkään.² Äidin ja lapsen ongelmien tulkittiin aiemmin johtuvan äidin nuoresta iästä. Parin viime vuosikymmenen aikana ongelmien on kuitenkin tulkittu aiheutuvan enemminkin monialaisista sosioekonomisista taustatekijöistä.^{3–4} Teiniraskauksiin liittyy kohonnut riski joihinkin epämuodostumiin kuten gastroskiisiin (vatsanpeitteiden sulkeutumishäiriö)⁵ sekä sikiön kasvuhäiriöihin, alhaiseen syntymäpainoon, ennenaikaiseen syn-

nytykseen ja vastasyntyneiden kuolleisuuteen.⁶ Synä voivat olla biologinen kypsymätömyys, elintapatekijät tai riittämätön äitiyshuollon palvelujen käyttö.

Taulukkoon 1 on kerätty nuoreen raskaana olevaan ja/tai synnyttäjään liittyviä erityispiirteitä. Imetysohjauksen lisäksi raskausajan ravitsemusneuvonta on erityisen tärkeää nuorille raskaana oleville, koska ravitsemuksellisilla puutoksilla voi olla haitallisia vaikutuksia sikiön kasvuun ja kehitykseen, synnytyskomplikaatioihin sekä lapsen ja äidin terveyteen tulevaisuudessa.⁷ Raskaudenehkäisyneuvonta on tärkeää, sillä yli 90 % teiniraskauksista on suunnittelemattomia.

TAULUKKO 1. Nuoren raskaana olevan ja synnyttäjän erityispiirteitä

Nuoreen ikään liittyvät myönteiset tekijät	Nuoreen ikään liittyvät kielteiset tekijät
Ensimmäiset synnytykset vaivattomampia ja synnytyskomplikaatiot harvinaisempia ²	Korkeampi sikiökuoleman riski (vakioitu RR 1,4) ⁶
Harvemmin ylipainoa ⁶	Useammin anemiaa (vakioitu RR 1,3) ^{6,8}
Harvemmin diabetesta ⁶	Tupakointi yleisempää: 50 % tupakoi raskauden alussa ¹
Vähemmän keisarileikkauksia: 11 % vuonna 2011	Imetyksen aloittaminen harvinaisempaa (viidesosa ei lainkaan) ja aloitetun imetyksen kesto lyhyempi (vain viidesosa imetti 6 kk:n ikäisiä lapsiaan)
Harvemmin toimenpiteellisiä alatiesynnytyksiä ⁸	Taustalla usein heikko sosiaalinen tilanne, päihteiden käyttöä ja riittämätön sosiaalinen tuki ²
Alhaisempi riski pre-eklampsiaan (vakioitu RR 0,008) ⁸	
Alhaisempi riski synnytyksen jälkeiseen verenvuotoon (vakioitu RR 0,81) ⁸	

RR = Risk Ratio, riskiluku

35 vuotta täyttäneiden raskaus ja synnytys

35–39-vuotiailla raskaana olevilla, erityisesti ensisynnyttäjillä, on taustatekijät huomioiden 1,1–2,0-kertaiset riskit taulukossa 2 esitettyihin terveysongelmiin.^{3, 9–15} Uudelleensynnyttäjien riskit ovat pääsääntöisesti alhaisempia kuin ensisynnyttäjien.

40 vuotta täyttäneillä riskit ovat jo 1,5–3,0-kertaiset verrattuna nuorempiin raskaana oleviin tai synnyttäjiin (taulukko 2).^{3, 9–13, 15–16} Suurimman riskin sikiökuolleisuuteen on havaittu olevan loppuraskaudessa. Iäkkäämmillä raskaana olevilla riski alkaa lisääntyä aikaisemmilla raskausviikoilla: yli 40-vuotiailla sikiökuoleman riski 39. raskausviikolla on sama kuin 25–29-vuotiailla 41. raskausviikolla.¹⁶ Yli 40-vuotiailla ensisynnyttäjillä riskit ovat kaksinkertaiset samanikäisiin uudelleensynnyttäjiin nähden.

TAULUKKO 2. 35–39-vuotiaiden ja 40 vuotta täyttäneiden raskauksiin, synnytyksiin ja vastasyntyneisiin liittyviä terveysongelmia

35–39-vuotiaat	40 vuotta täyttäneet
Krooniset sairaudet	Krooniset sairaudet
Raskausajan diabetes	Raskausajan diabetes
Raskausajan verenpainetauti	Pre-eklampsia
Synnytysten käynnistäminen	Istukan kiinnittymishäiriöt
Useita raskausajan neuvola- ja poliklinikkakäyntejä	Useita raskausajan neuvola- ja poliklinikkakäyntejä
Sairaalahoido raskausaikana	Sairaalahoido raskausaikana
Keisarileikkaukset	Keisarileikkaukset
(Hyvin) ennenaikaiset synnytykset (< 28., 32., 37. rvk)	Alhaiset vastasyntyneen Apgar-pisteet
(Hyvin) pienipainoiset vastasyntyneet (< 1500 g, 2500 g)	(Hyvin) ennenaikaiset synnytykset (< 28., 32., 37. rvk)
Vastasyntyneen teho- tai valvontahoito	(Hyvin) pienipainoiset vastasyntyneet (< 1500 g, 2500 g)
	Vastasyntyneen teho- tai valvontahoito
	Perinataalikuolleisuus

Raskaana olevan iän myötä kromosomipoikkeavuudet lisääntyvät, erityisesti trisomiat.⁵ Ikä ei juuri vaikuta useimpien rakenteellisten epämuodostumien esiintyvyyteen.

Tyypillisiä raskausajan vaivoja yli 35-vuotiaat raskaana olevat ovat raportoineet nuoria vähemmän, mutta vaivat ovat olleet useammin pitkäaikaisia, kuten suonikohjuja, peräpukamia ja rannekanavaoireyhtymää: taustatekijät huomioiden riskit ovat olleet 1,3–1,8-kertaiset.¹⁷

Useimpien ongelmien ilmaantuvuudelle ei ole olemassa tiettyä ikää. Osa ensisynnyttäjien ongelmista lisääntyy selvästi jo 25-vuotiaasta (esim. keisarileikkaus), osa vähitellen 25–26-vuotiaasta (synnytysten käynnistäminen, ennenaikaisuus, pienipainoisuus ja vastasyntyneen teho- ja valvontahoidon tarve) tai nopeasti 31–34-vuotiaasta alkaen (diabetes ja hypertensio).

35 vuotta täyttäneiden, erityisesti ensisynnyttäjien, on havaittu nuoria raskaana olevia useammin valmistautuvan raskauteen huolellisesti, esimerkiksi huolehtimalla terveellisestä ravitsemuksesta ja riittävästä liikunnasta, ja hankkivan itsenäisesti tietoa raskaudesta ja sen etenemisestä.¹⁸ Tupakointi on heillä selvästi harvinaisempaa kuin nuoremmilla. Vuonna 2011 vajaat 10 % kertoi tupakoineensa raskauden alussa ja kolmannes heistä lopettaneensa tupakoinnin raskausaikana.¹

Osa vanhemmista raskaana olevista kokee riskisynnyttäjäksi leimaamisen ahdistavana, mutta toisaalta haluaa kaiken saatavilla olevan tiedon ja arvostaa ammattilaisen jakamaa tietoa.¹⁸ Iäkkäämmät raskaana olevat voivat olla nuoria huolestuneempia omasta ja lapsensa voinnista. He kokevat raskauden nimenomaan psyykkisenä asiana

ja toivovat tukea ja mahdollisuutta keskusteluun. Tulevaan synnytykseen heidän on havaittu suhtautuvan nuorempia myönteisemmin, mutta jälkikäteen arvioivan synnytyskokemuksensa vaikeammaksi kuin nuoremmat.¹⁹

SUOSITUS

- ▶ Äitiysneuvolassa tuetaan tarvittaessa nuorta raskaana olevaa elintapamuutoksissa. Tulevasta ehkäisytarpeesta voidaan keskustella jo raskausaikana.
 - ▶ Erityisesti nuoren raskaana olevan sosiaalinen tukiverkko kartoitetaan ja tarvittaessa tehdään yhteistyötä sosiaalityön kanssa. Mahdollisiin masennusoireisiin kiinnitetään huomiota jo raskausaikana.
 - ▶ Neuvolat voivat järjestää nuorille raskaana oleville suunnattuja perhevalmennuksia. Nuori raskaana oleva ohjataan tarvittaessa neuvolan perhetyön, kasvatus- ja perheneuvolan tai muun vauvaperhepsykologin asiakkaaksi.
 - ▶ Koska tiettyä riskialtista ikää ongelmien ilmaantumiselle ei ole, vanhempien raskaana olevien seuranta neuvolassa perustuu tarkkoihin esitietoihin, raskaana olevan vointiin ja tunnistettuun tarpeeseen.
 - ▶ Yli 40-vuotiaan, etenkin ensisynnyttäjän, raskautta voidaan iän perusteella pitää riskiraskautena ja seurata sen mukaisesti.
 - ▶ Kroonisia tauteja seurataan ja hoidetaan erillisten ohjeiden mukaisesti (ks. luku Krooniset taudit).
 - ▶ Ikääntyneiden raskaana olevien erityistoiveet keskustelusta ja erityistuesta otetaan huomioon esimerkiksi varaamalla normaalia pidempiä vastaanottoaikoja.
 - ▶ Sekä hyvin nuorten että vanhempien raskaana olevien lähettäminen äitiyspoliklinikalle tapahtuu annettujen kriteerien pohjalta (ks. luku Yhteistyö), ja neuvolassa tehtävien lisäkäyntien tarve harkitaan yksilöllisesti.
-
-

Lähteet

1. Syntymärekisteri THL 2012. Synnytykset ja vastasyntyneet 2011. Verkkodokumentti. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajat/index.htm>
2. Halonen M, Apter D. 2010. Teiniraskaudet ja -äitiyden moninaiset haasteet. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 126 (8), 881–887.
3. Hemminki E, Gissler M. 1996. Births by younger and older mothers in a population with late and regulated childbearing: Finland 1991. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 75(1), 9–27.

4. Hoffman SD. 1998. Teenage childbearing is not so bad after all... or is it? A review of the new literature. *Fam Plann Perspect* 30, 236–239.
5. Autti-Rämö I, Koskinen H, Mäkelä M, Ritvanen A, Taipale P. ja asiantuntijaryhmä. Raskauden ajan ultraäänitutkimukset ja seerumiseulonnan rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien tunnistamisessa. *FinOHTAN raportti 27/2005*. Stakes.
6. Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. 2006. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *European Journal of Public Health* 16(2), 157–161.
7. Henrickson T. 2006. Nutrition and pregnancy outcome. *Nutrition Reviews* 64(5), 519–523.
8. de Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. 2009. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology* 147(2), 151–156.
9. Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I. 2004. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstet Gynecol* 104, 727–33.
10. Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J. 2005. Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 105, 983–90.
11. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Turner LA, Scott H, Liston R. 2005. The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstet Gynecol* 105, 1410–1418.
12. Hoffman C, Jeffers S, Carter J, Duthely L, Cotter A, González-Quintero VH. 2007. Pregnancy at or beyond age 40 years is associated with an increased risk of fetal death and other adverse outcomes. *Am J Obstet Gynecol* May 2007.
13. Luke B, Brown MB. 2007. Elevated risk of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. *Hum Reprod* 22, 1264–72.
14. Schmidt L, Sobotka T, Bentzen JG, Nyboe Andersen AN. 2012. Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Hum Reprod Update* 18, 29–43.
15. Klemetti R, Gissler M, Sainio S, Hemminki E. 2013. Associations of maternal age with maternity care use and birth outcomes in primiparous women: a comparison of results in 1991 and 2008 in Finland. *BJOG*, 001:10. 1111/4771–0528.
16. Sainio S, Klemetti R, Hemminki E, Gissler M. 2010. Yli 40-vuotiaan naisen raskaus. *SLL* 39, 3129–34.
17. Klemetti R, Kurinczuk JJ, Redshaw M. 2010. Older women's pregnancy related symptoms, health and use of antenatal services. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, Nov 26.
18. Lampinen R, Vehviläinen-Julkunen K, Kankkunen P. 2009. A review of pregnancy in women over 35 years of age. *The Open Nursing Journal* 3, 33–38.
19. Zasloff E, Schytt E, Waldenström. 2007. First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 86, 1328–36.

11.3 HEDELMÖITYSHOIDOT

Noin kuudesosa pareista on kokenut tahatonta lapsettomuutta, ja yhä useampi lapsi Suomessa syntyy erilaisten lapsettomuushoitojen avulla.¹ Vuonna 2007 voimaan tullut hedelmöityshoitolaki ja STM:n asetus velvoittavat palvelun tuottajia toimittamaan hedelmöityshoitoja koskevat tiedot THL:lle valvontaa, seurantaa ja tilastointia varten.^{2–3} Hedelmöityshoitolaki ei rajoita hoitojen antamista naisen iän, sukupuolisen suuntautumisen tai siviilisäädyn perusteella.² Hedelmöityshoidoista, inseminaatiosta ja koeputkihedelmöityksestä (in vitro fertilisaatio, IVF), johon voi liittyä mikroinjektio (ICSI) tai pakastetun alkion siirto (FET), saadaankin vuosittaiset tilastotiedot. Raskaus voi alkaa myös munasarjojen kypsytyshoitojen avulla ilman varsinaisia hedelmöityshoitoja tai muiden lapsettomuushoitojen avulla kuten hedelmällisyyttä parantavien leikkaustoi-
menpiteiden jälkeen. Näitä ei tilastoida, ja tutkimustieto niistä on vähäistä.

Hedelmöityshoidoissa voidaan käyttää joko parin omia tai lahjoitettuja munasoluja, siittiöitä tai alkioita. In vitro maturaatiossa (IVM) munasoluja kypsytetään pidempään, ja alkiodiagnostiikalla (pre-implantation genetic diagnosis, PGD) tarkoite-

taan alkion (tai munasolun) geneettistä tutkimista ennen alkion siirtoa. Vuonna 2011 aloitettiin Suomessa yhteensä noin 14 460 hedelmöityshoitoa, joista seurasi yhteensä noin 3 150 raskautta ja syntyi noin 2 540 lasta; tämä on noin 4 % kaikista syntyneistä lapsista.⁴ Vuonna 2011 kaikista hedelmöityshoidoista lähes 16 % tehtiin luovutetuilla sukusoluilla.

Hedelmöityshoitoihin liittyy merkittävä monisikiöraskauden riski. Suomessa suurin osa on yhden alkion siirtoja (65 %), joten kansainvälisesti monisikiöraskauksen osuus on alhainen.⁴ Myös munasarjojen kypsytyshoitoon liittyy kohonnut monisikiöraskauden riski. Vuonna 2011 noin 6 % hedelmöityshoitoja saaneiden naisten synnytysistä ja 1,5 % kaikista synnytysistä oli monisikiösynnytystä. Monisikiöisyys on merkittävin hedelmöityshoitoihin liittyvä tekijä, joka vaikuttaa sekä raskauden kulkuun että äidin, sikiöiden ja vastasyntyneiden terveyteen.⁵⁻⁶ Useimpien tutkimusten mukaan IVF-monisikiöraskauksiin, -synnytysiin ja -vastasyntyneiden terveyteen liittyvät riskit ovat pääsääntöisesti verrattavissa spontaaneihin monisikiöraskauksiin (ks. luku Monisikiöraskaus). Ennenaikaiset synnytukset (äidin taustatekijät huomioiden riski 1,3–1,6-kertainen), pienipainoisuus (1,4-kertainen), keisarileikkaukset (1,3-kertainen) ja tehohoito (2,7-kertainen) ovat kuitenkin olleet yleisempiä IVF-monisikiöraskauksissa kuin spontaaneissa monisikiöraskauksissa.^{5,7-8}

Yksisikiöiset IVF-raskaudet sujuvat pääosin ongelmitta, ja suurin osa vastasyntyneistä voi hyvin. Raskausiin liittyy kuitenkin pieni lisääntynyt riski moniin ongelmiin (taulukko 1).^{6, 8, 10-13} Raskausajan ongelmat ovat johtaneet lisääntyneeseen raskausaikaiseen sairaalahoitoon ja sairauslomiin sekä synnytyksen jälkeiseen sairaalahoitoon pääosin verenvuodon takia.⁶ IVF-raskauksien ja vastasyntyneiden ongelmat ovat vä-

TAULUKKO 1. Hedelmöityshoitojen avulla alkaneeseen yksisikiöiseen raskauteen liittyviä terveysongelmia verrattuna spontaaneihin yksisikiöisiin raskausiin (vakioitu riskisuhde, OR, joka kertoo sen, kuinka monikertainen riski on verrattuna spontaaneihin raskausiin, kun naisten erilaiset taustatekijät on huomioitu)^{6, 8, 10-13}

Ongelmia raskausaikana tai synnytyksessä	OR	Vastasyntyneen ongelmia	OR
Verenvuoto raskausaikana	4,5	Ennenaikaisuus (< 32 vk) (< 37 vk)	1,7–2,1 1,5–2,0
Raskausajan verenvuoto	1,5	Pienipainoisuus (< 1500 g) (< 2500 g)	1,9–2,2 1,6
Raskausdiabetes	1,5	SGA**	1,4
Etisistukka	3,7–3,8	Vastasyntyneen tehohoito	1,4–1,6
Synnytyksen käynnistäminen	1,2–1,4	Synnytykselliset epämuodostumat	1,4–1,7
Keisarileikkaus	1,4–1,6	Perinataalikuolleisuus	1,9
PROM*	1,2–2,5		
Synnytyksen aikainen verenvuoto	1,2		

*PROM = Premature rupture of membranes, sikiökalvojen ennenaikainen puhkeaminen

**SGA = Small for gestational age, raskausviikkoihin nähden pienenä syntynyt lapsi

hentyneet viime vuosikymmenen aikana, mikä pääosin johtuu monisikiöraskauksien määrän vähenemisestä, mutta myös yksisikiöisten raskauksien ongelmat ovat jonkin verran vähentyneet.^{14–15}

Raskauksissa, joissa on käytetty luovutettuja munasoluja tai alkioita, on ollut raskausaikaista verenpainetautia ja verenvuotoa vähän enemmän kuin omia munasoluja käytettäessä.¹⁶ Munasolun luovuttajat ovat keskimäärin saajia nuorempia. Ikäero voi aiheuttaa väärän positiivisen tuloksen sikiöseulonnessa ja siten turhaa huolta ja turhia jatkotutkimuksia.¹ Alkioiden pakastamisen merkityksestä raskauteen ja vastasyntyneiden terveyteen on viime vuosina saatu uutta tietoa, jonka mukaan terveysongelmat ovat harvinaisempia pakastetun alkion siirrolla alkaneessa raskaudessa kuin tuoreita alkioita käytettäessä.¹⁷

Munasarjojen kypsytyshoidon ja inseminaation merkityksestä raskaana olevan, synnyttäjän ja sikiön tai vastasyntyneen vointiin on vain vähän tuoretta tutkimustietoa.^{18–20} Pääosa raskauksista sujuu hyvin. Riskit ennenaikaisuuteen, pienipainaisuuteen, tehohoitoon ja synnynnäisiin epämuodostumiin ovat hieman suuremmat kuin spontaaneissa raskauksissa (vakioitu riskisuhde 1,2) mutta pienemmät kuin IVF-raskauksissa (taulukko 1).

Hedelmöityshoidot ovat sekä fyysisesti että psyykkisesti vaativia.¹⁵ Lasta on ehkä toivottu useita vuosia ja koettu monia hoitoja ja keskenmenoja. Osa hoidoissa olleista on kertonut kokeneensa sekä ahdistuneisuutta että masennusta ja osa raskaana olevista olevansa erityisen huolissaan syntymättömien lastensa voinnista ja selviytymisestä. Synnytyksen jälkeisessä kiintymyssuhteen muodostamisessa ei ole ollut eroja muihin äiti–lapsi-pareihin nähden.

Jos raskaana oleva on pitkään ollut tahattomasti lapseton, hänellä voi olla pieni lisääntynyt riski mm. ennenaikaiseen synnytykseen ja pienipainoiseen lapseen, vaikka hän ei olisikaan saanut hedelmöityshoitoja.²¹ Neuvolan tieto raskauden alkamisesta lapsettomuuskokemuksen jälkeen ja/tai hedelmöityshoitojen avulla perustuu raskaana olevan antamiin esitietoihin. Vaikka osa raskaana olevista kokee lapsettomuudesta ja hoidoista puhumisen vaikeana ja vaikka suurin osa raskauksista sujuu hyvin, neuvolassa on hyvä tietää tilanne, jotta raskautta voidaan seurata asianmukaisesti ja tarvittaessa tukea raskaana olevaa.¹

SUOSITUS

- ▶ Hedelmöitys- tai muilla lapsettomuushoidoilla alkaneen yksisikiöisen raskauden seuranta tapahtuu neuvolassa, jos raskaana oleva on terve eikä hänen tai sikiön vointi vaadi seurantaa äitiyspoliklinikalla (ks. lähetekäytännöt luvussa Yhteistyö) tai hoidon antaneella klinikalla. Monisikiöraskautta seurataan neuvolassa ja äitiyspoliklinikalla monisikiöraskauden seurantaohjelman mukaisesti (ks. luku Monisikiöraskaus).
- ▶ Hedelmöityshoitoja saaneet ja/tai (pitkän) tahattoman lapsettomuuden kokeneet raskaana olevat saattavat tarvita tavallista enemmän tukea ja mahdollisuutta keskusteluun etenkin alkuraskausaikana. Se voidaan toteuttaa joko yksilöllisesti harkituilla lisäkäynneillä, varaamalla normaalia pidempiä vastaanottoaikoja ja/tai järjestämällä vertaistukiryhmiä. Sen lisäksi annetaan tietoa Lapsettomien yhdistys Simpukka ry:stä (www.simpukka.info), josta raskaana olevat voivat halutessaan itse hakea vertaistukea.

Lähteet

1. Aitokallio-Tallberg A. 2012. Lapsettomuuspotilaan raskauden seuranta neuvolassa. Suomen Lääkärilehti 67:2072–2075.
2. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2006/20061237>
3. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Asetus hedelmöityshoidoista 825/2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070825>
4. Hedelmöityshoitotilastot. THL2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/seliterveys/hedelmöityshoidot.
5. McDonald S, Murphy K, Beyene J, Ohlsson A. 2005. Perinatal outcomes of in vitro fertilization twins: A systematic review and meta-analyses. *AJOG* 193, 141–152.
6. Källén B. 2008. Maternal morbidity and mortality in in-vitro fertilization. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 22, 549–558.
7. Verstraelen H, Goetgeluk S, Derom C, Vansteelandt S, Derom R, Goetghebeur E, Temmerman M. 2005. Preterm birth in twins after subfertility treatment: population based cohort study. *BMJ* 19, 331(7526), 1173. Epub 2005 Oct 25.
8. Klemetti R, Sevón T, Gissler M, Hemminki E. 2006. Health of Children Born as a Result of In Vitro Fertilization. *Pediatrics* 118, 1819–1827.
9. Hansen M, Colvin L, Petterson B, Kurinczuk JJ, de Klerk N, Bower C. 2009. Twins born following assisted reproductive technology: perinatal outcome and admission to hospital. *Human Reproduction* 24, 2321–2331.
10. Pandey S, Shetty A, Bhattacharya S, Maheswari A. 2012. Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update* 18, 485–503.
11. Källén B, Finnström O, Nygren KG, Otterblaud Olausson P, Wennerholm UB. 2005. In vitro fertilization in Sweden: obstetric characteristics, maternal morbidity and mortality. *BJOG* 112, 1529–1535.
12. Gelbaya TA. 2010. Risks to women of IVF. Short and long-term risks to women who conceive through in vitro fertilization. *Human Fertility* 13, 19–27.
13. Hansen M, Bower C, Kurinczuk JJ, Milne E, de Klerk N, Bower C. 2013. Assisted reproductive technologies and birth defects: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update Advance Access Feb 28*.
14. Klemetti R, Gissler M, Hemminki E. 2002. Comparison of perinatal health of children born from in vitro fertilization in Finland in the early and late 1990s. *Human Reproduction* 17, 2192–2198.

15. Källén B, Finnström O, Lindam A, Nilsson E, Nygren KG, Otterblad Olausson P. 2010. Trends in delivery and neonatal outcome after in vitro fertilization in Sweden: data for 25 years. *Human Reproduction* 25, 1026–1034.
16. van der Hoorn MLP, Lashley EELO, Biannchi DW, Claas FHJ, Schonkeren CMC, Scherjon SA. 2010. Clinical and immunologic aspects of egg donation pregnancies: a systematic review. *Human Reproduction Update* 16, 704–712.
17. Maheswari A, Pandey S, Ashalatha S, Hamilton M, Bhattacharya S. 2012. Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from the transfer of frozen thawed versus fresh embryos generated through in vitro fertilization treatment: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril* 98, 368–377.
18. Källén B, Otterblad Olausson P, Nygren KG. 2002. Neonatal outcome in pregnancies from ovarian stimulation. *Obstet Gynecol* 100, 414–419.
19. Ombelet W, Martens G, De Sutter P, Gerris J, Bosmans E, Ruyssinck G, Defoort P, Molenberghs G, Gyselaers W. 2006. Perinatal outcome of 12 021 singleton and 3108 twin births after non-IVF-assisted reproduction: a cohort study. *Hum Reprod* 21, 1025–1032.
20. Klemetti R, Sevón T, Gissler M, Hemminki E. 2010. Health of children born after ovulation induction. *Fertil Steril* 93, 1157–1168.
21. Messerlian C, Maclagan L, Basso O. 2013. Infertility and the risk of adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction* 28, 125–137.

11.4 VAMMAISUUS JA RASKAUS

”Vammaisiin henkilöihin kuuluvat ne, joilla on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, jonka vuorovaikutus erilaisten esteiden kanssa voi estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa.”¹ YK:n yleissopimus vammaisten ihmisten oikeuksista korostaa, että vammaisilla henkilöillä on yhdenveroinen oikeus perustaa perhe sekä päättää lastensa määrästä ja ikäerosta kuten muillakin ihmisillä.^{1–3}

Vammaisuus ei välttämättä ole määräävin ja tärkein tekijä perhedynamiikassa, mutta vanhemman rooliin kasvamiseen se voi tuoda erityispiirteitä. Raskauteen ja synnytykseen voi liittyä lääketieteellisiä riskejä ja rajoituksia äidin tai lapsen kannalta,^{4–5} ja siksi raskauden suunnitteluvaiheessa saattaa olla tarpeen ohjata raskaana oleva tai raskautta suunnitteleva keskustelemaan lääkärin tai muiden asiantuntijoiden kanssa raskaudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Mahdollisten riskien ja käytännön ongelmien läpikäyminen auttaa raskautta suunnittelevaa päätöksenteossa ja mahdollisen raskauden onnellisessa läpikäymisessä.

Terveysneuvonta ja tuki äitiysneivolassa

Ihmisen vammaisuus ei välttämättä edellytä äitiysneivolalta erityisiä palveluita tai toimia, mutta vanhemmat saattavat tarvita erityistä tukea ja lisäapua sekä raskautensa aikana että synnytyksensä jälkeen.^{6–7} Tavallisesti vammaisen henkilö pystyy itse kertonnan, millaisissa asioissa hän tarvitsee lisätukea tai apua. Keskeistä on, että äitiyshuollon palvelut ovat kaikkien saavutettavissa; fyysisten, viestinnällisten ja asenteellisten esteiden poistaminen parantaa kaikkien asiakkaiden palveluja. Englantilaistutkimuksen mukaan vammaisilla tai rajoittavaa pitkäaikaissairautta sairastavilla äideillä oli muita

enemmän sekä raskausajan että synnytyksen jälkeisiä äitiysneuvolakäyntejä.⁶ Heillä oli raskauden seurannassa ja synnytyksen aikana muita useammin tilanteita, joissa he eivät ymmärtäneet, mitä puhutaan tai tarkoitetaan. He imettivät muita äitejä harvemmin. Tutkijoiden johtopäätös oli, että vammaisten äitien kanssa kommunikointiin olisi kiinnitettävä entistä enemmän huomiota.

Äitiysneuvolan laajassa terveystarkastuksessa raskaana olevan ja sikiön terveydentilan tutkimisen lisäksi selvitetään koko perheen hyvinvointia haastattelulla ja tarvittaessa muilla menetelmillä. Äitiysneuvolan tukea perheelle ovat myös tarvittaessa järjestettävät koti- tai lisäkäynnit, pidennetyt vastaanottoajat, perhevalmennuksen järjestäminen ja yksilöllisesti yhdessä perheen kanssa laadittu hyvinvointi- ja terveys-suunnitelma.⁸ Moniammatillinen yhteistyö eri tahojen kanssa voi olla tarpeellista. Esimerkiksi synnytyssairaalan henkilökunnan kanssa voidaan tehdä yhteistyötä suunniteltaessa synnytystä.

Neuvolan vastaanotolla selvitetään avustaja- tai tulkkauspalveluiden tarve. Vastaanottotilojen tulee olla esteettömät ja helposti saavutettavat. Tutkimuspöydän tulee olla laskettavissa riittävän alas, jotta siihen siirtyminen on erilaisissa tilanteissa helppoa ja turvallista. Äitiysneuvolassa jaettavan tiedon tulee olla saatavilla myös vaihtoehtoisissa muodoissa. Jos näkövammainen asiakas tarvitsee materiaalia pistekirjoituksella, isotekstisenä tai äänitteenä, palvelut materiaalien muuntamiseen löytyvät Näkövammaisten Keskusliiton kirjapainosta ja äänittämöstä.

Lapsen syntymän jälkeen

Joskus vanhempi tuo esiin tai työntekijä havaitsee, että vanhempi tarvitsee tukea tai apua esimerkiksi käytännön hoitotoimissa ja vauvan viestien havaitsemisessa. Tukea voidaan tarvita myös parisuhteessa tai jaksamisessa. Tällöin tulee neuvolassa pohtia yhdessä vanhempien kanssa, miten tarpeisiin parhaiten vastataan, ja ohjata perhe palveluiden piiriin. Mahdollisia tukitoimia voivat olla esimerkiksi apuvälineet, kunnan järjestämä lapsiperheiden kotipalvelu tai perhetyö, fysio- tai toimintaterapeutin tai psykologin palvelut, henkilökohtainen apu ja muut yleiset perheille suunnatut palvelut. Kunnan vammaispalveluissa voidaan tarvittaessa laatia palvelusuunnitelma yhdessä perheen kanssa.

Kaikissa suunnitelmissa ja toimissa tulee kunnioittaa perheen esittämiä toiveita ja ratkaisuvaihtoehtoja. Lapsen ja perheen koon kasvaessa tuen tarpeet saattavat vaihdella, ja annetun tuen tulee joustavasti mukautua perheen muuttuviin elämäntilanteisiin ja tarpeisiin.⁸⁻⁹

SUOSITUS

- ▶ Jos raskaana olevalla on kommunikaatioon liittyvä rajoite (esim. kuulo- tai näkövamma), kommunikaation sujuvuuteen ja ymmärrettävyyteen kiinnitetään erityistä huomiota.
- ▶ Konkreettisia keinoja vammaisen perheen tai perheenjäsenen tukemiseen ovat esimerkiksi lisäkäynnit, pidennetyt vastaanottoajat, terveysneuvonta- ja ohjausmateriaalin tarjoaminen vaihtoehtoisissa muodoissa, tulkkauspalvelun ja kuulon apuvälineiden kuten induktiosilmukan käyttö ja tilojen fyysinen esteettömyys.

Lähteet

1. YK, 2006. YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja sopimuksen valinnainen pöytäkirja. <http://www.ykliitto.fi/files/YKn%20vammaissopimus%20uudistettu%20painos%202012.pdf>.
2. Healy E, McGuire BE, Evans DS, Carley SN. 2009. Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part I: service-user perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research* 53(11), 905–912.
3. Urhonen A. 2011. Vammaisuus ja seksuaalisuus, kaksi tabua. Teoksessa E. Korhonen, I. Mäkinen (toim.) Ilman esteitä. Vammaisten seksuaalioikeudet ja kehitys. Väestötietosarja 23, Väestöliitto.
4. Hellwig K, Brune N, Haghigia A, Muller T, Schimrigk S, Schwödiauer V. 2008. Reproductive counselling, treatment and course of pregnancy in 73 German MS patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 118(1), 24–8.
5. Ghidini A, Simonson MR. 2011. Pregnancy after spinal cord injury: a review of the literature. *Spinal Cord Injury Rehabilitation* 16(3), 93–103.
6. Redshaw ME, Malouf R, Gao H, Gray R. 2012. Disabled women's experience of maternity care. SRIP-konferenssi, 12.–13. syyskuuta 2012.
7. Sumilo D, Kurinczuk JJ, Redshaw ME, Gray R. 2012. Prevalence and impact of disability in women who had recently given birth in the UK. *BMC Pregnancy Childbirth*. Apr 27, 12:31.
8. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta ja lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (VNA 338/2011).
9. Olsen R, Tyers, H. 2004. Think parent: supporting disabled adults as parents: National Family and Parenting Institute, United Kingdom. Welfare Reform on the Web 2005, 66.

11.5 LÄHISUHDE- JA PERHEVÄKIVALTA

Lähisuhde- ja perheväkivalta on fyysisen voiman ja vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista; voimankäytön kohteena on perheenjäsen tai läheinen ihminen.¹ Äitiysneuvolatyössä tulee kiinnittää huomiota erityisesti parisuhteissa tapahtuvaan väkivaltaan. Lähisuhde- ja perheväkivalta sisältää ilmeisten väkivallan muotojen lisäksi sen, että lapsi näkee ja kuulee väkivaltaa ja näin altistuu sille itsekkin.

Parisuhdeväkivalta on pohjimmiltaan käyttäytymismalli, jolle on ominaista kontrollin ja vallan käyttö. Parisuhdeväkivallalla tarkoitetaan kaikkea parisuhteessa tapahtuvaa toimintaa, joka aiheuttaa fyysistä, psyykkistä tai seksuaalista vahinkoa suhteen osapuolille. Tällaista käyttäytymistä ovat

- fyysiset aggressiiviset teot kuten läimäyttäminen, lyöminen, potkiminen ja hakkaaminen
- psyykinen väkivalta kuten pelottelu, jatkuva vähättely ja nöyryyttäminen
- sukupuoliyhteyden pakottaminen ja muut seksuaaliset pakottamisen muodot
- erilaiset kontrollintuodot, kuten henkilön eristäminen perheestään ja ystävistään, liikkumisen valvominen ja tiedon tai avun saannin rajoittaminen
- eron jälkeinen vaino, joka on toiseen henkilöön kohdistuvaa tahallista ja toistuvaa uhkaavaa käyttäytymistä, joka saa tämän henkilön pelkäämään turvallisuutensa vaarantumista.²

Parisuhdeväkivallassa, erityisesti lievässä, sekä miehet että naiset voivat olla uhreja ja tekijöitä. Kuitenkin pitkään jatkuneessa, toistuvassa väkivallassa kokija on useimmiten nainen.¹ Suomalaisten tutkimusten mukaan vajaa viidesosa parisuhteessa olevista on kokenut jonkinlaista väkivaltaa parisuhteensa aikana; tutkimustuloksista riippuen 5–8 % oli kohdannut väkivaltaa tutkimusta edeltäneen vuoden aikana.^{3–4} Parisuhteessa tapahtuvan väkivallan seurauksena kuolee vuosittain keskimäärin 30 ihmistä, joista suurin osa (80 %) on naisia.⁵ Puolison lisäksi henkirikoksen uhriksi voivat perheessä joutua myös lapset. Vuosina 2003–2011 tapahtui kaikkiaan 35 perhesurmaa tai oman lapsen surmaa. Surmissa kuoli yhteensä 55 ihmistä, joista seitsemän oli puolisoita ja 48 surmaajan lapsia.⁶

Naisille aiheutuu parisuhdeväkivallasta useammin vammoja, ja vammat ovat selvästi vakavampia kuin miesten.³ Heiskasen ja Ruuskasen tutkimus⁴ osoitti, että naisille aiheutui parisuhdeväkivallasta fyysisiä vammoja yli kaksi kertaa useammin kuin miehille ja psyykkisiä seurauksia kolme kertaa useammin. Naisten kokema parisuhdeväkivalta toistui selvästi useammin eli tapahtumakertoja oli enemmän kuin miehillä. Lisäksi naisten entisissä parisuhteissa kokema väkivalta on kaksi kertaa yleisempää kuin miesten vastaavissa tilanteissa. Suoranaisten fyysisten ja psyykkisten seurausten lisäksi parisuhdeväkivalta aiheuttaa myös muunlaista avun tarvetta, kuten emotionaalisen tuen, turvallisen asumisen (turvakoti) ja taloudellisen tuen tarvetta. Myös juridisiin ongelmiin ja lasten huoltajuuskysymyksiin tarvitaan monesti ulkopuolista asiantuntija-apua. Honkatukian tutkimuksen⁷ mukaan avun tarve oli naisilla huomattavasti miehiä suurempi.

Väkivallan puheeksi ottaminen ja tunnistaminen

Järjestelmällisellä seulonnalla on huomattava merkitys parisuhdeväkivallan uhrien hoitoonohjauksessa ja väkivallan ehkäisyssä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä tehdyssä tutkimuksessa 10 % synnytysyksikön potilaista arvioi, että aiempi lähisuuhdeväkivalta

vaikuttaa kielteisesti heidän hyvinvointiinsa ja elämänhallintaansa.⁸ Gynekologisille potilaille tehdyn suomalaisen tutkimuksen mukaan 42 % oli kokenut fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa aikuisiällä.⁹ Ulkomaisten, pääosin skandinaavisten ja yhdysvaltalaisen tutkimusten mukaan raskauden aikana fyysistä väkivaltaa on kokenut 1–21 % naisista.¹⁰

Väkivallan tunnistamiseen ja puheeksi ottamiseen on kehitelty erilaisia työvälineitä, jotka helpottavat työntekijän työtä ja parantavat hänen mahdollisuuttaan auttaa asiakasta. Äitiys- ja lastenneuvoloissa on käytössä parisuhdeväkivaltaseulalomake, joka on kehitetty naisille.¹¹ RutiiNiksi 2011–2013 -hankkeessa tutkitaan, arvioidaan ja edelleen kehitetään äitiys- ja lastenneuvoloissa käytettyjä menetelmiä (myös em. lomaketta) perhe- ja parisuhdeväkivallan tunnistamiseksi ja väkivallan seurausten ehkäisemiseksi.¹² Väkivallasta kysymistä voidaan asiakastilanteissa helpottaa ja puheeksioton kynnystä madaltaa niin kutsutuilla suodatinkysymyksillä. Tällöin asiakkaalta kysytään ensin suullisesti kysymyksiä, kuten onko hän kokenut fyysistä tai henkistä väkivaltaa tai kaltoinkohtelua lähisuhteessaan nykyisen kumppanin taholta tai aikaisemmin elämässään. Mallia on käytetty Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella, ja lisätietoa asiasta on myöhemmin tulossa THL:n Kasvun Kumppanit -verkkopalvelun sivuille. Väkivallan puheeksi ottamiseen on kehitetty myös muistilista, jonka avulla työntekijän on helpompaa ottaa asia puheeksi sekä väkivallan kohteena olevan henkilön että myös väkivallan tekijän kanssa.¹³ Lisätietoja asiaan liittyvistä lomakkeista, oppaista ja lähteistä saa seuraavasta luettelosta ja lopussa olevasta lähdeluettelosta.

Oppaita ja esitteitä työntekijöiden tueksi:

- *Parisuhdeväkivalta puheeksi.* Äitiys- ja lastenneuvoloissa työskenteleville ammattihenkilöille kirjoitettu opas, jossa on tietoutta työntekijälle sekä tukea toimintaan.¹⁴
- *Nettiturvakoti.* Parisuhde- ja perheväkivallasta kertova sivusto, jossa työntekijä tai asiakas voi saada lisätietoa ja ottaa halutessaan yhteyttä palveluntarjoajaan ja saada myös tukea (www.turvakoti.net).¹⁵
- *Parrelationskraft- eli PARK-materiaali.* Folkhälsanin tuottama tukimateriaali parisuhteiden tukemiseen eri vaiheissa (nuoret parisuhteet, ensimmäisen lapsen saaneet perheet, lapsiperheet).¹⁶
- *Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen.* Tämä hoitotyön suositus on tarkoitettu valtakunnalliseksi ohjeeksi terveydenhuoltotyöhön.¹⁷
- *Käsiteltävä varoen -lehtinen.* Opaslehtisessä on tietoa vauvan ravistelun vaarallisuudesta, ja sitä jaetaan lastenneuvolassa erityisesti ensimmäisen lapsen saaneille perheille.¹⁸
- *Väkivallasta ei vaieta -esite.* Esite kertoo lähisuhde- ja perheväkivallan luonteesta ja siitä, mistä väkivaltaan voi hakea apua.¹⁹
- *Ei kaikelle väkivallalle -esite.* Esitteessä on vanhemmille ja kasvattajille tarkoitettua tietoa lapsiin kohdistuvasta väkivallasta.²⁰

Toimintamalli neuvolassa

Parisuhteessa aiemmin alkanut väkivalta ei yleensä pääty raskausaikana. Raskauden ja synnytyksen jälkeinen aika voi asettaa naisen jopa aiempaa suurempaan vaaraan joutua parisuhdeväkivallan uhriksi.¹⁴ Äitiysneuvolat ovat avainasemassa parisuhteessa tapahtuvan väkivallan tunnistamisessa ja siihen puuttumisessa. Suurin osa raskaana olevista käy Suomessa äitiysneuvolassa raskausaikana, ja käynnit jatkuvat lastenneuvolassa lapsen kouluikään asti. Neuvolapalveluita käyttävät yleensä myös etnisiin ja kulttuuriin vähemmistöihin kuuluvat naiset, joita ei välttämättä tavoiteta muiden palveluiden kautta. Näiden ryhmien lisäksi muita parisuhdeväkivallan osalta erityisen haavoittuvassa asemassa olevia ovat vammaiset naiset ja sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvat.^{21–23} Väkivalta on uhka lapsen kasvulle ja kehitykselle myös silloin, kun väkivalta ei kohdistu suoranaisesti lapseen.^{17,24}

Äitiysneuvolassa parisuhdeväkivallasta kysytään käyttäen apuna Lähisuuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituslomaketta (www.thl.fi/kasvunkumppanit Työn tueksi > Lomakkeet).²⁵ Lomake on kehitetty THL:ssa, ja sen käyttöä esitetaan RutiiNiksi-hankkeen yhteydessä neuvoloissa. Lomaketta voidaan käyttää Parisuhdeväkivallan seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa -lomakkeen sijaan. Lähisuuhde- ja perheväkivaltaa kartoitetaan äitiysneuvolan laajan terveystarkastuksen²⁵ yhteydessä (ks. luku Laaja terveystarkastus). Väkivallasta kysymisen kynnyistä voidaan madaltaa käyttämällä lasta odottavan perheen voimavaralomaketta, jolloin keskusteluissa syntyneen huolen pohjalta kutsutaan asiakas lisäkäynnille neuvolaan ja tehdään tarkempi väkivallan kartoitus. Jos raskaana oleva on laajassa terveystarkastuksessa yksin, voidaan väkivallan kartoitus tehdä samalla. Väkivaltaa tulee kartoittaa aina, kun neuvolassa herää huoli mahdollisesta väkivallasta tai väkivallasta näkyy merkkejä.²⁶ Parisuhdeväkivaltaan voivat viitata myös epämääräiset päivystyskäynnit ja sairaalahoidot (esim. supistusten takia), joiden syy voi olla se, että äiti hakee uhkaavassa tilanteessa turvapaikkaa, sekä synnytyspelot. Myös istukan irtoamisen yhteydessä on hyvä selvittää taustalla olevia tekijöitä.^{27–28}

Väkivaltakartoituksen lomakkeiden käytön edellytyksenä on työntekijän saama koulutus. Kysymykset käsitellään keskustelun avulla, ja kysymykset esitetään aina samassa muodossa kuin lomakkeessa. Terveystarkastaja/kätilö voi käyttää esimerkkejä väkivallan muodoista kysymysten ymmärtämisen varmistamiseksi. Väkivaltaa käsittelevän lomakkeen täyttäminen ja käyttö on aina vuorovaikutuksellinen tilanne. Asiakasta ei jätetä yksin täyttämään lomaketta, ja turvallisuussyistä lomake täytetään vastaanotolla ainoastaan terveydenhoitajan/kätilön ja asiakkaan läsnä ollessa.^{11,25} Väkivallan kartoituslomake sopii käytettäväksi molemmille sukupuolille, mutta on tärkeää muistaa, että lomake täytetään asiakkaan ollessa yksin, ei molempien puolisoitten kanssa yhdessä.

Jos asiakas kertoo kokevansa parisuhdeväkivaltaa, terveydenhoitaja/kätilö tekee tilannearvion ja keskustelee asiasta sekä asiakkaan että tarvittaessa muiden ammattihenkilöiden kanssa.

Asiakkaan kertomuksen kuuntelu ilman syyllistämistä tai tapahtuman kauhistelua on tärkeää. Jos perheessä on alaikäisiä lapsia, asiakkaalle kerrotaan lastensuojeluviranomaisilta saatavasta tuesta ja työntekijän velvollisuudesta tehdä lastensuojeluilmoitus.²⁹

Parisuhdeväkivallan tultua ilmi arvioidaan uhriosapuolen turvallisuutta ja tehdään tarpeen mukaan turvasuunnitelma. Turvallisuuden kannalta on syytä miettiä muun muassa seuraavia asioita:

- Onko väkivallasta turvallista puhua juuri nyt?
- Onko asiakas yksin vai onko mahdollinen tekijä paikalla?
- Onko asiakkaan ja lasten turvallista palata kotiin?
- Tarvitaanko välitöntä turvaa?

Jos asiakkaalla on näkyviä pahoinpitelyn merkkejä, terveydenhoitaja/kättilö kirjaa ylös vastaanotolla havaitsemansa jäljet (punoitukset, naarmut, haavat) ja ohjaa mahdollisuuksien mukaan asiakkaan välittömästi lääkäriille tarkempia tutkimuksia, vammojen kuvaamista, dokumentointia ja turvallisuustilanteen arviointia varten. Asiakkaan läsnä ollessa kirjataan tilannekuvaus potilasasiakirjoihin mahdollisimman tarkasti. Vammojen kirjaamisen apuna voidaan käyttää kehokarttaa erityisesti silloin, jos asiakas ei pääse heti lääkäriille. Seksuaalista väkivaltaa epäiltäessä asiakas ohjataan aina lääkärin vastaanotolle. Väkivallasta aiheutuneiden vammojen hoidosta huolehditaan heti. Asiakkaan jatkohoitoon saattaminen varmistaa, että asiakas saa tarvitsemansa hoidon. Tarvittaessa työntekijä voi soittaa ja sopia järjestelyistä jatkohoitopaikan kanssa puhelimitse. Jos väkivaltaa on käyttänyt mies, raskaana olevalle kerrotaan väkivaltaa käyttävien miesten palveluista, mutta naista ei tehdä vastuulliseksi miehen ohjaamisesta näiden palvelujen piiriin.¹¹

Asiakkaalle annetaan neuvolassa tietoa väkivallasta, sen riskeistä ja seurauksista itselle ja mahdollisesti myös sikiölle (verenvuodot, keskenmeno) sekä perheen muille lapsille. Lisäksi asiakkaalle kerrotaan rikoslaista ja rikosilmoituksen tekemisestä sekä lähestymiskiellosta ja sen hakemisesta. Lastensuojelulain perusteella työntekijällä on velvoite tehdä ennakkollinen lastensuojeluilmoitus. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus tulee tehdä jo ennen lapsen syntymää, jos arvioidaan, että lapsi ja vanhemmat tulevat tarvitsemaan lastensuojelun tukea lapsen syntymän jälkeen. Perusteita tällaiselle arviolle ovat esimerkiksi vanhempien päihde- tai mielenterveysongelmat. Jos raskaana olevan naisen tilanne on esimerkiksi väkivallan vuoksi sellainen, että työntekijän arvion mukaan syntyvä lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukea ja suojaa heti syntymänsä jälkeen, työntekijällä on velvoite tehdä ennakkollinen lastensuojeluilmoitus.³⁰

Asiakastilanteessa varmistetaan, että asiakkaan välittömät perustarpeet, kuten ravinnon ja unen tarve, tulevat hoidetuksi. Asiakkaalle varatun lepoajan jälkeen tehdään mahdollisimman pian alustava toimintasuunnitelma. Työntekijän on suositeltavaa pyytää apua ja tukea tilanteen hoitamiseen myös muilta toimijoilta. Päätöksiä ei tehdä yksin, vaan toimitaan yhteisesti sovittujen toimintatapojen mukaisesti ja soveltaen ohjeistusta kunkin tilanteen, perheen ja lapsen tarpeiden mukaisesti. Työnantajan velvollisuus on järjestää työntekijälle mahdollisuus konsultaatioon ja muuhun tarvittavaan tukeen kuten työnohjaukseen.¹¹ Väkivaltaan puuttuminen edellyttää moniammatillis-

ta yhteistyötä, ja kunnissa tulee olla eri toimialojen kesken sovittu selkeä hoitopolku ja yhteistyömalli parisuhdeväkivaltaan liittyvissä kysymyksissä. Malliin kirjataan toimintatavat ja tilanteesta vastaavat tahot. Jokaisella toimintayksiköllä on lisäksi oltava toimintamalli tilanteisiin, joissa epäillä lapsen kohdistuvaa väkivaltaa tai lapsen altistumista väkivallalle sekä epäiltäessä seksuaalista hyväksikäyttöä tai kaltoinkohtelua.^{11, 13}

SUOSITUS

- ▶ Väkivallasta kysyminen ja sen puheeksi ottaminen on järjestelmällinen työtapu neuvoloissa, joten kaikille vanhemmille kerrotaan väkivallan vaikutuksista lapsiin ja vanhempiin itseensäkin.
 - ▶ Perhevalmennuksessa yhtenä sisältöteemana on parisuhdeväkivalta ja rakentava riitely sekä väkivallasta pidättäytyminen.
 - ▶ Neuvoloissa työskentelevä henkilökunta huomioi lasten kaltoinkohtelun mahdollisuuden (ml. vauvan ravistelu).
 - ▶ Terveystyöntekijät ja lääkärit huolehtivat väkivallan kokijan ja lapsen turvallisuudesta ja antavat tietoa auttavista tahoista.
 - ▶ Neuvolan työntekijän tukena on kunta- tai aluetasolla laadittu selkeä hoitopolku, yhteistyömalli ja toimintaperiaatteet kohdattaessa parisuhde- tai lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa.
 - ▶ Neuvolatyöntekijöiden valmiuksia tunnistaa väkivalta ja ottaa se puheeksi tuetaan täydennyskoulutuksen avulla.
-
-

Lähteet

1. World Health Organization (WHO). 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa (World report on violence and health), 21, 109–110.
2. Council of Europe. 2011. Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Council of Europe Treaty Series no. 210. <http://www.conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulez-Vous.asp?CL=ENG&NT=210>.
3. Piispa M. 2011. Parisuhdeväkivallan todellisuus. Teoksessa Hannus R, Mehtola S, Natunen L, Ojuri A. (toim.) Veitsen terällä: naiset ja parisuhdeväkivalta. Ensi- ja turvakotien liitto.
4. Heiskanen M, Ruuskanen E. 2010. Tuhansien iskujen maa – Miesten kokema väkivalta Suomessa 2010. Verkkójulkaisu. <http://www.heuni.fi/Etusi-vu/Publications/1284990374295>.
5. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. 2012. Henkiriikostietokanta. Julkaisematon taulukko.
6. Piispa M, Taskinen J, Ewalds H. 2012. Selvitys perhe- ja lapsensurmien taustoista vuosilta 2003–2012. Sisäasiainministeriön julkaisut 35/2012.
7. Honkatukia P. 2011. Uhrin rikosprosessissa. Haavoittuvuus, palvelut ja kohtelu. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 252. Helsinki.
8. Notko M, Holma J, Husso M, Virkki T, Laitila A, Merikanto J, Mäntysaari M. 2011. Lähisuhdeväkivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa. Duodecim 127(15), 1599–1606.
9. Pikarinen U, Saisto T, Schei B, Swahnberg K, Halmesmäki E. 2007. Experiences of physical and sexual abuse and their implications for current health. Obstet Gynecol 109, 1116–1122.

10. Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM, Hai A. 2002. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 103, 26–29.
11. Perttu S. 2011. Lähisuhde- ja perheväkivalta. Teoksessa Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. (toim.) *Terveystarkastukset lastenneuvolassa & kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 14.* <http://kasvunkumppanit.thl.fi/thl-client/pdfs/c0383a69-f643-4d70-bc03-09c6f86cd89b>.
12. Rutiiniksi.fi. Varhainen puuttuminen perhe- ja parisuhdeväkivaltaan äitiys- ja lastenneuvoissa. <http://blogs.helsinki.fi/rutiiniksi/>.
13. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), Suomen Kuntaliitto. 2008. Lähisuhde- ja perheväkivalan ehkäisy suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. STM julkaisuja 2008: 9. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3513.pdf.
14. Perttu S, Kaselitz V. 2006. Parisuhdeväkivalta puheeksi – opas terveydenhuollon ammattihenkilöstölle äitiyshuollossa ja lasten terveyspalveluissa. Yliopistopaino. <http://www.hyvan.helsinki.fi/daphne/vakivalta.pdf>.
15. Ensi- ja turvakotien liitto ry. Nettiturvakoti. Apua perheväkivaltaan – turvallisuutta lähi-suhteisiin. <https://www.turvakoti.net/site/>.
16. Folkhälsan. Produktion av material: Park. <http://www.folkhalsan.fi/startside/Var-verksamhet/Barn-familj/Familjens-relationer/Parrelationer/Material-ParK/>.
17. Paavilainen E, Flinck A. 2008. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen – hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. <http://www.hotus.fi/hoitotyön-tutkimussäätiö/lasten-kaltoinkohtelun-tunnistaminen-ja-siihen-puuttuminen-hoitotyön-suositus>.
18. Suomen Lastenlääkäriyhdistys. 2009. Käsiteltävä varoen -esite. <http://www.suomenlastenlaakariyhdistys.fi/node/4>.
19. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Väkivalta ei vaieta -esite.
20. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Anna lapselle mahdollisuus hyvään kasvuun: Ei kaikelle väkivallalle -esite. Suomen-, ruotsin- ja englanninkieliset esitteet saatavilla osoitteesta http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/lait/neuvolatyo/oppaat_ja_esitteet_perheille.
21. Powers LE, Oschwald M. 2004. Violence and abuse against people with disabilities: Experiences, barriers and prevention strategies. Oregon Institute on Disability and Development.
22. Lehtonen J. 2006. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt Suomen kunnissa. ESR tutkimukset ja selvitykset -sarja. Työministeriö. Edita, Helsinki.
23. Perttu S. 2004. Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004: 6. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3513.pdf.
24. Radford L, Hester M. 2006. *Mothering through domestic violence*. London: Jessica Kingsley Publishers.
25. Kasvun kumppanit. 2011. Lomakkeet väkivalan puheeksi ottamiseen. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/lomakkeet/lomakkeet_vakivallan_puheeksi_ottamiseen.
26. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus- ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
27. Brownridge D, Taillieu T, Tyler K, Tiwari A, Chan KL, Santos S. 2011. Pregnancy and Intimate Partner Violence: Risk Factors, Severity, and Health Effects. *Violence Against Women* 17, 858–881.
28. Saisto T, Rouhe H. 2012. Synnytyspelon taustatekijät ja hoitotulokset tutkimuksen valossa. *Suomen Lääkärilehti* 42/2012, vsk 67.
29. Lastensuojelulaki 417/2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>.
30. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2007. Lastensuojelulaki 417/2007, 25 c §

11.6 PÄIHDEONGELMA PERHEESSÄ

Päihteitä ongelmallisesti raskaana käyttävien naisten määrästä ei ole tarkkaa arviota. Pajulon ja kollegoiden¹ kyselytutkimuksessa 6 % Varsinais-Suomen alueella raskaana olleista naisista luokiteltiin päihteiden riskikäyttäjiksi. Raitasalon ja Holmilan² rekisteritutkimuksen mukaan vuonna 2002 synnyttäneistä naisista päihdeongelmaisia oli 1,6 %. On arvioitu, että Suomessa syntyy vuosittain noin 600 lasta, joilla on sikiöaikaiseen alkoholi-altistukseen liittyviä oireita (ks. myös luku Päihteet).³ Myöskään sosiaalisista juomista ei ole aina helppoa lopettaa raskausaikana.

Päihteitä ongelmallisesti käyttävissä perheissä riskit eivät rajoitu vain raskausaikaan. Vanhempien runsas päihteiden käyttö on lapsen tasapainoisen kasvun ja kehityksen kannalta riski, koska se haittaa huolenpitoa ja hoivaa, varhaista vuorovaikutusta sekä kiintymyssuhteen kehittymistä.⁴ Päihdeongelmallisessa perheessä lapsi on vaarassa joutua fyysisen ja emotionaalisen hoidon laiminlyönnin ja muun kaltoin kohtelun kohteeksi. Päihdeperheiden elämää leimaa usein puutteellinen vastuunotto aikuisten tehtävistä, arkielämän kaoottisuus, sosiaalinen eristyminen ja taloudelliset ongelmat. Lasten huostaanoton taustalla on usein vanhempien päihteiden käyttö.⁵ Vanhempien alkoholin liikakäyttö siirtyy herkästi lapsille, eli lapset oppivat juomatavan vanhemmiltaan.⁶⁻⁷ Valtaosa päihdeperheiden lapsista selviytyy kuitenkin elämässään hyvin.

Päihdeongelman tunnistaminen ja päihdeongelmaisen perheen hoitoon ohjaus neuvolassa

Valtaosa perheistä käyttää sekä äitiys- että lastenneuvolan palveluita, joten neuvola tavoittaa myös perheitä, joissa on eritasoisia päihdeongelmia. Neuvolan tehtävänä on selvittää lapsen terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä tekijöitä, kuten raskaana olevan ja hänen puolisonsa sekä lapsen vanhempien päihteiden käyttöä.⁸⁻¹⁰ Neuvoloiden säännölliset määräaikaaiset terveystarkastukset, erityisesti laajat terveystarkastukset (ks. luku Laaja terveystarkastus), lisäkäynnit, kotikäynnit ja perhevalmennus mahdollistavat asioiden puheeksi ottamisen, terveysneuvonnan, ongelmien varhaisen tunnistamisen, tukemisen ja jatkohoitoon ohjaamisen.

On tärkeää, että neuvolan työntekijä osaa ja uskaltaa ottaa perheen päihteidenkäytön puheeksi, osaa kannustaa vanhempia muutokseen ja pystyy ohjaamaan asiakkaat tarvittaessa jatkohoitoon. Alkoholin käytöstä keskusteltaessa ja seulonnassa käytetään Audit-kyselyä, jonka käytön on todettu vähentävän kokonaiskustannuksia.¹¹ Lomake on saatavilla suomeksi, ruotsiksi, pohjoissaameksi, englanniksi, viroksi ja venäjäksi.¹² Audit-lomakkeen täyttäminen vie asiakkaalta noin 2–3 minuuttia. Kukin kysymys pisteytetään 0–4, maksimiyhteispistemäärä on 40. Raskaana olevan tavoitepistemäärä on 0. Audit-kyselyn yhteispistemäärää 8 pidetään rajana, jonka saavuttaminen ja ylittäminen viittaa liikakäyttöön. Kokonaispistemäärän lisäksi on hyvä katsoa vastausten sisältöjä ja keskustella niihin liittyen alkoholin käytöstä. Tuloksinassa täytyy muistaa, että yksilön kohdalla Audit voi antaa väärän tuloksen. Se saattaa liioitella tai vähätellä yksilön alkoholiongelmaa.¹³

Auditin lisäksi voi käyttää esimerkiksi THL:n sivuilta löytyvää kysymyssarjaa raskaana olevan päihteidenkäytön selvittämiseen.¹⁴ Kysely on hyvä tehdä alkuraskausaikana. Kyselyllä kartoitetaan alkoholin lisäksi myös tupakan, huumeiden ja lääkkeiden käyttöä. Terveysneuvonnan tukena on hyvä hyödyntää ajantasaisia vanhemmille tarkoitettuja esitteitä.^{15–18}

Audit-testin lisäksi puhutaan usein myös alkoholinkäytön riskirajoista. Tällä tarkoitetaan tieteellisissä tutkimuksissa selvitettyä alkoholin kulutuksen tasoa, jolla alkoholin aiheuttamat sairaudet alkavat selkeästi lisääntyä. Kysymys ei kuitenkaan ole riskitömistä rajoista, sillä rajat alittavallakin alkoholin kulutuksella voi tulla terveyshaittoja. Ihmisten reagointi alkoholiin on yksilöllistä, eikä riskirajoja tule esitellä turvarajoina. Rajat sopivat useimmille aikuisille, mutta eivät raskaana oleville eivätkä sellaisille, joiden sairaus pahenee tai lääkitys vaarantuu alkoholinkäytön vuoksi.¹⁹ Audit-lomake soveltuu siis riskirajoja paremmin kulutuksen arviointiin neuvolassa.

Raskaana olevan päihdeongelmaa on syytä epäillä, jos hän hakeutuu tavallista myöhemmin neuvolaan, jättää saapumatta tai saapuu satunnaisesti ilman perusteltua syytä, hänellä on aiemmin päihteiden käytön takia huostaan otettuja lapsia, hänet nähdään päihtyneenä tai hänen lapsellaan on syntymän jälkeen altistukseen viittaavia oireita. Huumeiden käyttöön viittaa raskaana olevan HIV- tai erityisesti hepatiitti C -tartunta.²⁰

Neurolan tärkeä tehtävä on ohjata ja tukea päihdeongelmaisen raskaana olevan ja mahdollisesti myös puolison hakeutumista hoitoon. Hoitoon ohjaus tarkoittaa auttamista hoitotahon etsimisessä ja tukemista hoitoon sitoutumisessa. Useimmissa tapauksissa halu turvata lapsen terveys antaa motivaation raittiina pysymiseen avohoidon turvin. Vanhemmuuden ja kiintymyssuhteen tukemisen avulla on mahdollista edistää päihdeettömyyttä.²¹ Vaikeimpiin päihdeongelmiin tarvitaan intensiivistä hoitoa ja tukea.²² Hoitoon ohjauksesta saa lisätietoa THL:n Neuvoa-antavat-verkkopalvelusta.²³

Hoitoon ohjausta ja motivoitumista tukee muun muassa se, että kaikkia perheitä kohdellaan neuvolassa samoin: positiivisella asenteella ja moralisoimatta. Työntekijän on hyvä pohtia omia asenteitaan päihdeongelmaisia raskaana olevia ja heidän puoli-soitaan kohtaan, sillä asenteet välittyvät hyvistä yrityksistä huolimatta helposti puhe-tapaan, äänensävyihin ja kehonkieleen. Päihteiden käyttö raskausaikana ja sen jälkeen on usein asia, jolle raskaana oleva itse ei toiveistaan huolimatta mahda mitään – aina-kaan ilman pitkäjänteistä ja vankkaa ammatillista tukea. Monilla raskaana olevilla on itsellään hyvin vaikea perhetausta, ja he ovat kohdanneet elämässään monia vaikeita ja traumatisoivia tilanteita. Hoitotavoitteet on mitoitettava raskaana olevan tilanteen mukaan: yhden raskaana olevan kohdalla tavoitteena voi olla päihdeettömyys ja vanhemmuuteen valmistautuminen, toisen kohdalla se, että hän kävisi raskauden seurannassa mahdollisimman usein ja päihteiden käyttö vähenisi.²⁴

Moniammatillinen yhteistyö päihdeongelmaisen perheen hoidossa

Päihdeongelman hoidossa neuvolalla on tukenaan verkosto erilaisia toimijoita. On tärkeää, että neuvolan yhteistyötahot ovat tiedossa ja tiedot kulkevat oleellisten tahojen välillä. Vaikka raskaana oleva tai perhe olisikin päihdepalveluiden piirissä, myös neuvolan asiakkuus säilyy. Myös äitiys- ja lastenneuvolan välisen yhteistyön tärkeys korostuu.

Äitiysneuvolan tukena päihteitä käyttävien raskaana olevien naisten raskausajan seurannassa ovat erikoispoliklinikat kuten erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikoiden HAL-vastaanotot (HAL = huume, alkoholi, lääkeaineet), joille päihteitä käyttävät raskaana olevat naiset voidaan lähettää raskausajan seurantaan. HAL-vastaanotto on moniammatillinen hoitomalli, jossa tehostettuun lääketieteelliseen raskaudenseurantaan on yhdistetty psykososiaalisia lähestymistapoja. Opiatiriippuvaisella raskaana olevalla naisella on mahdollisuus opioidikorvaushoitoon. Erikoispoliklikoita on kaikissa yliopistosairaaloissa.

Suomessa lähes kaikki synnyttävät sairaalassa, jota kautta tavoitetaan päihteitä käyttävät synnyttäjät. Synnytyssairaalat ovat luontainen osa äitiys- ja lastenneuvolan yhteistyöverkkoa. Synnytyksen jälkeen perheen tukena on sosiaalipediatrian vastaanotto. Sosiaalipediatrian yksiköitä on Helsingissä, Turussa, Porissa ja Oulussa, ja näiden lisäksi sosiaalipediatrista vastaava lääkäri löytyy jokaisesta keskussairaalasta. Sosiaalipediatrian vastaanotolle tulevat pitkäaikaisseurantaan ne lapset, joiden tiedetään altistuneen alkoholille tai huumeille raskausaikana. Sosiaalipediatrisessa yksikössä tehdään töitä erityisesti sellaisten perheiden kanssa, joissa päihdeongelma on selkeästi havaittavissa.

Ensi- ja turvakotien liitto on vuodesta 1990 lähtien kehittänyt Pidä kiinni -hoitomallia, jossa päihdeongelmainen äiti voidaan ottaa asumaan ensikotiin jo raskausaikana tai yhdessä pienen lapsensa kanssa.²⁵ Tampereella raskaana oleva päihdeongelmainen tai pienen lapsen perhe saa kaikki palvelut Päiväperhosta, joka toimii yhdyslinkkinä lastensuojelun, päihdehuollon, äitiys- ja lastenneuvolan sekä kasvatus- ja perheneuvolan välillä.²⁶ Neuvoloista ohjataan asiakkaita suoraan myös A-klinikoille ja muihin hoitopalveluihin. Koska huumeongelmat kietoutuvat rikollisuuteen, myös vankilat ovat joissain tapauksissa neuvolan yhteistyökumppaneita. Päihteiden käyttäjille on tarjolla myös erilaista vapaaehtoista tukea vertaistoiminnasta, päiväkeskustoiminnasta ja eri järjestöiltä. Yhteistyöstä sosiaalitoimen kanssa ja sen palveluista, lastensuojelusta ja lastensuojeluilmoituksista kerrotaan toisaalla tässä oppaassa (ks. luku Yhteistyö).

Tässä esitetyt suositukset perustuvat raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen -työryhmän ja päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen varmistaminen -työryhmän suosituksiin.^{27–28}

SUOSITUS

- ▶ Päihteiden käyttö otetaan äitiysneuvolassa puheeksi mahdollisimman varhain kaikkien asiakkaiden kanssa. Vanhemmilta kysytään alkoholin, tupakan, nuuskan ja huumeiden käytöstä. Perheille tarjotaan terveystarvontaa päihteiden käytön haitoista sikiölle ja syntymälapselle ja vanhemmille itselleen.
 - ▶ Audit-kysely tehdään ensikäynnillä ja tarpeen mukaan säännöllisesti myös muilla käynneillä tämän jälkeen. Arviointi kirjataan ylös, ja sovitaan tarvittavista jatkotoimenpiteistä. Myös puolison alkoholin käyttöä selvitetään Audit-kyselyllä, viimeistään laajassa terveystarkastuksessa ellei sitä ole aiemmin selvitetty.
 - ▶ Laajaan terveystarkastukseen kutsutaan molemmat vanhemmat, vaikka he asuisivat erillään. Samalla otetaan puheeksi myös etävanhemman päihteiden käyttö.
 - ▶ Kotikäynti tehdään kaikkien perheiden luokse niin, että puoliso on paikalla, jolloin on mahdollista tutustua koko perheen tilanteeseen tarkemmin.
 - ▶ Äitiysneuvolassa tuetaan päihteitä käyttäviä raskaana olevia pidättäytymään päihteiden käytöstä. Raskaana olevalle ja puolisolle tarjotaan lisäkäyntejä neuvolaan, ja raskaana olevaa pyydetään pitämään juomispäiväkirjaa. Päihteettömyyteen pyritään myös vahvistamalla raskaana olevan vanhemmuutta ja kiintymystä syntyvään lapseen. Erityisen tuen tarpeen arvioimiseksi laaditaan perheen kanssa tavoitteellinen suunnitelma, jonka toteutumista seurataan.
 - ▶ Päihdeongelmaisen raskautta seurataan neuvolan lisäksi synnytys-sairaalan HAL-poliklinikalla. Tavoitteena on tiiviillä seurannalla turvata sikiön kasvu ja hyvinvointi, motivoida raskaana olevaa päihteettömyyteen ja valmistautua synnytykseen.
 - ▶ Moniammatillisena yhteistyönä järjestetään tarvittaessa raskausai-kaista päihdehoitoa sekä synnytyksen jälkeistä hoitoa ja tukipalveluja molemmille vanhemmille.
 - ▶ Raskausaikana tehdään päihdeongelmaisista vanhemmista ennakoit- tava lastensuojeluilmoitus ja syntymän jälkeen lastensuojeluilmoitus tukipalvelujen järjestämiseksi. Päihteille altistuneen tai päihdeper- heessä elävän lapsen kasvua ja kehitystä seurataan tiiviisti sekä lasten- suojelussa, perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa.
-

Lähteet

- Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Helenius H, Piha J. 2001. Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders* 65, 9–17.
- Raitasalo K, Holmila M. 2012. Äidin päihteiden käytön yhteys lapsen kokemuksiin haittoihin. Rekisteritutkimuksen tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka* 1/2012.
- Halmesmäki E, Autti-Rämö I. 2005. Fetaali-alkoholisyyndrooma: Voidaanko lapsen ennustetta parantaa? *Duodecim* 121, 54–61.
- Pajulo M, Kalland M. 2006. Uutta ajattelua päihdeongelmaisten äiti-vauvaparien hoidossa. *Duodecim* 122, 2603–2611.
- Sarkola T, Kahila M, Gissler M, Halmesmäki E. 2007. Risk factor for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatrica* 96, 1571–6.
- Coffelt NL, Forehand R, Olson AL, Jones DJ, Gaffney CA, Zens MS. 2006. A longitudinal examination of the link between parent alcohol problems and youth drinking: The moderating roles of parent and child gender. *Addictive Behaviors* 31, 593–605.
- Seljamo S, Aromaa M, Koivusilta L, Rautava P, Sourander A, Helenius H, Sillanpää M. 2006. Alcohol use in families: A 15-year prospective follow-up study. *Addiction* 101, 984–992.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
- Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen. Selvityksiä 2009:4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen varmistaminen. Työryhmän raportti. Selvityksiä 2011:14. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2008:1. Helsinki.
- Alkoholiohjelman aineistot saatavilla osoitteessa http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/aineistot/itsearviointi/10_kysymysta.
- Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. 2011. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa: Menetelmäkäsikirja. Opas 14. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki.
- Kysymyssarja raskaana olevan päihteiden käytön selvittämiseksi. http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/kysymyssarja-raskaana-olevan-paihteiden-kayton-selvittamiseksi.
- Ajattelen Sinua – päihteiden haitat odotusaikana -esite. Ensi- ja turvakotien liitto. http://ensijaturvakotienliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/d137deccf62f36b577a7c37dd63dda2b/1365065369/application/pdf/3081661/etl_AjttelenSinua_lowres.pdf
- Ei kiitos! Asiaa alkoholista pienen lapsen vanhemmille. Alko, A-klinikka, MLL, THL. <http://www.lastenseurassa.fi/pub/files/neuvolaopas.pdf>
- Solantaus T. Miten huolehdin lapsistani – opas vanhemmille, joita oma alkoholin käyttö askarruttaa. THL. Tilaus <http://www.kauppakv.fi/sis/THL/tuote/9789522455581>.
- Päihteet lapsen silmin. Mitä lapseni ajattelee, kun juon? Ensi- ja turvakotien liitto. <http://ensijaturvakotienliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/9696857878cabec7cb35524a1be53cd/1365064900/application/pdf/3305317/PLSesite.pdf>
- Seppä K, Aalto M, Kiianmaa K. 2012. Alkoholin suurkuluttajasta riskikäyttäjäksi – muuttuvatko neuvontaratjat? *Suomen Lääkärilehti* 37, 2543–2546.
- Kivitie-Kallio S. 2011. Sikiöaikana alkoholille altistuneet lapset sosiaalipediatriassa työssä. Teoksessa Vaarla S. (toim.) *Alkoholin vaurioittamat. Raskaudenaikaisen alkoholinkäytön vaikutukset lapsen elämään. Kehitysvammaliitto*, 49–61. Helsinki.
- Pajulo M, Suchman N, Kalland M, Mayers L. 2006. Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: Focus on maternal reflective functioning and mother-child relationship. *Infant Mental Health Journal* 27(5), 4484–65.
- Kivitie-Kallio S. 2011. Sikiöaikana alkoholille altistuneet lapset sosiaalipediatriassa työssä. Teoksessa Vaarla S. (toim.) *Alkoholin vaurioittamat. Raskaudenaikaisen alkoholinkäytön vaikutukset lapsen elämään. Kehitysvammaliitto*, 49–61. Helsinki.
- Päihdeongelmaisen hoitoonohjaus neuvolassa. http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/paihdeongelmaisen-hoitoonohjaus-neuvolassa.
- Leppo A. 2006. Miten kohdata päihdeongelmainen odottaja? Artikkelit Lasinen lapsuus -verkopalvelussa osoitteessa: <http://www.lasinenlapsuus.fi/tietoa/raskausjapaihteet/kohtaaminen>.
- Pidä kiinni -hoitomalli. www.ensijaturvakotienliitto.fi/tyomuodot/pidakiinni/.
- Tampereen Päiväperho. www.tampere.fi/perheja-sosiaalipalvelut/lastensuojelu/sijaishuolto/perhetukikeskukset/paipaperho.html.
- Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen. Selvityksiä 2009:4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen varmistaminen. Työryhmän raportti. Selvityksiä 2011:14. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

11.7 RASKAUDEN PÄÄTTYMINEN LAPSEN KUOLEMAAN

Raskauden keskeytyminen ja lapsen kuolema on haasteellinen tilanne sekä perheelle että hoitavalle henkilökunnalle. Voidaan puhua traumaattisesta kriisistä, perhettä kohtaavasta äkillisestä, odottamattomasta ja usein epätavallisen voimakkaita tunteita herättävästä ikävästä tapahtumasta, joka koskettaa jokaista perheenjäsentä. Hyvin annettulla ensitiedolla, kaikki perheenjäsenet huomioivalla psykososiaalisella tuella ja jatkohoitoon ohjauksella perhettä voidaan auttaa kriisi- ja surutyössä. Vanhemmat hyötyvät, jos voivat työskennellä saman henkilökunnan kanssa pidempään.¹⁻⁴

Ensitieto

Ensitietotilanteessa työntekijät ovat ammatillisia asiantuntijoita ja raskaana olevat ja heidän perheensä oman elämänsä asiantuntijoita. Ensitiedon antamisessa korostuvat avoin keskustelu, todellinen läsnäolo ja rehellinen tieto. Ammattihenkilöstön tehtävä on antaa tietoa kiireettömästi, rehellisesti ja myönteisessä hengessä, kaunistelematta tai liioittelematta, sekä huolehtia mahdollisista jatkotutkimuksista ja hoidosta.^{3,5}

Tiedon menehtymisestä antaa aina lääkäri. Vanhemmat arvostavat varhaista tietoa, empaattista suhtautumista ja ymmärtävää asennetta, tiedon ja epävarmuuden jakamista, palveluissa tukemista sekä konkreettista apua. Läsnäolo, kosketus, kuunteleminen ja aidosti surussa mukana oleminen koetaan kaikkein tärkeimmäksi. Tietoa kaivataan normaalilla kielellä, selkeästi ja lyhyesti (ks. liite 8). Myös asioiden kertaamista pidetään tärkeänä.^{1,3} Äitiysneuvolassa terveydenhoitaja/kättilö tai lääkäri antavat tukea tarpeen mukaan. Tarvittaessa voidaan järjestää myös sosiaalityöntekijän, psykologin, teologin tai psykiatrin konsultaatio.

Trauma- ja surutyön eteneminen

Tapahtumien työstäminen alkaa usein sokin kautta – tapahtumia on vaikea ymmärtää. Traumasta muistuttavia asioita vältetään, sillä ne aiheuttavat ahdistusta. Mielialat vaihtelevat, ja tapahtumaan liittyvät mielikuvat tunkeutuvat mieleen. Uudelleen suuntautuminen alkaa, kun traumaan liittyvistä mielikuvista pystyy puhumaan. Traumatyö ja surutyö sisältävät yhteisiä piirteitä, mutta niissä on myös eroja. Surutyössä menetettyä halutaan puhua ja haetaan lohduttavia muistoja.^{3,6}

Vanhempien suru vaikuttaa monin tavoin perheen mahdollisten muiden lasten elämään. Lapselle kerrotaan ymmärrettävällä tavalla, mitä esimerkiksi kuolema tarkoittaa, sillä lapset keksivät muuten omat selityksensä – ja silloin väärinkäsitykset ovat mahdollisia. Varsinkin silloin, kun kyseessä on ollut kätkytkuolema, pienille lapsille on kerrottava selvästi, että kyseessä on vain vauvaikäisiä vahingoittava sairaus eivätkä isommat lapset tai heidän vanhempansa ole vaarassa.⁶⁻⁷

Jatkohoitoon ohjaus

Jos sikiön liikkeet puuttuvat eikä sydämen sykettä ole kuultavissa sikiöstetoskoopilla eikä muillakaan äitiysneuvolassa käytössä olevilla laitteilla, sydämen toimimattomuus ja liikkeiden puuttuminen varmistetaan ultraäänen avulla. Jos neuvolassa ei ole ultraäänilaitetta käytettävissä ja herää epäily sikiön menehtymisestä, raskaana oleva ohjataan äitiyspoliklinikalle tilanteen selvittämiseksi ja jatkohoitoa varten.

Sosiaalietuudet

Jos lapsi syntyy kuolleena tai kuolee synnytyksessä tai pian sen jälkeen, on äiti oikeutettu saamaan äitiysrahaa kauden loppuun saakka eli yhteensä 105 arkipäivää.⁸ Äidille kuuluu myös äitiysavustus. Vanhempainrahaa tai lapsilisää ei makseta. Jos lapsi kuolee äidin tai isän ollessa vanhempainvapaalla, Kela maksaa vanhempainrahaa 12 arkipäivää kuolinpäivästä, enintään kuitenkin vanhempainrahakauden loppuun. Lapsilisän maksaminen lakkaa seuraavan kuukauden alusta. Lapsen kuolema voi vaikuttaa myös muihin etuuksiin kuten elatus- ja asumistukeen.

SUOSITUS

- ▶ Ensitiedon antamiseen varataan aikaa. Samalla huolehditaan mahdollisista jatkotutkimuksista, -toimenpiteistä ja -hoidosta sekä perheen tukemisesta.
 - ▶ Perheille annetaan tietoa vertaistukiryhmistä, tukihenkilöistä, tukipuhelimista, internetsivuista ja kirjallisesta tukimateriaalista, mm. www.kapy.fi.
 - ▶ Henkilöstön osaamisesta ja jaksamisesta huolehditaan koulutuksella, työyhteisön tuella ja työnohjauksella.^{9–11}
-
-

Lähteet

1. Cacciatore J. 2010. The unique experiences of women and their families after the death of a baby. *Social Work in Health Care*, 49(2), 134–48.
2. Fenwick J, Jennings B, Downie J, Butt J, Okanaga M. 2007. Providing perinatal loss care: satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth*, 20, 153–160.
3. Heiskanen T, Salonen K, Kitchener B, Jorm A. 2008. Käsikirja mielen terveydestä ja ensiavusta. Suomen Mielenterveysseura.
4. Säflund K, Sjögren B, Wredling R. 2004. The Role of Caregivers after a Stillbirth: Views and Experiences of Parents. *Birth* 31:2, 132–137.
5. Sanchez NA. 2001. Mothers' perceptions of benefits of perinatal loss support offered at a major university hospital. *The journal of perinatal education* 10(2), 23–30.
6. Raussi-Lehto E. 2009. Vammaisen tai kuolleen lapsen syntymä, s. 457–462. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P, Äimälä A-M. (toim.) *Kätilötyö*. Edita. Helsinki.
7. Uittomäki S, Mynttinen S, Laimio A. 2011. KÄPY – Lapsikuolemaperheet ry. Miten tukea lasta, kun läheinen on kuollut? Opas läheisille sekä lasten ja nuorten parissa työskenteleville. <http://www.kapy.fi>

- kapy.fi/uploads/Miten%20tukea%20lasta%20kun%20läheinen%20on%20kuollut.pdf.
8. Kansaneläkelaitos. 2012. Lapsiperheet à muut tilanteet <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/020312140947HL?OpenDocument>.
 9. Gold KJ, Dalton VK, Schwenk TL. 2007. Hospital care for parents after perinatal death. *Obstetrics and Gynecology*, 109(5), 1156–66.
 10. Jonas-Simpson C, McMahon E, Watson J, Andrews L. 2010. Nurses' experiences of caring for families whose babies were born still or died shortly after birth. *International Journal for Human Caring* 14(4), 14–21.
 11. Roehrs C, Masterson A, Alles R, Witt C, Rutt P. 2008. Caring for Families Coping With Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* vol. 37 is.6. 631–639.

11.8 VAMMAISEN LAPSEN ODOTUS JA SYNTYMÄ

Vammaisen tai sairaan lapsen odotukseen liittyy usein huolta ja pelkoa lapsen vamman tai sairauden asteesta ja lapsen selviytymisestä ja pärjäämisestä myöhemmin elämässä, mutta myös vanhempien omasta jaksamisesta ja tilanteen vaikutuksista perheeseen ja muuhun ympäristöön.^{1–4} Terveydenhuollon, järjestöjen ja yhteiskunnan tarjoama tieto, tuki ja palvelut auttavat perhettä, ja myös läheisten ja ystävien tuki on tärkeää. Terveydenhuollon ammattilaisten on hyvä tiedostaa, että vanhempien tuen tarve vaihtelee yksilöllisesti.

Ensitieto ja psykososiaalinen tuki

Tiedon sikiön poikkeavuudesta tai sairaudesta antaa lääkäri. Perheet toivovat tietoa, tukea ja avointa keskustelua ja arvostavat hoitavan henkilökunnan osoittamaa huolenpitoa ja läsnäoloa, mutta toisaalta tilanteessa tarvitaan myös omaa rauhaa.^{5–6} Ensitiedon antamisessa on tärkeää avoin vuoropuhelu, todellinen läsnäolo ja rehellinen tieto.^{7–10} Poikkeavan sikiölöydöksen yhteydessä raskaana oleva perheensä kanssa päättää, miten löydökset vaikuttavat raskauden etenemiseen. Psykososiaalisen tuen merkitys loppuraskauden aikana korostuu, jos raskaana oleva perheensä kanssa päättää jatkaa raskautta sikiön poikkeavuuden toteamisen jälkeen.

Raskauden eteneminen ja synnytys

Syntymättömän lapsen sairauteen tai vammaan sopeutumisessa korostuu tiedon ja tuen merkitys, ja perhe tarvitsee konkreettista tietoa sairauden tai vamman vakavuudesta ja hoitomahdollisuuksista.^{2, 4, 10} On tärkeää, että perheellä olisi selkeä kuva siitä, mitä lapsen syntymän jälkeen on odotettavissa. Tietoa voidaan antaa esimerkiksi ensitukitapaamisessa, joka voidaan järjestää vanhempien toiveesta. Tilaisuuteen pyritään saamaan mukaan vanhempien valitsemia ihmisiä ja esimerkiksi lääkäri tai muita asiantuntijoita, joka pystyvät vastaamaan perheen ja heidän läheistensä kysymyksiin. Ensitukitapaaminen olisi hyvä järjestää melko pian sen jälkeen, kun lapsen vammaisuus tai sairaus on todettu, mahdollisesti jo raskausaikana. Synnytyksen lähestyessä mahdollisista synnytyspeloista voi keskustella terveydenhoitajan, sairaalan kättilön ja/tai lääkärin kanssa. Tarvittaessa voidaan järjestää aika synnytyspelkopoliklinikalle.

Sosiaalietuudet

Vaikeasti sairaan lapsen vanhempi voi saada erityishoitorahaa.¹¹ Kelan erityishoitorahaa maksetaan tilanteessa, jossa alle 16-vuotiaan vaikeasti sairaan tai vammaisen lapsen vanhempi tilapäisesti joutuu olemaan poissa töistään, koska hänen on osallistuttava lapsensa hoitoon tai kuntouttamiseen.

SUOSITUS

- ▶ Poikkeavan seulontatuloksen yhteydessä huolehditaan siitä, että raskaana oleva ja hänen perheensä saavat riittävästi tietoa tilanteesta ja raskaana oleva ohjataan tarvittaessa erikoissairaanhoidon äitiyspoliiklinikalle.
 - ▶ Perheille annetaan tietoa vertaistukiryhmistä, esimerkiksi Leijonaemot-tukihenkilöistä (www.leijonaemot.fi), tukipuhelimista, internetsivuista ja kirjallisesta tukimateriaalista.
 - ▶ Perheen toiveesta järjestetään ensitukitapaaminen synnytyssairaalassa, neuvolassa tai perheen toivomassa paikassa.
-
-

Lähteet

1. Fonseca A, Nazaré B, Canavarró MC. 2011. Patterns of parental emotional reactions after a pre- or postnatal diagnosis of a congenital anomaly. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. Vol. 29, No. 4, September 2011, 320–333.
2. Áskelsdóttir B, Conroy S, Rempel G. 2008. From Diagnosis to Birth. Parents' Experience When Expecting a Child With Congenital Anomaly. *Advances in Neonatal Care* 8, 6, 348–354.
3. Graungaard AH, Skov L. 2006. Why do we need a diagnosis? A qualitative study of parents' experiences, coping and needs, when the newborn child is severely disabled. *Child: care, health and development*, 33, 3, 296–307.
4. Vernerinet. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. <http://verneri.net/yleis/tietoa-odottajille/erilainen-raskaus/vammaisen-lapsen-odotus.html>.
5. Miquel-Verges F, Lee Woods S, Aucott SW, Boss RD, Sulpar LJ, Donohue PK. 2009. Prenatal Consultation With a Neonatologist for Congenital Anomalies: Parental Perceptions. *Pediatrics* 124, 4, e573–e579.
6. Maijala H. 2004. Poikkeavaa lasta odottavan perheen ja hoitavan henkilökunnan välinen vuorovaikutus: substansiivinen teoria lapsen poikkeavuuden herättämissä kysymyksissä vahvistumisesta ja kuormittumisesta. *Acta Universitatis Tamperensis*; 993. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.
7. Hänninen, K. 2005. Kun varmaa tietoa ei vielä ole: Perhelähtöinen tapa kertoa vastasyntyneen poikkeavuudesta. *Suomen lääkärilehti* 60, 40, 3987–3991.
8. Hänninen K. 2004. Sosiaalipolitiikka: Kohtaamisen kokemuksia epävarmuuden näyttämöllä. Kokemuksellinen ensitieto vammaisen lapsen syntyessä. Väitöskirjatyo. Stakes.
9. Leipälä J, Hänninen K, Saalasti-Koskinen U, Mäkelä M, THL. 2009a. Kuinka kertoa sikiön poikkeavuuksien seulonnasta. Opas äitiyshuollon työntekijöille. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/2be75cfc-7bc4-4b1c-878b-07a887a25df9>.
10. Raussi-Lehto E. 2009. Vammaisen tai kuolleen lapsen syntymä. s. 457–462. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P, Äimälä A-M. (toim.) Kätilötyö. Edita. Helsinki
11. Kansaneläkelaitos. 2012. Erityishoitoraha vaikeasti sairaan lapsen vanhemmalle. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/170701160434EH>.
12. Leijonaemot. <https://www.leijonaemot.fi/>.

11.9 KESKENMENO

Keskenmeno on itsestään alkava raskauden keskeytyminen, joka tapahtuu ennen raskausviikkoa 22⁺⁰.¹ Keskenmenot ovat yleisiä: kliinisesti todetuista raskauksista 15–20 % päättyy keskenmenoon, tyypillisimmin ennen raskausviikkoa 12⁺⁰. Keskenmenon oireita ovat verenvuoto ja alavatsakivut. Keskenmeno voi olla 1) täydellinen spontaani keskenmeno, jolloin raskauskudos on poistunut kohdusta, 2) epätäydellinen spontaani keskenmeno, jolloin kohdussa on raskauskudosta, tai 3) keskeytynyt keskenmeno, jolloin kohdussa on eloton sikiö. Epätäydelliselle keskenmenolle on tyypillistä enenevät alavatsakivut, jatkuva verenvuoto tai kuumeen nousu.

Noin 40 % keskenmenoista tapahtuu spontaanisti eikä hoitoa tarvita.¹ Muussa tapauksessa voidaan päätyä seurantaan tai tyhjentämään kohtu lääkkein tai kaavinnalla. Keskenmenoa sanotaan toistuvaksi, jos naisella on ollut kliinisesti todettu raskauden keskenmeno (samassa parisuhteessa) kolmesti peräkkäin tai kahdesti peräkkäin, kun toinen keskenmenoista tapahtuu raskausviikon 12⁺⁰ jälkeen.² Usean keskenmenon jälkeen alkaneessa raskaudessa vastasyntyneen pienipainoisuus ja ennenaikaisuus ovat keskimääräistä yleisempiä.³ Anti-D-immunoglobuliini on hyvin siedetty, ja sen anto voi estää Rh-immunisaation Rh-negatiivisilla naisilla seuraavassa raskaudessa.¹

Keskenmenoon liittyy ahdistusta ja masennusta jopa puolella naisista.¹ Oireet saattavat kestää kuukausiakin keskenmenon jälkeen, ja surureaktion voimakkuus voi vaihdella. Jos raskautta on toivottu pitkään tai keskenmeno on toistuva, se voi tuntua tavallista raskaammalta ja lopullisemmalta kokemukseksi. Keskenmenon kokeneelle annettu mahdollisuus vaikuttaa keskenmenon hoitotapaan lisää tyytyväisyyttä. Tieto keskenmenojen yleisyydestä, mahdollisista taustatekijöistä ja tulevien raskauksien yleensä hyvästä ennusteesta vähentää ahdistusta. Useimmiten voidaan sanoa, että nainen ei ole itse pystynyt vaikuttamaan keskenmenon kulkuun. Keskenmenoja ei kyetä toistaiseksi estämään, ja selkeän syyn löytyminen on harvinaista.

Keskenmenon yhteydessä on vakiintunut tapa kirjoittaa sairauslomaa 1–3 vrk.¹ Pidempi aika voi olla tarpeen esimerkiksi jos kyseessä on toistuva keskenmeno, lasta on toivottu pitkään tai raskaus on alkanut hedelmöityshoitojen avulla. Verenvuoto jatkuu keskenmenon jälkeen keskimäärin 2 viikkoa, mutta yksilölliset erot ovat suuria. Jälkitarkastus on 3–4 viikon kuluttua keskenmenosta perusterveydenhuollossa. Jälkitarkastuksessa keskitytään keskenmenon kokeneen psyykkiseen vointiin ja tukemiseen. Gynekologinen tutkimus ei ole tarpeen, jos naisella ei ole verenvuotoa, kipuja tai kuumetta. Kohdun tyhjentymisen voidaan varmistaa naisen itsensä tekemällä virtsan raskaustestillä. Ellei testi ole 3–4 viikon kuluttua keskenmenosta negatiivinen, voidaan odotella ja uusita testi 1–2 viikon kuluttua, jos naisen vointi on hyvä. Raskautta saa yrittää heti keskenmenon jälkeen, sillä perusteita odottelemiselle ei pääsääntöisesti ole. Jälkitarkastuksessa varmistetaan mahdollinen ehkäisyn tarve.

SUOSITUS

- ▶ Luodaan alueelliset keskenmenon hoitopolut, jotta asiakas osataan ohjata tarkoituksenmukaiseen hoitoon ja muistetaan antaa riittävä henkinen tuki.
 - ▶ Spontaanissa alkuraskauden keskenmenossa, jossa vuoto ja kivut ensin alkavat ja sitten rauhoittuvat ja loppuvat, ei tarvita lähetettä gynekologian poliklinikalle.
 - ▶ Raskaana olevalle annetaan päivystyslähete gynekologian poliklinikalle tai päivystyspoliklinikalle, jos keskenmeno 1) tapahtuu raskausviikon 12⁺⁰ jälkeen, 2) jos vuoto ensin loppuu ja sitten alkaa uudelleen lyhyen ajan sisään tai ilmaantuu alavatsakipuja tai kuumetta tai 3) jos verenvuoto on erittäin runsasta tai alavatsakipu on kovaa.
 - ▶ Päivystyslähete gynekologian poliklinikalle tai päivystyspoliklinikalle annetaan myös, jos raskaustesti on positiivinen ja verenvuoto jatkuva tai jos naisella on voimakkaita alavatsakipuja.
 - ▶ Toistuvassa keskenmenossa toimitaan käynnissä olevan keskenmenon suhteen kuten yllä ja tehdään lähete gynekologian poliklinikalle kiireetöntä erikoissairaanhoidon arviota varten.
 - ▶ Kun raskauden kesto on 8⁺¹ raskausviikkoa tai enemmän raskauden keskeytyessä, annetaan Rh-negatiivisille naisille anti-D-immunoglobuliinisuojausta 250–300 µg.
 - ▶ Äitiysneuvolassa tarjotaan sekä naiselle että hänen puolisolleen mahdollisuutta tulla keskustelemaan keskenmenon aiheuttamasta menetyksestä, pyritään tunnistamaan mahdollinen masennus sekä tarvittaessa ohjataan hoitoon ja järjestetään tukipalveluja.
 - ▶ Vanhemmille annetaan tietoa vertaistuesta. KÄPY-Lapsikuolemaperheet ry on vertaistukiyhdistys, joka tukee kuoleman kautta lapsensa menettäneitä perheitä, lapsen kuolintavasta ja iästä riippumatta (www.kapy.fi). Tahattomasti lapsettomien valtakunnallinen kokemusasantuntijayhdistys Lapsettomien yhdistys Simpukka ry (www.simpukka.info) tarjoaa vertaistukea raskautta pitkään toivoneille keskenmenon kokeneille. Yhdistyksestä on saatavilla keskenmeno-opas lapsettomuuden kokeneille (Odotus muuttui menetykseksi).
 - ▶ Keskenmenoa seuraavassa raskaudessa tarjotaan mahdollisuutta käydä aiempaan keskenmenoon tai keskenmenoihin liittyviä asioita läpi esimerkiksi varaamalla tavallista pidempi vastaanottokäynti tai lisäkäynti.
-

Lähteet

1. Niinimäki M, Heikinheimo O. 2011. Alkuraskauden keskenmenon hoito. *Duodecim* 127, (1), 67–73.
2. Ulander VM, Tulppala M. 2004. Keskenmeno. Teoksessa Ylikorkkala O, Kauppila A. (toim.) *Naistautidit ja synnytykset*, 392–400. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
3. van Oppenraaij RH, Jauniaux E, Christiansen OB, Horcajadas JA, Farquharson RG, Exalto N; ESHRE Special Interest Group for Early Pregnancy (SIGEP). 2009. Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications: a review. *Hum Reprod Update*, 15, 409–421.

11.10 RASKAUDENKESKEYTYS

”Raskaudenkeskeytys on ihmisen toimin käynnistetty raskauden päättyminen, joka ei ole synnytys ja joka johtaa yhden tai useamman sikiön kuolemaan.”¹ Vuonna 2011 Suomessa tehtiin 10 490 raskaudenkeskeytystä eli 9 keskeytystä tuhatta hedelmällisyyssikäistä (15–49-vuotiasta) naista kohti.² Raskaudenkeskeytys perustuu Suomessa lakiin ja siitä annettuun asetukseen.^{3–4} Lain mukaan raskaudenkeskeytys voidaan Suomessa tehdä ennen 20⁺¹ raskausviikkoa tai Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) luvalla sikiön vaikean poikkeavuuden perusteella ennen 24⁺¹ raskausviikkoa. Suomessa tehdään vuosittain noin 200–300 keskeytystä sikiöön liittyvillä perusteilla.¹

Raskaudenkeskeytys alle 12⁺¹ raskausviikoilla voidaan suorittaa lääkkein tai kirurgisesti.¹ Raskausviikolla 12 ja myöhemmin keskeytys tehdään lääkkeellisesti osastohoidossa. Suomessa keskeytyksistä oli lääkkeellisiä jo 89 % vuonna 2011.² Toistuvien keskeytysten määrä on lisääntynyt: 37 %:lla vuonna 2011 raskaudenkeskeytyksessä käyneistä oli ollut aiempi keskeytys.

Raskaudenkeskeytys ei ole rintasyövän riskitekijä eikä lisää somaattisten sairauksien riskiä.¹ Toistuvien raskaudenkeskeytysten (kolme tai enemmän) on kuitenkin todettu lisäävän ennenaikaisuuden ja pienipainoisuuden riskiä ensimmäisessä keskeytysten jälkeisessä raskaudessa.⁵ Jälkitarkastus tehdään 3–4 viikon kuluttua. Ohjeet raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolun järjestämisestä, tutkimuksista, tuesta ja keskeytyksen jälkeisestä ehkäisystä löytyvät Käypä hoito -suosituksesta.¹

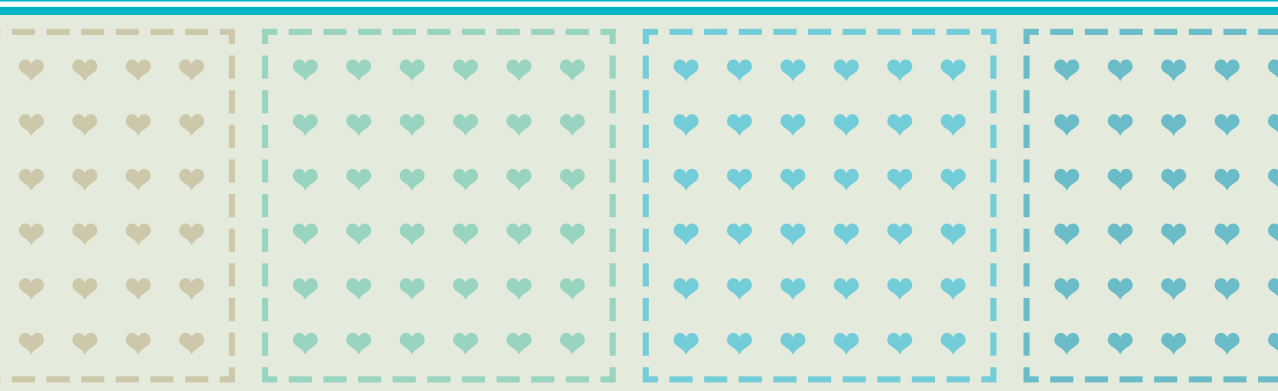
Äitiysneuvolalla on merkittävä rooli silloin, kun raskaana olevalla on ollut toistuvia raskauden keskeytyksiä tai raskaudenkeskeytys tehdään tai on tehty sikiön poikkeavuuden vuoksi. Raskaudenkeskeytys on usein osa ongelmallista elämäntilannetta, johon voi liittyä psyykkistä sairastamista tai oireilua.¹ Erityisesti olisi kiinnitettävä huomiota alaikäisen raskaudenkeskeyttäjän tilanteeseen. Lastensuojelulaki edellyttää selvittämään mahdollisen seksuaalisen hyväksikäytön ja ilmoittamaan seksuaalirikoksesta suoraan poliisille.⁶

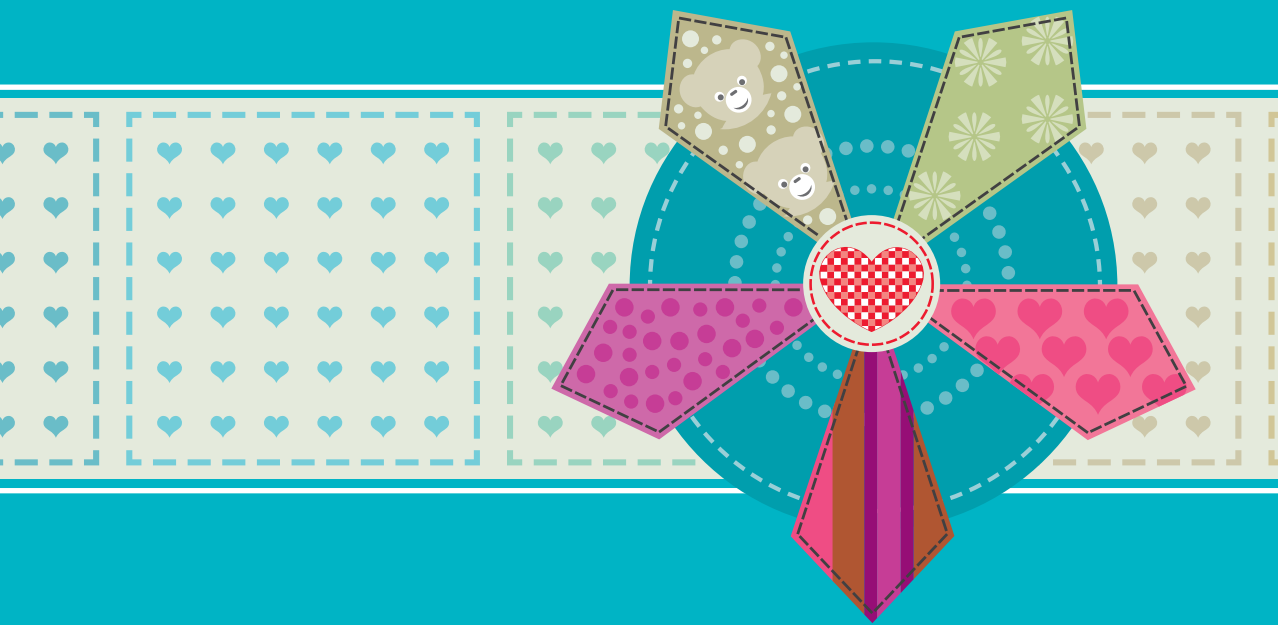
SUOSITUS

- ▶ Noudatetaan Käypä hoito -suositusta¹ raskaudenkeskeytysasiakkaan hoitopolun järjestämisestä, tutkimuksista, hoidosta ja tuesta sekä keskeytyksen jälkeisestä ehkäisystä.
- ▶ Jos kyseessä on myöhäinen tai toistuva raskaudenkeskeytys, aiemmat mielenterveysongelmat, taloudelliset tai sosiaaliset ongelmat, aiemmat hedelmättömyyshoidot tai keskeyttäjän poikkeava fyysinen terveydentila, kiinnitetään erityistä huomiota tuen tarpeen selvittämiseen ja tuen antamiseen ja ohjataan asiakas tarvittaessa muihin tukipalveluihin (sosiaalityöntekijälle, psykologille) sekä huolehditaan tarvittaessa tulkkipalveluista.
- ▶ Jos kyseessä on raskauden keskeyttäminen sikiön poikkeavuuden vuoksi, vanhempien henkinen tukeminen sekä ennen että jälkeen keskeytyksen on erityisen tärkeää. Vanhempiin otetaan yhteyttä ja tarjotaan mahdollisuutta keskusteluun. Vanhemmille annetaan tarvittaessa mahdollisuus neuvontaan perinnöllisyyslääketieteen yksikössä kaikkien tutkimustulosten valmistuttua. Keskeytystä seuraavassa raskaudessa tarjotaan tarvittaessa mahdollisuutta keskustella aiemman raskauden keskeyttämiseen liittyvistä asioista joko pidemmällä vastaanottokäynnillä tai lisäkäynnillä.

Lähteet

1. Raskaudenkeskeytys (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013. www.kaypahoito.fi [viitattu 9.4.2013].
2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Raskaudenkeskeytykset 2011. Tilastoraportti 21/2012. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301221636>.
3. Sosiaali- ja terveysministeriö. 1970. Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700239>.
4. Sosiaali- ja terveysministeriö. 1970. Asetus raskauden keskeyttämisestä 359/1970. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700359>.
5. Klemetti K, Gissler M, Niinimäki M, Hemminki, E. 2012. Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland. *Human Reproduction*, 27(11), 3315–20.
6. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Lastensuojelulaki 417/2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>.





12 SYNNYTYKSEEN VALMISTAUTUMINEN

12.1 SYNNYTYSPAIKAN VALINTA

Suomessa noin 99 % naisista synnyttää sairaalassa, jota suositellaan ensisijaisesti synnytyspaikaksi turvallisuussyistä.¹ Suomessa synnytysairaaloita on viime vuosikymmenten aikana suljettu, ja tulevaisuudessa niiden määrä tulee todennäköisesti edelleen vähenemään, mikä johtuu mm. sosiaali- ja terveysministeriön asettamista päivystysajan hoidon kriteereistä, joiden tarkoituksena on parantaa päivystysluonteisen toiminnan kuten synnytystoiminnan järjestämistä ja potilasturvallisuutta.² Kaikissa synnytysairaaloissa on oltava mahdollisuus hätäkeisarileikkaukseen² ja kiireellistä hoitoa on tarjottava synnyttäjän asuinpaikasta riippumatta.³ Kodin ja sairaalan välisten matkojen pidentyminen voi lisätä matkasynnytysten määrää.

Synnytyspaikan valintaan vaikuttavat synnyttäjän toiveet,³ etäisyys synnytysairaalaan ja riskisynnytysten ohjeistus.⁴ Synnyttäjällä on oikeus valita synnytyspaikka sillä erikoissairaanhoidon toimintayksikön erityisvastuualueella, jossa hänen kotikuntansa sijaitsee.³ Vuoden 2014 alusta alkaen valinnanmahdollisuus laajenee; synnyttäjä voi valita Suomessa minkä tahansa synnytysairaalan asuinkunnasta riippumatta tai hakeutua terveydenhuollon palveluihin Euroopan unionin (EU) alueella ja saada hoidosta kotimaan tasoinen korvaus.⁵ EU:n ulkopuolelta tulevien ulkomaalaisten oikeus saada terveydenhuollon palveluita Suomessa on arvioitava kussakin tapauksessa erikseen.⁶ Riskisynnytysten kuten ennenaikaisten synnytysten (raskausviikot alle 30⁺⁰–32⁺⁰) tai sellaisten, joissa vauvan arvioitu syntymäpaino alle 1 500 g, hoito on keskitetty yliopistosairaaloihin.^{7–8} Jos sikiöllä on todettu tai epäillä synnynnäistä sydänvikaa, joka vaatii leikkaushoitoa välittömästi syntymän jälkeen, valitaan synnytyspaikaksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) sairaala.

SUOSITUS

- ▶ Synnyttäjää ohjataan synnytyspaikan valinnassa siten, että hän voi valita synnytysairaalan kotikuntansa erityisvastuualueella toimivista synnytysairaaloista ja vuoden 2014 alusta alkaen minkä tahansa Suomessa tai Euroopan unionin alueella sijaitsevan synnytysairaalan.
 - ▶ Synnytysairaalan valinnassa huomioidaan synnyttäjän asuinpaikan etäisyys sairaalaan.
 - ▶ Riskisynnytykset kuten ennenaikaiset synnytykset (alle 30⁺⁰–32⁺⁰ raskausviikkoa) tai sellaisten, joissa vauvan arvioitu syntymäpaino alle 1 500 g, ohjataan yliopistosairaaloihin. Synnytysairaala voidaan tarvittaessa valita lääkärin arvion perusteella.
-
-

Lähteet

- Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. 2005. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*. CD 000012.
- STM. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1486181.
- Finlex 2010. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 178. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- Ennenaikainen synnytys (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011. www.kaypahoito.fi [viitattu 17.3.2013].
- Direktiivi 2011/24/EU. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:EN:PDF>.
- Kela. 2013. Ulkomaalaisen sairaanhoito Suomessa. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/080908125121Pb>.
- Rautava L, Lehtonen L, Peltola M ym. 2007. The effect of birth in secondary- or tertiary-level hospitals in Finland on mortality in very preterm infants: a birth register study. *Pediatrics* 119:e257–63.
- Lasswell SM, Barfield WD, Rochat RW ym. 2010. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants. *JAMA* 304: 992–1000.

12.2 SYNNYTYKSEEN LÄHDÖN OHJAUS

Synnytyksen käynnistymisen merkkejä ovat supistukset, lapsivedenmeno ja verislmainen vuoto. Synnytyksen katsotaan käynnistyneen, kun supistukset ovat säännöllisiä (alle 10 minuutin välein tulevia) ja kohdunsuu on avautunut 3–4 senttimetriä.^{1–2} Synnytyksen käynnistymistä voi edeltää ns. latenttivaihe, jolloin synnyttäjällä voi olla säännöllisiä supistuksia, mutta kohdunsuu ei avaudu tai avautuu hitaasti.¹ Lapsivedenmenolla alkaneista synnytyksistä 60 % käynnistyy vuorokauden sisällä.³ Eri sairaaloilla voi olla toisistaan poikkeavia ohjeistuksia epäiltäessä lapsivedenmenoa.

Synnyttäjä tunnistaa edellä mainitut synnytyksen käynnistymisen merkit, mutta synnytyksen käynnistymisen arvioinnin on todettu olevan hankalaa varsinkin ensisynnyttäjillä, koska sitä edeltää usein latenttivaihe, jonka aikana supistukset voivat olla säännöllisiä, vaikka synnytys ei ole käynnistynyt.¹ Tämän vuoksi synnyttäjillä tulee olla mahdollisuus olla puhelinyhteydessä synnytyssairaalan henkilökuntaan aina kun heillä on kysyttävää.^{1,4} Synnyttämään lähdön ohjauksessa on kiinnitettävä huomiota kodin ja sairaalan väliseen välimatkaan, koska pitkä välimatka lisää matkasynnytyksen mahdollisuutta.^{3,5}

SUOSITUS

- ▶ Synnyttäjille ja heidän perheilleen järjestettävässä perhe- ja synnytysvalmennuksessa sekä äitiysnevolakäynneillä annetaan tietoa synnytksen käynnistymisestä, sen merkeistä ja synnyttämään lähtemisestä ennen raskausviikkoa 36⁺⁰.⁶
- ▶ Synnyttäjää ohjataan tarvittaessa olemaan puhelinyhteydessä synnytysairaalaan synnytksen käynnistyessä ohjeiden ja tuen saamiseksi. Synnyttäjän ottaessa yhteyttä on oleellista, että hänen tuntemuksiaan kuunnellaan ja että häneltä kysytään supistusten alkamisajankohdasta, kestoa, tiheyttä, mahdollista lapsivedenmenoa sekä arviota sikiön liikkumisesta.
- ▶ Synnyttäjää ohjataan lähtemään synnytysairaalaan, kun noin minuutin kestoiset supistukset tulevat säännöllisesti alle kymmenen minuutin välein ja/tai synnyttäjä kokee, ettei hän pärjää enää kotona.
- ▶ Synnyttäjää ohjataan tulemaan välittömästi sairaalaan, jos hänellä on kirkasta veristä vuotoa tai jatkuvaa kipua.

Lähteet

1. Greulich, B, Tarrant, B. 2007. The Latent Phase of Labour; Diagnosis and Management. *Journal of Midwifery & Women's Health*.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007. Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Normal labour: first stage. NICE Clinical Guideline. NICE. London.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007. Intrapartum Care. Prelabour rupture of the membranes at term. NICE Clinical Guideline. NICE. London.
4. Dixon L, Skinner J, Foureur, M. 2012. Women's perceptions of the stages and phases of labour. *Midwifery*. 179.
5. Rathnayake, T. 2010. Defining onset of labour. *Midwifery Practice Manual*. Joanna Briggs Institute.
6. Lauzon L, Hodnett, ED 2009. Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term. *Cochrane Database Syst Rev*. CD000935.

12.3 SYNNYTYSSUUNNITELMA

Synnytyssuunnitelmalla tarkoitetaan tässä yhteydessä raskaana olevan naisen yhdessä kättilön tai terveydenhoitajan/kättilön kanssa laatimaa kirjallista suunnitelmaa, johon yhdistyy keskustelu myöhemmin synnytystä hoitavan kättilön kanssa. Synnytyssuunnitelman avulla nainen voi työstää omia toiveitaan ja ajatuksiaan tulevasta synnytyses-

tä. Suunnitelma toimii myös kommunikaation tukena synnyttäjän ja hoitavan henkilökunnan välillä; synnyttäjä tuo siinä konkreettisesti esille omia toiveitaan esimerkiksi kivunlievityksestä, ponnistusasennoista ja ensihetkistä vastasyntyneen kanssa.^{1–3} Suunnitelman käytön on todettu lisäävän synnyttäjän hallinnan ja itsemääräämisen tunnetta ja tietoisuutta erilaisista vaihtoehdoista.^{4–6} Kätilön tapaaminen antaa raskaana olevalle ja hänen perheelleen hyvän mahdollisuuden vaikuttaa hoitoonsa ja kysymysten esittämiseen.^{3, 7–8} Toisaalta on esitetty, että synnytyssuunnitelma voi tehdä perheen joustamattomaksi toiveidensa suhteen ja luoda epärealistisia käsityksiä omista vaikuttamisen mahdollisuuksista.^{6–7}

SUOSITUS

- ▶ Synnytykseen valmistautuvalle voidaan laatia hänen toiveestaan yksilöllinen synnytyssuunnitelma joko äitiysneuvolassa tai synnytys-sairaalassa. Suunnitelmaa laadittaessa kerrotaan, että synnytyksen kulkua on vaikea ennustaa ja suunnitelmaa tarkistetaan ja muutetaan tarvittaessa.
-
-

Lähteet

1. Adams E, Bianchi A. 2008. A Practical Approach to Labor Support. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 37, 106–115.
2. Bailey JM, Crane P. 2008. Childbirth Education and Birth Plans. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 35, 497–509.
3. McCormick C. 2003. The First Stage of Labour: Physiology and Early Care, 435–453. Teoksessa Fraser D, Cooper MA. (toim.) *Myles Textbook for Midwives*. Churchill Livingstone. London – New York.
4. Ryttyläinen K. 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 128. Kuopio.
5. Kuo S, Lin K, Hsu C, Yang C, Chang M, Tsao C, Lin L. 2010. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experience, control and expectations fulfillment: a randomized control trial. *International Journal of Nursing Studies* 47(7), 806–814.
6. Kaufman T. 2007. Evolution of the Birth Plan. *The Journal of Perinatal Education* 16(3), 47–52.
7. Lothian J. 2006. Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 35 (2), 295–301.
8. Simkin P. 2007. Birth Plans: After 25 Years Women Still Want Be Heard. *Birth* 34(1), 49–51.

12.4 SYNNYTYKSEN SUUNNITTELU ERIKOISTILANTEISSA

AIKAISEMMAN SYNNYTYKSEN ONGELMAT

Merkityksellisin aikaisemman synnytyksen ongelma on keisarileikkaukseen päätyminen joko synnytyksen heikon etenemisen, sikiöahdingon tai muun synn vuoksi. Muita merkittäviä ongelmia voivat olla mm. avustettu alatiesynnytys, huonokuntoisen lapsen syntyminen, jälkeisvaiheen ongelmat, kuten runsas verenvuoto, sekä eri tavoin traumaattinen synnytys epäonnistuneen kivunlievityksen tai muun synn vuoksi. Synnytysongelma saattaa toistua seuraavassa synnytyksessä. Tuleva synnytys saattaa aiheuttaa huolta ja ahdistusta jo raskauden varhaisessa vaiheessa.

Edellisen synnytyksen kulku on syytä käsitellä jo raskauden puolivälin tuntumassa, tarvittaessa aikaisemminkin. Erityisesti on syytä kartoittaa synnyttäjän kokemusta ja käsitystä aikaisemman synnytyksen kulusta, kysyä tarkempia kysymyksiä synnytyksen poikkeavasta kulusta ja seurata merkkejä traumatisoitumisesta. Sekundaarisen synnytyspelon tai synnytyksestä traumatisoitumisen mahdollisuudet tulee kartoittaa ja tunnistaa viimeistään keskiraskaudessa.

Aikaisemman synnytyksen kulusta löytyy yleensä tietoa sairaalan epikriisistä ja muista potilaskertomusdokumenteista. Merkittävimpien synnytysongelmien jälkeen jälkitarkastus on usein tehty synnytyssairaalassa, jolloin myös tulevan raskauden ja synnytyksen hoitoon on saatettu alustavasti ottaa kantaa.

SUOSITUS

- ▶ Jos aikaisempi synnytys on ollut ongelmallinen, on syytä ottaa kantaa siihen, oliko ongelma todennäköisesti ainutkertainen, vain edelliseen synnytykseen liittyvä, vai voiko ongelma toistua. Samoin on syytä pohtia, missä määrin aikaisempi synnytys oli ongelmallinen lääketieteellisin perustein ja toisaalta synnyttäjän kokemuksena.
- ▶ Jos kohtuun on aikaisemmin tehty leikkauksia, tehdään lähete äitiyspoliklinikalle yleensä loppuraskaudessa. Lähettämisen tarve voi kuitenkin vaihdella yksilöllisesti. Jos kohdun arpi on todettu aiemmin ohueksi ja arpialueessa on mahdollisesti kipua, lähete saattaa olla aiheellinen jo keskiraskaudessa. Toisaalta aikaisempi suunniteltu keisarileikkaus ainutkertaisen synn perusteella ei välttämättä ole lainkaan indikaatio läheteeseen.
- ▶ Muiden merkittävien ongelmien kohdalla lähetteen tarkoituksenmukaisuus ja ajankohta harkitaan yksilöllisesti.
- ▶ Riippumatta siitä, hoidetaanko raskaana olevaa myös erikoissairanhoidossa, aiemman synnytyksen ongelmallisuus todennäköisesti vaatii myös neuvolaan lisäkäyntejä.

- Yleensä tarvitaan lisäkäyntejä, joissa seurataan nykyraskautta, tehdään tarvittaessa lähete eteenpäin sekä tarjotaan henkistä tukea.

SYNNYTYSPELKO

Lähes jokainen nainen jännittää synnytystä. Se on luonnollista ja auttaa kohtaamaan uuden tilanteen. Sopiva jännitys ohjaa etsimään tietoa ja miettimään synnytykseen liittyviä asioita omalta kohdaltaan.

Normaali jännitys ja synnytykseen valmistautuminen tulee erottaa foobisesta, suhteettomasta synnytyspelosta, joka häiritsee raskauden aikana työ- ja perhe-elämää ja estää normaalin valmistautumisen synnytykseen. Se ilmenee mm. painajaisina, paniikkikohtauksina ja ahdistuneisuutena sekä lukuisina raskausaikaisina fyysisinä vaivoina ja lisääntyneinä käynteinä neuvolassa ja päivystyksessä.¹⁻² Synnytyspelosta kärsineillä on usein vaikeuksia vanhemmuudessa ja varhaisen vuorovaikutussuhteen muodostamisessa sekä lisääntynyt riski lapsivuodemasennukseen.³ Pohjoismaisten tutkimusten mukaan 5–6 % raskaana olevista kärsii voimakkaasta synnytyspelosta.

Synnytyspelon taustatekijät

Synnytyspelon taustalla voi olla aiempaa ja nykyistä psyykkistä sairastamista tai seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia tai seksuaalisen väärinkäytön tai lähisuhdeväkivallan kokemuksia.⁴⁻⁶ Siihen liittyy usein myös gynekologisten tutkimusten pelko. Laajassa suomalaisessa aineistossa synnytyspelkoisilla todettiin sekä ennen että jälkeen raskauden kaksi kertaa enemmän psyykkistä sairastamista (psykiatrasta osasto- tai polikliinista hoitoa tai lääkehoitoa yhteensä 54 %:lla synnytyspelkoisista) kuin muilla samanikäisillä synnyttäjillä.⁶ Yleisimmät diagnoosit synnytyspelkoisilla olivat masennus (11,1 %), ahdistuneisuushäiriöt (10,1 %), persoonallisuushäiriö (3,4 %) tai useamman diagnoosin yhdistelmä (6,9 %).

Myös huono itsetunto, tyytymättömyys parisuhteeseen ja tietyt persoonallisuuden piirteet (haavoittuvuus, ahdistuneisuus, neuroottisuus) sekä sosiaalisen tuen puute lisäävät riskiä synnytyspelon kokemiseen.⁷⁻⁸ Sosiaalinen verkosto voi olla ohut. Puoliso ei ehkä pysty antamaan tarvittavaa tukea oman masentuneisuutensa vuoksi. Ahdistuneisuus tai avuttomuus uuteen asiaan valmistautumisessa ei ole pelkästään raskaana olevan naisen, vaan myös lasta odottavan parin ongelma.⁷

Masennuksen ja synnytyspelon riskitekijät ovat pitkälti samoja: aiempi masennus, yksinhuoltajuus ja sosiaalisen tuen puute. Siten masennuksen tunnistaminen ja hoitoon ohjaaminen neuvolassa jo raskausaikana on ensiarvoisen tärkeää niin synnytyspelon kuin naisen myöhemmän mielenterveyden kannalta. Merkittävälle osalle niistä, joilla on ahdistuneisuusoireita raskausaikana, kehittyy lapsivuodemasennus.⁹ Alkuraskauden masentuneisuus lisää myös synnytyspelkoa ja riskiä lapsivuodemasennukseen.³ Raskausaikainen mielenterveysongelmien asianmukainen hoito helpottaa myös synny-

tykseen valmistautumista. Mielenterveysongelmien hoito kuuluu perusterveydenhuoltoon tai psykiatriseen erikoissairaanhoidon (ks. luku Mielenterveysongelmat).

Aiempi komplisoitunut synnytys on merkittävin synnytyspelon riskitekijä.^{10–11} Tärkein yksittäinen syy pyytää suunniteltua keisarileikkausta toisessa raskaudessa on ensimmäisen synnytyksen päättyminen keisarileikkaukseen.^{4, 10, 12} Synnytyksen päättyminen toisin kuin oli kuviteltu voi olla hyvin traumaattinen kokemus, sillä siihen liittyy oman ja lapsen kuoleman ja vammautumisen pelko.¹³ Jopa 41 % komplisoituneen synnytyksen kokeneista pelkäsi kuolemansa seuraavassa synnytyksessä.¹⁴ Tärkeää olisi hoitaa toimenpidesynnytysten jälkihoito niin, että mahdollinen traumatisoituminen vältettäisiin tai että ainakin tunnistettaisiin ja ohjattaisiin jatkohoitoon ne, jotka ovat traumatisoituneet edellisessä synnytyksessä. Synnytyssairaaloiden tulisi kouluttautua traumatisoitumisen varhaiseen toteamiseen. Neuvolan perhevalmennuksessa olisi hyvä ottaa esille myös poikkeaviin synnytyksiin liittyviä asioita, jolloin synnytyksen päättyminen toimenpiteeseen ei olisi niin traumaattinen kokemus.

Mitä pelätään?

Synnyttäjä pelkää eniten kipua, avuttomuutta, yksinäjäämistä, omien voimien ja itsehallinnan menettämistä tai huonoa kohtelua tai yhteistyökyvyttömyyttä henkilökunnan taholta. Tunne, että ei selviä synnytyksestä, voi liittyä sekä fyysisen että psyykkisen vaurioitumisen ja kuoleman pelkoon. Siihen liittyy usein myös lapsen vaurioittamisen pelko eli pelko siitä, että omalla epäjohtonmukaisella toiminnallaan aiheuttaa lapselle vaaraa.

Synnytyspelon seuraukset

Kielteiset odotukset, pelko ja ahdistus lisäävät kivun kokemusta ja kivunlievityksen tarvetta synnytyksessä sekä riskiä synnytyksen pitkittymiseen. Pelokkaan synnyttäjän synnytyksen hoitaminen on vaikeaa ja riskialtista: päivystystoimenpiteet lisääntyvät¹⁵ ja riski synnytyksen kokemiseen traumaattisena kasvaa.¹⁶ Synnytyksen kokeminen traumaattisena voi johtaa traumaperäiseen stressihäiriöön, masennukseen, tahalliseen lapsettomuuteen ja varhaisen vuorovaikutussuhteen ongelmiin.

Synnytyspelon hoidon periaatteet

Synnytyspelon hoidon tavoite on antaa synnyttäjälle tietoa, jonka pohjalta hän voi käsitellä synnytykseen liittyviä asioita (kivunlievitys, keisarileikkauksen ja alatiesynnytyksen riskit, sikiön voinnin seuranta synnytyksen aikana) ja lisätä synnyttäjän luottamusta hoitoon ja omiin kykyihinsä. Luottamuksellisessa hoitosuhteessa synnyttäjän puhe tuntemuksistaan tulee kuulluksi, hän saa asianmukaisen tiedon ja hänellä on tilaa kysymysten esittämiseen ja tiedon herättämien tunteiden jakamiseen. Keskustelujen myötä tuleva synnytys on helpompi jäsentää, mielikuvat siitä selkiytyvät ja pelko lievittyy.

Hoidon varhainen aloitus. Synnytyspelosta puhuminen voi olla vaikeaa siihen liittyvän häpeän, syyllisyyden ja surun vuoksi. Synnytykseen liittyvät tunteet olisi hyvä ottaa neuvolassa puheeksi viimeistään keskiraskauden käynnellä. Kyselylomakkeita voidaan käyttää apuna puheeksiotossa.¹¹ Lievään synnytyspelkoon voi ammatillisen tuen lisäksi olla avuksi vertaistukeen perustuva doula-tukihenkilö. Tätä tukimuotoa tarjoavat mm. Ensi- ja turvakotien yhdistykset suomeksi ja Folkhälsan ruotsiksi. Lähte synnytyspelkopoliklinikalle voidaan tehdä, jos neuvolan toimet (tiedon ja tuen jakaminen, perhevalmennus) eivät tunnu riittävilä. Vaikeimmat tapaukset (traumatisoituminen edellisessä synnytyksessä, vaikea psyykinen sairaus, ei-toivottu raskaus, keisarileikkaustoive) on syytä lähettää riittävän aikaisin.

Tukeminen ja kunnioitus. Synnytyspelon hoidon pyrkimys on auttaa naista hallitsemaan raskauttaan ja synnytystään ja osoittaa, että hänen tunteitaan kunnioitetaan niin, että hän saamansa tuen avulla synnyttää normaalisti ja ottaa synnytyksen vastaan sellaisena kuin se on.

Moniammatillisuus. Yhteistyön äitiysneuvolan ja tarvittaessa kasvatus- ja perhe-neuvolan ja synnytyssairaalan välillä tulisi olla saumatonta. Terveystoimittajan/kättilön ja mahdollisesti psykologin lisäksi hoitotiimiin kuuluvat synnytyslääkäri ja synnytyssairaalan kättilö. Varhaisen vuorovaikutuksen asiantuntija pyydetään tarpeen mukaan hoitotiimiin. Synnytyspelosta kärsivä voidaan tarvittaessa lähettää psykiatriseen konsultaatioon. Kolmas sektori ja vertaistuki hoitavat oman osuutensa.

Synnytyksen suunnittelu. Synnyttäjän toiveet esimerkiksi kivunlievityksen osalta kirjataan ylös etukäteen. Tämän on havaittu lisäävän uskallusta normaaliin synnytykseen ja luottamusta hyvään synnytyksen hoitoon.

Synnytyspelon hoidon tulokset. Synnytyspelon hoito on yleensä tuloksellista, kun se toteutetaan järjestelmällisesti hoidon jatkuvuutta korostavalla tavalla. Hyvä hoitosuhde vahvistaa turvallisuuden tunnetta ja luottamusta tehtäviin suunnitelmiin. Eri tutkimusten mukaan 50–90 % synnytyspelkoon hoitoa saaneista kykenee valmistautumaan normaaliin synnytykseen ja keisarileikkaus synnytyspelon vuoksi voidaan välttää. Tehokkaita ovat ryhmässä annettu erityisvalmennus, jossa synnytystä ja vanhemmuutta käsitellään psykoedukatiivisin keinoin ja synnyttämistä harjoitellaan mielikuvaharjoitusten ja rentoutumisen avulla,¹⁷ sekä kriisi-orientoituneeseen lähestymistapaan perustuva kättilön antama neuvonta.¹⁸

Keisarileikkaus ei hoida pelkoa. Suomessa syntyneistä lapsista 1–1,5 % syntyy synnytyspelon vuoksi tehdyllä keisarileikkauksella.¹⁹ Päätös synnytystavasta tehdään loppuraskaudessa yhteisymmärryksessä raskaana olevan kanssa. Keisarileikkaukseen liittyy alatiesynnytystä pitempi toipumisaika ja merkittävien komplikaatioiden riskejä. Leikkauksella ei myöskään päästä vaikuttamaan synnytyspelon taustalla oleviin asioihin, ja samat kysymykset tulevat ratkaistaviksi seuraavassa raskaudessa. Toisaalta keitaan ei tule pakottaa alatiesynnytykseen.

Loppuraskauden paniikki. Synnytyspelko, varsinkin hoitamaton, on yleensä voimakkaimmillaan pari viikkoa ennen synnytystä. Joskus tässä vaiheessa tarvitaan in-

tensiivistä päivystysluonteista tilanteen hoitoa, jotta välttyään hätiköidyltä keisarileikkauspäätöksiltä.

Synnytyspelon ehkäisy

Vaikean synnytyksen kokeneelle mahdollisesti syntynyt emotionaalinen trauma on synnytyskomplikaatio, joka tulisi tunnistaa ja jonka hoito tulisi aloittaa synnytyssairaalassa jo ennen kotiutumista. Asianmukainen tiedottaminen esimerkiksi alueen synnytyssairaalan kivunlievityskäytännöistä, psykologinen näkökulma perhevalmennuksessa, aikaa keskustella neuvolassa myös synnytykseen liittyvistä asioista, mahdollisuus tutustua synnytyssairaalaan ja yhteiset linjat neuvolan ja synnytyssairaalan välillä ovat hyviä keinoja ehkäistä synnytyspelkoa. Kyse on pitkälti siitä, että synnyttävä oppii luotamaan sekä omiin kykyihinsä että terveydenhoitojärjestelmämme toimivuuteen.

SUOSITUS

- ▶ Synnytykseen liittyvät ajatukset otetaan puheeksi neuvolassa viimeistään keskiraskauden käynnillä.
 - ▶ Masennuksen tunnistaminen jo raskausaikana on tärkeää niin synnytykseen valmistautumisen kuin äidin myöhemmän terveydenkin kannalta.
 - ▶ Synnytyspelko hoidetaan ensisijaisesti neuvolassa tai kolmannen sektorin toimesta: hoitona on tiedon ja tuen tarjoaminen sekä perhevalmennus. Suurin osa synnytyspelkoisista pystyy tuen ja tiedon avulla valmistautumaan normaaliin synnytykseen.
 - ▶ Lähetä synnytyssairaalaan synnytyspelkopoliklinikalle voidaan tehdä, jos neuvolan toimet eivät tunnu riittäviltä. Jos raskaana olevalla on aiempi traumaattinen synnytys, vaikea psyykinen sairaus, ei-toivottu raskaus ja keisarileikkaustoive, lähetetään hänet riittävän aikaisin synnytyspelkopoliklinikalle.
 - ▶ Mahdollinen päätös keisarileikkauksesta tehdään synnytyssairaalassa loppuraskaudessa, jos annettu tuki ja tieto eivät ole tehneet ajatusta alatiesynnytyksestä mahdolliseksi.
 - ▶ Synnytyksessä traumatisoituneen tunnistaminen ja hoitoon ohjaaminen on tärkeää. On erittäin tärkeää erottaa synnytyksen jälkeinen masennus ja synnytystrauma toisistaan.
-
-

Lähteet

1. Forde R. Pregnant women's ailments and psychosocial conditions. *Fam Pract* 1992, 9, 270–3.
2. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. 2009. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 38(5), 567–76.
3. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Halmesmäki E. 2001a. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 80, 39–45.
4. Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenström U. 2002. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG* 109, 618–23.
5. Lukasse M, Vangen S, Oian P, Schei B. 2011. Fear of childbirth, women's preference for caesarean section and childhood abuse: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 90, 33–40.
6. Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmäki E, Saisto T. 2011. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG* 118, 1104–11.
7. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi J-E, Halmesmäki E. 2001b. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG* 108, 492–8.
8. Ryding EL, Wirfelt E, Wangborg IB, Sjogren B, Edman G. 2007. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 86(7), 814–20.
9. Bowen A, Muhajarine N. 2006. Antenatal depression. *Can Nurse* 102, 26–30.
10. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmäki E. 1999. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol* 94, 679–682.
11. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. 2009. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 116, 67–73.
12. Kringeland, T, Daltveit AK, Moller A. 2009. What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scand J Public Health* 37, 364–71.
13. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. 1998. Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *Birth* 25, 246–51.
14. Sjögren B. 1997. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 18, 266–272.
15. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhstrom H. 1998. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 77, 542–7.
16. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. 2009. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG* 116, 672–80.
17. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. 2006. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 85, 1315–9.
18. Nerum H, Halvorsen L, Sorlie T, Oian P. 2006. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 33, 221–8.
19. Rouhe H, Halmesmäki E, Saisto T. 2007. Synnytykspelon vuoksi tehdyt keisarileikkaukset HYKS:n alueella vuosina 1999–2005. *Duodecim* 123: 2481–6.

SIKIÖN POIKKEAVAT TARJONNAT

Viimeistään raskausviikolla 34–35 sikiön tulisi olla pitkittäin pää alaspäin.^{1–2} Poikkeuksellista on sikiön jääminen poikittain tai viistotilaan. Noin 4 % sikiöistä on 35. raskausviikon alkaessa perätilassa (pitkittäistila, alaosaetinen tarjonta). Pään ollessa tarjontumassa sikiön fleksioryhti johtaa tarjonnaksi takaraivotarjonnan, mikä on yleisin ja edullisin tarjonta. Poikkeavuudet sikiön asennossa tai ryhdissä johtavat muuhun kuin takaraivotarjontaan.

Sikiön poikittaistila tai perätarjonta todetaan ulkotutkimuksella. Jos ulkotutkimuksen tulos on epävarma, sisätutkimus tai ultraäänitutkimus voivat auttaa poikkeavan tarjonnan havaitsemisessa. Pään poikkeava tarjonta saattaa olla vaikea havaita. Tarjonta muuttuu ja korjautuu usein vielä spontaanisti raskauden etenemisen myötä.

SUOSITUS

- ▶ Jos havaitaan poikki- tai perätila raskausviikoilla 34–35, tehdään lähete erikoissairaanhoidon mahdollista ulkokäännöstä ja synnytyksen suunnittelua varten.
- ▶ Jos tarjonta jää epävarmaksi raskausviikoilla 34–35, voidaan tarvita lisäkäynti asian varmentamiseksi.
- ▶ Mahdollisuus ultraäänitutkimukseen perusterveydenhuollossa auttaa poimimaan epäiltyjen joukosta todelliset tarjontapoikkeavuudet, jolloin voidaan välttää tarpeettomia läheteitä äitiyspoliklinikalle.

Lähteet

1. Uotila J. 2006. Raskauden ja synnytyksen hoito sikiön ollessa perätilassa. Suomen Lääkärilehti 61, 1857–61.
2. Hutton E, Hofmeyr G. 2006. External cephalic version for breech presentation before term. Cochrane database Syst Rev 2006.

EPÄSUHTAEPÄILY

Synnytys voi muodostua ongelmalliseksi, jos sikiö on kookas suhteessa lantioon tai lantio on ahdas suhteessa sikiön kokoon. Luisen lantion ohella pehmytkudosten ominaisuudet ja sikiön poikkeavat tarjonnat vaikuttavat lantion kapasiteettiin. Synnytyksen kulun ennustaminen etukäteistutkimuksen perusteella on vaikeaa tai mahdotonta, koska synnytyksen onnistuminen riippuu paljon enemmän kohdun ominaisuuksista ja tarjoutuvan osan laskeutumisesta ja kiertymisestä synnytyksen aikana kuin lantion tai sikiön mitoista. Kuitenkin selvästi ahtaat lantiot tai poikkeavan kookkaat sikiöt pitäisi tunnistaa etukäteen jo neuvolassa, jotta tilanearvio ja hoitosuunnitelma voidaan tehdä synnytyssairaalassa riittävän ajoissa.

Synnytysarvio on kokonaisuus, johon vaikuttavat mahdollinen aikaisempi synnytystyhistoria, sikiön koko, mahdolliset tarjonnan häiriöt, raskaana olevan lantion kapasiteetti ja raskaana olevan muut ominaisuudet. Mahdollinen sokeriaineenvaihdunnan häiriö tulee ottaa huomioon tilannetta arvioitaessa. Naisen pituus on yleensä suorassa suhteessa lantion tilavuuteen, joten keskimääräistä kookkaammilla naisilla ahdas lantio on hyvin epätodennäköinen.

Mahdolliseen epäsuhtaan viittaavia löydöksiä ovat mm. pienikokoinen ja hento raskaana oleva nainen, jonka sikiö vaikuttaa keskikokoiselta tai suurelta, poikkeavan kookas kohtu tai sikiö (> 2 SD) ja diabeetikon tai raskausdiabeetikon kookas sikiö. Samoin epäsuhdasta voi kertoa se, ettei ensisynnyttäjän sikiön pää ole laskeutunut lan-

tioon 38. viikkoon mennessä tai että kliinisessä lantion tutkimuksessa tarjoutuva osa on korkealla ja sormi ulottuu helposti promontoriumiin.

SUOSITUS

- ▶ Jos lantion ja sikiön koon epäsuhdasta herää todellinen epäily, lähe- te äitiyspoliklinikalle erikoissairaanhoidon arvioon tehdään riittä- vän varhain (< 38 vk), jotta synnytyssairaalassa voidaan tehdä ajoissa suunnitelmat raskauden seuraamisesta, synnytyksen käynnistämises- tä tai keisarileikkaukseen ryhtymisestä.
 - ▶ Mahdollinen synnytyspelko tai muu raskaana olevan naisen huoles- tuneisuus voi vaikuttaa ratkaisuun lähettää potilas äitiyspoliklinikal- le erikoissairaanhoidon arvioon loppuraskaudessa.
 - ▶ Raskausviikon 35 jälkeen saatetaan tarvita lisäkäyntejä terveydenhoi- tajan/kättilön tai lääkärin vastaanotolla, jossa arvioidaan sikiön ko- koa, lantiota ja sikiön asettumista lantioon.
-
-

Lähde

1. Maharaj D. 2010. Assessing cephalopelvic disproportion: back to basics. *Obstet Gynecol Surv*, 387–95.

LYHYTJÄLKIHOITAINEN SYNNYTYS

Synnytyksen jälkeinen sairaalassa vietettävä hoitoaika on lyhentynyt viime vuosina. Vuonna 2010 synnyttäjien hoitopäivien keskiarvo synnytyksen jälkeen oli 3,0 vuoro- kautta, kun se vielä 1980-luvun lopulla oli 6,5 vuorokautta.¹ Hoitoaikojen lyhenemi- seen ovat vaikuttaneet mm. taloudelliset tekijät ja asiakkaiden valveutuneisuus sekä itsehoitovalmiuksien ja tiedonsaantimahdollisuuksien lisääntyminen. Palvelujärjestel- missä on vastattu nopeammin kotiutuvien äitien tarpeisiin uudenslaisilla hoitomuo- doilla kuten lyhytjälkihoitoisella synnytyksellä eli LYSY:llä.

LYSY:ssä synnyttänyt äiti ja lapsi kotiutuvat sairaalasta alle 48 tunnin kuluttua syn- nytyksestä. Varhaisimmillaan kotiutua voi kuuden tunnin kuluttua, jolloin puhutaan polikliinisestä synnytyksestä (kuvio 1). Synnyttäneen äidin ja vastasyntyneen seuranta vaihtelevat sen mukaan, kuinka nopeasti synnytyksen jälkeinen kotiutuminen tapah- tuu (kuvio 1). LYSY soveltuu naisille, joiden raskaus ja synnytys ovat olleet säännöllisiä ja joiden vastasyntyneiden voinnissa ei ilmene mitään poikkeavaa ennen kotiutumista.^{2–4} Sairaalakohtaisesti voi olla myös muita LYSY:n kriteereitä sekä äidille että lapselle.

LYSY:n hyödyt

LYSY:ä voidaan tarkastella asiakastyytyväisyyden, taloudellisuuden ja ennen kaikkea turvallisuuden näkökulmista. Varhaiseen synnytyksen jälkeiseen kotiutumiseen liittyy hyvä asiakastyytyväisyys ja palvelujärjestelmän säästöt hoitoaikojen lyhentymisestä.⁵ LYSY huomioi naisten yksilölliset toiveet kotiutumisen ajankohdasta. Vastasyntyneen, äidin ja perheen etuna on mm. se, että koti ympäristönä tarjoaa suojan sairaalabakteereita vastaan.² Lisäksi koti mahdollistaa sairaalaa paremmin lapsentahtisen imetyksen onnistumisen ja tukee varhaisen vuorovaikutuksen kehittymistä ja koko perheen osallistumista.²

LYSY:n mahdolliset riskit

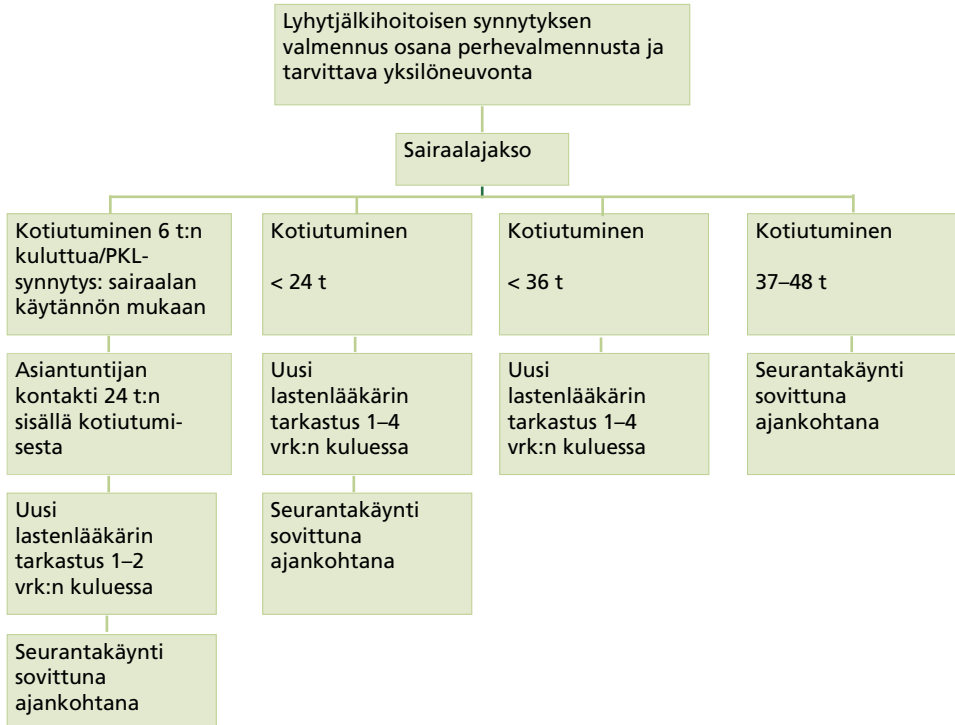
LYSY:n riskit liittyvät erityisesti vastasyntyneen fyysisen voimnin häiriöiden ja synnyttäneen naisen synnytyksen jälkeiseen palautumiseen liittyvien riskien varhaiseen havaitsemiseen ja diagnosointiin. Vastasyntyneeseen liittyviä riskejä ovat esimerkiksi kellastuminen, kuivuminen, matala verensokeri ja infektioriskin viivästynyt diagnosointi, joita voidaan hallita tehokkaan seurannan avulla.² Synnyttäneeseen liittyviä riskejä ovat esimerkiksi pelko selviytymisestä kotioloissa, mahdollinen synnytyksen jälkeinen masennus ja vaikeus tunnistaa synnytyksestä palautumisen häiriöitä.⁶⁻⁷ Edellä kuvattuja seikkoja voidaan vähentää toimivalla seurantajärjestelmällä, johon naiset perheineen kokevat voivansa luottaa.

LYSY-valmentautuminen ja palvelun kriteerit

Varhaiseen synnytyksen jälkeiseen kotiutumiseen valmistautumisen tulisi alkaa jo raskausaikana perhevalmennuksessa ja neuvolakäynneillä. Perheen tulisi perehtyä mm. LYSY:n kriteereihin ja haasteisiin, kuten vastasyntyneen seurantaan (kellastuminen, ravitsemus) ja synnyttäneen oman toipumisen tarkkailuun.^{2, 8} LYSY:n turvallisuus edellyttää, että palvelujärjestelmä tarjoaa vähintään yhden seurantakäynnin joko sairaalassa tai kotona ja että hoito voi jatkua mm. puhelinneuvonnan avulla (kuvio 1).²⁻⁴ Koska osa vastasyntyneen fyysisessä voinnissa mahdollisesti ilmenevistä häiriöistä on harvinaisia, kehitty osaaminen parhaiten potilasmääriltään riittävän suurissa yksiköissä.^{2, 9} Palvelumuodon tarjoaminen edellyttää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön sujuvaa yhteistyötä sekä synnytys sairaalan henkilöstön asiantuntemuksen hyödyntämistä (synnytys- ja lastenlääkärit sekä kätilöt) myös perheen kotiutumisen jälkeen.

Seurantakäynnin merkitys ja sisällöt

LYSY:ssä seurantakäynti on turvallisuuden kannalta erittäin merkittävä (kuvio 1). Vastasyntyneen fysiologian seuranta, imetyksen ja varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen, äidin voimnin seuranta (involuutio) ja synnytyskeskustelu ovat seurantakäynnin keskeiset sisällöt. Seurantakäynti järjestetään joko erikoissairaanhoidossa, neuvolassa tai perheen kotona huomioiden perheen tarpeet, toiveet ja paikalliset resurssit.



Kuvio 1. LYSY:n järjestäminen

SUOSITUS

- ▶ LYSY:ä voidaan suositella alueellisten resurssien mukaisesti naisille, joilla on ollut säännöllinen raskaus ja synnytys, joiden toiveena on nopea kotiutuminen synnytyssairaalasta ja joiden vastasyntyneiden voinnissa ei ilmene merkittävää infektioriskiä, hypoglykemiariskiä, kellastumisriskiä eikä muutakaan poikkeavaa, joka voi olla esteenä varhaiselle kotiutumiselle.
- ▶ LYSY:n onnistumisen turvaamiseksi äitiyshuollon asiantuntijoiden erityisosaamista pidetään jatkuvasti yllä mm. jatko- ja täydennyskoulutuksen ja työkierron avulla.
- ▶ Palveluja kehitetään asiakaslähtöisesti alueellisista lähtökohdista käsin, ja hoidon jatkuvuus synnyttäjälle ja hänen perheelleen turvataan mm. puhelinneuvonnan ja yhtenäisen tiedonkulun avulla. LYSY:stä toivotaan muodostuvan yhtenäinen kokonaisuus ilman organisaatorajoja.
- ▶ On suositeltavaa, että LYSY:n osana on aina vastasyntyneen fyysisen voinnin häiriöiden seuraaminen ja synnyttäneen naisen palautumiseen liittyvien riskien varhainen havaitseminen ja diagnosointi.

Lähteet

1. THL, 2011. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet. Tilastoraportti (päiv. 23.6.2011). http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr26_10.pdf.
2. Tammela O. 2008. Varhain kotiutuvan vastasyntyneen seuranta. Suomen Lääkärilehti, 63(7), 633–636.
3. Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. 2002. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. Cochrane Database Syst Rev (3):CD002958 [Review content assessed as up-to-date: 30 November 2008].
4. Grullon KE, Grimes DA. 1997. The safety of early postpartum discharge: a review and critique. Obstet Gynecol 90(5), 8608–65.
5. Sainz Bueno JA, Romano MR, Teruel RG, Benjumea AG, Palacín, González, Manzano. 2005. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. American Journal of Obstetrics and Gynecology 193, 714–726.
6. Löf M, Crang Svalenius E, Persson EK. 2006. Factors that influence first-time mothers' choice and experience of early discharge. Scandinavian Journal of Caring Science, 20, 323–330.
7. McLachlan HL, Gold L, Forster DA, Yelland J, Rayner J, Rayner S. 2009. Women's views of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia. Women and Birth, 22(4), 128–133.
8. The Joanna Briggs Institute. 2011. Midwifery Practice Manual. Postnatal Care.
9. Lehtonen L. 2008. Varhain kotiutuneen vastasyntyneen seuranta vaatii ammattitaitoa ja kokemusta. Suomen Lääkärilehti, 63(8), 732.

KOTISYNNYTYS

Suunniteltu kotisyntyys

Suunniteltu kotisyntyys tarkoittaa sitä, että nainen synnyttää suunnitellusti omassa kodissaan tai valitsemassaan paikassa, muualla kuin sairaalassa tukeaan synnytyksen hoidon ammattilainen, kätilö ja/tai lääkäri. Suunniteltu kotisyntyys sisältää synnytyksen suunnittelun ja kaikki käytännön järjestelyt, jotka on aloitettava hyvissä ajoin. Suomessa näistä järjestelyistä vastaa perhe itse. Suomessa suunniteltuja kotisyntytyksiä on 0,02 % kaikista synnytyksistä. Vastaava osuus on esim. Ruotsissa 0,1 %, Tanskassa 0,9 % ja Islannissa 1,8 %.¹ Kotisyntyttäjien tai vastasyntyneiden sairaalasiirtotarve on noin 12 %.^{2–3}

Tutkimustulokset kotisyntytyksen turvallisuudesta ovat ristiriitaisia. Terveen, matlan riskin synnyttäjän kuolemanriski ja lapsen neonataalikuoleman riski ovat samansuuruisia kuin vastaavan ryhmän sairaalasyntytyksissä.^{4–6} Toisaalta kotisyntytyksen on todettu altistavan alhaisille Apgar-pisteille ja nostavan perinataali- tai neonataalikuolleisuuden riskiä.^{7–9} Kotisyntytyksen yhteydessä nopea ja turvallinen siirtyminen synnytyssairaalaan suunnitellaan huolellisesti etukäteen, sillä lääketieteellisillä toimenpiteillä, kuten keisarileikkauksella, voidaan tarvittaessa merkittävästi vähentää äitiys- ja perinataalikuolleisuutta.¹⁰

SUOSITUS

- ▶ Sairaalaan suositellaan ensisijaiseksi synnytyspaikaksi kaikille synnyttäjille.
- ▶ Jos synnyttäjä/perhe kuitenkin vakaasti aikoo synnyttää kotona, heille annetaan asiallista tietoa kotisyntytykseen liittyvistä riskeistä, synnyttäjään ja raskauteen liittyvistä kriteereistä ja juridisista kysymyksistä.
- ▶ Kotisyntytystä suunnittelevan raskaana olevan suositellaan olevan perusterve uudelleensynnyttäjä eli ns. matalan riskin synnyttäjä. Matalan riskin synnyttäjällä tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, ettei raskaana olevalla ole perussairauksia, raskaus on yksisikiöinen, sikiö on päätillassa, raskauden kulku on säännöllinen eikä raskaana oleva ole streptokokkiantigeeni B-positiivinen. Raskaana olevalla ei ole suositeltavaa olla aikaisempia keisarileikkauksia eikä imukuppisyntytyksiä. Synnytyksen tulee tapahtua täysiaikaisena, mutta ei yliaikaisena (38⁺⁰–41⁺⁶).
- ▶ Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus antaa perheelle puolueetonta tietoa kotisyntytyksestä, kotisyntytykseen liittyvistä riskeistä ja käytännön järjestelyistä, koska kotisyntytykseen liittyvä vastuu on pääsääntöisesti perheellä. Osapuolten (terveydenhuollon ammattihenkilön ja synnyttävän naisen ja/tai perheen) suositellaan allekirjoittavan kotisyntytykseen liittyvä sopimus. Sopimus ei poista lakiin perustuvia terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuuksia, mutta se voi vahvistaa terveydenhuollon ammattihenkilön oikeusturvaa tilanteessa, jossa osapuolet ovat eri mieltä siitä, oliko perhe tietoinen kotisyntytykseen mahdollisesti liittyvistä riskeistä.
- ▶ Jos kotisyntytykseen päädytään, perhe järjestää synnytykseen avuksi kaksi terveydenhuollon ammattihenkilöä (tässä suosituksessa terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan kättilö/kättilö- tai kättilö/lääkäri-paria), jotka osaavat hoitaa synnytyksen ja tarvittaessa elvyttää vastasyntyneen ja huolehtia sekä äidin että vastasyntyneen hyvinvoinnista ja toipumisesta. Perhe tai synnytystä hoitamaan tulevat terveydenhuollon ammattihenkilöt järjestävät tarvittavan välineistön. Perheellä tai terveydenhuollon ammattihenkilöillä ei ole oikeutta saada välineitä perusterveydenhuollosta tai erikoissairaanhoidosta.
- ▶ Terveydenhuollon ammattihenkilö on terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain¹¹ mukaisesti velvollinen huolehtimaan vakuuttamisvelvollisuudestaan potilasvahinkolaissa¹² tarkoitettujen henkilövahinkojen varalta. Suositeltavaa on, että mahdollisesti tarvittava siirto kotoa sairaalaan voidaan toteuttaa mahdollisimman no-

peasti, alle kahdessakymmenessä minuutissa. Epäiltäessä mahdollisia komplikaatioita, sairaalaan lähdetään herkästi. Mikäli siirtoon tarvitaan ensihoitopalvelua, soitetaan yleiseen hätänumeroon 112. Ensihoidon saapumiseen kuluva aika alueella on syytä ottaa huomioon.

- ▶ Terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot.¹³ Synnytyssairaalaa informoidaan kotisyntyysuunnitelmasta synnyttäjän suostumuksella. Synnyttäjistä ja vastasyntyneestä tehdään erilliset potilasasiakirjat. Kotisyntytykseen liittyvät potilasasiakirjat ovat yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa¹⁴ tarkoitettuja asiakirjoja, joita koskevat säännökset yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottajasta ja itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivasta terveydenhuollon ammattihenkilöstä. Potilasasiakirjojen asianmukaisesta käsittelystä, tietosuojasta ja -turvasta sekä potilastietojen salassa pidosta ja luovuttamisesta vastaa kyseinen terveydenhuollon toimintayksikkö tai terveydenhuollon ammattihenkilö potilasasiakirjoista annetun asetuksen¹⁵ ja potilasasiakirjaoppaan¹⁶ mukaisesti.
- ▶ Vastasyntyneelle tehdään happisaturaatioseulontatesti vastasyntyneen alaraajasta noin kahden tunnin iässä (happisaturaatio yli 95 %). Jos happisaturaatio on alle suosituksen, otetaan yhteys synnytyssairaalaan.
- ▶ Terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi kotona syntyneen vastasyntyneen voinnin (hengitys, syöminen, erittäminen) ainakin kerran vuorokaudessa lastenlääkärin tarkastukseen asti.
- ▶ Synnytyksen hoitanut terveydenhuollon ammattihenkilö ilmoittaa viipymättä lapsen syntymään liittyvät tiedot suoraan maistraattiin. Tieto lapsen syntymästä ilmoitetaan väestötietojärjestelmään viimeistään synnytystä seuraavana arkipäivänä. Ammattihenkilö huolehtii myös syntymärekisteri-ilmoituksesta esimerkiksi lähettämällä tiedot paperisella lomakkeella THL:lle.
- ▶ Asioiden sujumisen varmistamiseksi vanhemmat tai kättilö ottavat yhteyttä synnytyssairaalaan 2–4 vrk kuluttua syntymästä. Vaikka lastenlääkärin tarkastus on luonteeltaan kiireetöntä hoitoa, se on välttämätön tutkimus. Neuvolan tai yksityissektorin lääkäri voi kirjoittaa lähetteen etukäteen, jolloin vastasyntyneen tarkastuksesta ja tutkimuksista sovitaan synnytyssairaalan kanssa. Lastenlääkärin tarkastuksen yhteydessä arvioidaan tarve fenylketonuria-näytteelle, jolla seulotaan perinnöllistä, Suomessa harvinaista aineenvaihduntasairautta (PKU). Lisäksi arvioidaan Calmette-rokotteen tarve, ellei tätä

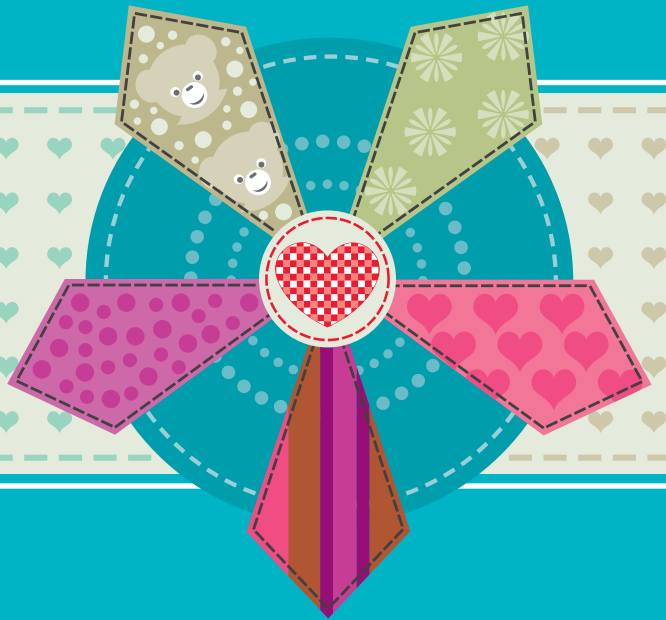
ole jo tehty neuvolassa. Kuulo tutkitaan normaalisti OAE-laitteella. Koska ensisijainen vastuu lapsen voinnin tarkkailusta kotisyntytyksen jälkeen on vanhemmilla, synnytyksen hoitaneet ammattihenkilöt ohjeistavat perhettä tarkkailemaan lasta (ks. luvut Lyhytjälkihoitoisen synnytys ja Vastasyntyneen seuranta) ja ottamaan yhteyttä tarvittaessa lastenlääkäriin.

- ▶ Napaseerumista otettavan tyreotropiini (TSH)-näytteen, vastasyntyneiden hypotyreoosin seulonta, ottamisesta vastaa synnytystä hoitava terveydenhuollon ammattihenkilö. Jos raskaana oleva on Rh-negatiivinen, kättilö huolehtii myös napaverestä otettavista veriryhmä ja Rh (E-ABORh) -näytteistä. Kaikkien näytteiden asianmukaisesta käsittelystä, säilyttämisestä ja eteenpäin toimittamisesta ja tulosten tarkistamisesta vastaa terveydenhuollon ammattihenkilö. Terveydenhuollon ammattihenkilö toimittaa näytteet sovittuun laboratorioon. Laboratoriota informoidaan näytteistä hyvissä ajoin ennen laskettua aikaa. Viimeistään näytteen toimittamisen yhteydessä sovitaan, kehen otetaan yhteys, jos näytteen tulos poikkeaa viitearvoista tai vaatii jatkotoimenpiteitä.
- ▶ Jos Rh-negatiivisen äidin lapsi todetaan Rh-positiiviseksi, äiti tarvitsee anti-D-immunoglobuliinisuojaus 72 tunnin kuluessa synnytyksestä. Riittävän nopeasta lapsen veriryhmävastauksen tarkistamisesta, immunoglobuliinin hankkimisesta ja äidin immunoglobuliinisuojauksesta huolehtii synnytyksen hoitanut terveydenhuollon ammattihenkilö.

Lähteet

1. Gissler M. 2012. THL. Henkilökohtainen tiedonanto.
2. Lindgren HE, Rådestad IJ, Hildingsson IM. 2011. Transfer in planned home births in Sweden – effects on the experience of birth: A nationwide population-based study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2, 101-105.
3. Johnson KC, Davis B-A. 2005. Outcomes of planned home births with certified professional mid-wives. Large prospective study in North America. *British Medical Journal* 330, 1416–1419.
4. RCOG and Royal College of Midwives. 2007. Joint statement No.2: Home Births. <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/home-births>. Sivut julkaistu 1.4.2007. Luettu 31.1.2012.
5. de Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, Bennebroek-Gravenhorst J, Buitendijk SE. 2009. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 116 (9), 1177–1184.
6. Olsen O, Clausen JA. 2012. Planned hospital birth versus planned home birth (Review). *The Cochrane Collaboration*.
7. Pang JW, Heffelfinger JD, Huang GJ, Benedetti TJ, Weiss NS. 2002. Outcomes of planned home births in Washington State: 1989-1996. *Obstetrics and Gynecology*, 100(2), 253-9.
8. Silveira MJ, Copeland LA, Feudtner C. 2006. Likelihood of homebirth death associated with local rates of home birth: influence of local area healthcare preferences on site of death. *American Journal of Public Health* 96 (7), 1243–1248.
9. Wax JR., Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Carlin A, Blackstone J. 2010. Maternal and newborn

- outcomes in planned home birth vs. planned hospital births: a meta-analysis. *Am.J.Obstet.Gynecol.Sep*;203(3):243.e1–243.e8.
10. Darmstadt GL, Yakoob MY, Haws RA, Menezes EW, Soomro T, Bhutta ZA. 2009. Reducing stillbirths: interventions during labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9 (Suppl 1):S6.
 11. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994).
 12. Potilovahinkolaki (585/1986).
 13. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).
 14. Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990).
 15. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009).
 16. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4.



13 VASTASYNTYNEEN SEURANTA

Hengitys ja verenkierto

Syntymähetkellä käynnistyy vastasyntyneen hengityksen ja verenkierron sopeutuminen kohdun ulkoiseen elämään. Synnytyssairaalassa mitataan noin kahden tunnin iässä sekä ylä- että alaraajan happisaturaatiot, joiden pitäisi olla normaalisti vähintään 95 %. Mittauksella seulotaan avoimesta valtimotiehystä riippuvaisia synnynnäisiä sydänvikoja.¹ Vastasyntynyt hengittää 40–60 kertaa minuutissa, ja sydämen syke on noin 120–140 minuutissa, mutta vaihtelee runsaasti vireystason mukaan. Poikkeavaa on, jos syke on pysyvämmiin alle 80 tai yli 180 minuutissa. Poikkeava hengitystiheys ja/tai pulssi voivat olla oireita sekä hengitysteiden että verenkierron ongelmasta. Hengitystä voi ahtauttaa iso tai taakse painunut kieli pienileukaisella lapsella tai kurkunpään tai henkitorven synnynnäinen pehmeys (malasia), jossa rustoiset rakenteet painuvat kasaan. Tuolloin etsitään lapsen kannalta suotuisin nukutusasento, jossa hengitys sujuu parhaiten. Nenän kautta hengittämisen pitää onnistua lapsen syödessä ja unessa. Tukkoisuuteen annetaan tarvittaessa keittosuolatippoja sieraimiin.

SUOSITUS

- ▶ Vastasyntyneen hengityksen ja verenkierron seuranta jatketaan kotikäynneillä ja neuvolassa.
- ▶ Jos lapsella epäillään hengityskatkoja tai havaitaan selvä hengityksen ja sykkeen poikkeavuus, hänet lähetetään lastentautien päivystyspoliklinikalle.

Ravitsemus ja paino

Vastasyntyneen paino laskee kolmen vuorokauden ikään saakka. Normaalina pidetään alle 10 % painonlaskua. Lapsi on syntymäpainossaan noin 10–14 vuorokauden iässä. Jos lapsi on syntynyt keisarileikkauksella, paino putoaa nopeammin ja enemmän sekä nousee hitaammin kuin alatiesynnytyksen jälkeen. Alipainoisina tai laihoina syntyneiden lasten paino laskee tavallista vähemmän ja nousee nopeammin kuin normaalipainoisten. Jos paino laskee yli 10 %, syynä on usein vajaasyöttö: lapsi imee tehottomasti tai maitomäärät ovat riittämättömiä. Tuolloin annetaan lisämaitona pumpattua äidinmaitoa tai korvikemaitoa tarvittavan ajan. Rintaruokinnan tukemiseksi ja painon seuraamiseksi osassa neuvoloista on asiakasvaaka, jolla vanhemmat voivat käydä itse punnitsemassa lapsen ja tekemässä syöttöpunnituksia. Maitomäärien suurentuessa vauva

ulostaa maitoulostetta ja virtsan määrät suurenevät niin, että 4–5 vaippaa kastuu vuorokaudessa.

SUOSITUS

- ▶ Vastasyntyneen painon seurantaan jatketaan kotikäynneillä ja neuvolassa.
 - ▶ Jos lapsen paino laskee yli 12 % syntymäpainosta tai lapsi ei ole kolmen viikon ikään mennessä syntymäpainossa, hänet lähetetään lastentautien päivystyspoliklinikalle.²
 - ▶ Jos lapsen oksennukset ovat verisiä, vihreitä, runsaita tai suihkumaisia tai jos ne alkavat syömisen aikana, lapsi lähetetään kiireellisesti lastentautien päivystyspoliklinikalle. Jos lapsen painonnousu kärsii pulauteluista, hänet lähetetään kiireettömästi lastentautien poliklinikalle.
-
-

Vastasyntyneen ongelmia

Keltaisuus

Yli puolet suomalaisista vastasyntyneistä kellastuu 2–7 päivän iässä, ja sinivalohoitoa saa viisi prosenttia.³ Keltaisuutta aiheuttaa bilirubiini, jota vapautuu verenkiertoon punasolujen hajoamistuotteena. Fysiologinen keltaisuus ilmaantuu toisena elinpäivänä. Se on voimakkaimmillaan noin neljän vuorokauden iässä ja häviää 1–2 viikon ikään mennessä.

Varhaista, poikkeavaa keltaisuutta eli hyperbilirubinemiaa aiheuttavat veriryhmäimmunisaatiot, joissa äidin ja lapsen veriryhmätekijät poikkeavat toisistaan ja äidistä istukan kautta lapseen kulkeutuneet veriryhmävasta-aineet hajottavat lapsen punasoluja. Yleisimpiä ovat rhesusimmunisaatio (rhesusnegatiiviselle äidille on muodostunut anti-Rh-D-vasta-aineita) ja ABO-immunisaatio (O-veriryhmään kuulualle äidille on muodostunut anti-A- tai -B-vasta-aineita). Hoitoa vaativaa hyperbilirubinemiaa esiintyy myös lapsilla, jotka ovat ennenaikaisia tai kuivuneita tai joilla on infektio, verenvuotoja, vatsanvetovaikeutta tai periytyvä punasolujen hajoamisalttisuus solujen pallomaisuuden vuoksi (sferosytoosi). Pitkittänyt keltaisuus on yleisimmin rintamaitokeltaisuutta, jonka syytä ei tunneta. Useimmiten tilanne menee ohi itsestään eikä imetystä tarvitse keskeyttää. On hyvä tarkastaa, ettei lapsella ole muita keltaisuuden syitä, kuten (virtsatie)infektiota, sappitieatresiaa tai hypotyreoosia. Voimakkaassa hyperbilirubinemiassa bilirubiinia kertyy aivotumakkeisiin, ja tila voi johtaa kuulon alenemaan ja neurologisiin vammoihin. Hoidon ansiosta tätä ns. kernikerusta ei ole tavattu Suomessa vuosikymmeniin.

SUOSITUS

- ▶ Jos lapsi on keltainen, yleistila tutkitaan mahdollisen sairauden toteutemiseksi ja paino tarkastetaan kuivumisen poissulkemiseksi. Lapsi lähetetään tarvittaessa lastentautien päivystyspoliklinikalle. Tarvittaessa aloitetaan sinivalohoito joko sairaalassa tai kotona erikoissairaanhoidon käytännöistä riippuen.
 - ▶ Veriryhmäimmunisaation jälkeen veren hemoglobiinipitoisuutta seurataan neuvolassa 2–3 viikon iästä lähtien parin viikon välein anemiariskin vuoksi. Seuranta jatketaan, kunnes hemoglobiini alkaa nousta, eli noin kahden kuukauden ikään asti. Jos hemoglobiini laskee alle 90 g:aan/l, otetaan yhteys lastentautien poliklinikalle.
-
-

Ennenaikaisena syntyneet lapset

Lähes kaikkia ennen raskausviikkoa 35⁺⁰ syntyneitä lapsia hoidetaan aluksi lastenosastolla. Kotiutuksen edellytyksenä on, että lapsen ravinnonsaanti on turvattu (kotiutusvaiheessa voi olla nenämahaletku), hän pitää lämpönsä ja on hyväkuntoinen. Ennenaikaisilla lapsilla painonlasku on suhteessa runsaampaa kuin täysiaikaisilla. Ennenaikaiset tavoittavat syntymäpainonsa myöhemmin, kuitenkin kahdessa viikossa. He väsyvät syödessään, ja usein ateriovälit ovat korkeintaan kolme tuntia, kunnes täysiaikaisuus on saavutettu. Ennenaikaisen lapsen paino tarkistetaan aluksi 1–2 viikon välein.

Ennenaikaiset lapset tarvitsevat useammin ja pidempään sinivalohoitoa kuin täysiaikaiset. He tarvitsevat unta täysiaikaisia lapsia enemmän, ja he myös jäätyvät helpommin. Ennenaikaisia lapsia voidaan ulkoiluttaa yleensä sitten, kun syntymäpaino on saavutettu ja/tai he painavat yli 2 500 g. Infektion riski on heillä suurempi kuin täysiaikaisilla.

SUOSITUS

- ▶ Alle 1 800 g syntyessään painanut lapsi saa kotiutusvaiheessa erityisravitsemusta erillisen ohjeen mukaan. Alle 2 500 g painaneille ohjelmoidaan sairaalasta rautaprofylaksi.⁴
 - ▶ Ennenaikaisena syntyneiden kasvukäyrä piirretään lasketun ajan mukaan. Neurologista kehitystä arvioidaan myös lasketusta ajasta korjatun iän mukaisesti.
 - ▶ Ennenaikaisina syntyneet lapset rokotetaan normaalisti kalenteri-iän mukaan. Rotarokotuksen voi antaa 14 kalenteriviikon ikään asti.⁵
-
-

Infektiot

Paikallisinfektiot

Märkärakkula- eli pemfigustauti on ihon stafylokokkibakteerin aiheuttama. Kirkkaat, vetiset rakkulat muuten terveellä iholla voivat olla herpesviruksen aiheuttamia. Pemfigusta hoidetaan antiseptisin kylvetyksin ja paikallisantibiootein. Navan aseptiseen hoitoon kiinnitetään erityistä huomiota. Suun kautta annettava antibioottihoito aloitetaan, jos märkärakkuloita on kasvoilla tai tauti on levinnyt laajalle.

Jos vastasyntyneellä esiintyy ensimmäisinä elinpäivinä rajuoireista silmien sidekalvotulehdusta eli konjunktiviittia, voi kyseessä olla harvinainen tippurikonjunktiviitti, jota hoidetaan sairaalassa paikallis- ja yleisantibiootein. Myöhemmin, 5–7 päivän jälkeen ilmaantuvassa klamydiakonjunktiviitissa tyypillistä on liimamainen ja runsas erite. Klamydiakonjunktiviitin hoidoksi annetaan antibioottisilmätipat ja suun kautta antibioottia pneumonian ehkäisemiseksi.

SUOSITUS

- ▶ Paikallisinfektion leviämisen ehkäisyssä on tärkeää tarkka käsihygienia.
 - ▶ Vastasyntynyt, jolla epäillään herpesinfektiota, lähetetään välittömästi lastentautien päivystyspoliklinikalle.
 - ▶ Tavanomaisen konjunktiviitin antibioottitippahoito aloitetaan, jos tilanne pahenee tai pitkittyy.
-
-

Yleisinfektiot

Vastasyntyneiden tavallisin yleisinfektion aiheuttaja on äidin normaalibakteerikannasta saatu B-ryhmän streptokokki, GBS. Infektion ehkäisemiseksi annetaan tietyille synnyttäjille (ks. luku Seulottavat infektiot) synnytyksen aikana antibioottiestolääkitys. Infektio-oireita voivat olla kätttyisyys, käsittelyarkuus tai velttous, kouristelut, huono syöminen, oksentelu, kuume tai alilämpö, tihentynyt hengitys, valittava hengitys tai hengitystauot. GBS-taudin varhainen muoto tulee 0,4–0,7:lle 1 000 vastasyntyneestä.⁶ Varhaisen sepsiksen oireet alkavat yleensä vuorokauden ikään mennessä. Myöhäisen GBS-taudin oireet alkavat aikaisintaan viikon iässä ja myöhäisintään kahden, jopa kolmen kuukauden iässä. Tautia esiintyy 0,4:llä 1 000 vastasyntynyttä kohti, eikä äidille annettu antibioottiestolääkitys vaikuta sen esiintyvyyteen.⁶ Myös herpesvirusinfektio aiheuttaa yllä kuvattuja yleisoireita, usein kouristuksia ja harvemmin ihon vesirakkuloita. Oireet tulevat tyypillisesti 1–2 viikon iässä. Lapsi voi saada tartunnan synnytyk-

sessä useimmiten täysin oireettomalta, mutta elämänsä ensimmäistä kertaa synnytyksen tienoilla sairastuneelta äidiltään.⁷

SUOSITUS

- ▶ GBS-tauti voi edetä nopeasti, joten kaikki alle 1–2 kuukauden ikäiset kipeät tai kuumeilevat lapset on syytä ohjata välittömästi lastentautien päivystyspoliklinikalle.⁸
- ▶ Herpestartunta epäiltäessä lapsi lähetetään välittömästi lastentautien päivystyspoliklinikalle.

Hengitystieinfektiot

Ylähengitysteiden limaisuus voi haitata lapsen yleistilaa, syömistä ja nukkumista. Jos lapsella on krooninen keuhkosairaus, kuten bronkopulmonaalinen dysplasia, voi hengitystieinfektio olla tavallista vaikeampi. Jos hengitystieinfektion taustalla on hinkuyskä, RS-virusinfektio tai influenssavirus, lapsi voi tarvita sairaalahoitoa. Imeväisen influenssatartunta pyritään diagnosoimaan nopeasti, jotta voidaan tarvittaessa aloittaa antiviraalinen lääkytys, joka lyhentää taudin kestoa ja vähentää korvatulehduksia.⁹

SUOSITUS

- ▶ Vastasyntyneen infektioltistusta vältetään ja huolehditaan hyvästä käsihygieniasta.

Synnytysvammat

Synnytysvammat voivat aiheuttaa kipuja tai rajoittaa lapsen liikkeitä. Solisluun murtumassa lapsi voi roikottaa yläraajaansa kivun takia. Lasta hoidettaessa vältetään kipua aiheuttavia liikkeitä, itse kipulääkkeitä ei yleensä tarvita. Murtumakohdassa on aluksi turvotusta ja ritinää, myöhemmin siihen tulee uudisluun aiheuttama kyhmy, joka häviää kuukausien kuluttua. Solisluun murtuma paranee itsestään ja on kivuton viikon kuluttua. Erbin paresi eli olkahermopunoksen halvaus voi liittyä solisluun murtumaan. Sitä esiintyy lähinnä lapsilla, joiden hartoiden ulosautto on ollut hankala. Lapsen yläraaja on veltto. Erbin paresisissa lapsi useimmiten tarttuu sormin, liikuttelee rannettaan

ja koukistaa kyynärniveltä. Yläraajan nosto on kuitenkin vajaa, ja se tulee esiin epäsymmetrisenä Moron heijasteena. Viidesosalle lapsista jää jonkinlainen haitta, kuten liikerajoitus tai tuntohäiriö.¹⁰ Imukupin kiinnityskohtaan muodostuva pahka/turvotus häviää vuorokaudessa. Pään synnytyspahka muuttuaan ensi päivinä ja paranee parissa kuukaudessa.

SUOSITUS

- ▶ Jos synnytyspahka on iso, lapsi voi kellastua runsaammin pahkaan vuotaneen veren takia. Jos pään iho on rikki, se pidetään kuivana ja puhtaana.
 - ▶ Jos lapsella todetaan Erbin pareesi, fysioterapeutti antaa sairaalassa vanhemmille ohjeita lapsen käsittelemiseen ja lastenortopedi tai -kirurgi vastaa jatkoseurannasta.
-
-

Epämuodostumat

Kolmella prosentilla lapsista on merkittävä epämuodostuma.¹¹ Kaikki epämuodostumat eivät ole näkyviä, eikä niitä voida aina havaita synnytys sairaalassa. Havaittujen epämuodostumien lisäselvitykset tehdään tai suunnitellaan ennen kotiutusta.

Merkittäviä synnynnäisiä sydänvikoja esiintyy noin kahdeksalla lapsella tuhannesta. Sydänvika voi löytyä sivuäänien, nopean hengityksen, syanoosin, alentuneen happisaturaation, väsymisen tai huonon syömisen ja voimien perusteella. Tietty sydänvialle voivat antaa oireita vasta kotona. Synnynnäisistä sydänvikoista 20–40 % on kammioväliseinäaukkoja. Kookkaankin kammioväliseinän aiheuttama sivuääni voi ilmaantua vasta kotiutumisen jälkeen, kun keuhkojen verenkierron vastus on pienentynyt. Aortan koarktation (synnynnäisistä sydänvikoista 6–7 %) oireet voivat tulla vasta kotona, jos avoin valtimotiehyt sulkeutuu vasta silloin. Koarktation aiheuttamat oireet kuten hengästyminen ja väsyminen voivat edetä nopeasti ja reisivaltimoiden syke on hento tai puuttuu. Kaikille vastasyntyneille, joilla epäillään merkittävää sydänvikaa tai joilla on siihen sopivia oireita, tehdään sydämen ultraäänitutkimus. Tavallisia synnynnäisiä sydänvikoja ovat myös avoin valtimotiehyt ja eteisväliseinäaukko. Jälkimmäinen saatetaan todeta vasta aikuisiällä. Niitä on kaikista synnynnäisistä sydänvikoista 4–5 %. Down-syndroomaa sairastavilla lapsilla todetaan sydänvika 40 %:lla. Suurten suonten transpositio muodostaa 6–7 % ja vasemman kammion hypoplasiaoireyhtymä 7–9 % kaikista synnynnäisistä sydänvikoista. Synnynnäisten sydänvikojen leikkaushoito on keskitetty Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Lasten ja nuorten sairaalaan. Synnynnäisten sydänvikojen ennuste on nykyisin varsin hyvä.¹²

Synnyynnäinen lonkan sijoiltaanmeno esiintyy noin yhdellä sadasta vastasyntyneestä. Se tulisi havaita lapsen kotiinlähtötarkastuksessa. Valtaosa stabiloituu pian syntymän jälkeen. Jos lonkka on kahden viikon iässä epävakaa tai luksoitavissa, asetetaan lapselle 6–8 viikoksi lastahoito. Seuranta ja hoito tapahtuvat lastenortopedin tai -kirurgin toimesta. Myöhään todettu lonkkaluksaatio vaatii pitempikestoisen ja mahdollisesti kirurgisen hoidon.¹³ Hoitamattomana lonkkaluksaatio aiheuttaa lapselle raajalyhenemän ja ontuvan kävelyn. Kampurajalkaa aletaan hoitaa ensi päivinä lastoituksella. Raajaepämuodostumien kirurginen hoito tapahtuu myöhemmin.

Laskeutumaton kives todetaan 4–5 %:lla vastasyntyneistä pojista. Jos kumpikaan kives ei ole laskeutunut ja/tai penis on pieni, lapselle tehdään endokrinologisia perusselvittelyjä. Munuaisepämuodostumat, jotka eivät vaikuta virtsan tuloon, tutkitaan sairaalassa ultraäänellä lähipäivinä syntymän jälkeen. Tarvittaessa aloitetaan virtsatietulehduksen estolääkitys. Jos tällainen lapsi kuumeilee, häneltä tutkitaan virtsanäyte virtsatieinfektion poissulkemiseksi.

Huuli-suulakihalkiolapset kotiutuvat yleensä tavallista myöhemmin, koska syöminen opettelu voi olla haasteellista. Jos suulakihalkio on suuri, imetys ei aina onnistu ja lapselle annetaan lypsettyä äidinmaitoa pullosta. Syöttämiseen voidaan tarvita erityistuttia ja erityisohjausta. Synnytyssairaaloiden yhteyshoitaja antaa perheelle halkioon ja lapsen hoitoon liittyvää ensitietoa. Suomessa syntyy noin 25 halkiolasta 10 000 vastasyntyntä kohti. Heidän hoitonsa on keskitetty Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Huuli-suulakihalkiokeskukseen ja Oulun yliopistolliseen keskussairaalaan.

Kireä kielijänne on jopa 4 %:lla vastasyntyneistä.¹⁴ Jos se haittaa imemistä, lääkäri voi katkaista sen. Jos lapsella on silmän tai korvan rakennepoikkeavuus, tehdään lähe- te kyseisen alan erikoislääkärille.

SUOSITUS

- ▶ Jos lapsella todetaan sydänvikaan viittaavia löydöksiä (sivuääni, tiheä hengitys, alentunut happisaturaatio, mahdollisesti syanoosi, huonot reisivaltimopulssit) tai lapsi menestyy huonosti (paino ei nouse, lapsi rasittuu herkästi tai ei jaksa syödä), lapsi lähetetään välittömästi lastentautien päivystyspoliklinikalle.
 - ▶ Jos neuvolaseurannassa lonkkien liikkuvuus ja abduktio (loitonnus) ovat epäsymmetrisiä, suositellaan lastenortopedin tai -kirurgin tarkastusta.
 - ▶ Jos kives ei ole laskeutunut 6 kuukauden ikään mennessä, tehdään lähe- te lastenkirurgin arvioon.¹⁵
-
-

Kätkykuolema

Kätkykuolemat ovat vähentyneet sen jälkeen, kun lapsia on alettu nukuttaa selällään.¹⁶ Kätkykuolemia esiintyy Suomessa 10–20 vuodessa. Riskitekijöitä ovat mm. ennenaikaisuus ja äidin tupakointi. Mukaan tarvitaan piilevä alttius ja jokin laukaiseva ulkoinen tekijä. Tutin käyttö sen jälkeen, kun lapsi on oppinut imemään rintaa, vähentää riskiä.¹⁶ On myös viitteitä siitä, että vauvan nukkumiseen vanhempien vieressä liittyisi suurentunut kätkykuoleman riski etenkin alle 3 kuukauden ikäisillä vauvoilla, vaikka vanhemmat eivät tupakoisi tai käyttäisi alkoholia.¹⁷

Synnytyssairaalassa otettavat näytteet, erityistutkimukset ja rokotukset

Kaikille lapsille annetaan syntymän jälkeen lihaksensisäinen K-vitamiinipistos K-vitamiinin puutoksesta johtuvan verenvuotoalttiuden ehkäisemiseksi. Jos vanhemmat kieltävät pistämisen, rintaruokinnalla oleville lapsille K-vitamiinia tulee antaa suun kautta useamman viikon ajan. K-vitamiinilääkitys ja vuototaipumuksen seurantaohjeet tehdään synnytyssairaalassa. Äidinmaitokorvikkeiden K-vitamiini suojaa pulloruokinnalla olevaa lasta verenvuototaudilta. Myöhemmin lapsen oma suolistobakteerikanta alkaa tuottaa K-vitamiinia.

Synnytyksen kilpirauhasen vajaatoiminnan (1:3 000) toteamiseksi määritetään kaikkien vastasyntyneiden napaverestä TSH-pitoisuus. Tyroksiinihoito aloitetaan yli 72 tunnin iässä otetun kontrollinäytteen jälkeen. Kilpirauhasen vajaatoimintaa seurataan lastentautien poliklinikalla.

Rhesusnegatiivisten äitien lapsilta tutkitaan syntymän jälkeen veriryhmä ja Rh-tekijä. Jos lapsella on veriryhmäimmunisaatio ja Coombsin koe on positiivinen, tutkitaan hemoglobiini ja seurataan kellastumista.

Fenylketonurian eli PKU:n toteamiseksi otetaan lapsesta verinäyte 2–5 vuorokauden iässä, jos molemmat vanhemmat ovat ei-suomalaisyntyisiä. Suomalaisväestössä PKU on erittäin harvinainen. Normaalin kehityksen takaamiseksi PKU-lapselle aloitetaan varhain ruokavaliohoito. Seuranta tapahtuu lastentautien poliklinikalla. Maahanmuuton myötä suomalaisväestö muuttuu, ja tulevaisuudessa vastasyntyneiden aineenvaihduntasairauksia seulotaan mahdollisesti laajemmin.¹⁸

Kuulontutkimus tehdään kaikille vastasyntyneille. Huonokuuloisuutta on 1–3 vastasyntyneellä tuhannesta.¹⁹ Yleisimmin tehdään otoakustinen emissiotutkimus. Tulos voi olla epäluotettava ensimmäisen vuorokauden aikana, kun välikorvassa on vielä nestettä. Jos kuulovastetta ei saada esiin uusintatutkimuksessa 1–2 viikon iässä, tehdään lähete kuulontutkimusyksikköön.

Tuberkuloosi- eli BCG-rokotus annetaan synnytyssairaalassa, jos toinen tai kumpikin vanhemmista on kotoisin maasta, jossa tuberkuloosia esiintyy, tai perhe on muuttamassa sellaiseen maahan vuoden aikana, tai jos lapsen lähipiirissä asuu taudin sairastanut henkilö.²⁰

Jos äiti on B-hepatiitin kantaja, lapselle annetaan heti syntymän jälkeen B-hepatiitivasta-ainetta ja B-hepatiittirokote. Jatkossa neuvolassa annetaan rokotesarjan viimeiset kolme rokotetta. B-hepatiittirokotesarjaa suositellaan myös, jos joku perheenjäsen on B-hepatiitin kantaja tai käyttää ruiskuhoumeita tai jos äiti on C-hepatiitin kantaja. Tuolloin riittää kolmen rokotteen perussarja.²⁰

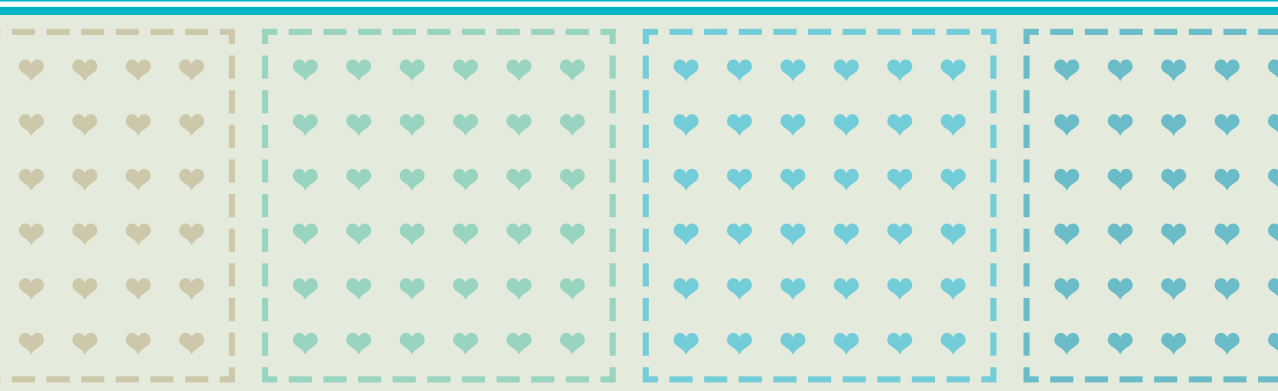
SUOSITUS

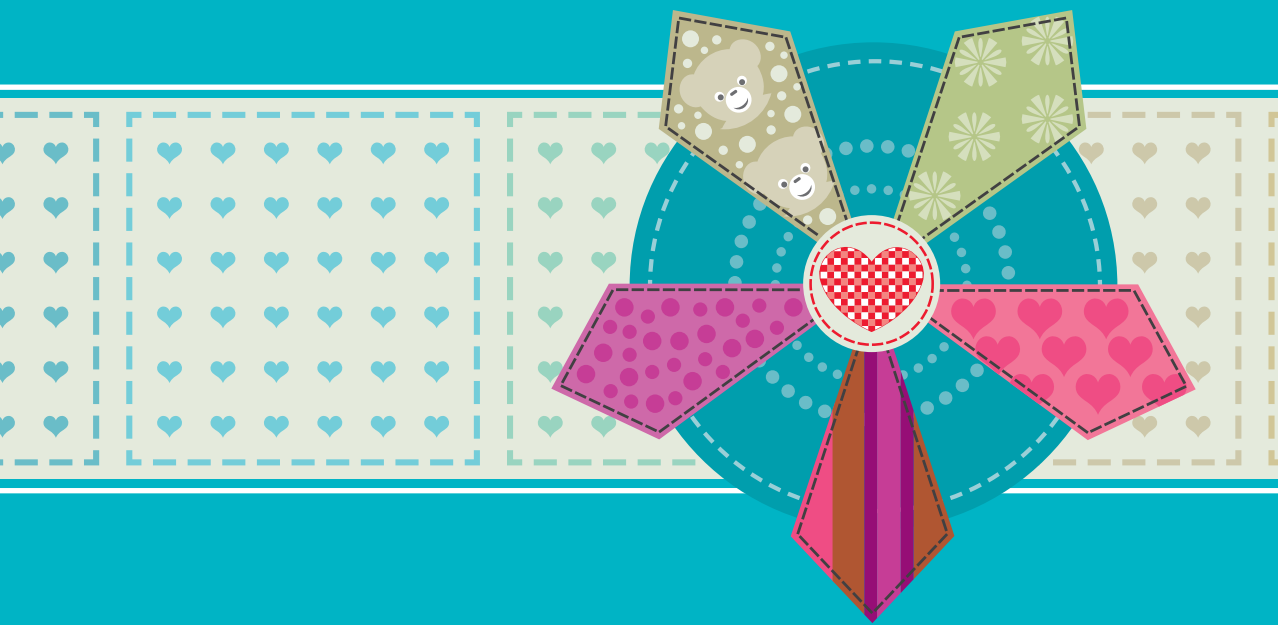
- ▶ Neuvolassa kerrotaan vanhemmille yleisimmistä tutkimuksista, joita synnytyssairaalassa tehdään vastasyntyneelle syntymän jälkeen.
- ▶ Neuvolassa jatketaan kuulon seuranta voimassa olevan ohjeistuksen mukaisesti.
- ▶ Jos BCG-rokotus huomataan aiheelliseksi myöhemmin, se voidaan antaa ilman lisäselvittelyä 6 kk:n ikään asti THL:n ohjeiden mukaisesti.²⁰
- ▶ Jos äiti on B-hepatiitin kantaja, B-hepatiittirokotesarjaa jatketaan neuvolassa yhden, kahden ja kahdentoista kuukauden iässä. Lapsesta tutkitaan hepatiitti-B-vasta-aineet 14–18 kuukauden iässä perusterveydenhuollossa.²⁰
- ▶ Jos äiti on C-hepatiitin kantaja, tutkitaan perusterveydenhuollossa 14–18 kuukauden iässä C-hepatiittivirusvasta-aineet. Jos vasta-ainelöydös on positiivinen, lapsi lähetetään lastentautien poliklinikalle.
- ▶ Äidin B- tai C-hepatiittikantajuus ei ole esteenä imetykselle.²¹

Lähteet

1. Thangaratinam S, Brown K, Zamora J, Khan K, Ewer A. 2012. Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects in asymptomatic newborn babies: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 379, 2459–2464.
2. McKie A, Young D, MacDonald P. 2006. Does monitoring newborn weight discourage breast feeding? *Arch Dis Child* 91, 44–46.
3. THL. 2012. Perinataalililasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011. <http://www.julkari.fi>.
4. Lapillonne A, O'Connor DL, Wang D, Rigo J. 2013. Nutritional recommendations for the late-preterm infant and the preterm infant after hospital discharge. *J Pediatr* 162, 90–100.
5. Omenaca F, Sarlangue J, Szenborn L, Nogueira M, Suryakiran PV, Smolenov IV, Han HH. 2012. RO-TA-054 Study group. Safety, reactogenicity and immunogenicity of the human rotavirus vaccine in preterm European Infants: a randomized phase IIIb study. *Pediatr Infect Dis J* 31, 487–93.
6. Uotila J, Lyytikäinen O. 2012. Vastasyntyneen varhaisen B-ryhmän streptokokki-infektion ehkäisy. *Suomen Lääkärilehti* 67, 50–52.
7. Välimaa H, Seppänen M, Hukkanen V. 2013. Herpes simplex-virusinfektioiden nykykuva ja hoito. *Duodecim* 129, 31–40.
8. Qvist E, Korppi M. 2009. Alle kolmen kuukauden ikäinen lapsi päivystyksessä. *Duodecim* 125, 2373–2379.
9. Wang K, Shun-Shin M, Gill P, Perera R, Harnden A. 2012. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in children. *Cochrane Database Syst Rev*. Apr 18;4:CD002744.

10. Pöyhiä T, Lamminen A, Peltonen J, Kirjavainen M, Willamo P, Nietosvaara Y. 2010. Brachial plexus birth injury: US screening to glenohumeral joint instability. *Radiology* 254, 253–260.
11. Epämuodostumat 1993–2010. Tilastoraportti 1/2013, THL. <http://www.julkari.fi>.
12. Nieminen H, Jokinen E, Sairanen H. Leikkauksella hoidettujen sydänlasten ennuste. 2004. *Suomen Lääkärilehti* 59, 2349–2354.
13. Nietosvaara Y. 2013. Vastasyntyneen lonkkaluksaatio. Teoksessa *Lääkäriin käsikirja*. 11. painos. Duodecim.
14. Klockars T. 2013. Kireä kielijänne. *Duodecim* 129, 947–949.
15. Ritzén EM, Bergh A, Bjerknes R, Christiansen P, Cortes D, Haugen SE, Jörgensen N, Kollin C, Lindahl S, Läckgren G, Main KM, Nordenskjöld A, Rajpert-De Meyts E, Söder O, Taskinen S, Thorsson A, Thorup J, Toppari J, Virtanen H. 2007. Nordic consensus on treatment of undescended testes. *Acta Paediatr* 96, 638–43.
16. Kirjavainen T. 2003. Kätkytkuoleman riskitekijät. *Duodecim* 119,577–579.
17. Carpentier R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin DM, Vennemann MM, Smuk M, Carpenter JR. Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open* 2013;3:e002299. doi:10.1136/bmjopen-2012-002299.
18. Lapatto R. 2013. Suomen vastasyntyneille kuuluu oikeus aineenvaihduntasairauksien seulontaan. *Suomen Lääkärilehti* 68, 12–35.
19. Nelson H, Bougatsos C, Nygren P. 2008. Universal hearing screening: systematic review to update the 2001 Preventive Services Task Force Recommendation. *Pediatrics* 122, e266–e276.
20. Rokottajan käsikirja. THL. www.thl.fi.
21. Lehtonen L, Renlund M. 2002. Huumevauvojen hoito. *Suomen Lääkärilehti* 57, 4343–4347





14 SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN MASENNUS

Määrittely

Synnytyks on vahva fyysinen ja psyykinen tapahtuma, johon liittyy paljon erilaisia tunteita. Synnytyksen jälkeistä itkuherkkyyttä sekä väsymyksenä, alakuloisuutena ja nopeina mielialan muutoksina ilmenevää herkistymistä (baby blues) esiintyy 50–80 prosentilla synnyttäjistä. Tuntemukset ilmaantuvat nopeasti synnytyksen jälkeen, ovat tavallisesti lieviä ja menevät ohi itsestään. Osalle synnyttäneistä kehittyy synnytyksen jälkeinen masennushäiriö. Systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa masennuksen on arvioitu tulevan 10–20 prosentille synnyttäneistä.^{1–2} Suomessa synnytyksen jälkeisen masennuksen esiintyvyyden arvioidaan olevan 9–16 %.^{3–4} Masennushäiriön oireita ovat mielialan huononeminen, mielihyvän kokemisen vaikeus, itkuisuus ja ärtyisyys, ruokahalun muutokset, erilaiset unen häiriöt, arvottomuuden ja avuttomuuden tunne, itesyytökset, saamattomuus ja toimintakyvyn heikkeneminen sekä toivottomuus ja mahdollisesti itsetuhoiset ajatukset.^{1–2} Oireiden on todettu tulevan osaksi perheen elämää, jolloin vanhemman masennus koskettaa koko perhettä ja myös lapsia.^{5–6} Synnytyksen jälkeisen masennuksen on todettu olevan jossain määrin kulttuurisidonnainen ilmiö.⁷

Masennusoireilua voi ilmaantua jo raskausaikana tai vasta synnytyksen jälkeen, ja myös isillä on todettu synnytykseen liittyvää masennusoireilua. Miehillä masennuksen esiintyvyys oli äidin synnytyksen jälkeen Paulsonin ja Bazemoren meta-analysissä 10 %.⁸ Isien masennuksen esiintyvyys oli korkeimmillaan 3–6 kuukautta lapsen syntymän jälkeen, ja se korreloi positiivisesti äidin masennuksen kanssa.

Synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikeusaste voi vaihdella lievistä oireista psyykoottiseen masennustilaan. Masennuksen esiintyvyys on korkeimmillaan ensimmäisen kolmen kuukauden aikana synnytyksen jälkeen, ja se vähenee neljännen ja seitsemännen kuukauden välillä vähitellen.⁹ Paraneminen tapahtuu yleensä muutaman kuukauden kuluessa, ja täydellisen toipumisen todennäköisyys on korkea. Synnytyksen jälkeinen masennus voi kuitenkin johtaa pitkäkestoiseen masennukseen ja ahdistuneisuuteen, ja uusia masennusvaiheita voi tulla myöhemmin. Seuraavien synnytysten yhteydessä uusiutumisriskin on todettu olevan jopa 50–60 %.² Lapsivuodepsykoosi on vakava mielenterveysongelma, johon sairastuu 1–2 äitiä tuhannesta; se puhkeaa tavallisesti kahden viikon kuluessa synnytyksestä ja sen tyypillisiä oireita ovat todellisuuden tajuun pettäminen ja hallusinaatiot.^{1–2} Psykoosin ennuste on hyvä, mutta se tulee hoitaa aina erikoissairaanhoidossa.

Masennuksen syitä

Synnytyksen jälkeisen masennuksen syitä ei tarkkaan tiedetä, mutta sen mahdollisuutta lisäävät suunnittelematon raskaus,¹ äidiksi tulo alle 20-vuotiaana,² raskauteen liittyvät komplikaatiot,¹⁰ raskausaikaiset masennusoireet,¹¹ äidin yleinen masennusalttius¹

¹¹ ja parisuhteen ongelmat kuten esimerkiksi parisuhdeväkivalta¹² sekä sosiaaliset tekijät.¹ Sosiaaliset tekijät liittyvät eristäytymiseen tai sosiaalisen verkoston vähäisyyteen, parisuhdeongelmiin, taloudellisiin vaikeuksiin ja perheen ylikuormittumiseen sekä puolisolta ja muilta sukulaisilta saatavan tuen puutteeseen. Maahanmuuttajataustaisilla äideillä on suurempi riski sairastua sekä raskausaikaiseen että synnytyksen jälkeiseen masennukseen.¹³ Tämä johtuu mahdollisesti sekä taustalla olevista traumaattisista kokemuksista että oman läheisverkoston puutteesta. Myös synnytyksen jälkeisiä hormonaalisia muutoksia² ja kilpirauhasen toimintahäiriöitä pidetään altistavina tekijöinä. Isien kohdalla masennuksen syinä voivat olla vanhemmuuden aiheuttama kuormittuneisuus, perheenisäyksestä johtuva taloudellisen tilanteen muutos sekä parisuhteen ja elämäntyylin muutokset.⁸

Raskausajan ja synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutuksia

Vanhempien psykiatriset häiriöt kuten masennus voivat altistaa lasta mm. kiintymyssuhteen häiriöille, joka voi lisätä myöhemmin lapsen mielenterveyden häiriöiden riskiä. Yhteyden tiedetään olevan osin geneettistä ja osin ympäristötekijöistä kuten vanhemmuuden piirteistä, parisuhderistiriidoista ja taloudellisista tekijöistä johtuvaa.¹⁴ Vanhempien raskauteen ja synnytykseen liittyvän masennuksen tiedetään altistavan kiintymyssuhteen häiriöille, mikä voi vaikuttaa lapsen kehitykseen ja hyvinvointiin.^{15–16}

Masennuksen varhainen tunnistaminen

Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen ei ole ongelmatonta, ja arvioidaan, että ainoastaan 20–40 % tapauksista tunnistetaan ja hoidetaan asianmukaisesti.¹ Tunnistamista saattaa vaikeuttaa henkilökunnan yleinen kiireisyys sekä vaikeus ottaa esille arkaluontoiseksi koettu asia. Äidit puolestaan saattavat pelätä epäsovivaksi vanhemmaksi leimautumista, kokea äitiyteen liittyvää epäonnistumista sekä mielenterveysongelmiin liittyvää häpeää eivätkä siksi aina halua kertoa vaikeuksistaan. Myös yhteisen kielen puute voi vaikeuttaa avun pyytämistä ja saamista. Äidit saattavat myös kokea, että stressin ja masennuksen tunteet kuuluvat normaaliin äitiyteen.¹⁷

Synnytyksen jälkeisen masennuksen arvioimisessa käytetään yleisesti Coxin18 työryhmän (1987) kehittämää helppokäyttöistä EPDS-lomaketta.¹⁹ (Edinburgh Postnatal Depression Scale, liite 7). EPDS-lomaketta käytetään mielialaan ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvien ongelmien tunnistamisessa ja keskustelun kohdentamisessa mielenterveysasioihin.²⁰ EPDS-lomaketta tulee käyttää osana äidin tilanteen arviointia vastaanotto- ja kotikäynneillä siten, että lomake täydentää käynnillä saatua kuvaa hyvinvoinnista. Suoraan diagnostiseen arviointiin EPDS ei sovellu. Seulontakäyttö ilman kokonaisvaltaista arviointia saattaa johtaa yli diagnostiikkaan ja terveyspalvelujen hyödyttömään taloudelliseen kuormittamiseen.²¹

EPDS-lomakkeen kymmenen kysymyksen perusteella saadaan yhteenlaskettu pistemäärä (0–30), joka kuvaa masennusoireiden vakavuutta. Raskaana oleva nainen tai hänen puolisonsa on syytä ohjata tarkempaan arviointiin lääkärin vastaanotolle, kun

kokonaispistemäärä on 13 tai enemmän. Kun pistemäärä on 10–12, kysely ja voinnin arviointi kannattaa tehdä uudelleen 2–4 viikon kuluttua.^{22–23} Jos äidillä tai hänen puolisoillaan on ollut itsetuhoisia ajatuksia (ks. EPDS-lomakkeen väittämä numero 10, liite 7), on heille järjestettävä välittömästi apua, vaikka kokonaispistemäärä jäisi alle 13:n. EPDS-lomakkeen käyttöönotto synnytykseen liittyvän masennuksen tunnistamisen apuvälineenä edellyttää jatkotoimenpiteiden ja hoitopolun suunnittelua, sillä seulonta ilman näitä on epäeettistä.

Masennuksen ehkäisy ja hoitaminen

Synnytyksen jälkeisen masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito edellyttävät terveydenhuoltohenkilökunnalta hyviä vuorovaikutustaitoja, mielenterveystyön erityisosaamista ja moniammatillista yhteistyötä. Terveellisiin elämäntapoihin liittyvä ohjaus ja masennukseen liittyvän tiedon antaminen ovat tärkeitä masennusta ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä.¹⁸ Rohkaisevia tuloksia masennuksen ehkäisystä on saatu myös synnytysvalmennuksen yhteydessä puolisoille tai vanhemmille yhdessä annettujen lyhyt-interventioiden,²⁴ vertaistuen²⁵ ja kotikäyntien avulla.⁶

Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoito edellyttää varsinaisen masennushoidon lisäksi koko perheen hyvinvoinnin ja vauvan kehityksen kokonaisvaltaista tukemista. Suurin osa synnytyksen jälkeisistä masennustiloista on lieviä ja hoidettavissa neuvolan terveydenhoitajan/kätilön antamalla psykososiaalisella tuella ja masennukseen liittyvän informaation avulla.²³ Masennusta voidaan hoitaa erilaisilla yksilöllisesti valituilla terapiamuodoilla ja lääkehoidolla, joita tulee harkita varsinkin masennuksen ollessa vaikea.^{22, 26} Auttamismenetelminä voidaan käyttää myös depressioryhmiä, depressoitajan antamaa yksilöllistä tukea ja vertaistukea.²⁷ Myös psykiatrisen erikoissairanhoidon tarve tulee arvioida. Masennukseen sairastumista voidaan ehkäistä erilaisilla psykososiaalisilla interventioilla, joita ovat esimerkiksi terveydenhuollon työntekijöiden tekemät kotikäynnit, puhelinkontakteihin perustuva vertaistuki ja psykoterapia.²⁸

Perheille tulee tarvittaessa järjestää myös kotiapua varsinkin, jos molemmilla vanhemmilla esiintyy masennusoireita tai muita mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia. Masentuneen vanhemman ja vauvan varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen vuorovaikutusmenetelmien avulla on myös tarpeen. Tilanteen mukainen ja paikkakunnasta riippuva apu ja tuki voivat toteutua joko neuvolassa, kasvatusta- ja perheneuvolassa tai lasten- tai aikuispsykiatrisella poliklinikalla. Vanhemman kärsiessä mielenterveysongelmista on aina selvitetävä myös perheen muiden lasten tilanne esimerkiksi hyödyntäen Lapset puheeksi -työmallia ja huolehdittava heidän mahdollisesta tuen ja hoidon tarpeestaan.²⁹ Myös perheen taloudellisen tilanteen ja sosiaalisen tukiverkoston selvittäminen on tarpeen arvioitaessa avun tarvetta.

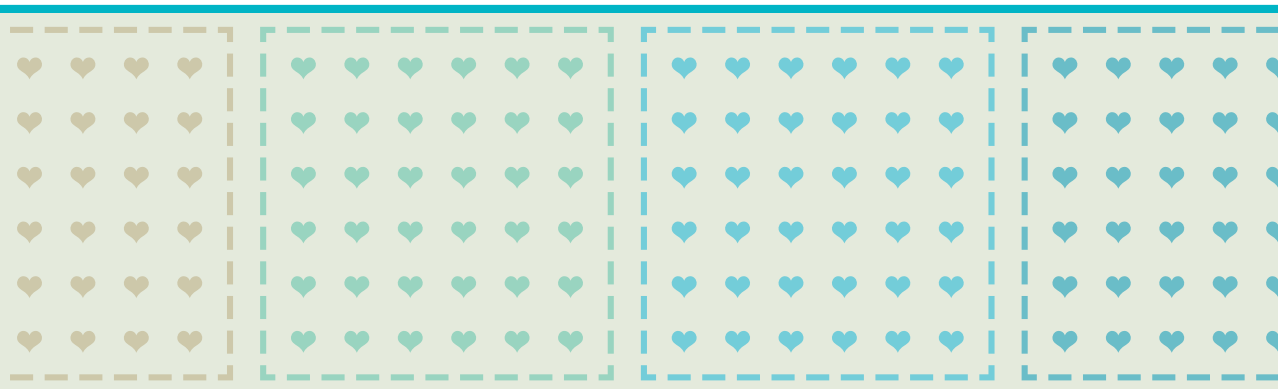
SUOSITUS

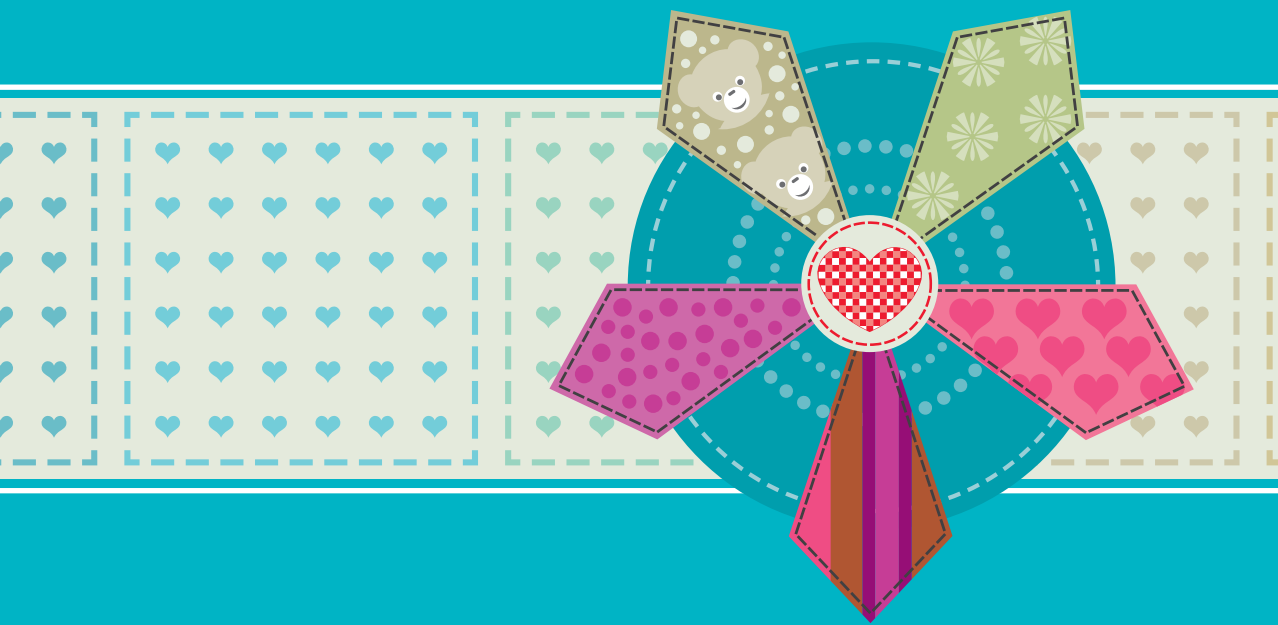
- ▶ Jokaisella vastaanotto- ja kotikäynnillä keskustellaan raskaana olevan ja hänen puolisonsa sekä synnyttäneen ja hänen puolisonsa kanssa mielialaan liittyvistä asioista ja havainnoidaan vanhempien mahdollisia masennusoireita. Ensimmäisellä käynnillä selvitetään perheen sairaushistoria.
 - ▶ Helppokäyttöistä EPDS-lomaketta voidaan käyttää apuna mielialaan ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvien ongelmien seulonnassa ja keskustelun kohdentamisessa mielenterveysasioihin.
 - ▶ Keskustellaan perheen kanssa raskaana olevan ja hänen puolisonsa voinnista. Pyydetään heitä täyttämään EPDS-lomake, jos on masennusoireita tai ollut aiempi masennus. Raskaana oleva tai puoliso tai kummatkin ohjataan tarkempaan arviointiin lääkärin vastaanotolle, jos kokonaispistemäärä on 13 tai enemmän. Jos pistemäärä on 10–12, pyydetään raskaana olevaa tai puolisoa täyttämään EPDS-lomake 2–4 viikon sisällä uudestaan.
 - ▶ Keskustellaan perheen kanssa synnyttäneen ja hänen puolisonsa voinnista ja pyydetään heitä täyttämään EPDS-lomake. Äiti tai puoliso ohjataan tarkempaan arviointiin lääkärin vastaanotolle, jos kokonaispistemäärä on 13 tai enemmän. Jos pistemäärä on 10–12, pyydetään äitiä tai puolisoa täyttämään EPDS-lomake 2–4 viikon sisällä uudestaan.
 - ▶ Jos masennusoireet ovat lieviä tai pistemäärä on 10–12, neuvolassa kiinnitetään huomiota masennuksen ennaltaehkäisyyn ja raskaana olevalle tai synnyttäneelle järjestetään psykososiaalista tukea ja tarvittaessa kotiapua.
 - ▶ Keskivaikeassa masennuksessa hoitotiimiin kutsutaan mukaan terveyskeskuksen erityistyöntekijöitä kuten esimerkiksi depressiohoitaja tai psykologi. Vaikeat masennukset hoidetaan erikoissairaanhoidossa.
 - ▶ Jos raskaana olevalla tai puolisollla on ollut itsetuhoisia ajatuksia (ks. EPDS-lomakkeen väittämä numero 10), järjestetään hänelle välittömästi apua, vaikka kokonaispistemäärä jäisi alle 13:n.
 - ▶ Jos perheessä on muita lapsia, selvitetään myös heidän tilanteensa käyttäen esimerkiksi THL:ssä kehitettyä Lapsen puheeksi -keskustelua ja järjestetään mahdollinen perhetuki ja hoitoon ohjaus tarvittaessa. Myös yhteistyö lastenneuvolan kanssa on tärkeää.
 - ▶ Synnytyksen jälkeisen masennuksen hoito- ja palveluketju sovitaan paikallisesti, ja siitä tiedotetaan alueellisille toimijoille ja perheille.
-
-

Lähteet

- Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M. 2012. Recognizing and Treating Peripartum Depression. *Deutsches Ärzteblattinternational* 109(24), 419–424.
- Patel M, Bailey R, Jabeen S & Ali S. 2012. Postpartum Depression: A Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 23(2), 534–542.
- Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R ym. 2001. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of American Academy Child & Adolescent Psychiatry* 40, 1367–1374.
- Korja R, Savonlahti E, Ahlqvist-Björkroth S, Stolt S, Haataja L, Lapinleimu H, Piha J, Lehtonen L, PIPARI study group. 2008. Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica* 97(6), 724–30.
- American Psychological Association. 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, text. rev. Washington, DC.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2007. Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidelines. Nice clinical guideline 45. London.
- Posmontier B & Horowitz JA. 2004. Postpartum practices and depression prevalences: Technocentric and ethnokinship cultural perspectives. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(1), 34–43.
- Paulson JF, Bazemore SD. 2010. Prenatal and postpartum depression in fathers and its associations with maternal depression. A meta-analysis. *JAMA* 303(19), 1961–1969.
- Beck CT 2006. Postpartum depression: It isn't just the blues. *American Journal of Nursing* 106, 40–50.
- Larsson C, Sydsjo G, Josefsson A. 2004. Health, sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 104, 459–466.
- Pawlby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, Keane VO. 2009. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study. *Journal of Affective Disorders* 113, 236–243.
- Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. 2010. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 202(1), 5–14.
- Clare C, Yeh J. 2012. Postpartum Depression in Special Populations: A Review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 67(5), 313–323.
- Paavonen J, Solantaus T, Paunio T. 2009. On the origin of psychiatric disorders: An interplay of genetic and environmental factors. Review. *Finnish Medical Journal* 49(64), 4255–4261.
- Misri S, Kendrick K. 2008. Perinatal depression, fetal bonding, and mother-child attachment: A review of the literature. *Current Paediatrics* 4, 66–70.
- Ramchandani PG, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J. 2008. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: A population cohort study. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry* 47(4), 390–398.
- McCarthy M, McMahon C. 2008. Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting. *Health Care for Women International* 29(6), 618–637.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150, 82–786.
- Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. 2009. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119, 350–364.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2012. Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN publication 127. <http://www.sign.ac.uk> [viitattu 1.4.2013].
- Hewitt CE, Gilbody SM, Brealey S, Paulden M, Palmer S, Mann R, Green J, Morrell J, Barkham M, Light K, Richards D. 2009. Methods to identify postnatal depression in primary care: An integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technology Assessment* 13(36). NIHR HTA Programme. www.hta.ac.uk. DOI:10.3310/hta13360. <http://meka.thl.fi/ohtanen/ViewReport.aspx?id=2513&q=EPDS&f=255&o=A0> [viitattu 1.4.2013].
- Australia Government 2011. Clinical practice guidelines. Depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Australian Government. National Health and Medical Research Council.
- Glavin K. 2012. Preventing and treating postpartum depression in women – a municipality model. *Journal of Research in Nursing* 17(2), 142–156.
- Matthey S, Kavanagh D, Howie P, Barnett B, Charles M. 2004. Prevention of postnatal distress or depression: An evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders* 79, 113–126.

25. Dennis C-L. 2003. The effect of peer support on postpartum depression: A pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry* 48, 115–124.
26. Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010. www.kaypahoito.fi [viitattu 1.4.2013].
27. Dennis C-L, Creedy D. 2004. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of systematic reviews* 18(4). CD001134.
28. Dennis C-L, Dowswell T. 2013. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
29. Solantaus T. 2006. Toimiva lapsi & perhe. Lapset puheeksi – kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia. *Stakes, Manuaali ja lokikirja* 1.3.2006. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/9599FC38-BD35-4E04-809F-129739E041E5/0/LAPSETPU-HEEKSI.pdf> [viitattu 1.4.2013].





15 YHTEISTYÖ

15.1 NEUVOLATIETOJEN LUOVUTTAMINEN JA SALASSAPITO

Keskeiset säännökset ja periaatteet potilastietojen salassapidosta ja luovuttamisesta on koottu potilasasiakirjaoppaaseen.¹ Asiakirjoihin sisältyvät potilastiedot voidaan tallentaa monin eri tavoin, esimerkiksi sähköisenä tai kirjallisena tekstinä taikka kuva- tai äänitallenteena. Myös ostopalveluissa potilasasiakirjat kuuluvat toimeksiantaneen viranomaisen potilasrekisteriin.²

Kaikkien julkisen terveydenhuollon toimijoiden on liityttävä 1.9.2014 mennessä terveydenhuollon kansalliseen arkistointipalveluun (KanTa), johon tallennetaan kaikki sähköiset potilasasiakirjat. KanTa-palvelua koskevat tietyt erityissäännökset, joista annetaan ohjeet liittymisvaiheessa.

Tähän lukuun ja liitteen 4 taulukkoon on koottu potilasasiakirjaoppaan pohjalta keskeiset säännökset ja periaatteet, joita sovelletaan neuvolatietojen salassapitoon ja luovuttamiseen. THL:n oppaassa³ laajoista terveystarkastuksista käsitellään potilastietojen kirjaamista potilaskertomukseen ja neuvolakorttiin äitiysneuvolassa.

Salassapitovelvoitteet

Julkisuuslaissa² säädetään yleisistä viranomaisten salassapitovelvoitteista. Niitä ovat asiakirjasalaisuus (22. §), vaitiolovelvollisuus (23. §) ja hyväksikäyttökielto (23. §). Asiakirjasalaisuus merkitsee, ettei salassa pidettävää viranomaisen asiakirjaa tai sen kopiota saa näyttää eikä luovuttaa sivulliselle eikä antaa teknisen käyttöyhteyden avulla tai muulla tavalla sivullisen nähtäväksi tai käytettäväksi. Vaitiolovelvollisuus merkitsee, ettei salassa pidettävää tietoa saa ilmaista sivulliselle. Vaitiolovelvollisuus kohdistuu laajempaan tietomäärään kuin asiakirjasalaisuus, koska vaitiolovelvollisuus koskee myös sellaisia salassa pidettäviä seikkoja, jotka ovat potilasta hoitaneiden henkilöiden tiedossa mutta joita ei kirjata potilasasiakirjoihin. Hyväksikäyttökielto merkitsee, ettei tehtävissään salassa pidettäviä potilastietoja saaneella ole oikeutta käyttää niitä muussa tarkoituksessa kuin siinä, jossa hän on tiedot asemansa vuoksi saanut. Potilasasiakirjoja koskee erityissäännöksenä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain⁴ 13. §, jossa säädetään salassapitovelvollisuudesta ja keskeisimmistä perusteista, joiden nojalla niistä voidaan poiketa.

Potilastietojen luovutus

Potilaslain⁴ mukaan potilaan oma kirjallinen suostumus on ensisijainen peruste, jonka nojalla potilastietoja voidaan luovuttaa sivulliselle. Sivullinen on henkilö, joka ei osallistu potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin joko asianomaisessa toimintayksikössä tai muualla sen toimeksiannosta.

Jos potilaalla itsellään ei ole edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä, suostumuksesta päättää potilaan laillinen edustaja toimivaltansa rajoissa. Alaikäinen päättää itseään koskevasta hoidosta, jos hän on riittävän kypsä arvioimaan asian merkityksen. Tällöin hänellä on oikeus päättää hoitoonsa liittyvien potilastietojen luovutuksesta ja halutessaan evätä ne myös huoltajaltaan.

Lapsen perheeseen saattaa kuulua muitakin vanhempia kuin hänen oikeudellisia huoltajiaan. Sosiaalisille vanhemmille voidaan luovuttaa lapsen potilastietoja vain huoltajan kirjallisella suostumuksella.

Potilas voi kieltää tietojensa luovutuksen tilanteissa, joissa luovutukseen tarvitaan potilaan suostumus. Kiellosta on tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin.

Poikkeuksista salassapitovelvoitteisiin säädetään potilaslain⁴ 13. §:n 3. momentissa. Yleisimpiä poikkeuksia äitiysneuvolatyössä ovat tiedot, jotka ovat tarpeellisia toiselle toimintayksikölle tai ammattihenkilölle potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi. Nämä tiedot voidaan antaa potilaan suullisenkin suostumuksen perusteella, kunhan se kirjataan potilaskertomukseen.

Myös muualla lainsäädännössä on lukuisia poikkeuksia, joiden nojalla terveydenhuollolla on oikeus tai velvollisuus luovuttaa potilastietoja muille tahoille ilman potilaan suostumusta ja vastoin potilaan nimenomaista kieltoakin. Näitä poikkeuksia voivat tyypillisesti olla esimerkiksi lapsen huoltoriitatilanteet, jolloin terveydenhuollon toimintayksiköllä ja terveydenhuollon ammattihenkilöllä on sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain⁵ 20. §:n nojalla velvoite luovuttaa salassa pidettäviä lapsen terveystietoja sosiaalihuollon viranomaiselle sekä julkisuuslain² 11. §:n nojalla asianosaisille vanhemmille. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöille on säädetty lastensuojelulain⁶ 25. §:ssä ilmoitusvelvollisuus lastensuojelun tarpeen selvittämisestä sosiaalihuollon viranomaiselle ja lapsiin kohdistuvista seksuaalirikosepäilyistä myös poliisille.

Potilastietoja pyytävän on ilmoitettava kirjallisesti, mihin tarkoitukseen tietoja pyydetään, minkälaisia tietoja ja miltä ajanjaksolta niitä tarvitaan sekä mihin säännökseen pyytäjän oikeus saada tiedot perustuu. Tietojen luovuttaminen sähköpostilla ei ole sallittua potilaan pyynnöstäkään, ellei käytettävissä ole salattua sähköpostiyhteyttä. Tietojen luovuttaja vastaa luovutuksen laillisuudesta sekä tietosuojan säilymisestä.

Se, joka saa toista koskevia potilastietoja lain nojalla, saa hyödyntää niitä vain alkuperäisessä käyttötarkoituksessa. Jos tiedot annetaan julkisuuslain² 11. §:n perusteella asianosaiselle, on hänelle luovutettaviin potilasasiakirjoihin tehtävä merkintä siitä, että tiedot ovat salassa pidettäviä. Jos tällainen tieto ilmaistaan asianosaiselle suullisesti, on hänelle kerrottava salassapitovelvoitteestaan.

Terveydenhuollon toimintayksikön johdon on rekisterinpitäjän edustajana huolehdittava siitä, että nimetyt henkilöt vastaavat tietojen luovuttamiseen liittyvistä tehtävistä yksikössä ja että tätä varten on laadittu ohjeet. Luovutuksesta ja sen perusteesta on tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin. Luovutukseksi katsotaan myös potilastietojen antaminen potilaalle itselleen tai hänen lailliselle edustajalleen.

Jos luovutuksesta vastaava henkilö katsoo, ettei ainakaan kaikkia pyydettyjä tietoja voida luovuttaa, hänen on ilmoitettava tästä pyytäjälle ja tiedusteltava, haluaako tämä viranomaisen valituskelpoisen päätöksen asiasta. Pyytäjän niin halutessa häntä on opastettava panemaan asia vireille julkisuuslain 4. luvussa tarkoitetuin tavoin.

Lähteet

1. STM. 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4.
2. Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>.
3. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltonen M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. THL. Opas 22.
4. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
5. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>.
6. Lastensuojelulaki (417/2007). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>.

15.2 MONIALAINEN JA -AMMATILLINEN YHTEISTOIMINTA ASIAKASNÄKÖKULMASTA

Raskaana olevan naisen ja hänen perheensä tarvitsemaa palvelukokonaisuutta ei pystytä järjestämään ilman moniammatillista ja monialaista yhteistoimintaa. Raskaana olevan näkökulmasta tavoitteena on, että tarvittavat palvelut muodostavat yhteen sovitun ja yhtenäisen kokonaisuuden. Asiakkaan näkökulma on tärkein perustelu moniammatillista yhteistoimintaa suunniteltaessa, kehitettäessä ja toteutettaessa. Hyvin toimivasta moniammatillisesta yhteistyöstä on todettu olevan hyötyä myös työntekijöille: keskinäinen tuki ja luottamus lisäävät työviihtyvyyttä ja auttavat jaksamaan työssä.¹ Eri hallinnonalojen ja ammattiryhmien yhteistyön parantamista pidetään keskeisenä keinona lisätä toiminnan laatua, tehokkuutta ja tuloksellisuutta.

Kuntien ja palvelujen järjestäjien yhteistoimintavelvoitteet²⁻⁵ (esim. terveydenhuoltolaki 1326/2010, lastensuojelulaki 417/2007, VNA 338/2011, STM 2012) koskevat palvelujen järjestämistä, palvelukokonaisuuksien suunnittelua, monialaisten toimielinten ja työryhmien järjestämistä sekä palvelujen seuranta ja suunnittelua.⁶ Eri hallinnonalojen monialainen yhteistyö on lähtökohtana ja tavoitteena lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluja kansallisesti ohjaavassa sosiaali- ja terveystieteellisessä Kaste-ohjelmassa.⁷ Ohjelman toimeenpanosuunnitelman⁸ mukaan lapsiperheiden palvelut verkostoidaan yhteen palvelukokonaisuudeksi eli perhekeskustoiminnaksi. Neuvolatoimintaa kehitetään osana perhekeskustoiminnan kokonaisuutta perheiden kohtaamispaikaksi ja vertaistuen mahdollistajaksi. Neuvolan lisäksi perhekeskustoiminnassa mukana ovat terveyskeskuksen erityistyöntekijät, varhaiskasvatus, perhetyö, järjestöt, seurakunnat, lastensuojelu ja kasvatus- ja perheneuvolat. Monissa kunnissa on moni-

ammattillista äitiysneuvola tukevia yhteistyörakenteita kuten palveluverkosto tai hyvinvointineuvola.

Äitiysneuvolassa moniammatillinen yhteistyö on ammattiryhmien yhteistä työskentelyä ja vuorovaikutusta, tavallisimmin tiimityötä ja konsultaatioita. Moniammatillista työtä tehdään oman kunnan sisällä tai kunnan ja muiden organisaatioiden välillä. Yhä useammin yhteistyöverkostossa on mukana myös asiakas. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää yhteisiä tavoitteita ja yhteistä toimintaa, keskinäistä luottamusta sekä kunnioitusta ja työntekijöiden ammattitaitoa.⁹⁻¹⁰ Moniammatillisuudessa eri ammattiryhmien tietoja ja taitoja sovitetaan yhteen yhteiseksi toiminnaksi, jossa neuvotellaan päätöksistä ja sitoudutaan tavoitteelliseen yhteistoimintaan.¹⁰

Moniammatillinen yhteistyö edellyttää, että erilaisen koulutuksen saaneet, eri ammattinimikkeillä toimivat ja eri taustayhteisöjä edustavat työntekijät kykenevät tekemään yhteistyötä asiakkaan parhaaksi, tuomaan oman ammattinsa erityisosaamisen ja tiedot yhteiseen käyttöön sekä kohtaamaan joustavasti asiakkaat ja toisten ammattiryhmien edustajat. Yhteistyötä tekevien tahojen on tunnettava toistensa työ ja puhuttava yhteistä kieltä tai ainakin ymmärrettävä toisiaan. Yhteisten koulutusten on todettu vahvistavan yhteistä toimintaa, joten niiden järjestäminen on erittäin suositeltavaa.¹¹⁻¹² Jotta yhteistyö sujuisi joustavasti ja viiveettä, tarvitaan sopimuksia yhtenäisistä käytännöistä ja hoitopoluista. Lisäasiantuntemuksen saamiseksi äitiysneuvolaan on sovittava, miten erityisasiantuntijoiden tuki ja konsultaatiomahdollisuudet järjestetään. Moniammatillinen yhteistyö ei synny itsestään. Lisäksi tarvitaan yhteistoimintaa tukevia rakenteita ja palveluja sekä asiakasnäkökulmasta yhteen sovittavaa johtamista.¹³

Yhteistyön tekeminen eri hallintokuntien välillä on haasteellisempaa kuin saman hallinnonalan sisällä. Kunnan eri toimialojen palvelujen yhteensovittamiseksi eri hallintokuntien on laadittava yhteistyössä toimintaohjelma, jossa kuvataan mm. hallintokuntien välinen, moniammatillinen ja -alainen yhteistyö (ks. luku Toimintaohjelma). Pienten paikkakuntien etuna suuriin verrattuna on moniammatillisen yhteistyön tekemisen helpous¹⁰, koska eri toimijat tuntevat toisensa.

15.3 MONIALAINEN JA -AMMATILLINEN YHTEISTOIMINTA ÄITIYSNEUVOLAN NÄKÖKULMASTA

Lastenneuvola

Äitiys- ja lastenneuvoloiden saumaton ja jatkuva yhteistyö on tärkeää kaikkien syntyvien lasten ja heidän perheidensä kohdalla. Saumattoman yhteistyön merkitys korostuu erityisesti silloin, kun perheelle pitää suunnitella jatkotukea. Neuvolan henkilöstön tulisi noudattaa yhteistyössään matalan kynnyksen periaatetta, joka näkyy konsultoinnin helppoutena. Asiat tulisi käsitellä joustavasti ja viiveettä, ja samalla pitää huolehtia yhtenäisistä käytännöistä. Yhteistyössä tulee kiinnittää erityistä huomiota siirtymä-

vaiheeseen äitiysneuvolasta lastenneuvolaan, erityisesti jos terveydenhoitaja vaihtuu¹⁴ tai jos lapsi on ollut sairaalahoitossa syntymän jälkeen. Tällöin myös joustava yhteistyö hoitavan sairaalan kanssa on välttämätöntä. Vauva on joitakin viikkoja syntymänsä jälkeen kirjoilla äitiysneuvolassa tai voi siirtyä välittömästi kirjoille lastenneuvolaan sen mukaan, tekeekö terveydenhoitaja äitiys- ja lastenneuvolan yhdistelmätyötä vai ei. Lapsen terveyttä ja koko perheen hyvinvointia koskevan tiedon siirtäminen äitiysneuvolasta lastenneuvolaan on välttämätöntä.

Suun terveydenhuolto

Suunterveyden edistämiseen luodaan pohja jo odotusaikana (luku Elintavat ja neuvonta, Suun terveydenhoito). Sen edistämiseen tarvitaan vanhempien, suun terveydenhuollon ja neuvolan yhteistyötä. Neuvolaikäisten lasten suunterveyden edistämisen opas neuvoloille¹⁵ on laadittu neuvolan ja suun terveydenhuollon yhteistyön helpottamiseksi ja lisäämiseksi. Neuvolan ja suun terveydenhuollon yhteistyön tavoitteena on varhaisella puuttumisella ehkäistä suun sairauksia ja vähentää terveyseroja. Eri toimijoiden yhteistyön avulla odottavien perheiden ja lasten terveysneuvonta ja terveystarkastukset saadaan maan eri osissa tehtyä suunnitelmallisesti, tasoltaan yhtenäisesti ja väestön tarpeiden mukaisesti.^{15–16}

Perhetyö

Neuvolatyössä kohdataan usein perheitä, joiden tilanne antaa aiheita huoleen. Huolenaihe ei ole kuitenkaan aina niin vakava tai selkeästi muotoiltavissa, että esimerkiksi ohjaus mielenterveyden tai päihdehoidon palveluihin olisi tarpeen. Tällöin parhaita ja nopeimpia vaihtoehtoja ovat perhetilanteen tarkempi selvittäminen luontevasti neuvolasta käsin jo varhain raskauden aikana, matalalla kynnyksellä järjestettävä perhetyön tuki ja keskusteluapu perheen kotona.¹⁴ Jos perhe on ainoastaan neuvolan asiakas, verkostotyöskentelyn käynnistäminen on neuvolan työntekijöiden aloitteellisuuden varassa. Parityönä tehtävästä ehkäisevästä lastensuojelutyöstä, jossa neuvolan perhetyöntekijä ja sosiaalityöntekijä tekevät kotikäyntejä raskausaikana, on saatu hyviä kokemuksia.¹⁷ Muita hyviä esimerkkejä pysyväksi toiminnaksi vakiintuneesta kehittämistyöstä ovat Torinkulma Turussa¹⁸ ja hyvinvointineuvolat Tampereella ja Oulussa. Imatralla jo äitiysneuvolavaiheessa alkanut perhetyö on vähentänyt lastensuojelun kustannuksia ja tuonut kaupungille taloudellisia säästöjä.

Neuvolan perhetyö on ehkäisevää eikä vaadi lähetettä tai asiakkuutta lastensuojelussa. Se tukee ja vahvistaa vanhempien arjessa jaksamista kotikäyntien, vertaisryhmien, palveluohjauksen ja moniammatillisen yhteistyön avulla. Neuvolan perhetyö on suunnattu sekä odottaville että vauva- ja alle kouluikäisten lasten perheille. Perheet ohjataan neuvolan perhetyöntekijälle äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien kautta tai muiden perhepalveluiden piiristä, ja he voivat ottaa yhteyttä myös itse.¹⁷ Perhetyö on osoittautunut hyödylliseksi toimintamuodoksi perheille, ja kuntia se auttaa kustannusten hallinnassa.

Korjaavassa perhetyössä perheen tilannetta selvitetään lastensuojelutarpeen kannalta suunnitelmallisesti ja perhettä tuetaan tekemään yhdessä sovittuja muutoksia. Korjaavan perhetyön aloittaminen vaatii lastensuojelun sosiaalityöntekijän lähteen. Lastensuojelu voi velvoittaa perheen osallistumaan korjaavaan perhetyöhön.¹⁷

Isätyö

Isätyö on tärkeä osa äitiysneuvolatyön moniammatillista yhteistyöverkostoa. Äitiysneuvolan yhteistyöllä isätyön ammattilaisten kanssa luodaan isille uusia tukiverkostomalleja ja rakennetaan isiä tasavertaisemmin huomioivia palveluja sosiaali- ja terveydenhuoltoon.¹⁹ Miessakit ry:n Isyyden Tueksi -hankkeella (2008–2014) tuetaan isyyttä, vahvistetaan isien keskinäistä vertaistoimintaa, tuotetaan tietoa ja täydennyskoulutusta isien kanssa toimiville sekä vahvistetaan verkostoja isyyden tukemiseksi. Isätyö neuvolassa -koulutus on suunnattu sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisille ja oppilaitoksille. Siinä perehdytään muun muassa isyysvalmennukseen Hollolan mallin mukaan. Se antaa tietoa ja ymmärrystä tämän päivän isyydestä sekä välineitä isien kohtaamiseen ja isätoiminnan kehittämiseen. Päijät-Hämeessä kehitetyssä äitiysneuvolatyössä isätyö on integroitu tärkeäksi osaksi perhevalmennusta. Tätä työmuotoa levitetään paraikaa neljälle uudelle talousalueelle maassamme.²⁰

Erityistyöntekijät

Äitiysneuvolatyöntekijöiden läheisinä yhteistyökumppaneina toimivat myös erityistyöntekijät, kuten psykologi, psykiatrinen sairaanhoitaja, fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti ja kasvatus- ja perheneuvolan työntekijät. Erityistyöntekijöiden palvelut vaihtelevat kunnittain.²¹ Joissakin kunnissa työskentelee oma neuvolapsykologi, mutta neuvolapsykologin tehtävät voivat olla myös osa terveyskeskuspsykologin työtä. Neuvolapsykologin palvelut voidaan joissakin tapauksissa hankkia myös konsultaatioapuna kasvatus- ja perheneuvolasta. Äitiysneuvolan asiakas voidaan ohjata terveyskeskus- tai neuvolapsykologille, jos häntä huolestuttavat tai pelottavat raskauteen ja synnytykseen liittyvät asiat, jos uuteen elämäntilanteeseen ja vanhemmuuteen sopeutuminen on vaikeaa tai jos hän tarvitsee keskenmenoihin tai raskaudenkeskeytykseen tai lapsen menetykseen liittyvää tukea.

Joissakin kunnissa perheneuvolan tai erikoissairaanhoidon järjestämä terapeutti- n vauvaperhetyö tarjoaa tukea raskaana oleville ja alle vuoden ikäisten vauvojen perheille.²² Osassa kuntia psykiatriset sairaanhoitajat työskentelevät tiiviissä yhteistyössä äitiysneuvolan kanssa. Esimerkiksi Vantaan Sateenvarjo-projektissa (2005–2009) yhteinä toiminta-alueena oli lapsiperheiden depression tunnistaminen ja tuki neuvolatyössä. Projektissa saatiin hyviä tuloksia psykiatrisen sairaanhoitajan työskentelystä neuvolassa raskaana olevien ja synnyttäneiden äitien masennusoireiden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa.²³ Psykiatrisen sairaanhoitajan työ voi koostua muun muassa neuvola-asiakkaiden yksilötapaamisista, muiden asiakkaan kanssa työskentelevien työntekijöiden tapaamisesta sekä työntekijöiden kouluttamisesta ja konsultoinnista. Psykiatrinen sai-

raanhoitaja voi koordinoita ja kehittää ryhmämuotoisia toimintoja ja osallistua ryhmien ohjaamiseen sekä vastata sujuvan hoitoketjun luomisesta yhteistyössä muiden mielenterveystoimijoiden kanssa tilanteissa, joissa neuvolan apu ei ole riittävää.

Fysioterapeutti toimii äitiysneuvolan asiakkaiden tuki- ja liikuntaelinten ongelmien ja neuvonnan asiantuntijana, mutta on myös tärkeä yhteistyökumppani perhevalmennuksessa.²⁴

Äitiysneuvolan asiakas lähetetään ravitsemusterapeutille yksilölliseen ohjaukseen kunnan omien lähettämiskriteereiden mukaisesti, jos hän tarvitsee erityisruokavaliota tai hänellä on muita ravitsemukseen liittyviä kysymyksiä. Ravitsemusterapeutit antavat ryhmäohjausta esimerkiksi raskausdiabetesta sairastaville. Ravitsemusterapeutti osallistuu myös neuvolan ravitsemusneuvonnan ja -ohjauksen suunnitteluun ja toteutukseen sekä henkilöstön koulutukseen.¹⁴

Seksuaalineuvonta kuuluu oleellisena osana ehkäisevän terveydenhuollon palveluihin.²⁵ Neuvolat ovat avainasemassa seksuaalineuvonnan tarjoamisessa synnyttäjille ja heidän perheilleen.²⁶ Terveydenhoitajan/kättilön ja lääkärin neuvolassa antaman seksuaalineuvonnan lisäksi myös seksuaalineuvojan täydennyskoulutuksen saaneiden työntekijöiden ammattitaitoa hyödynnetään raskausaikaisissa ja synnytyksen jälkeisissä seksuaalisuuteen liittyvissä ongelmissa.²⁵

Lastensuojelu ja muu sosiaalitoimi

Yhteistyö lastensuojelun ja sosiaalitoimen kanssa on tarpeen, jos esimerkiksi on ilmeistä, että äitiysneuvolan asiakkaana oleva perhe tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia heti synnytyksen jälkeen (ks. liite 4, Lastensuojelulaki 417/2007). Tällaisessa tapauksessa äitiysneuvolassa on tehtävä ennakkollinen lastensuojeluilmoitus. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus synnyttää sosiaalitoimeen toimintavelvoitteen jo ennen lapsen syntymää. Ilmoitusvelvollisia ovat samat tahot, jotka ovat lastensuojelulain³ 25. §:n mukaan velvollisia varsinaisen lastensuojeluilmoituksen tekemiseen. Kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat ilmoitusvelvollisia.

Ennakollinen lastensuojeluilmoitus tehdään äitiysneuvolassa, jos työntekijällä herää perusteltu epäily lastensuojelun tukitoimien tarpeellisuudesta heti synnytyksen jälkeen, esimerkkinä tulevan äidin ja isän päihdeongelma, vakava mielenterveyden häiriö tai vapausrangaistus. Asiakas itse voi myös tuoda esille tarpeen ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen tekemiseen. Sosiaalitoimen ja lastensuojelun tehtävänä on selvittää mahdollisten sosiaalipalveluiden tarve, ja heidän on saatava riittävän ajoissa tieto tulevasta lapsesta, jotta raskaana olevalle ja lapsen tulevalle perheelle voidaan turvata riittävät tukitoimet. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus toimitetaan viranomaisille kunnassa sovittujen käytäntöjen mukaan. Ennakollisen lastensuojeluilmoituksen tekemisen jälkeen kaikki vanhemmille annettava palvelu on terveydenhuollon tai aikuis-sosiaalityön palvelua. Varsinainen lastensuojelusiakkuus alkaa vasta lapsen syntymän jälkeen.²⁷

Äitiysneuvolan asiakasperhe voi myös jo valmiiksi olla lastensuojelun asiakkaana. Näissä tapauksissa lastensuojeluviranomaiset voivat pyytää neuvolalta yksilöityä lausuntoa asiakkaasta esimerkiksi huostaanottotilanteessa.²⁷ Lastensuojelulaki edellyttää, että terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin on annettava lapsi- ja perhekohtaisessa lastensuojelussa asiantuntija-apua ja tarvittaessa järjestettävä lapsen tutkimus sekä hoito- ja terapiapalveluita.³

Jos äitiysneuvolassa raskaana olevan naisen ja hänen perheensä tilanne havaitaan erityisen vaikeaksi ja keskusteluissa pohditaan adoptiovaihtoehtoa, tulee terveydenhuollon ammattilaisen ohjata raskaana oleva pohtimaan ratkaisuaan sosiaalitoimen kautta saatavaan adoptioneuvontaan tai ottamaan tässä asiassa yhteyttä Pelastakaa Lapset ry:n aluetoimistoon.²⁸

Toimeentulotukea myönnetään tilanteissa, joissa perheen tulot ja varat eivät riitä välttämättömiin jokapäiväisiin menoihin. Kunnat myöntävät varsinaisen toimeentulotuen lisäksi ehkäisevää toimeentulotukea, jonka perusteista ne päättävät itse. Ehkäisevä toimeentulotuki toimii myös lastensuojelun ehkäisevänä palveluna. Raskauden ajan tuen polku -hankkeessa Oulussa kytkettiin toimeentulotukeen liittyvä asioiminen äitiysneuvolan työhön. Lasten Kaste -hankkeisiin kuulunut malli on otettu pysyvään käyttöön ja levitetty Oulun kaupungin alueelle.

Päihdetyö

Vanhempien päihteiden käyttö on yleisin syy pienten lasten huostaanottoihin Suomessa.²⁷ Päihteitä käyttävien äitien hoidossa äitiys- ja lastenneuvolan saumaton yhteistyö sekä keskenään että kunnan muiden palveluja antavien tahojen kanssa on välttämätöntä. Päihdeongelmiin liittyy usein myös mielenterveysongelmia.³⁰ Työntekijöille on tarjottava riittävää päihteiden ongelmakäyttöä koskevaa koulutusta. Äitiysneuvolassa päihdeongelmaisen asiakkaan hoito järjestetään erikoissairaanhoidon ja A-klinikan sekä mahdollisesti päihdeongelmien hoitoon erikoistuneen avopalveluyksikön ja ensikodin kanssa yhteistyössä. A-klinikka palvelee erilaisista päihde- ja muista riippuvuusongelmista kärsiviä sekä heidän läheisiään.³¹ Raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden päihdeongelmien hoitoon erikoistuneissa ensikodeissa yhdistyvät lastensuojelu ja päihdekuntoutus.³⁰ Jos äitiysneuvolan asiakas asuu päihdeongelmien hoitoon erikoistuneessa ensikodissa, terveydenhoitaja voi tukea hänen kuntoutustaan yhteistyössä ensikodin kanssa kotikäynnin ja osallistumalla ensikodin vanhemmuusryhmiin.

Ensi- ja turvakodit

Ensikodit tarjoavat tukea vauvaa odottaville ja vauvan jo saaneille perheille silloin, kun vanhemmat uupuvat, eivät selviydy vauvan hoidosta tai ovat hyvin nuoria. Ensikodissa tuetaan vanhempien ja vauvan hyvää suhdetta ja opetellaan arkielämän ja vauvan hoidon taitoja kädestä pitäen. Ensikotijakson pituus sovitaan tarpeen mukaisesti. Avopalvelumuotoja ovat muun muassa Baby Blues- ja päiväryhmätoiminta, puhelinneuvonta, avo- ja kotikäynnit ja ryhmämuotoinen perhekuntoutus.³¹

Turvakodit on tarkoitettu perhe- tai lähisuhteessa väkivaltaa tai sen uhkaa kokeneille, jotka tarvitsevat tukea väkivallasta selviämiseen sekä väliaikaisen asuinpaikan. Väkivaltatyön avopalvelut tarjoavat tukea turvakodissa olon jälkeen tai jos on kokenut väkivaltaa, mutta ei tarvitse turvakotia. Ensi- ja turvakotien liitto ja sen jäsenyhdistykset tarjoavat myös internetissä toimivan Nettiturvakoti-palvelun (www.turvakoti.net), jossa voi lukea tietoa perhe- ja lähisuhdeväkivallasta ja saa ammattilaiselta vastauksia perheväkivaltaan liittyviin kysymyksiin.³¹ Äitiysneuvolan työntekijöiden on tärkeä olla tietoisia alueen ensi- ja turvakotipalveluista ja tarvittaessa ohjata asiakkaita tuen piiriin.

Poliisi

Äitiysneuvolan toimivat yhteistyösuhteet poliisin kanssa ja moniammatillinen yhteistyö on tärkeää. Moniammatillisen yhteistyön merkitys poliisin kanssa korostuu rikospäilyissä, kuten perheväkivaltaepäilyssä tai väkivalta- ja sen uhkatilanteissa neuvolassa. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain³² 17. §:ssä säädetään vaitiolovelvollisuudesta. Säännöksen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa sivulliselle luvatta ilmaista yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon. Vaitiolovelvollisuussäädöstä täydentää oikeudenkäymiskaaren³³ 17. luvun 23. §:n säännös, jonka mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa todistaa siitä, mitä hän asemansa perusteella on saanut tietää ja mitä asian laadun vuoksi on salassa pidettävä, ellei se, jonka hyväksi vaitiolovelvollisuus on säädetty, suositu todistamiseen. Poikkeuksen muodostaa kuitenkin asia, jossa virallinen syyttäjä ajaa syytettä rikoksesta, josta saattaa seurata vankeutta kuusi vuotta tai ankarampi rangaistus, tai sanotunlaisen rikoksen yrityksestä tai osallisuudesta siihen.³³

Muita yhteistyötahoja

Yhteistyötä järjestöjen ja seurakuntien kanssa kehitetään aikaisempaa suunnitelmallisemmaksi.⁸ Järjestöt, seurakunnat ja kunnat kehittävät yhdessä palvelujaan perhekeskustoimintana. Äitiysneuvolat tekevät yhteistyötä esimerkiksi Väestöliiton (parisuhdeneuvonta), Suomen Monikkoperheet ry:n ja Mannerheimin lastensuojeluliiton (MLL) kanssa. Väestöliitolla on muun muassa perheen, parisuhteen ja seksuaalisuuden tukemiseen liittyvää toimintaa (Vastaamo-palvelu). MLL järjestää perhekahvila- ja vanhempainryhmätoimintaa, ja sillä on neuvontapuhelin vanhemmille. Kirkon perheasiain neuvottelukeskukset tarjoavat perheneuvontaa eri puolilla maata (yhteensä 42 perheasiain neuvottelukeskusta).

SUOSITUS

- ▶ Laadukkaiden asiakaslähtöisten äitiysneuvolapalvelujen edellytyksenä on moniammatillinen yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eri ammattiryhmien, eri hallinnonalojen sekä järjestöjen edustajien kanssa.
- ▶ Moniammatillisen palveluprosessin tueksi luodaan rakenteet, joita ovat esimerkiksi perhekeskus, yhteistyöverkosto ja hyvinvointineuvola. Tavoitteet ja yhteistyötahojen vastuut määritellään hoito- ja palveluketjujen kuvauksissa.
- ▶ Moniammatillisen yhteistyön rakenteiden ja verkostojen avulla edistetään työntekijätasolla paikallisia, käypiä yhteistyömalleja parityöskentelyyn, tiimityöskentelyyn sekä konsultatiiviseen työskentelyyn äitiysneuvolan ja sen yhteistyökumppaneiden välillä.
- ▶ Ehkäisevän perhetyön tarjontaa lisätään perheen tuen tarpeiden mukaan.
- ▶ Eri ammattiryhmien yhteisillä koulutuksilla ja lasten, nuorten ja perheiden palvelujen yhteensovittavalla johtamisella vahvistetaan moniammatillista yhteistyötä.
- ▶ Alueen ja kunnan palveluita on tärkeä koordinoita ja tiedottaa niistä vanhemmille.

Lähteet

1. Isoherranen K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä etsimässä. Akateeminen väitöskirja, sosiaalitieteiden laitos, Helsingin yliopisto.
2. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2010. Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
3. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2007. Lastensuojelulaki 417/2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417#P15>.
4. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
5. STM 2012 a. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Raportteja ja muistioita 2012:21.
6. Perälä M-L, Halme N, Nykänen S. 2012. Lasten, nuorten ja perheiden palvelujen yhteensovittaminen. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 19/2012. Helsinki.
7. STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2012–2015. Julkaisuja 2012:1.
8. STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2012–2015. Toimeenpanosuunnitelma. Julkaisuja 2012:20.
9. Clancy A, Gressnes T, Svensson T. 2012. Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: A questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01079.x
10. Pärnä K. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Turun yliopiston julkaisuja, Sarja C, Osa 341. Turku.
11. Bajnok I, Puddester D, MacDonalds CJ, Archibald D, Kuhl D. 2012. Building positive relationships in healthcare: Evaluation of the teams of in-

- terprofessional staff interprofessional education program. *Contemporary Nurse* 42(29), 76–89.
12. Ingunn Aase I, Aase K, Dieckmann P. 2013. Teaching interprofessional teamwork in medical and nursing education in Norway: A content analysis. *Journal of Interprofessional Care* 27(3), 238–245.
 13. Perälä M-L, Halme N, Hammar T, Nykänen S. 2011. Hajanaisia palveluja vai toimiva kokonaisuus? Lasten ja perheiden palvelut toimialajohdajien näkökulmasta. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 29/2011*. Helsinki.
 14. Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004: 14. Helsinki.
 15. Neuvolaikäisten suun terveyden edistämisen yhteistoimintamalli 2009. [http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/5AC5F757-A5A8-4D20-84CF-D34429C97224/0/Neuvolaik%C3%A4istensuunterveydenedist%C3%A4misenyhteisty%C3%B6toimintamalli.pdf](http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/5AC5F757-A5A8-4D20-84CF-D34429C97224/0/Neuvolaik%C3%A4istensuun%20terveydenedist%C3%A4misenyhteisty%C3%B6toimintamalli.pdf).
 16. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Neuvolaikäisten lasten suun terveyden edistäminen. Opas neuvoloille. Suhah, suun terveydenhuollon kehittämishanke 2009. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/F5810E50-9951-49D0-AAD6-106F482AAFAE/0/>.
 17. Heino T. 2008. Lastensuojelun avohuolto ja perhetyö: kehitys, nykytila, haasteet ja kehittämissuunnitelmat. Selvitys lastensuojelun kehittämissuunnitelmalta. *Stakes, Työpapereita 9/2008*. Helsinki.
 18. Hastrup A, Hietanen-Peltola M, Jahnukainen J, Pelkonen M. (toim.) 2013. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen. Lasten Kaste – kehittämistyöstä pysyväksi toiminnaksi. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 3/2013*. Helsinki.
 19. Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoloissa. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä, 2008:24. Helsinki.
 20. Miessakit ry 2012. Isyys kuulluksi, näkyväksi ja osallistuvaksi. Isyyden Tueksi -hanke 2008–2014. Valiraportti. http://www.miessakit.fi/easydata/customers/miessakit/files/Liitetiedostot/isyyden_tueksi_valiraportti.pdf.
 21. Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005: 22. Helsinki.
 22. Korhonen A. 2003. Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena. Tuen sisällölliset piirteet, kustannukset ja vaikutukset keskosten ensimmäisen elinvuoden hoitokustannuksiin. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Medica 760. Oulun yliopisto.
 23. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaa-hankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/f8cb23c3-edb6-4fc6-8fdc-c26650a8108d>.
 24. Lapsen ääni 2011. Tukevasti alkuun, vahvasti kasvuun ja tukevasti verkossa -hankkeet 2009–2011. Toimintamallit. http://www.lapsenaani.fi/VARHAINEN_TUKI/TUKEVASTI_ALKUUN/Loppuraportti%20Tukevasti-hankkeista.pdf.
 25. Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Julkaisuja 17/2007. Helsinki.
 26. Järvinen S. 2011. Seksuaalisuus raskausaikana ja synnytyksen jälkeen. Teoksessa Ritamo M, Ryttyläinen-Korhonen K, Saarinen S. (toim.) Seksuaalineuvonnan tueksi. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 27/2011*. Helsinki.
 27. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Lastensuojelun käsikirja. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-fi/lastensuojelunkasikirja>.
 28. Pelastakaa Lapset ry. Adoptioneuvonta. <http://www.pelastakaaalapset.fi/toiminta/lastensuojelutyo/.../adoptioneuvonta/>.
 29. Sarkola T, Kahila M, Gissler M, Halmesmäki E. 2007. Risk factors for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatrica* 96, 1571–6.
 30. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 2009:3. Helsinki.
 31. A-klinikkasäätiö 2012. A-klinikat. <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a-klinikat>.
 32. Ensi- ja turvakotien liitto 2012. <http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/>.
 33. Sosiaali- ja terveysministeriö 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.
 34. Oikeudenkäymiskaari 1948. 17. luku, 23.–24. §. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1734/17340004#L17P23>.

15.4 ERIKOISSAIRAANHOITO

Suomen äitiyshuolto on perinteisesti toteutunut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Kesällä 2013 valmisteilla olleen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen keskeisiä tavoitteita ovat palveluiden yhdenvertainen saatavuus, perus- ja erikoistason palveluiden integrointi sekä lähipalveluiden turvaaminen. Osana äitiyshuollon hoito- ja palvelukokonaisuuden toimivuutta on huomioitava se, että riskiraskauksien seuranta ja hoito sekä muu lähipalvelujen tuki turvataan palvelurakennemuutoksen tavoitteiden mukaisesti. Tämä edellyttää sellaisia uusia palvelumuotoja, joiden avulla synnytyslääkärin ja kättilön äitiyspoliklinikkatasoisia palveluja olisi tarjolla lähipalvelujen tukena alueilla, joissa on pitkä matka synnytysairaalaan. Palvelurakennemuutos tuo haasteita myös erikoissairaanhoidon konsultointikäytäntöihin ja uusia mahdollisuuksia ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen.

Muutoksista huolimatta äitiyshuollossa tarvitaan yhteiset näkemykset hoidon tavoitteesta ja sisällöstä, dokumentoitu hoitoketju ja muut ohjeistukset, hyvä tiedonkulku ja yhteistyö sekä säännöllistä, yhteistä koulutusta jatkuvuuden ja yhtenäisen hoidon turvaamiseksi.

LÄHETE- JA HOITOPALAUTEKÄYTÄNNÖT JA KONSULTOINTI

Lähete on paperinen tai sähköinen asiakirja, jolla siirretään osa potilaan hoitovastuusta perusterveydenhuollolta erikoissairaanhoidolle; siirrettävä hoitovastuu määritellään lähetteessä. Lähete voi toisinaan korvata paperinen tai sähköinen konsultaatio, jolloin hoitovastuu säilyy perusterveydenhuollossa. Konsultaation perusteella potilasta ei voida ottaa potilaaksi erikoissairaanhoitoon. Lähete toimii myös maksusitoumuksena. Konsultaatiostauksessa annetaan erikoissairaanhoidon kannanotto tai suositus siitä, miten kyseisessä ongelmassa perusterveyden työntekijän tulisi toimia. Hoitojakson päätyttyä hoitopalaute yleensä palauttaa hoitovastuun perusterveydenhuoltoon. Silloin kun hoito jatkuu samanaikaisesti sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa, kuten usein raskausaikana, käytetään myös väliaikaviestintänä hoitopalautteita, joissa selkeästi kuvataan hoitovastuun jako sekä hoito- ja seurantasuunnitelma.

Läheteen laatii yleensä lääkäri, mutta erityisesti äitiyshuollossa potilaan lähettäminen erikoissairaanhoitoon kuuluu myös äitiysneuvolan terveydenhoitajan/kättilön tehtäviin. Lähete voi olla päivystyksellinen (ks. aiheet alla), jolloin potilas saa paperisen läheteen mukaansa ja menee sairaalan päivystysvastaanotolle saman tai seuraavan päivän aikana. Ei-päivystyksellinen lähete toimitetaan sairaalaan postitse tai sähköisesti. Lähettäjä merkitsee oman arvionsa hoidon tarpeen kiireellisyydestä, mutta lopullisesti erikoissairaanhoidon ajankohdan määrittää läheteen tarkistava äitiyspoliklinikan toiminnasta vastaava erikoislääkäri. Erikoissairaanhoidolla on informointi- ja palautteenantovelvollisuus lähettävään yksikköön ja potilaalle.

Päivystyksellisen lähetteen aiheita ovat:

- säännölliset (alle 10 minuutin välein) ja kivuliaat supistukset
- verinen vuoto 22. raskausviikon jälkeen
- lapsiveden meno
- voimakas vatsakipu
- sikiön liikehälytys
- epäily sikiön kuolemasta
- sikiön pysyvä takykardia (yli 180) tai bradykardia (alle 100)
- nopeasti korkealle kohonnut verenpaine (yli 160/105)
- korkea verenpaine, joka yhdistyy subjektiivisiin oireisiin tai voimakkaaseen proteinuriaan
- intensiivinen kutina
- epäily syvästä laskimotukoksesta tai keuhkoemboliasta
- korkea kuume ilman selvää hengitystiefokusta
- muu tila, jossa päivystykselliset tutkimukset ja hoito katsotaan aiheellisiksi.

Kiireettömän hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut kuntayhtymän sairaalaan.¹ Käytännössä kuitenkin äitiyspoliklinikalle saapuvat lähetteet käsitellään aina kiireellisesti joko heti lähetteen saapumispäivänä tai viimeistään muutaman päivän sisällä saapumisesta. Lähetettä käsittelevä lääkäri arvioi hoidon tarpeen, hankkii tarvittaessa lisätietoja ja suunnittelee hoidon sisällön ja ajankohdan. Hoidon kiireellisyyden arvio saattaa poiketa siitä, mikä on ollut lähettävän henkilön arvio. Lähetteen käsitelijä vastaa hoidon ajankohdan oikeellisuudesta, ja hänen on kyettävä perustelemaan ratkaisunsa. Jos käsitelijän mielestä lähetteen oikeampi osoite on jossakin muussa erikoissairaanhoidon yksikössä kuin äitiyspoliklinikalla, hän voi siirtää lähetteen toiseen yksikköön. Hän voi myös palauttaa lähetteen perusterveydenhuoltoon ja antaa tarpeelliset hoito-ohjeet, jos hän katsoo, että lähetteen perusteella ei ole tarvetta erikoissairaanhoidolle.

Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta.² Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, uusi ajankohta ja muutoksen syy on ilmoitettava potilaalle välittömästi. Lisäksi potilaan tiedonsaantioikeus edellyttää, että potilaalle annetaan selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista.² Näin ollen potilaan pitää saada tieto niistä ratkaisuista, jotka lähetteen käsitelyssä on tehty. Erityisen tärkeää tiedottaminen on niissä tilanteissa, joissa ratkaisu poikkeaa lähetteen laatijan alkuperäisestä suunnitelmasta – esimerkiksi lähetteen palauttaminen, siirtäminen muuhun yksikköön tai alkuperäisestä suunnitelmasta poikkeava kiireellisyys.

Hyvän lähetteen ja hoitopalautteen sisältö ja kriteerit on esitetty taulukossa 1. Hoitopalautteella tarkoitetaan tässä luvussa palautetta äidin raskaudenaikaisesta eri-

Taulukko 1. Hyvän lähetteen ja hoitopalautteen sisältö ja kriteerit

Lähete	Hoitopalaute
Potilaan ja lähettäjän yhteystiedot	Potilaan ja erikoissairaanhoidon yksikön yhteystiedot
Selkeästi ilmaistu lähettämisen aihe	Selkeästi ilmaistu hoidon ja tutkimusten syy
Raskauden kesto	Raskauden kesto/synnytyksen ajankohta
Olennaiset taustatiedot	Olennaiset esitiedot
Nykyongelma, siihen liittyvät tutkimukset ja kysymyksen asettelu	Tehdyt tutkimukset ja annetut hoidot
	Jatkohoito- ja seurantasuunnitelma
Lähete/hoitopalaute on selkeä ja sen luettavuus on hyvä	
Kappalejaotus selkeyttää asiakokonaisuuksien hahmottumista	
Lähetteen/hoitopalautteen kieliasu ja tyyli ovat asialliset (lähete ja hoitopalaute ovat virallisia asiakirjoja, jotka myös potilas voi lukea)	

koissairaanhoidosta, synnytyksestä sekä synnytyksen jälkeisestä äidin ja lapsen sairaalahoidosta. Ihanteellista olisi, jos lähetteitä tehtäisiin aina tarkoituksenmukaisesti ja oikea-aikaisesti. Valitettavasti osa potilaista ei ole saanut lähetettä silloin, kun jälkikäteisarvion perusteella olisi ollut oikea aika lähettää sairaalaan. Vastaavasti Suomessa saatetaan tehdä lähetteitä äitiyspoliklinikalle sellaisissa tapauksissa, joissa hoitoporrastuksen perusteella hoidon ja seurannan olisi pitänyt tapahtua perusterveydenhuollossa. Tarpeeton tai epäasianmukainen lähete aiheuttaa kustannuksia, rapauttaa neuvolan arvovaltaa ja luotettavuutta sekä aiheuttaa turhaa huolta ja vaivannäköä. Syynä turhiin lähetteisiin ovat usein tiedonpuute ja kokemattomuus, mutta syynä saattavat olla myös läheteindikaatioiden epäselvät määrittelyt ja konsultointimahdollisuuksien heikkous. Hoitopalaute tulee laatia viiden päivän kuluessa hoitajakson päätyttyä.³ Jos hoitopalaute jää saapumatta perusterveydenhuoltoon, tämä aiheuttaa turhia potilaskäyntejä, puhelinsoittoja ja asianmukaisen jatkoseurannan viivästyistä.⁴

Lähetteen voi toisinaan välttää konsultaatiolla. Konsultaatiomahdollisuuksien pitäisi olla joustavat. Sairaalan tulee antaa puhelinnumerot, joihin terveydenhuollon ammattilaiset voivat soittaa ja kysyä neuvoja ja ohjeita potilaan hoidosta. Puhelinkonsultaatioihin vastaamiseen saattaa liittyä potilaskertomusten avaaminen, puhelun dokumentointi ja johtopäätösten kirjaaminen, jolloin konsultointi on yleensä maksullista. Konsultaatiovastaus voi olla myös yleisellä tasolla maksutonta neuvon antamista, jolloin konsultointia ei välttämättä yhdistetä kehenkään tiettyyn potilaaseen. Sähköiseen konsultointiin on myös oltava mahdollisuus. Sairaala saattaa laskuttaa konsultaatioista, mutta konsultaation kustannukset ovat joka tapauksessa huomattavasti pienemmät kuin potilaan sairaalakäynnin kustannukset.

TIEDONKULKU

Jotta raskaana olevaa voidaan hoitaa tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti, tiedon pitää kulkea nopeasti synnytyssairaalan ja perusterveydenhuollon välillä. Tiedonkulun kanavia voivat olla puhelin, posti, neuvolakortti ja sähköinen viestintä. Nopeaa tiedon välittämistä varten käytetään puhelinta.

Toistaiseksi neuvolakortin tiedot eivät automaattisesti välity erikoissairaanhoidon. Neuvolakortti kulkee potilaan mukana tämän tullessa äitiyspoliklinikalle, päivystykseen tai synnyttämään. Neuvolakorttia täytetään myös sairaalassa asioitaessa. Neuvolakortti on tärkeä tiedonvälityksen kanava neuvolan ja sairaalan välillä, mutta sen käyttö rajoittuu tilanteisiin, joissa potilas on läsnä.

Riippumatta siitä, onko raskaana oleva käynyt potilaskäynnillä sairaalassa, neuvola lähettää synnytyssairaalaan raskauden ja synnytyksen hoitoa varten neuvola-asiakkaan esitiedot. Nämä tiedot kirjataan sairaalan potilaskertomusjärjestelmään. Useimmiten esi- ja taustatiedot toimitetaan sähköisesti, ja mahdollisesti potilas voi osittain itse täyttää esitietolomakkeensa. Neuvolalla tulisi olla mahdollisuus tarvittaessa täydentää esitietoja.

Perusterveydenhuollolla on oikeus saada hoitopalaute lähettämänsä potilaan hoidosta. Hoitopalaute toimitetaan sekä poliklinikkakäynneistä että osastohoitojaksoista. Synnytyssairaala on tärkeää ottaa yhteyttä puhelimitse neuvolaan, jos sieltä kotiutuu erityistä tukea tarvitseva perhe.

TYÖNJAKO

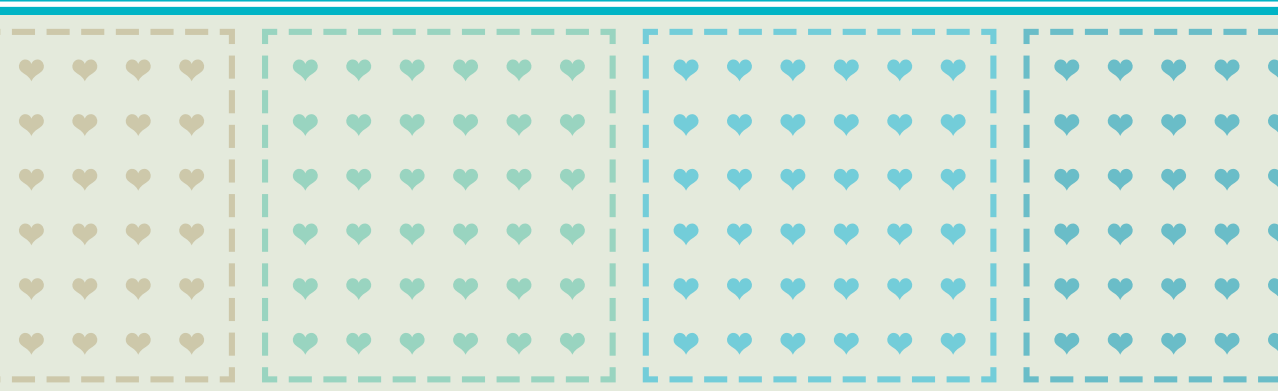
Äitiysneuvolan perinteisenä tehtävänä on ollut tunnistaa raskauskomplikaatiot ja tunnistamisen jälkeen lähettää potilaat erikoissairaanhoidon.⁵ Tämä työnjako on edelleen voimassa, mutta nyt korostetaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdessä määrittämiä tavoitteita, yhteistä hoitoketjua, oikea-aikaista lähettämistä ja tarkoituksenmukaista työnjakoa potilaan sairauksien hoidossa ja seurannassa.⁶

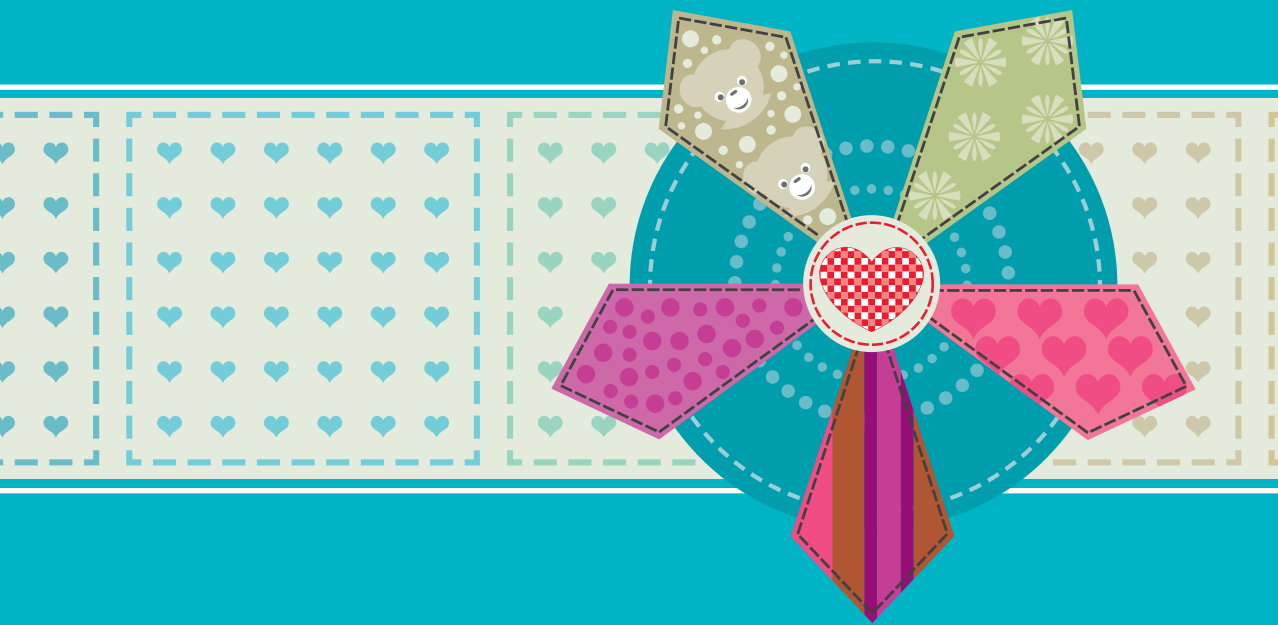
Vaikka neuvolan perinteisenä tehtävänä on poikkeavuuksien seulonta, neuvolassa voidaan yhä enemmän myös hoitaa raskausajan sairauksia ja ongelmia yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa. Tämä edellyttää kuitenkin riittävää resursointia sekä perehtyneisyyttä raskausongelmien hoitoon. Neuvolan nykyisiä resursseja ei tarvitse lisätä, mutta määräaikaisten terveystarkastusten vähentäminen vapauttaa resursseja tarveharkintaisille lisäkäynneille. Näiden tavoitteiden toteuttamisessa osaltaan auttaa tämä äitiysneuvolaopas.

Tutkimustiedon karttuessa ja hoitokäytäntöjen kehittyessä työnjakoa tulee voida jatkuvasti arvioida ja tarkistaa. Monet uudet hoitokäytännöt alkavat erikoissairaanhoidossa, mutta käytäntöjen vakiintuessa hoitojen toteutusta ja seurantaa saatetaan siirtää perusterveydenhuoltoon. Tämä edellyttää yhteisiä tavoitteita, yhteydenpitoa ja vuoro-vaikutusta sekä jatkuvaa koulutusta.

Lähteet

1. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
2. Sosiaali- ja terveysministeriö. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
3. STM julkaisuja 2012:4. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle.
4. Vehviläinen A. 2005. Konsultointi ja jatkohoitto. Teoksessa Kumpusalo E. ym. Yleislääketiede, 140–148. Duodecim.
5. Castren O. 1987. Raskauskomplikaatioiden ehkäisy. Teoksessa Simell O. (toim.) Neuvolakirja. Chymos, Lääketehtas Orion.
6. Nuutinen M. 2000. Hoitoketju. Duodecim 116, 1821–8.





16 ÄITIYSNEUVOLAPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN

16.1 TOIMINTAOHJELMA

Luku perustuu laajoja terveystarkastuksia käsittelevän oppaan¹ osan III lukuun 4.2.

Toimintaohjelmasta tukea äitiysneuvolatoiminnan suunnitteluun ja järjestämiseen

Äitiysneuvolapalvelujen järjestämisen edellytyksenä on lakisääteisen toimintaohjelman laatiminen.² Toimintaohjelmalla tarkoitetaan kunnan kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen hyväksymää yhtenäistä asiakirjaa, jossa kuvataan

- äitiys- ja lastenneuvolan, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä lasten ja nuorten ehkäisevän suun terveydenhuollon palvelut
- hallintokuntien välinen, moniammatillinen ja monialainen yhteistyö sekä
- yksilön ja perheen osallisuuden ja kehitysympäristöjen huomioon ottamisen tavat.

Tässä luvussa toimintaohjelmaa ja sen laatimista tarkastellaan lähinnä äitiys- ja lastenneuvolan näkökulmasta. Toimintaohjelma mahdollistaa neuvoloiden toiminnan yhtenäistämisen ja lisää kuntalaisten tasa-arvoisuutta yhtenäisten ja laadukkaiden palvelujen saannissa. Toimintaohjelmaa hyödynnetään suunnittelun ja kehittämisen konkreettisena apuvälineenä johtamisessa, yksittäisen työntekijän työssä, moniammatillisessa yhteistyössä sekä toiminnan seurannassa ja arvioinnissa.

Toimintaohjelma laaditaan tai päivitetään vähintään valtuustokausittain, ja sen tulee liittyä kunnan lastensuojelulain edellyttämään lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmaan sekä laajempaan kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmaan. Toimintaohjelma otetaan huomioon myös sairaanhoitopiirin terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa laadittaessa.³⁻⁴ Järjestämissuunnitelma tarjoaa mahdollisuuden perusterveydenhuollon palvelujen yhtenäistämiseen ja yhteensovittamiseen.

Toimintaohjelma laaditaan laajassa yhteistyössä niiden tahojen ja työntekijöiden kesken, joiden työtä toimintaohjelma koskee. Eri hallinnonalojen yhteistyö kunnassa on välttämätöntä toimintaohjelmaa laadittaessa. Yhteisvalmistelun tavoitteena on, että kunnan eri toimialojen palvelut täydentävät toisiaan ja muodostavat asiakkaan näkökulmasta kattavan ja mielekkään kokonaisuuden. Lapsia, nuoria ja lapsiperheitä koskevien suunnitelmien toteuttaminen on taloudellisempaa ja helpompaa, kun varhaiskasvatuksen, opetustoimen sekä sosiaali- ja terveystoimen lakisääteiset ja suositusten mukaiset suunnitelmat valmistellaan yhteistyössä, sovitetaan yhteen ja liitetään osaksi kunnan strategiaa.

Aito yhteistyö tarkoittaa toimintaohjelmaan sisältyvien yhteistyökäytäntöjen pohdimista konkreettisesti yhteisessä neuvottelussa. Tällöin eri toimialat, niiden tehtävät ja vastuuhenkilöt tulevat tutuiksi ja verkottuvat toimimaan yhdessä lasten, nuorten ja perheiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäjinä. Valmiiden asiakirjojen lähettämistä tai kommentointipyyntöä ei voida pitää riittävänä yhteistyönä.

Toimintaohjelman sisältö

Vastuuhenkilöt ja henkilöstövoimavarat. Toimintaohjelmassa kuvataan palveluntuottajan nimeämän vastuuhenkilön tehtävät.¹ Eri toimintoihin suunnatut henkilöstövoimavarat ja monitoimijainen yhteistyö ovat tärkeä toiminnan edellytys, ja ne myös ohjaavat toiminnan sisältöä. Henkilöstövoimavarat kuvataan esimerkiksi terveydenhoitajan/kättilön ja lääkärin henkilötyövuosina. Myös suun terveydenhuollon toimijoiden työpanos äitiys- ja lastenneuvolatoiminnassa kuvataan.

Jos henkilöstöresurssit eivät ole valtakunnallisten suositusten mukaisia, ohjelmaan sisällytetään suunnitelma, jolla tavoitteisiin voidaan päästä. Lisäksi on hyödyllistä ennakoida henkilöstövoimavaroissa tapahtuvat muutokset.

Toiminnan ja menettelytapojen kuvaus. Toimintaohjelmassa kuvataan äitiys- ja lastenneuvolan eri toiminnot ja niiden keskeiset sisällöt, esimerkiksi seuraavat:

- määräaikaisten terveystarkastusten ajankohdat ja pääasialliset sisällöt, mukaan lukien yksilöllisen terveysneuvonnan pääperiaatteet kussakin tarkastuksessa
- laajan terveystarkastuksen järjestäminen määräaikaisten terveystarkastusten osana
- raskaana olevan naisen puolison tai kumppanin kutsumiskäytännöt neuvolaan sekä perheiden kanssa tehtävä yhteistyö
- tarkastuksiin liittyvä moniammatillinen yhteistyö
- neuvolan perhevalmennus, ml. synnytysvalmennus ja muu vanhempainryhmätoiminta
- neuvolan kotikäynnit ennen lapsen syntymää ja lapsen syntymän jälkeen sekä lapsen tai perheen erityistilanteissa; yhteistyötahot kuten perhetyö
- menettelytavat erityisen tuen tarpeen tunnistamiseksi ja tuen järjestämiseksi sekä varautuminen lisäkäyntien järjestämiseen
- tarkastuksista poisjääneiden tuen tarpeen selvittäminen
- erikoissairaanhoidon ja synnytysairaalaan lähettämisen käytännöt
- toiminnan yhteensovittaminen nivelvaiheissa, joissa raskaana oleva on sekä äitiysneuvolan että erikoissairaanhoidon tai synnytysairaalan asiakkaana tai jossa lapsi ja perhe siirtyvät äitiysneuvolasta lastenneuvolaan ja edelleen kouluterveydenhuoltoon
- asiakkaiden osallisuus, mm. osallistuminen palvelujen kehittämiseen
- palveluista ja toiminnasta tiedottaminen
- potilaslain säännöksiä noudattavat menettelytapaohjeet tietojen siirrossa.

Työntekijöiden keskinäinen työnjako terveystarkastuksessa. Terveystarkastajan/kättilön ja lääkärin välisestä työnjaosta kirjataan pääperiaatteet mm. laajojen terveystarkastusten ja konsultaatioiden osalta. Lisäksi kuvataan erityistyöntekijöiden kuten fysio- tai ravitsemusterapeuttien, neuvola- ja terveystarkastuspsykologien, perhetyöntekijöiden ja psykiatristen sairaanhoitajien saatavuus, konsultaatio- ja ohjaukset käytännöt sekä työnjaot eri ammattiryhmien välillä.

Moniammatilliset toimintamallit ja paikalliset hoitoketjut. Toimintaohjelmassa kuvataan moniammatillisen yhteistyön periaatteet, työnjako ja tiedonsiirtoon liittyvät käytännöt sekä päälinjat hoito- ja palveluketjujen mukaisesta yhteistyöstä perusterveydenhuollon ja erityispalvelujen, esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvolan sekä erikoissairaanhoidon kanssa. Tällaisia yhteisen työn alueita ovat tuen tarpeen tunnistaminen, arviointi ja tuen järjestäminen oikea-aikaisesti ja moniammatillisesti sitä tarvitseville. Erityisesti tulee huolehtia keskeisten kansanterveysongelmien (lähi- ja parisuhdeväkivallan, mielenterveys- ja päihdeongelmien) toimintamallien ja hoitoketjujen selkeästä kuvauksesta. Äitiysneuvolan ja synnytyssairaalan yhteistyö ja työnjako sekä ennakoitujen lastensuojelutoimien pohjalta käynnistyvä yhteistyö neuvolan, synnytyssairaalan, sosiaalityön ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen kanssa tehdään näkyviksi. Lisäksi kuvataan toimintamalli perheen taloustilanteen edellyttämästä ohjauksesta tarvittaviin palveluihin (Kela, sosiaalitoimi).

Esimerkkejä hallintokuntarajat ylittävistä äitiysneuvolaan koskevista yhteisen työn muodoista ja tilanteista ovat perhevalmennus, perhetyö, moniammatilliset kotikäynnit, aikuissosiaalityö, toimeentulotuki, lastensuojelu, päihdetyö ja vaikeissa elinoloissa olevien lasten ja perheiden auttaminen sekä perheväkivallan ehkäisy.

Moniammatillisen hallintokuntien rajat ylittävän yhteistyön periaatteista sopiminen vaatii pitkäjänteistä yhteistä työskentelyä ja yhteistapaamisia. Myös järjestöjen ja yksityisten toimijoiden osallistuminen toimintoihin, esimerkiksi perhevalmennukseen, kirjataan toimintaohjelmaan.

Toimintaohjelma seurannan ja arvioinnin välineenä

Yhtenäinen toimintaohjelma kaikkien määräaikaisten terveystarkastusten ja terveystarkastuksen sisällöstä ja määrästä varmistaa palvelujen yhtenäisyyden, laatutason ja alueellisen tasa-arvon. Äitiysneuvolan terveystarkastuksista kerätyt terveyttä ja hyvinvointia sekä palvelujen käyttöä ja tuen tarvetta kuvaavat tilastolliset tunnusluvut ovat arvokkaita palveluja arvioitaessa ja kehitettäessä. Tunnuksien avulla voidaan toiminnalle asettaa konkreettisia mitattavissa olevia tavoitteita, jotka ohjaavat valitsemaan niihin sopivia keinoja. Samalla ne mahdollistavat vertailukelpoisen paikallisen tiedon saamisen kohdeväestön terveydentilasta ja hyvinvoinnista sekä palvelujen saatavuudesta, käytöstä, kattavuudesta sekä vaikuttavuudesta. Kokonaistavoitteita ja lyhyemmän aikavälin välitavoitteita on hyödyllistä ajoittain tarkastella yhdessä koko toimintasektorin henkilöstön kanssa.

Toimintaohjelmassa kuvatus toiminnan toteutumisesta ja tuloksista raportoidaan vuosittain toimintakertomuksessa kunnan kansanterveystyöstä vastaaville luottamuselimille. Toiminnan tunnusluvut ovat myös hyödynnettävissä kunnassa valtuustokausittain laadittavan hyvinvointikertomuksen valmistelutyössä. Päivittämisestä ja tiedottamisesta huolehtiva työryhmä ja vastuuhenkilöt sovitaan ja kirjataan toimintaohjelmaan.

SUOSITUS

- ▶ Toimintaohjelmassa kuvataan keskeiset äitiysneuvolatoiminnan paikallisessa järjestämisessä ja toteuttamisessa sekä toimintojen yhtenäistämässä tarvittavat seikat.
 - ▶ Toimintaohjelma laaditaan laajassa moniammatillisessa ja -alaisessa yhteistyössä neuvotellen ja sopien. Toimintaohjelma päivitetään vähintään valtuustokausittain.
 - ▶ Toimintaohjelmaa käytetään toiminnan suunnittelun sekä seurannan ja arvioinnin apuvälineenä.
-
-

Lähteet

1. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus – Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 22/2012, Helsinki.
2. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
3. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
4. Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta 337/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110337>.

16.2 NEUVOLATOIMINNAN JOHTAMINEN

Johtamisen lähtökohdat lainsäädännön mukaan

Terveydenhuoltolain¹ velvoitteet muodostavat äitiysneuvolatoiminnan johtamisen lähtökohdan (liite 4). Terveydenhuoltolain 4 §:n mukaan kunnan peruspalvelujen toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta. Äitiysneuvolassa tämä tarkoittaa hoitotyön ja lääketieteellisen asiantuntemuksen yhteensovittamista ja hyödyntämistä johtamistehtävissä ja vastuissa. Johtamisen on tuettava laadukkaan ja

turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Lain 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustettava näyttöön ja hyviin toimintakäytäntöihin. Terveyden edistämistä koskevien sääntösten mukaan on nimettävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuuhenkilöt, valmisteltava tarvittavat suunnitelmat ja hyvinvointikertomus sekä tehtävä yhteistyötä kunnan eri toimialojen ja muiden tahojen kanssa. Äitiysneuvolapalvelut on järjestettävä terveydenhuoltolain ja valtioneuvoston asetuksen² mukaisesti. Johtamista velvoittavat myös vaatimukset, joiden mukaan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta ja samaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma.

Johtamisen ja vastuuhenkilöiden tehtävät

Johtamisen tehtävänä on luoda edellytykset vaikuttavalle äitiysneuvolatoiminnalle ja ohjata neuvolatoiminnan kehitystä. Äitiysneuvolatoiminnan johtaminen on osa laajempaa johtamisen kokonaisuutta. Johtamisen organisointi ja johtamisvastuiden määrittely vaihtelevat kuntien hallinnollisten ratkaisujen, kunnan koon, palvelujen tuottamistavan ja organisaation koon mukaan. Strateginen ja operationaalinen vastuu voi olla yhdellä henkilöllä tai jakautuneena useammalle. Äitiysneuvolatoiminnan vastuuhenkilöiden nimeäminen ja heidän vastuullaan olevista tehtävistä sopiminen on ensisijaista johtamisen organisoinnissa.³⁻⁴

Vastuuhenkilön tai vastuuhenkilöiden tehtävänä on muun muassa toiminta- ja taloussuunnitelmien ja toimintaohjelman laatiminen sekä moniammatillisen ja -sektorisen työn johtaminen ja kehittäminen sekä palvelujen yhteensovittaminen.⁵ Johtamisella varmistetaan, että äitiysneuvolapalvelut ovat vaikuttavia ja asiakaslähtöisiä ja osa laajempaa palvelukokonaisuutta. Johtamisen tehtävänä on varmistaa riittävät henkilöstövoimavarat ja niiden tarkoituksenmukainen käyttö sekä henkilöstön osaamisen kehittäminen. On pidettävä huolta, että henkilöstö käyttää mahdollisimman vaikuttavia ja yhdenmukaisia menetelmiä ja toimii voimassa olevan lainsäädännön ja sovittujen periaatteiden mukaisesti. Johtamisen avulla luodaan toimintakulttuuri, joka kannustaa henkilöstöä oman ammattitaidon sekä neuvolatyön ja oman työyksikön työn kehittämiseen ja joka tukee ja vahvistaa henkilöstön voimavaroja ja työhyvinvointia. Tehtävänä on luoda menettelyt, joilla toiminnan tuloksellisuutta ja laatua seurataan säännöllisesti ja joilla henkilöstön toimintaa seurataan ja valvotaan. Myös äitiysneuvola koskevien asioiden vieminen luottamushenkilöiden käsittelyyn kuuluu vastuuhenkilöiden tehtäviin.³⁻⁴

Perheiden hyvinvointitarpeiden huomioiminen johtamisessa

Äitiysneuvolatoiminnan suunnittelu ja palvelujen järjestäminen perustuvat lasta suunnittelevien ja lasta odottavien parien terveyttä ja hyvinvointia koskevaan tietoon. Terveydenhuoltolain¹ mukaan kunnassa on seurattava väestöryhmittäin asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä sekä toimenpiteitä, joilla hy-

vinvointitarpeisiin vastataan. Vanhempien hyvinvoinnin arvioinnissa on suositeltavaa hyödyntää kansallisia tietolähteitä (TEA-viisari, Sotkanet, AvoHILMO). Kunnan omat selvitykset ja seurantatiedot tuovat esiin mahdollisia hyvinvoinnin riskejä ja niiden jakautumista alueittain. Näiden tietojen avulla voidaan muodostaa käsitys palvelutarpeista ja kohdentaa palveluja enemmän tukea tarvitseville. Terveystieteiden edellyttämä asiakaskeskeisyyden periaate ohjaa ottamaan huomioon asiakkaiden tarpeet.⁴

Osallistava johtaminen tukee henkilöstöä

Osallistava johtaminen edistää työntekijöiden osallistumista päätöksentekoon ja ammatillisuutta. Yhteistyössä useamman henkilön osaaminen, voimavarat, tieto ja asiantuntemus yhdistyvät yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Johdon ja henkilöstön toimivat yhteistyösuhteet parantavat työtyytyväisyyttä ja toiminnan vaikuttavuutta. Osallistavan johtamisen on todettu parantavan työolosuhteita, työilmapiiriä, henkilöstön ja johtajien välistä vuorovaikutusta sekä tiedottamista.³ Lääkäreiden saatavuutta ja työssä pysymistä parantavat heidän mahdollisuutensa vaikuttaa omaan työhönsä sekä muut työskentelyolosuhteet.⁶

Äitiysneuvolatyon seuranta

Äitiysneuvolapalvelujen laatu näkyy palvelujen yhdenmukaisuutena ja tasalaatuisuutena kunnan eri alueiden ja toimipisteiden välillä. Palvelujen toteutumista ja laatua mitataan yhdenmukaisilla mittareilla ja tunnusluvuilla. Seuranta ja mittaaminen edellyttävät tunnuslukujen, mittareiden ja tilastoinnin kriteereistä sopimista ja tunnuslukujen yhdenmukaiseen käyttöön kouluttamista. Systemaattinen, läpinäkyvä ja mahdollisimman reaaliaikainen seuranta mahdollistaa tarvittavien muutosten ja parantamistoimenpiteiden toteuttamisen viiveettä.⁴

SUOSITUS

- ▶ Terveyskeskuksen johto nimeää hoitotyön ja lääketieteen vastuuhenkilön äitiysneuvolatyon kokonaisuuden kehittämistä ja lähijohtoa varten ja määrittelee vastuuhenkilöiden toimivallan ja tehtävät.
- ▶ Äitiysneuvolatyon vastuuhenkilöt huolehtivat siitä, että äitiysneuvolatyon kehittämiselle uusien suositusten mukaisesti luodaan riittävät edellytykset (mm. toiminta- ja taloussuunnitelma, toimintaohjelma, kunnassa sovittavat yhteiset linjaukset, henkilöstön määrä ja laatu, osaaminen, suositusten esittely ja perustelu kuntapäätäjille).
- ▶ Henkilöstöä ja sen osaamista johdetaan osallistavan johtamisen periaatteiden mukaisesti.

- ▶ Äitiysneuvolatyön johtamisessa hyödynnetään lasten, nuorten ja perheiden palvelujen yhteensovittavan johtamisen mallia.
- ▶ Vastuuhenkilöt huolehtivat siitä, että saman terveyskeskuksen alueen äitiysneuvoissa käytetään yhdenmukaisia ja näyttöön perustuvia toimintakäytäntöjä ja menetelmiä. Sairaanhoidopiirissä sovitaan menettelytavasta, jonka avulla toimintakäytännöt ja menetelmät sen alueella yhdenmukaistetaan.
- ▶ Toimintaa ja laatua seurataan säännöllisesti sovittujen käytäntöjen mukaisesti.
- ▶ Johtajien ja vastuuhenkilöiden omasta koulutuksesta huolehditaan.

Lähteet

1. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
2. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
3. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki.
4. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 2012: 22.
5. Perälä ML, Halme N, Nykänen S. 2012. Lasten, nuorten ja perheiden palveluja yhteensovittava johtaminen. Opas 19, 2012. THL.
6. Vänskä J, Kangas M. 2008. Vastaanottokäyntien määrä ei kerro terveyskeskuksen tehokkuudesta. Suomen Lääkärilehti 63, 550–1.

16.3 ÄITIYSNEUVOLAN HENKILÖSTÖ JA MITOITUS

Äitiysneuvolatoiminnan tuloksellisuuden perusehtona on, että käytettävissä on laadultaan ja määrältään riittävä henkilöstö. Äitiysneuvolan keskeisen työparin muodostavat terveydenhoitaja/kätilö ja lääkäri. Voimassa olevia virallisia suosituksia terveydenhoitajan/kätilön ja lääkärin henkilöstömitoitukseksi ei ole. Niiden puuttuessa on käytetty Lääkintöhallituksen¹ (1988) kumottuja suosituksia sekä järjestöjen laatimia suosituksia. Niiden mukaan suositellaan 80:aa raskaana olevaa naista terveydenhoitajaa/kätilöä kohden ja 800:aa raskaana olevaa naista lääkäriä kohden. Näiden lukujen laskentaperusteista ei ole tietoa.

Perusterveydenhuollon ja ehkäisevän työn, myös varhaisen tuen, merkitystä korostetaan lainsäädännössä (terveydenhuoltolaki²), hallitusohjelmassa ja terveystoimintasuunnitelmissa. On perusteltua suunnata terveydenhuollon voimavaroja lasta odottaviin perheisiin, sillä raskausaika motivoi perheitä muuttamaan terveystottumuksiaan ja muita toimintatapojaan lapsen ja koko perheen terveyttä ja hyvinvointia suosivik-

si. Neuvolat edustavat lasta odottaville perheille ensimmäistä terveydenhuollon kontaktia ja peruspalvelua, sillä äitiysneuvolat tavoittavat lähes kaikki lasta odottavat perheet (99,7–99,8 %).

Äitiysneuvolatyö on muuttunut jatkuvasti vaativammaksi tehtäväsiirtojen (esim. jälkitarkastus) ja perheiden monenlaisten ongelmien vuoksi. Käyttöön otetut uudet työmuodot ja -menetelmät, kuten varhaisen vuorovaikutuksen ja vanhemmuuden tukeminen sekä motivoiva haastattelu, vievät aikaa. Aikaa vieviä ovat myös moniammatillinen yhteistyö, kotikäynnit sekä synnytys- ja perhevalmennus, johon sisältyy vanhempainryhmätoiminta. Näiden työmuotojen vaikuttavuudesta on saatu lisätietoa. Neuvolatoimintaa koskeva asetus³ edellyttää koko perheen laajan terveystarkastuksen tekemistä (jossa huomioidaan myös isien hyvinvointi), erityistä tukea tarvitsevien tunnistamista ja tuen järjestämistä sekä tarkastuksista pois jäävien tuen tarpeiden selvittämistä. Neuvolassa on kiinnitettävä huomiota molempien vanhempien hyvinvointiin, perheen elinoloihin ja mm. taloudelliseen tilanteeseen. Tämä ei onnistu, ellei tuen tarpeiden varhaiseen tunnistamiseen ja arkaluonteisista asioista keskustelemiseen varata riittävästi aikaa. Vuorovaikutus eri kulttuuritaustasta tulevien asiakasperheiden kanssa vaatii aikaa heidän asioidessaan neuvolassa. Yhä useampi perhe tarvitsee varhaista tukea, osa hyvinkin intensiivistä. Terveysneuvontaa tarjotaan molemmille vanhemmille. Myös perusterveydenhuollossa käytettävän uuden avohoidon ilmoitusjärjestelmän (AvoHILMO) kirjaamiset vievät aikaa. Työn vaatimusten lisääntymisen ja uusien osaamishaasteiden myötä on entistä tärkeämpää pitää huolta riittävästä täydennyskoulutuksesta ja työhohjauksesta, joihin myös tarvitaan aikaa.

Tässä oppaassa terveydenhoitajan/kättilön ja lääkärin työajan kohdentumiseen tehty suurin muutos koskee määräaikaistarkastusten määrän vähentämistä. Ensisynnyttäjälle suositellaan tässä oppaassa vähintään 11:tä tarkastusta aikaisemmin suositellun 17:n asemesta ja uudelleen synnyttäjälle 10:tä tarkastusta aikaisemman 13:n asemesta. Tarkoituksena on, että vapautuvaa työaikaa kohdennetaan raskaana olevan naisen ja hänen perheensä yksilöllisten tarpeiden mukaan. THL:n seurannan mukaan⁴ ensisynnyttäjille järjestettiin yhteensä keskimäärin 13 ja uudelleen synnyttäjille 12 terveystarkastusta. Lääkärintarkastuksia oli ensisynnyttäjille keskimäärin kolme, samoin uudelleen synnyttäjille kolme.

Tämän oppaan terveydenhoitajan/kättilön ja lääkärin henkilöstömitoitusta koskevat suositukset perustuvat laskelmiin, joissa esitetään yksityiskohtaisesti työajan jakautuminen erilaisiin tehtäviin. Laskelmien mukaan terveydenhoitajaa tai kättilöä kohden suositellaan enintään 76:ta ja lääkärinä kohden enintään 600:aa raskaana olevaa naista (liitteet 9 ja 10).

Laskelmassa on ensin laskettu varsinaiseen työhön käytettävissä oleva vuosittainen työaika (vähennetty arkipyhät, sairauspäivät, koulutuspäivät sekä ruoka- ja kahvitunnit). Lääkärin sairauspoissaolopäivät on otettu Työterveyslaitoksen Kunta10-tutkimuksesta⁵ (7,1) ja terveydenhoitajan sairauspoissaolopäivät työterveyshuollon asiantuntijan konsultoinnin perusteella suuren kunnan pitkäaikaisesta seurantatilastosta (7,2). Koulutuspäiviä on varattu lääkäreille 10 ja terveydenhoitajille tai kättilöille

8, sillä osaamishaasteet ovat suuria ja tavoitteena on oppivan organisaation luominen. Ruokailuun käytettävissä oleva aika voi erilaisissa työehtosopimuksissa olla erilainen. Varsinaiset vuosittaiset työtunnit (terveydenhoitaja/kätilö 1 652,2 h, lääkäri 1 618 h) on eritelty asiakastyön lisäksi tehtävään työhön ja varsinaiseen asiakastyöhön. Asiakastyön lisäksi tehtävää työtä ovat kokoukset matkoineen; kirjaaminen, sähköinen asiointi ja muu toimistotyöaika sekä puhelinaika (terveydenhoitaja/kätilö 9 h/vk, lääkäri 6 h/vk); työnohjaus, moniammatillinen yhteistyö ja opiskelijoiden ohjaus. Siihen kuuluu myös tarkastuksista poisjääneiden tuen tarpeiden selvittämiseen tarvittava työaika.

Asiakastyöhön kuuluvat terveydenhoitajan/kätilön osalta perhevalmennus ja muu vanhempainryhmätoiminta (60 h/v), varsinaiset määräaikaiset terveystarkastukset sekä lisäkäynteihin tarvittava aika. Lisäkäynteihin on varattu 20 % sekä terveydenhoitajan/kätilön että lääkärin asiakastyöhön käytettävissä olevasta ajasta. Työaika on varattu lisäkäynteihin, jotta ongelmat voitaisiin tunnistaa nykyistä perusteellisemmin ja varhemmin ja jotta tukea voitaisiin tarjota riittävästi ja oikea-aikaisesti. Erityistä huomiota on kiinnitetty ensisynnyttäjiin. Määräaikaisiin terveystarkastuksiin kuuluvat luvussa 4.4 esitetyt tarkastukset: ensikäyntiin ja laajaan terveystarkastukseen on varattu 1,5 tuntia, vastaanottokäynteihin 30 minuuttia ja kotikäynteihin matkoineen 2,5 tuntia (1,5 + 1 h). Ensisynnyttäjälle on varattu suositusten mukaan kaksi ja uudelleen synnyttäjälle yksi kotikäynti (mm. varhaisen vuorovaikutuksen ja koko perheen tukemiseksi). Lääkärin tarkastuksiin on varattu 30 minuuttia kuhunkin. Tarvittaessa lääkäri voi pidentää laajaan terveystarkastukseen tarvittavaa aikaa lisäkäynteihin varatusta työajasta. Tarkoituksena on, että jo odotusajan alussa tutustutaan perheeseen mahdollisimman hyvin (ensikäynti ja laaja terveystarkastus), luodaan hyvä vuorovaikutussuhde lasta odottaviin vanhempiin ja tunnistetaan mahdolliset lisäseurantaa aiheuttavat pulmat. Lisäkäynnin tarve arvioidaan myös kaikissa muissa tapaamisissa. Lisäkäynteihin on varattu terveydenhoitajan työajasta 170 tuntia (noin 340 puolen tunnin käyntiä) ja lääkärin työajasta 225 tuntia (450 käyntiä). Kirjaamiseen, sähköiseen asiointiin ym. on varattu 9 viikkotuntia terveydenhoitajan/kätilön ja 6 tuntia lääkärin työajasta.

Henkilöstömitoitukseen vaikuttavat monet tekijät. Niitä ovat muun muassa a) perheiden tuen tarve: esimerkiksi kunnan työttömyysaste, muuttoaste, lastensuojelun tarve, toimeentulotukea tarvitsevien perheiden määrä, yksinhuoltajaperheiden, uusperheiden ja etnisiin vähemmistöryhmiin kuuluvien perheiden määrä sekä kieliryhmien määrä, b) terveydenhoitajien/kätilöiden ja lääkäreiden työnkuva: muun muassa vanhempainryhmien järjestäminen ja sektoreiden lukumäärä (sektoreiden lukumäärä lisää työntekijöiden tarvetta, sillä kukin niistä edellyttää tieto-taitotason ylläpitämistä), raskauden ehkäisy-/perhesuunnitteluneuvolatyön sisällyttäminen äitiysneuvolatyöhön; c) maantieteelliset seikat kuten haja-asutusalueet, saaristo, joissa on huomioitava kotikäynteihin kuluva aika, ja d) lapsiperheille suunnatun henkilöstön rakenne ja määrä kunnassa: esim. kuinka paljon on lapsiperheiden käyttöön varattuja perhetyöntekijöitä, kodinhoitajia, psykologeja ja muita erityistyöntekijöitä.

Henkilökunnan mitoituksen kehittämisen edellyttää, että neuvolatyön johtajat ja vastuuhenkilöt seuraavat äitiysneuvolatyöhön käytettyä aikaa.

SUOSITUS

- ▶ Äitiysneuvolassa toimivien terveydenhoitajien/kätilöiden laskennallisen mitoituksen lähtökohtana on, että yhden kokopäiväisen terveydenhoitajan/kätilön asiakaskuntana on enintään 76 raskaana olevaa naista tai perhettä, kun terveydenhoitajalla/kätilöllä on sijainen.
- ▶ Neuvolatyötä tekevien lääkäreiden mitoituksen lähtökohtana on, että yhden kokopäivätoimisen lääkärin asiakaskuntana on enintään 600 raskaana olevaa naista, kun lääkäriellä on sijainen.
- ▶ Jos terveydenhoitaja tai lääkäri työskentelee alueella, jossa on paljon maahanmuuttajia tai muita erityistä tukea tarvitsevia perheitä, asiakaskunnan täytyy olla pienempi. Henkilöstön tarve voi olla suositusta suurempi kunnan palvelujen tason ja muiden mitoitukseen vaikuttavien asioiden vuoksi. (Ks. toiseksi viimeinen kappale henkilöstömitoitukseen vaikuttavista tekijöistä)
- ▶ Jos terveydenhoitaja tekee yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolatyötä siten, että puolet työajasta on äitiysneuvolatyötä, voi hänen vastuullaan olla 38 raskaana olevaa naista.
- ▶ Riittävän osaamisen varmistamiseksi on äitiysneuvolatyö järjestettävä siten, että terveydenhoitajan tai kätilön vastuulla on vähintään 38 raskaana olevaa naista.
- ▶ Jos lääkäri työskentelee äitiysneuvolassa vain osan työajastaan, jaetaan kokopäivätoimista lääkäriä varten mitoitettu raskaana olevien määrä kyseisellä osuudella. Esimerkiksi, jos lääkäri työskentelee kaksi päivää viikossa äitiysneuvolassa, voi hänellä olla korkeintaan 240 ($600 / 5 \times 2 = 240$) raskaana olevaa vastuullaan.

Lähteet

1. Lääkintöhallitus 1988. Äitiyshuolto terveyskeskuksissa. Lääkintöhallituksen ohjekirje nro 2/1988. Dno 653/02/86. Helsinki.
2. Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
3. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
4. Wiss K, Frantsi-Lankia M, Koskinen H, Saaris-to V. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 71/2012. Helsinki.
5. Työterveyslaitos. Kunta10-tutkimus. http://www.ttl.fi/fi/tutkimus/hankkeet/kunta10_tutkimus/Sivut/default.aspx.

16.4 KIRJAAMINEN JA TILASTOINTI

Luku perustuu potilaskertomukseen kirjaamisen ja tilastoinnin osalta laajoja terveystarkastuksia käsittelevään oppaaseen.¹

Kirjaaminen potilaskertomukseen ja äitiyskorttiin

Potilastietojen käsittelystä ja niitä koskevista salassapitovelvoitteista säädetään useissa toisiaan täydentävissä laeissa. *Potilaslakiin*² sisältyvät säännökset ovat terveydenhuollon erityislainsäädäntöä. Siksi yksittäisen potilaan tutkimuksia, hoitoa ja ehkäisevän terveydenhuollon toimenpiteitä koskeviin tietoihin sovelletaan ensisijaisesti potilaslain säännöksiä riippumatta siitä, sisältyvätkö tiedot asiakirjoihin vai koskeeko niitä (kirjaamattomina) vain vaitiolovelvollisuus. *Henkilötietolakia*³ sovelletaan, kun käsitellään sellaisia potilastietoja, jotka on tallennettu sähköisiin henkilörekistereihin tai sellaisiin muihin rekistereihin, joista yksittäistä potilasta koskevat tiedot ovat vaivattomasti saatavissa. *Julkisuuslaki*⁴ koskee paitsi asiakirjoihin sisältyviä tietoja, myös sellaisia vaitiolovelvollisuuden piiriin kuuluvia potilastietoja, joita ei ole tallennettu. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskee lisäksi *ammattihenkilölaissa*⁵ säädetty salassapitovelvollisuus.

Potilaslain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on merkittävä potilaskertomukseen hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Potilaan hoidolla tarkoitetaan terveyden- ja sairaudenhoitoa. Äitiysneuvolan terveystarkastuksista tehdään asianmukaiset merkinnät raskaana olevan naisen ja tarvittaessa toisen vanhemman potilaskertomukseen voimassa olevien säännösten⁶ ja ohjeiden mukaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut em. asetuksen toimeenpanon tueksi uuden Potilasasiakirjaoppaan⁷. Tässä luvussa käsiteltävään terveystarkastuksia koskevaan kirjaamiseen ja tilastointiin on odotettavissa muutoksia mm. AvoHILMON päivitysten myötä.

Terveystarkastusten tietojen yhdenmukainen kirjaaminen ja tilastointi tekevät näkyväksi ehkäisevän, koko perheeseen kohdistuvan työn. Äitiysneuvolassa kirjataan raskaana olevan naisen potilaskertomukseen häntä ja hänen elinolosuhteitaan koskevat tiedot. Raskaana olevan naisen kertomukseen kirjataan raskauden seurantaan liittyvät tiedot ja tutkimustulokset sekä laaditaan yksilöllinen raskaudenseurantasuunnitelma. Syntymän jälkeen lapsen terveystarkastukseen siirretään äidin raskausaikaiset ja synnytykseen liittyvät tiedot, joilla on merkitystä lapsen kasvun ja kehityksen seurannan kannalta.¹

Potilasasiakirja-asetuksen⁶ mukaan yksityiskohtaiset arkaluonteiset tiedot, jotka joku muu henkilö kertoo itsestään tai omasta elämäntilanteestaan, kirjataan erilliseen asiakirjaan, joka on osa potilaskertomusta. Henkilötietolain³ 11 §:ssä luetellut arkaluonteiset tiedot saadaan merkitä potilaskertomukseen vain, jos ne ovat välttämättömiä potilaan hoidon järjestämisen tai toteuttamisen tai esimerkiksi lastensuojelulakiin perustuvien terveydenhuollon velvoitteiden kannalta.

Laajassa terveystarkastuksessa raskaana olevan naisen puolison potilaskertomus voidaan hänen suullisella suostumuksellaan avata ja merkitä siihen mm. hänelle teh-

tyjen kyselyjen tulokset (esim. Audit-pisteet), mittaukset (RR, paino, vyötärönympäryys ym.) ja lisäksi terveystottumukset ja annettu terveysneuvonta sekä mahdolliset jatko- hoitoon ohjaukset.¹ Suostumusta voidaan kysyä esimerkiksi seuraavasti: ”Sopiiko, et- tä kirjaan nämä asiat potilaskertomukseesi?” Poissa olevan vanhemman potilaskerto- musta ei ole lupa avata eikä poissa olevan henkilön täyttämää Audit-kyselyn tulosta tai muuta mukana tuodun kyselyn tulosta kirjata lainkaan. Sen sijaan perheenjäsenen esiin tuoma huoli esimerkiksi perheen elinolosuhteisiin vaikuttavasta toisen perheen- jäsenen alkoholinkäytöstä voidaan kirjata äidin potilaskertomukseen, kunhan tiedon lähde kirjataan. ”Asiakas kertoo, että hänen puolisoillaan on runsasta alkoholin käyt- töä, joka näkyy kotona...”

Ennakollinen lastensuojeluilmoitus kirjataan raskaana olevan äidin potilaskerto- mukseen. Jos ennakollinen lastensuojeluilmoitus perustuu esille tulleisiin puolison on- gelmiin ja hän on paikalla, voidaan merkintä siitä tehdä hänen suostumuksellaan myös hänen potilaskertomukseensa.¹

Laajoista terveystarkastuksista tehtävä yhteenveto sisältää tiivistelmän perheen terveys- ja hyvinvointitilanteesta, kuten tiedon tunnistetuista vanhempien pulmista. Työntekijän huolen tarkempi määrittely ja kohdentaminen helpottavat yhteenvedon laatimista; yhteenvetoon merkitään mm., johtuuko terveydenhoitajan/kättilön tai lää- kärin huoli perhetilanteesta vai jostakin muusta syystä, kuten esimerkiksi äidin ja siki- ön voinnista tai terveystottumuksista. Jos terveystarkastus johtaa jatkotoimenpiteisiin ja vaatii useita käyntikertoja mm. erityisen tuen tarpeen selvittämiseksi tai tuen järjes- tämiseksi, laaditaan terveys- ja hyvinvointisuunnitelma, jossa kuvataan yhdessä sovitut toimenpiteet, työnjako ja seuranta.¹

Potilaskertomukseen kirjaamisen lisäksi raskaana olevan äitiyskorttiin kirjataan keskeiset naisen terveyttä ja hyvinvointia sekä raskautta koskevat tiedot, jotka eivät muutoin välttämättä siirry synnytyssairaalaan. Näitä ovat raskauden esitiedot, veriryh- mä, allergiat, käytössä olevat lääkkeet, viimeisimmät terveystarkastustiedot ja kohdun kasvu. Lisäksi asiakkaalle jäävään korttiin merkitään muut perheen kanssa sovitut asiat, mm. jatkohoitosuunnitelma. Äitiyskortti toimii myös päivystystilanteissa tiedon siir- ron välineenä. Asiakkaalle äitiyskortti on tärkeä dokumentti raskauden seurannasta, synnytyksestä ja vastasyntyneestä.

Terveystarkastuksissa kertyy paperisia lomakkeita (mm. esitietolomakkeet), jotka voidaan hävittää, kun niiden tieto on siirretty potilastietojärjestelmään ja kun lomak- keiden käyttötarkoitus on saavutettu. Tarkempia tietoja säilytettävistä tiedonkeruulo- makkeista on potilasasiakirja-asetuksen⁶ liitteessä ja Potilasasiakirjaoppaassa⁷.

Äitiysneuvolatoiminnan tilastointi ja seuranta

Yhdenmukainen, luotettava ja kattava tietojen kirjaaminen on perusedellytys vertai- lukelpoisen ja laadukkaan tiedon saamiselle ja seurannalle. Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus AvoHILMO mahdollistaa äitiysneuvolatoiminnan seuraamisen ja vertailun kunnittain, terveyskeskuksittain ja kansallisesti. AvoHILMO on osa Terveys-

den ja hyvinvoinnin laitoksen valtakunnallista hoitoilmoitusrekisteriä (HILMO). AvoHILMO:n sisältö kuvataan tarkemmin AvoHILMO-oppaassa⁷ ja THL:n verkkosivuilla osoitteessa www.thl.fi/avohilmo.

Kaikki äitiysneuvolan käynti- ja kontaktitiedot tilastoidaan AvoHILMOon. AvoHILMO-tietojen avulla seurataan muun muassa

- palvelujen käytön laajuutta ja kattavuutta
- asetuksen⁹ mukaisten määräaikaisten terveystarkastusten toteutumista sekä laajojen terveystarkastusten että yksilöllisen tarpeen mukaisten terveystarkastusten osalta ja
- terveydenhuoltolain 51. §:n mukaista perusterveydenhuollon hoidon saataavuutta.

AvoHILMOon tallennetaan mm. *palvelumuoto (äitiysneuvola), käynnin luonne (terveydenhoito, sairaanhoito) ja käyntisyys (ICD-10, ICPC-2), toimenpiteet (SPAT eli suomalaisen perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus) sekä jatkohoito (SPAT)*. Tärkeää on huomioida, että terveyskeskuksessa käytössä olevissa mittareissa käytetään kansallisen koodistopalvelun (THL) kanssa yhdenmukaisia määrittelyjä ja että ne löytyvät terveyskeskuksen tietojärjestelmästä.

Neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta annetun asetuksen⁹ seurannassa ja valvonnassa hyödynnetään AvoHILMOa ja SPAT-luokitusta. SPAT:n avulla saadaan tietoa mm. normaalariskauden ja raskausaikaisten ongelmien seurannasta sekä äitiysneuvolan laajojen terveystarkastusten ja perhevalmennuksen toteutumisesta.

Äitiysneuvolassa terveystarkastus voidaan kirjata laajaksi, kun se täyttää seuraavat ehdot ja kriteerit: 1) siihen osallistuu raskaana oleva nainen ja mahdollisuuksien mukaan hänen puolisonsa, 2) siinä käsitellään syntyvän lapsen, vanhempien ja koko perheen terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä laaja-alaisesti eri näkökulmista ja 3) sen toteuttaa terveydenhoitaja tai kättilö yhteistyössä lääkärin kanssa.¹

Sekä terveydenhoitaja/kättilö että lääkäri tilastoivat tarkastuksen laajaksi, jos edellä mainitut ehdot täyttyvät. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos yhdistää eri ammattihenkilöiden tilastoimat tiedot yhdeksi lasta odottavan perheen laajaksi terveystarkastukseksi. Jos laajan terveystarkastuksen kriteerit eivät täyty, tilastoidaan tarkastus tavalliseksi äitiysneuvolan terveystarkastukseksi.

Määräaikaisen terveystarkastuksen yhteydessä hoidetaan myös sairauksia. Tällöin käyntisyitä ja diagnoosinumeroita voi olla useampia. Kunnat voivat halutessaan seurata äitiysneuvolan toimintaa tarkemmin, esimerkiksi käyntisyitä, Audit-kyselyn käyttöä ja raskausaikaisten ultraäänitutkimusten määriä potilaskertomukseen tehdyistä kansallisen luokituksen mukaisista merkinnöistä. Luokitusten käyttö mahdollistaa myös hoidon suunnittelun ja jatkohoidon järjestämisen seurannan.

AvoHILMO-raportointi

Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitusjärjestelmän käyttöönotto tarkoittaa, että terveyskeskuksen avohoidon jokaisesta tilastoidusta käynnistä ja kontaktista kerätään tapahtumatason tieto, joka välitetään automaattisesti sähköisesti THL:n valtakunnalliseen hoitoilmoitusrekisteriin. Potilastietojärjestelmään tilastoidut tiedot (esim. käyntisytyt ja toimenpiteet) kerätään AvoHILMOon päivittäin poimintaohjelmalla. Kerätävistä tiedoista muodostuu kansallinen terveydenhuollon valtakunnallinen rekisteri. Tiedonkeruu mahdollistaa terveyskeskuksen toiminnan ja eri palvelumuotojen kohdennetun seurannan ja raportoinnin.

AvoHILMOon kerättyä tietoa raportoidaan tiivistetyssä muodossa. Raportoinnissa ei julkaista asiakaskohtaisia tai muuten tunnistettavia tietoja, vaan tiedot ovat summattuja lukuja. AvoHILMO:n tiedot raportoidaan THL:n verkkosivuilla (www.thl.fi/avohilmo) sitä mukaa kuin tietoa saadaan ja tietotuotanto laajenee. Raportit voivat olla muudoltaan

- pikaraportteja, jotka ovat päivittäin päivittyviä sähköisiä raportteja. Pikaraportin avulla voidaan seurata käyntien lukumäärien kehitystä kuukausittain ja viikoittain. Lisäksi raporteissa on tietoa influenssatautien ilmaantumisesta, muista käyntisyistä ja lääkityksestä.
- tiivisteitä, joilla tarkoitetaan valmiiksi tehtyä koostetta aihealueen keskeisistä tiedoista. Tiivisteiden avulla käyttäjä voi tarkastella ja vertailla tietoja tuottajittain, alueittain ja kunnittain.
- kuutioita, jotka mahdollistavat tietojen syvällisemmän tarkastelun oman vallin mukaan. Sekä tiivisteet että kuutiot päivittyvät kuukausittain.

AvoHILMO antaa aikaisempaa huomattavasti paremmat mahdollisuudet perusterveydenhuollon toiminnan ja sitä velvoittavien säännösten seuraamiseen myös neuvolatoiminnassa. Se auttaa äitiysneuvolassa toimivien terveydenhoitajien, kättilöiden ja lääkäreiden työn näkyväksi tekemisessä. AvoHILMOa voidaan jatkossa hyödyntää myös kuntien hyvinvointikertomusten laadinnassa ja palvelujärjestelmän kehittämisessä. Kuten hoitoilmoituksen tekeminen sairaalasta, myös ilmoituksen tekeminen perusterveydenhuollosta on julkisten viranomaisten velvollisuus.

SUOSITUS

- ▶ Äitiysneuvolatoiminnan kirjaamisessa noudatetaan voimassa olevia säännöksiä ja ohjeita.
- ▶ Äitiysneuvolatoiminnan tiedot tilastoidaan kattavasti perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusjärjestelmällä (AvoHILMO).
- ▶ Kunta seuraa systemaattisesti äitiysneuvolatoimintaa. Seurannassa hyödynnetään mm. AvoHILMO:n verkkopalvelua.
- ▶ Suositellaan, että THL uudistaa äitiysneuvolakortin.

Lähteet

1. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus – Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, Opas 22/2012, Helsinki.
2. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
3. Henkilötietolaki (523/1999). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>.
4. Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta (621/1999). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>.
5. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940559>.
6. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Asetus potilasasiakirjoista 298/2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>.
7. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4.
8. AvoHILMO Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2013. Määrittelyt ja ohjeistus 6/2012.
9. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.

16.5 OSAAMISEN KEHITTÄMINEN JA TUKEMINEN

Osaamisvaatimukset

Raskauden, synnytyksen ja sen jälkeisen ajan hoidossa yhdistyvät lääketieteellinen, terveydenhoitotyön ja kätilötyön tietoperusta ja osaaminen sekä äitiysneuvolan, muun perusterveydenhuollon, synnytys sairaalan ja niihin liittyvien sosiaalipalveluiden saumaton yhteistyö. Potilasturvallisuuden ja näyttöön perustuvan toiminnan vaatimukset sekä toimintaympäristön ja tehtäväkuvien muutokset edellyttävät äitiyshuollossa toimivien ammatillisen osaamisen jatkuvaa ylläpitämistä ja kehittämistä.

Tällä suosituksella muutetaan äitiysneuvolan terveystarkastusohjelmaa (luku Terveystarkastukset äitiysneuvolassa) sekä korostetaan asiakassuhteen vastavuoroisuut-

ta, palveluiden kohdentamista asiakaslähtöisesti ja yhtenäisistä käytännöistä sopimista (luku Äitiysneuvolan tavoitteet ja toimintaa ohjaavat periaatteet). Lainsäädännön muutokset (luku Periaatteet ja liite 4) neuvolapalveluista¹ ja lasta odottavan perheen laajasta terveystarkastuksesta² asettavat uusia osaamisvaatimuksia äitiysneuvolatyöhön. Säännökset sikiöseulonnoista³ sekä terveydenhoitajan ja kättilön rajatusta lääkkeenmäärittämisestä⁴⁻⁵ ja tekemästä jälkitarkastuksesta⁶ korostavat hoitotyön kliinisen asiantuntijuuden vahvistamista ja potilasturvallisuuden varmistamista.

Perheiden muuttuviin tarpeisiin vastaaminen ja laajan terveystarkastuksen tekeminen edellyttävät osaamisen syventämistä vanhempien terveyden ja hyvinvoinnin sekä elintapoihin vaikuttavien tekijöiden (luku Elintavat ja neuvonta) arvioinnista, koko perheen elämäntilanteen tarkastelusta, vaikeiden asioiden puheeksi ottamisesta, perheen voimavarojen vahvistamisesta (luku Vanhemmuuden voimavarat ja varhainen vuorovaikutus) sekä suojaavien tekijöiden ja tuen tarpeen varhaisesta tunnistamisesta ja tuen kohdentamista sitä tarvitseville (luvat Vanhemmuuden voimavarat ja varhainen vuorovaikutus ja Lisäseuranta raskaana olevan ja perheen erityistilanteissa). Keskeisiä osaamishaasteita ovat näyttöön perustuva tieto vanhempien ja syntyvän lapsen terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä, kansansairauksien keskeisistä riskitekijöistä sekä terveyden edistämisen vaikuttavista menetelmistä. Lasta odottavan perheen laajaa terveystarkastusta käsitellään omana lukunaan. Laajasta terveystarkastuksesta on annettu myös valtakunnallinen ohjeistus.⁷

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen ja toimintatapojen muutokset vaikuttavat osaltaan osaamisvaatimuksiin. Koska äitiysneuvolatoiminta on osa horisontaalisesti ja vertikaalisesti verkostoituvia perhepalveluja, tarvitaan koulutusta moniammatillisen ja -sektorisen työotteen vahvistamiseen (luku Yhteistyö). Palveluiden asiakaskeskeisyyttä ja saatavuutta parannetaan esimerkiksi perhekeskus- ja keskusneuvolatoimintaa kehittämällä sekä terveydenhoitajan/kättilön ja lääkärin yhteistyötä ja työnjakoa uudistamalla.⁸ Kotikäynnit lapsen tärkeimpään kehitysympäristöön (luku 8) ja perhevalmennus vertaistuen mahdollistavissa vanhempainryhmissä (luku 5) edellyttävät myös osaamisen päivittämistä.

Osaamisen johtaminen

Osaamisen johtamiseen kuuluvat sekä henkilöstön kehittäminen että oppimisen mahdollistaminen työyhteisössä. Henkilöstön kehittämistoimenpiteiden lähtökohtana ovat henkilöstön kehittämis- ja rekrytointisuunnitelmat.

Osaamisen kehittämiseen äitiysneuvolassa sisältyy tarvittavan osaamisen määrittely, organisaation ja henkilöstön osaamisen systemaattinen arviointi ja toiminnan kehittäminen äitiysneuvolatyön tavoitteiden mukaisesti. Oppivassa organisaatiossa osataan käyttää kaikkien yksilöiden ja ryhmien oppimiskykyä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Lisäksi on tärkeää luoda oppimiseen ja kehittämiseen kannustava ilmapiiri sekä seurata ja arvioida osaamisen kehittymistä.⁹

Osaamisen kehittämässä voidaan käyttää monia keinoja: osaamiskartoitukset ja osaamisen ennakointi, kehityskeskustelut, perehdyttäminen, työssä oppimisen tukeminen, uramallit asiantuntijuuden ja ammattitaidon kehittämiseksi, jatko-, täydennys- ja uudelleen koulutus sekä omaehtoisen koulutuksen tukeminen.¹⁰ Monipuoliset käytännöt kuten mentorointi, tiimityö, pienryhmämuotoinen koulutus ja yhteiset keskustelut asiakaspalautteista ja läheltä piti -tilanteista täydentävät koulutuksen vaikutusta. Ne myös auttavat muuntamaan yksilöiden osaamista ja hiljaista tietoa koko organisaation pääomaksi.¹¹

Säännöllinen alueellinen täydennyskoulutus ja suunnitelmalliset tapaamiset neuvolatyöntekijöiden ja synnytyssairaalan henkilöstön kesken ovat hyviä mahdollisuuksia yhdessä oppimiseen ja dialogiseen keskusteluun. Äitiyshuollossa toimivien työkierto ja tutustumiskäynnit synnytyssairaaloiden ja äitiysneuvoloiden välillä lisäävät tietoa yhteistyökumppanin työympäristöstä, voimavaroista ja hoitokäytännöistä. Tämä palvellee esimerkiksi synnytysvalmennuksen tavoitteiden ja sisällön suunnittelua osana perhevalmennuksen kehittämistä.

Jos työntekijä tekee yhdistettyä työtä (esim. yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola, hyvinvointineuvola) tai äitiysneuvolatyöhön on liitetty muita tehtäviä (esim. perhesuunnittelu, seulonnat), esimiesten on huolehdittava siitä, että asiakasmäärät ovat suositusten mukaiset¹² ja että henkilöstöllä on mahdollisuus ylläpitää ammattitaitoaan ja päästä täydennyskoulutukseen. Osaamisen kehittäminen on turvattava myös silloin, kun terveydenhoitajan/kättilön tai lääkärin tehtäväkuva muuttuu tai hänelle siirretään uusia tehtäviä.

Vaatus näyttöön perustuvasta toiminnasta edellyttää työntekijöiltä omien tietojen ja toimintakäytäntöjen systemaattista arviointia. Tässä hyviä työvälineitä ovat valtakunnalliset näyttöön perustuvat hoitosuosituksat. Ne yhdenmukaistavat hoitokäytäntöjä parhaiten silloin, kun suosituksia on käsitelty työyhteisössä yhdessä ja kun niistä on yhdessä laadittu paikallinen sovellus hoito- ja toimintaohjeeksi. Esimiesten rooli on merkittävä näyttöön perustuvien käytäntöjen käyttöönotossa, levittämisessä ja juurruttamisessa.^{8-9, 12-13}

Perehdyttäminen ja työnohjaus

Työturvallisuuslaki¹⁴ velvoittaa työnantajan huolehtimaan *perehdytyksestä* työhön, työpaikan olosuhteisiin, työmenetelmiin, työssä käytettäviin työvälineisiin ja niiden oikeaan käyttöön sekä turvallisiin työtapoihin. Lisäksi työnantajan tulee antaa opetusta vaarojen ja haittojen torjumiseen sekä häiriö- ja poikkeustilanteisiin varautumiseen. Laki kattaa myös vuokratyön ja alalle opiskelevat.

Perehdytyksestä vastaa nimetty henkilö. Jokainen uusi työntekijä tulee perehdyttää, myös sijaiset. Perehdyttämisestä tulee huolehtia lisäksi silloin, kun tehtäväkuva muuttuu, työntekijälle siirretään uusia tehtäviä, työmenetelmät muuttuvat tai kun työntekijä palaa takaisin pitkän poissaolon jälkeen. Valtakunnalliset hoitosuosituksat

ja niiden pohjalta organisaatioon laaditut hoito- ja toimintaohjeet auttavat työntekijää perehtymään äitiysneuvolan toimintatapoihin ja -käytäntöihin.

Työnohjausta voidaan järjestää yksilö- ja ryhmätasolla sekä esimiehille suunnattuna hallinnollisena työnohjauksena. Työnohjaus tukee ammatillista kehittymistä, työssä jaksamista ja sitoutumista työyhteisöön sekä vahvistaa työmotivaatiota ja yhteistyötä. Myös työyhteisössä meneillään olevien muutosprosessien onnistumista voidaan edistää työnohjauksella. Työnohjauksen merkitys kasvaa erityisesti uusien työtehtävien, kuten laajojen terveystarkastusten, käyttöönnotossa ja äitiyshuollon haastavissa työtilanteissa, joissa käsitellään esimerkiksi monitahoisia vaikeita vanhempien ongelmia.^{7, 15–17}

Täydennyskoulutusvelvoitteet

Terveystieteiden ammattihenkilöillä on lakisääteinen täydennyskoulutusvelvoite.⁸ Vastuu täydennyskoulutuksen mahdollistamisesta ja rahoittamisesta on pääosin työnantajalla. Terveystieteiden ammattihenkilöillä säädetään lisäksi kunnan ja sairaanhoitopiirin velvoitteita järjestää ja koordinoita täydennyskoulutusta. Täydennyskoulutuksesta annettujen säännösten taustalla ovat terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattieettiset velvollisuudet sekä osaamisen johtamisen ja oppivan organisaation periaatteet. Keskeiset säännökset terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta on koottu liitteeseen 4.

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa terveydenhuollon täydennyskoulutuksesta¹⁸ korostetaan ammattitaidon suunnitelmallista ja pitkäjänteistä ylläpitämistä ja kehittämistä yhtäältä uusien osaamisvaatimusten ja työntekijän osaamistarpeiden pohjalta. Toisaalta lähtökohtina ovat toiminta- ja työyksikön perustehtävä ja kehittämisstrategia. Myös kunta-alan työmarkkinaosapuolten yhteistyönä on laadittu suositus henkilöstön kehittämisen menetelmistä¹⁹ sekä opas keinoista ja malleista työntekijälle oman osaamisen kehittämiseen ja esimiehille henkilöstön osaamisen kehittämisen ohjaamiseen.²⁰

Täydennyskoulutus ja erikoistumiskoulutuksen kehittäminen

Terveystieteiden perustutkintojen jälkeisen ammatillisen koulutuksen muotoja ovat täydennys-, uudelleen- ja jatkokoulutus. Täydennyskoulutussuunnitelmat voivat olla alueellisia, toimintayksikkö-, työyksikkö- ja työntekijäkohtaisia sekä moniammatillisia tai tietyille ammattiryhmälle suunnattuja. Täydennyskoulutuksen vaikuttavuutta ja osaamisen kehittämistä tulisi arvioida toimintakäytäntöjen, hoitotulosten, henkilöstön työhyvinvoinnin ja asiakaspalautteen näkökulmista.^{10, 18, 21}

Täydennyskoulutus järjestetään äitiysneuvolan palvelustrategiaan ja alueelliseen täydennyskoulutusstrategiaan perustuvan täydennyskoulutussuunnitelman ja työntekijän kehityssuunnitelman mukaisesti. Tällöin koulutuksella voidaan tukea toimintatapojen uudistamista koko työyhteisössä sekä työntekijän osaamisen kehittämistä ja urakehitystä.^{10, 18, 21}

Täydennyskoulutusta voidaan järjestää myös tutkintoon johtavana ja muuna omaehtoisena lisäkoulutuksena. Valtioneuvoston vuosille 2011–2016 hyväksymän koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelman mukaan ammattikorkeakoulujen ammatilliset erikoistumisopinnot sekä yliopistojen erikoistumiskoulutukset ja -opinnot tullaan korvaamaan erikoistumiskoulutusten kokonaisuuksilla vuodesta 2014.²² Valtioneuvoston vuosille 2012–2015 vahvistamaan Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämissuunnitelmaan eli Kaste-ohjelmaan sisältyy sosiaali- ja terveystieteiden erikoistumiskoulutuksen luominen sekä moniammatillisten opetusmenetelmien ja -ympäristöjen kehittäminen koulutus- ja toimintayksiköiden yhteistyönä.²³

Osaamisen kehittäminen yleislääkärin näkökulmasta

Vuonna 2008 äitiysneuvoloiden lääkäreistä lähes puolet oli yleislääkäreitä, neljäsosa yleislääketieteen erikoislääkäreitä ja vajaat 5 % naistentautien ja synnytysten erikoislääkäreitä.²⁴ Äitiysneuvolan lääkärin työssä painottuvat kliinisen lääketieteen osaamisen ohella ehkäisevä työ, moniammatillinen yhteistyö sekä koko perheen ja väestönäkökulman huomioon ottaminen.

Lääkärin peruskoulutus antaa perusvalmiudet toimia äitiysneuvolassa. Koska lääkärinkoulutukseen sisältyvän neuvolatyön opetuksen on todettu vaihtelevan tiedekunnittain, neuvolatyön opetusta tulisi yhtenäistää lääkärin peruskoulutuksessa sekä jatko- ja täydennyskoulutuksessa.^{8, 25} Naistentautien ja synnytysten tai yleislääketieteen erikoislääkärinkoulutukseen sisältyvää seksuaaliterveyden osuutta ei ole tutkittu.^{8, 26} Nykyisin erikoislääkärinkoulutuksen aikana oppiminen painottuu erikoissairaanhoidossa toimimiseen, ja tulevaisuudessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä tiivistettäessä uusi toimintatapa tulisi huomioida. Yleislääkärit kohtaavat lähes koko ikäluokan toistamiseen lastenneuvolassa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, perhesuunnitteluneuvoloissa sekä lähes kaikki raskaana olevat naiset äitiysneuvoloissa. Tämän vuoksi myös seksuaaliterveyden koulutusta on jatkossa syytä systematisoida sekä lääkäreiden perusopinnoissa että erikoistumiskoulutuksessa.²⁷ Lääketieteen opinnoissa edellä esitettyjä tuloksia onkin jo osin huomioitu ja koulutuksen aikaisia ryhmäopetuksia toteutetaan myös äitiysneuvolatasolla. Tavoitteena olisi yhtenäistää näitä toimintatapoja valtakunnallisesti.

Käytännössä lääkäri voi yleislääketieteen erikoistumiskoulutuksen yhteydessä syventää äitiysneuvolatyössä tarvittavia tietoja ja taitoja työskentelemällä synnytysten ja naistentautien klinikalla. Äitiysneuvolan lääkäreillä ei ole mahdollisuutta erityispatentointiin esimerkiksi lastenneuvola- ja kouluterveydenhuoltotyön erityispatentoinnin tavoin.

Äitiysneuvolan lääkärin osaamisen kehittämisessä keskeistä on hyvä perehdytys ja seniorilääkärin ohjaus. Ohjaava lääkäri voi käyttää apunaan esimerkiksi äitiysneuvolan osaamiskarttaa tai keskustelua tapausesimerkeistä (case based discussion).²⁸ Äitiysneuvolan moniammatillisessa työryhmässä työskentelevän lääkärin osaamisen kannalta tärkeitä ovat myös johdon tuki, selkeä työnjako, hyvin toimivat konsultaatioyhteydet

äitiyspoliklinikkaan ja muuhun erikoissairaanhoidon, alueelliset hoitoketjut tai -polut sekä paikalliset ja erityisvastuualueen koulutustilaisuudet ja yhteistyökokoukset.

Osaamisen kehittäminen terveydenhoitajan ja kättilön näkökulmasta

Vuonna 2008 äitiysneuvoissa työskentelevistä 75 %:lla oli terveydenhoitajan tutkinto, 20 %:lla terveydenhoitajan ja kättilön tutkinto ja 5 %:lla kättilön tutkinto.²⁴ Terveydenhoitajan ja kättilön koulutus antaa perusvalmiudet toimia äitiysneuvolassa.²⁹ Terveydenhoitaja on hoitotyön ja erityisesti terveydenhoitotyön, terveyden edistämisen ja kansanterveystyön asiantuntija elämänkulun eri vaiheissa. Terveydenhoitajan osaamisalueita ovat väestön terveydenhoitotyö ja neuvolatyössä lasta odottavien perheiden terveydenhoitotyö, lasten ja heidän perheidensä terveydenhoitotyö, ehkäisyneuvonta ja perhesuunnittelu sekä seksuaaliterveyden edistäminen. Kättilön asiantuntijuutta ovat lisääntymisterveys raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen aikana, yksilöiden ja eri väestöryhmien seksuaaliterveys sekä naisen terveyden edistäminen ja naistentautien hoitotyö.

Terveydenhoitajan/kättilön urasuunnittelun tulee olla osa hänen osaamisensa pitkäjänteistä kehittämistä. Terveydenhoitajan/kättilön työura voi olla hierarkkisesti nousujohteinen (vertikaalinen) tai osaamista syventävä ja laajentava asiantuntijaura (horisontaalinen) tai molempia. Useimmiten terveydenhoitajan/kättilön työura on hierarkkisesti tasainen, koska vertikaalinen uralla eteneminen on rajoitettua vakanssiraenteiden vuoksi. Työkokemuksen karttuessa osaaminen kuitenkin syvenee ja laajenee. Tällöin terveydenhoitaja/kättilö pystyy kehittämällä osaamistaan suunnitelmallisesti ottamaan vastuulleen yhä haastavampia tehtäviä ja voi näin syventää asiantuntijuuttaan.^{10, 30}

Terveydenhoitajan/kättilön horisontaalista urakehitystä kliinisessä hoitotyössä voidaan tukea täydennyskoulutuksella, jos koulutus liittyy kiinteästi työelämään, omiin ja työyksikön työtehtäviin ja niiden kehittämiseen sekä perustuu henkilökohtaiseen koulutus- ja kehityssuunnitelmaan. Kun onnistuneessa urasuunnittelussa sovitetaan yhteen sekä yksilön että organisaation tavoitteet ja edut, optimoidaan henkilön osaamisen ja tehtävien kehittyminen, työtyytyväisyys ja toiminnan tuloksellisuus.¹⁸

SUOSITUS

- ▶ Uudet osaamisvaatimukset otetaan huomioon äitiysneuvolassa työskentelevien ammatillisiin perustutkintoihin johtavassa koulutuksessa, täydennyskoulutuksessa ja muussa lisäkoulutuksessa sekä alan opettajankoulutuksessa.
- ▶ Äitiysneuvolatyötä tekeville lääkäreille suositellaan mahdollisuutta erityispäteytymiseen seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueella. Terveystieteiden ja kättilöiden tarvetta vastaavaan erikoistumiskoulutukseen selvitetään.
- ▶ Äitiysneuvon henkilöstön yhteinen täydennyskoulutus- ja suunnitelma toteutetaan alueellisessa yhteistyössä laaditun täydennyskoulutusstrategian ja perusterveydenhuoltoon laaditun lapsiperheiden kanssa työskentelevien täydennyskoulutus- ja suunnitelman perusteella.
- ▶ Äitiysneuvolan henkilöstön osaamisen kehittämistä tuetaan työkierrolla ja urakehityksellä sekä työntekijöiden kehittämishojelmien ja osaamisen seurantarjestelmien avulla.
- ▶ Äitiysneuvolatyön vastuhenkilöt varmistavat koulutettujen ohjaajien antaman ja säännöllisesti toteutettavan työnohjauksen saatavuuden. Erityisesti huomioidaan työuransa alkuvaiheessa olevat ja haastavien tai uusien työtilanteiden parissa työskentelevät.
- ▶ Moniammatillista opetusneuvolatoimintaa kehitetään kunnissa ja sosiaali- ja terveydenhuoltoalueilla yhteistyössä yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen kanssa.

Lähteet

1. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Terveystieteidenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>.
2. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisystä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
3. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Valtioneuvoston asetus seulonnoista 339/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110339>.
4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940559>.
5. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101088>.
6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sairausvakuutuslaki 1224/2004. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041224>.
7. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hastrup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
8. STM. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17.

9. Lehtomäki L. 2009: Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7758-4.pdf>.
10. STM. 2009a. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18.
11. Kivinen T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
12. STM. 2009b. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20.
13. Mäntyranta T, Kaila M, Varonen H, Mäkelä M, Roine RP, Lappalainen J. 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
14. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Työturvallisuuslaki 738/2002. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20020738>.
15. Hyrkäs K. 2002. Clinical supervision and quality care. Examining the effects of team supervision in multi-profession team. Tampereen yliopisto. Väitöstutkimus.
16. Laaksonen H. 2008. Luottamukseen perustuvan voimistavan johtamisen prosessimalli ja työyhteisön hyvinvointi. Vaasan yliopisto. Väitöstutkimus.
17. Ollila S. 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Johtamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana. Vaasan yliopisto. Väitöstutkimus.
18. STM. 2004. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. <http://pre20090115.stm.fi/pr1076941420387/passthru.pdf>.
19. Kuntatyönantajat. 2008. Kunnallisen henkilöstön osaamisen kehittämistä koskeva suositus sekä työ- ja virkaehtosopimus ammattiyhdistyskoulutuksesta.
20. Suomen Kuntaliitto & Kuntatyönantajat. 2011. Osaamista kehittämään! – periaatteita ja menetelmiä osaamisen ylläpitoon ja lisäämiseen. KT Kuntatyönantajat.
21. STM. 2012a. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7.
22. Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2011. Koulutus ja tutkimus vuosina 2011–2016. Kehittämissuunnitelma. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:1.
23. STM. 2012b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Kaste 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.
24. Raussi-Lehto E, Regushevskaya E, Gissler M, Klemetti R, Hemminki E. 2011. Äitiysneuvolatoiminta Suomessa 2000-luvulla. THL. Raportti 52/2011.
25. Kosunen E. 2003. Seksuaalisuuden käsittely lääkäreiden peruskoulutuksessa. Suomen lääkäri-lehti 58, 4373–4377.
26. Sannisto T. 2010. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8308-0.pdf>.
27. Ritamo M, Pelkonen M, Nikula M. 2009. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen väliarviointi. Avauksia 10/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
28. Vainiomäki P, Helin-Salmivaara A, Holmberg-Mattila D, Meriranta P, Timonen M. 2012. Ohjauksessa osaamista, oivallusta ja onnistumisen iloa – Opas yleislääketieteen erikoistumiseen. Sairaanhoidopiirit ja Duodecim.
29. Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.
30. Suomen Terveydenhoitajaliitto. 2008. Terveydenhoitajan ammatillisen osaamisen tunnistaminen. Verkkodokumentti. http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/liitteet/TH_am_os_tunnistami_6_10.pdf.

16.6 LAADUN ARVIOINTI JA SEURANTA

Laatu kuvaa sitä, missä määrin jonkin asian, tuotteen, toimintajärjestelmän tai toiminnan ominaisuuksien kokonaisuus vastaa odotuksia, tavoitteita, tarpeita ja vaatimuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän laatuun kohdistuu useita, painotukseltaan erilaisia ja muuttuviakin vaatimuksia riippuen arvioijan näkökulmasta. Näiden vaatimusten taustalla ovat mm. arvoista nousevat eettiset näkökohdat (ks. luku Tavoitteet ja tehtävät), toimintaa ohjaavat säädökset (liite 4), toimijoiden strategiat ja sopimukset sekä yhteiskunnallinen tilanne.

Keskeisinä sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ulottuvuuksina pidetään asiakas-/potilaskeskeisyyttä ja palvelun turvallisuutta, saatavuutta, saavutettavuutta ja oikea-aikaisuutta sekä vaikuttavuutta. Terveydenhuollon laatuoppaassa¹ korostetaan hyvää hoitoa määriteltäessä potilaan yksilöllistä kohtaamista (palvelun subjektiivinen laatu), osaavaa henkilökuntaa, tutkittuja ja vaikuttavia hoitomenetelmiä (ammattillinen/kliininen laatu), yhteistyötä ja tiedon kulkua asiakkaan/potilaan hoitokokonaisuuteen osallistuvien ammattilaisten kesken. Tietyllä palvelutoiminnalla yksittäisen asiakkaan/potilaan hyvinvointinsa saama terveyshyöty ja yleisimmät hoidon vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuusarvioinnit antavat tietoa toiminnan taloudellisesta laadusta. Laadukkaassa terveydenhuollossa resurssit käytetään parhaalla mahdollisella tavalla, turvallisesti, korkeatasoisesti sekä erityisesti eniten hoitoa tai preventiivisiä toimenpiteitä tarvitsevien terveystarpeisiin.²

Äitiysneuvolatoiminnan laatua arvioitaessa saavutettuja tuloksia verrataan toiminnan tavoitteisiin (ks. luku Tavoitteet ja tehtävät). Terveydenhuoltolain painotukset (asiakaskeskeisyys, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, laatu ja potilasturvallisuus, perusterveydenhuollon vahvistaminen, eri toimijoiden yhteistyö sekä kustannusten hillitseminen) ohjaavat äitiysneuvolatoiminnan suunnittelua, johtamista, seurantaa ja kehittämistä. Erilaisten muutosten keskellä toimivan terveydenhuolto-organisaation johdon on tärkeää nähdä toiminnan kokonaistavoite, myös tulevaisuutta ajatellen, kyetäkseen johtamaan organisaatiota pitkäjänteisesti haluttuun tavoitteeseen.³ Äitiysneuvolatoiminnan tulosten arviointia vaikeuttaa osittain kattavan ja yhtenäisen tilasto- ja rekisteritiedon puute ja osittain saatavilla olevan tiedon vähäinen hyödyntäminen sekä yhteisten systemaattisten arviointi- ja raportointimenettelyjen vähäisyys.

Keskeisiä neuvolapalvelun arvioijia ovat asiakkaat eli äidit, heidän puolisonsa ja perheensä. Äitiysneuvolassa ja sen toimintaan liittyvissä muissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa painotetaan asiakkaan ja perheen yksilöllistä ja oman hyvinvointinsa ylläpitämiseen osallistavaa työtettä. Palveluja koskevaa spontaania ja kyselyin saatua asiakaspalautetietoa hyödynnetään toiminnan parantamisessa. Uusina asiakaspalautteen keruumenetelminä on kokeiltu mm. asiakaspaneelija, asiakkaita organisaation kehittämistyöryhmien jäsenenä sekä erilaisia toimintakyky- ja elämänlaatumittareita. Asiakkaiden on tärkeää myös tietää, miten toimia, jos he haluavat ilmaista tyytymättömyytensä palveluun tai hoitoon tai tehdä potilasvahinkoilmoituksen.

Terveydenhuoltolaki ja asetus⁴ velvoittavat terveydenhuollon toimintaorganisaation laatimaan suunnitelman laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Siinä kuvataan vastuuhenkilöt ja menettelyt, joilla johto vastaa laadukkaan ja potilaille turvallisen toiminnan edellytyksistä ja voimavaroista. Turvallisuus tärkeänä laadun elementtinä on läsnä kaikkialla sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa. Se syntyy mm. pätevästä, osaavasta, osallistuvasta ja hyvinvoivasta henkilöstöstä, avoimesta organisaatiokulttuurista, sujuvista toimintaprosesseista ohjeistuksineen ja johtamisesta. Turvallisuuteen liittyvää arviointitietoa saadaan esimerkiksi vaaratapahtumista, reklamaatioista ja potilasvahingoista. Turvallisuuskulttuurikartoituksin voidaan tarkastella henkilöstön asennetta yhteisönsä ja toimintansa turvallisuuteen ja toimintaan liittyviä vaaroja. Potilasturvallisuuskulttuuria vahvistamalla voidaan vähentää hoitoriskejä ja asiakkaille tai potilaille hoidon aikana mahdollisesti aiheutuvia haittoja.

Perusterveydenhuollon vahvistaminen ja eri toimijoiden (sosiaali- ja perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon) välisen yhteistyön kehittäminen ovat kiinteästi sidoksissa toisiinsa. Vain yhteisin suunnittelu ja sopimuksin (mm. terveydenhuollon järjestämissuunnitelmat) päästään sujuviin, asiakkaalle parhaan hyödyn tuottaviin ja kustannusvaikuttaviin toimintaprosesseihin. Yhteistyön onnistumisen kannalta on keskeistä myös tietojärjestelmien ja teknologian kehittäminen niin, että sekä asiakas- ja potilastieto että toimintaan tarvittava tieto liikkuisi ja olisi joustavasti, mutta turvallisesti, sitä tarvitsevien ulottuvilla (Taulukko 1).

Taulukko 1. Äitiysneuvolatoiminnan laatuhaasteita

- **Asiakkaan yhteydenosaanti neuvolaan** akuutissa tarpeessa
- **Asiakkaan ja hänen läheistensä yksilöllinen kohtaaminen**
- **Erityisen tuen ja avun tarpeessa olevien asiakkaiden/perheiden** saavuttaminen ja tarvittavan palveluverkoston luominen heille
- **Yhtenäiset, näyttöön perustuvat käytännöt** (epäyhtenäisyys toimintatavoissa lisää kustannuksia ja mm. ensisynnyttäjiä epävarmuutta)
- **Henkilökunnan perehdytys ja koulutus** laajenevan tehtäväkentän, uusien menettelytapojen ja laatu- ja turvallisuusvaateiden tuomiin asenteellisiin, tiedollisiin ja taidollisiin kehitystarpeisiin
- **Synnytyksen jälkeisen äidin ja vastasyntyneen sairaalahoidon lyhentymisen myötä** synnytyssairaalan henkilökunnalle syntynyt paine tarvittavan hoito- ja ohjaustyön toteuttamiseen lyhyessä hoitoajassa ja toisaalta tämän työn siirtyminen suurilta osin neuvolan henkilökunnalle
- **Tietojärjestelmien yhteensovittaminen** em. erikoissairaanhoidon kanssa
- **Prosessien sujuvuuden parantaminen, kustannustietoisuus**
- Alueellinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasojen toimijoiden välillä ja siihen liittyvien toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen

Laadun seuranta

Neuvolatoiminnan hyvä laatu näkyy mm. laajojen terveystarkastusten yhdenmukaisuutena ja tasalaatuisuutena kunnan eri alueilla ja toimipisteissä sekä palvelujen saatavuutena ja saavutettavuutena. Jotta palvelujen laatua voidaan seurata ja mitata, on sovittava käytettävistä tunnusluvuista, mittareista ja tilastoinnin kriteereistä sekä koulutettava henkilökunta käyttämään niitä yhdenmukaisesti. Kun seuranta on systemaattista, läpinäkyvää ja mahdollisimman reaaliaikaista, voidaan tarvittavat muutokset ja parantamistoimet tehdä viiveettä.⁵ Maamme terveydenhuollon käytäntöjen ja niiden tulosten vertailun mahdollistamiseksi tultaneen jatkossa kehittämään valtakunnallista laatumittaristoa, johon voidaan sisällyttää myös kansainvälisiä laatumittareita (esim. OECD:n laatuosoittimia), kunhan huomioidaan erilaisten terveydenhuolto- ja terveys-tietojärjestelmien, toimenpideluokitusten ja kirjatun tiedon laadun tuomat haasteet osoitintietojen vertailtavuuteen.⁶

SUOSITUS

- ▶ Huolehditaan, että äitiysneuvolan henkilöstö vastaa määrällisesti ja rakenteellisesti toimintaa ja on osaava ja työhönsä motivoitunut.
 - ▶ Hoito dokumentoidaan huolellisesti potilasasiakirjoihin ja yhteisesti käytössä oleviin rekistereihin. Asiakaspalautetietoa kerätään järjestelmällisesti, ja laadun arvioinnissa käytetään hyödyksi tilastoja (esim. perinataali- ja synnytystilastot). Tiedonkulkua eri palvelu- ja hoitoyksiköiden välillä kehitetään.
 - ▶ Palautekäytäntöjen kehittämiseksi luodaan rakenteet ja käytännöt, joilla äitiyshuollossa saadaan kerättyä asiakaspalautetta hoitoketjukohtaisesti. Alueilla kehitetään ja otetaan käyttöön yhteisiä, kansallisia tai kansainvälisiä äitiyshuollon seurantatyökaluja ja -mittareita. Aktiivinen eri toimintatapojen tulosten arviointi auttaa löytämään parhaita, vaikuttavimpia hoitokäytäntöjä.
 - ▶ Asiakkaille neuvotaan palautekäytännöt sekä tarvittaessa muistutus-, kantelu- ja potilasvahinkoilmoitusmenettelyt (mahd. potilasasiamieskontakti).
 - ▶ Neuvolatoiminnan johto sisällyttää äitiysneuvolan laatua ja laadunarviointia koskevat toimenpiteet laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosuunnitelmaan. Lisäksi johto hankkii aktiivisesti arviointitietoa äitiysneuvolan laadun osatekijöistä eri näkökulmista.
 - ▶ Arvioinnin tulokset ja mahdolliset kehittämistoimenpiteet käsitellään henkilöstön ja muiden tarvittavien tahojen kanssa, ja niistä tiedotetaan päättävälle elimelle sekä jatkossa yhä enemmän myös asiakkaille.
-
-

Lähteet

1. Koivuranta-Vaara P. (toim.) 2011. Terveydenhuollon laatuopas, 8. Kuntaliitto. Verkkojulkaisu. http://ktshop.kunnat.net/product_details.php?p=2597.
2. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Uusi terveydenhuoltolaki – Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, 28. <http://pre20090115.stm.fi/pr1214211442205/passthru.pdf>.
3. Pietikäinen E, Heikkilä J, Reiman T. (toim.) 2012. Adaptiivisen potilasturvallisuuden johtaminen. VTT Technology 58. Espoo.
4. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>.
5. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Hasturup A, Wallin M, Pelkonen M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
6. Gissler M, Hämäläinen P, Jämskeläinen M, Larivaara M, Punto T, Rasilainen J, Vuori A. 2012. Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa. Raportti 2012:54. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

16.7 ÄITIYSNEUVOLAN VAIKUTTAVUUS JA KUSTANNUKSET

Tässä luvussa arvioidaan äitiysneuvolatoimintaa terveystaloustieteen valossa. Kustannuksia voidaan selvittää eri näkökulmista (asiakas, palveluntuottaja, rahoittaja, yhteiskunta). Yleisimmin suositellaan laaja-alaista yhteiskunnallista näkökulmaa, jossa huomioidaan kaikki ja kaikille kohdistuvat kustannukset.

Äitiysneuvolatoimintaan liittyvää terveystaloustieteellistä tutkimusta on tehty Suomessa erittäin vähän. Sairaanhoidopiirit ja kunnat ovat tuotteistaneet äitiyshuollon palvelujaan eri tahtiin ja erilaisilla laskentatavoilla. Vertailukelpoisten kustannusten avulla tehtäviä analyysejä on tällöin mahdotonta tehdä. THL on julkaissut terveys- ja hoivapalvelujen yksikkökustannusraportteja vuosina 2003 ja 2008. Seuraava raportti valmistuu loppuvuodesta 2013.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) on englantilainen terveydenhuollon ohjeita ja suosituksia laativa tutkimuskeskus. Siellä tehdään laaja-alaista ja monitieteistä tutkimusta palvelujen käyttäjien/asiakkaiden, palvelujen järjestäjien ja poliittisten päättäjien käyttöön. Samoista teksteistä julkaistaan erilaisia versioita, jotka on kirjoitettu erilaisille lukijoille. NICE:n sähköiseen portaaliin (<http://www.nice.org.uk/>) on kerätty sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvää tutkimustietoa ja niihin perustuvia hyviä käytäntöjä. Esimerkiksi terveen naisen raskausajan hoitosuosituksia löytyvät osoitteesta <http://guidance.nice.org.uk/CG62>. Myös terveystaloustieteen asiantuntijoilla on merkittävä rooli Käypä hoito -suositusten ja toimintaohjeiden tekemisessä. He painottavat suosituksista aiheutuvan resurssitarpeen sijaan sekä kustannusten että terveyshyötyjen arvioimista. Tämän oppaan sisältämiä suosituksia tehtäessä on hyödynnetty hoitosuosituksia, joissa on arvioitu kustannuksia ja terveyshyötyjä.

Äitiysneuvolatoiminnan oikeudenmukaisuus ja saatavuus

Lähes kaikki raskaana olevat käyttävät äitiysneuvolapalveluja. Oikeudenmukaisuus on yksi suomalaisen terveydenhuollon ja hyvinvointipalvelujärjestelmän peruseriaatteista. Nykyisessä muuttuvassa kunnallisten palvelujen järjestämis- ja tuottamismallien viidakossa myös neuvolapalvelujen saatavuus on merkittävä tekijä; vain 0,2–0,3 % raskaana olevista ei käytä äitiysneuvolapalveluja.¹ Heikentynyt saatavuus saattaa heikentää palvelujen käytön oikeudenmukaisuutta tai johtaa palvelujen käytön vähentymiseen.² Julkisilla palveluilla voidaan merkittävästi vaikuttaa mm. alueelliseen ja sosioekonomisten ryhmien väliseen oikeudenmukaisuuteen palvelujen käytössä ja hyvinvoinnissa.

Esimerkiksi perheen heikko taloudellinen tilanne ja siitä johtuva syrjäytyminen saattavat johtaa äitiysneuvolapalvelujen vähäiseen käyttöön ja riskitekijöiden myöhäiseen havaitsemiseen, pahimmassa tapauksessa jopa sikiökuolemaan. Myös naimattomuus, alhainen koulutustausta, hyvin nuori ikä, tupakoiminen ja alkoholin käyttö ovat tutkitusti neuvolassa vähän käyneiden tai kokonaan käymättömien äitien taustalla, ja ne lisäävät riskiä vastasyntyneen terveysongelmiin³ (pienipainoisuus, kohtukuolema, neonataalikuolema). Myös maahanmuuttajanaisten raskauden ja synnytyksen aikaiseen lisääntymisterveyteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota kulttuuriin liittyvien kielteisten tekijöiden vähentämiseksi.⁴

Äitiysneuvolatoiminnan vaikuttavuus

Tarkoituksena on tätä opasta laadittaessa ollut, että siinä esitetyt toimintatavat ja menetelmät ja niiden perusteella esitetyt suositukset perustuisivat mahdollisimman hyvään näyttöön. Tavoitteena on näin lisätä äitiysneuvolatoiminnan vaikuttavuutta. Seuraavassa esitetään esimerkkejä äitiysneuvolatoimintaan kohdistetuista vaikuttavuustutkimuksista.

Äiti- ja imeväiskuolleisuus ovat Suomessa maailman pienimpiä, ja trendi on edelleen laskeva. Näitä tilastoja voitaneen pitää äitiysneuvolatoiminnan vaikuttavuuden yleisinä mittareina. Tosin tiedossa on, että äitiys- ja imeväiskuolleisuuteen vaikuttavat myös muu terveydenhuolto ja (taloudellinen) hyvinvointi.

Raskausaikaisista tupakoinnin lopettamisen interventioista tehty Cochrane-katsoisuus osoitti, että tupakoinnin lopettaminen raskausaikana vähentää merkittävästi pienipainoisuuden ja ennenaikaisen synnytyksen riskiä.⁵ Painonhallintaohjelmien vaikuttavuudesta ei systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa löydetty vastaavia merkitseviä tuloksia; asiaan vaikuttanevat raskausajan lyhyys ja muut sekoittavat tekijät.⁶

Raskausajan diabeteksen seurantaan ja hoitoon on sijoitettu voimakkaasti resursseja 10–15:n viime vuoden ajan. Hoitoketjun toimivuus näkyy tuloksissa: huolimatta ylipainoisten ja patologisen sokerirasitustestituloksen saaneiden raskaana olevien suhteellisen määrän kasvusta, ei vastasyntyneiden keskipaino ole silti noussut eikä yli nelikiloisten osuus syntyneistä kasvanut.¹ Sokeriaineenvaihduntahäiriö raskausaikana nostaa äidin diabetekseen sairastumisen riskiä myöhemmässä elämänvaiheessa. Jos sairastuminen pystytään estämään, voidaan välttää sairauden aiheuttama kärsimys, mut-

ta myös hoidon laskennallisia kustannuksia lähes 240 000 € henkilöä kohti (oletus: sairastuminen 30-vuotiaana, elinikä 84 vuotta).⁷ Motivointi omahoitoon ja säännöllisten kontrollien korostaminen (myös synnytyksen jälkeen) onkin yksi tärkeä terveysneuvonnan kulmakivistä äitiysneuvolassa ja toiminnan vaikuttavuuden mittari. Vaikuttavuuden osoittaminen juuri äitiysneuvolatoiminnasta johtuvaksi lienee kuitenkin vaikeaa.

Päätöksenteon avuksi ja kansallisten suositusten ja ohjeiden pohjaksi on tehty muutamia kustannuksia ja vaikuttavuutta arvioivia raportteja. Autti-Rämön raportissa⁸ tarkasteltiin rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien tunnistamiseen käytettävien ultraäänitutkimusten ja seerumiseulontojen erilaisia Suomeen sovellettuja seulontamalleja ja niillä löytyvien poikkeavuuksien osuuksia ja seulonnan kustannuksia. Seulonnat tulivat lakisääteisiksi vuonna 2006.

Vertailtaessa toimintamalleja vastasyntyneiden B-ryhmän streptokokkitaudin (GBS-taudin) ehkäisyssä todettiin, että GBS-infektio aiheuttaa vammautumisen tai jopa kuoleman useille vastasyntyneille vuosittain.⁹ Raportin mukaan GBS-kolonisaation synnytyksenaikainen hoito parantaa vastasyntyneen ennustetta, mutta raskausaikainen antibioottihoito on hyödytöntä. Näissä äitiyshuollon suosituksissa suositellaankin GBS-näytteen ottamista kaikilta raskaana olevilta raskausviikoilla 35–37 (ks. luku Infektioseulonta).

Parhailtaan FinOHTAssa on meneillään Raskausaikaisten infektioiden seulonnan kustannukset ja vaikuttavuus -hanke. Äidin lääkehoidolla (syfilis ja HIV-infektio) ja lapsen rokotuksella (hepatiitti-B) pystytään useimmiten torjumaan lapsen terveyttä ja elämää uhkaava tartuntatauti. Tutkimus- ja hoitokustannukset huomioidaan lapsen 1,5 vuoden ikään asti. Tutkimustuloksia on odotettavissa vuoden 2013 aikana.

Äitiysneuvolatoiminnan organisointi ja tehokkuus

Toiminta on tehokasta, kun käytettävissä olevat voimavarat on käytetty niin, että kansalaisten hyvinvointi tai terveys on mahdollisimman hyvä. Resurssit ovat aina rajalliset, ja niillä tulisi kyetä tuottamaan mahdollisimman paljon terveyttä ja hyvinvointia. Tehokkuuteen pyrkiminen ei tarkoita kustannusten tai palvelujen leikkaamista, vaan resurssien järkevää käyttöä parhaan mahdollisen terveyden aikaansaamiseksi.¹⁰

Äitiysneuvolan ja erikoissairaanhoidon yhteistyön sujuvuus ja selkeä ohjeistus, jossa otetaan huomioon alueelliset erityispiirteet, ovat edellytys toiminnan tehokkuudelle. Joustava työnjako ja äitiysneuvola-asiakkaiden keskittäminen tietyille terveydenhoitajille/kättilöille tuovat heille varmuutta ja rutiinia (ks. luku Henkilöstömitoitus).

Äitiysneuvolatoiminnan kustannukset

Perusterveydenhuollossa on laskettu vastaanottokäyntien yksikkökustannuksia sairausryhmittäin (2000) ja avohoitokäyntien yksikkökustannuksia sekä ammattiryhmittäin että toimintayksiköittäin (2006). Yksikkökustannuksiin on koottu laajasti vastaanottokäyntiin liittyvät kaikki palkat sivukuluineen, tilavuokrat ja hallinnolliset kulut sekä tutkimukset ja asiakasmaksut. Vuonna 2011 (laskettu vuoden 2000 kustannuksis-

ta julkisten menojen hintaindeksillä korotettuna) raskauteen, synnytykseen tai niiden komplikaatioihin liittyvän lääkärikäynnin yksikkökustannus oli 108,81 € ja terveydenhoitajalla käynnin 82,41 €. ¹¹ Erikoissairaanhoidossa vuonna 2006 kaikkien sairaalatyyp-
pien naistentauteihin ja synnytykseen liittyvien avohoitokäyntien yksikkökustannus oli 192,8 €. ¹¹ Vuonna 2011 se oli 232,3 € julkisten menojen hintaindeksillä korotettuna. (Taulukko 1.) Edellä mainitut laskelmat ovat suuntaa-antavia, sillä uudet tutkimusmenetelmät ja työtavat ovat muuttaneet kustannusrakenteita nopeasti.

Erikoissairaanhoidon äitiyspoliklinikkakäyntien kuntalaskutushinnat ovat julkisia ja lähes kaikki sairaanhoitopiirin internetsivuilta löydettävissä. Taulukossa 2 on esimerkkejä käyntityypeistä kuntalaskutushintoineen.

Taulukko 1. Raskausajan vastaanottokustannukset vuonna 2011. ^{1,11}

	2011				
	Asiakas- määrä	Käynti- määrä /asiakas	Käyntihinta € (yksikkö- kustannus)	Kustannukset € /asiakas	Kokonais- kustannukset €
Äitiysneuvolakäynnit (th/klö)	59 385	10	82,41	824,1	48 939 179
Äitiysneuvolakäynnit (lääkäri)	59 385	2,6	108,81	282,91	16 800 373
Äitiyspoliklinikka- käynnit (klö)	59 385	3,2	232,3	743,36	44 144 434
Raskausajan vastaan- ottokustannukset/ asiakas				1 850,37	
Raskausajan vas- taanottokustannuk- set yhteensä					109 883 985

TAULUKKO 2. Erityyppisten äitiyspoliklinikkakäyntien kuntalaskutushintoja

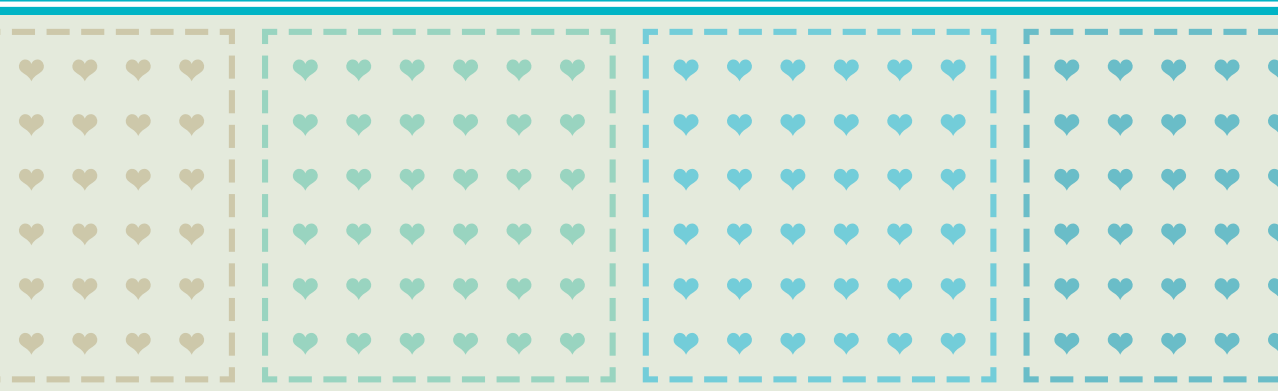
Käyntityyppi	Sairaanhoitopiirien hinnastot 2012		
	Keskimääräi- nen hinta €	Alaraja €	Yläraja €
Peruskäynti äitiyspoliklinikalla	134	90	194
Toimenpidekäynti (lapsivesipunktio)	448	122	791
Käynti kättilön vastaanotolla (synnytys- pelkokeskustelu)	109	62	160
Hoitopuhelu	54	40	90

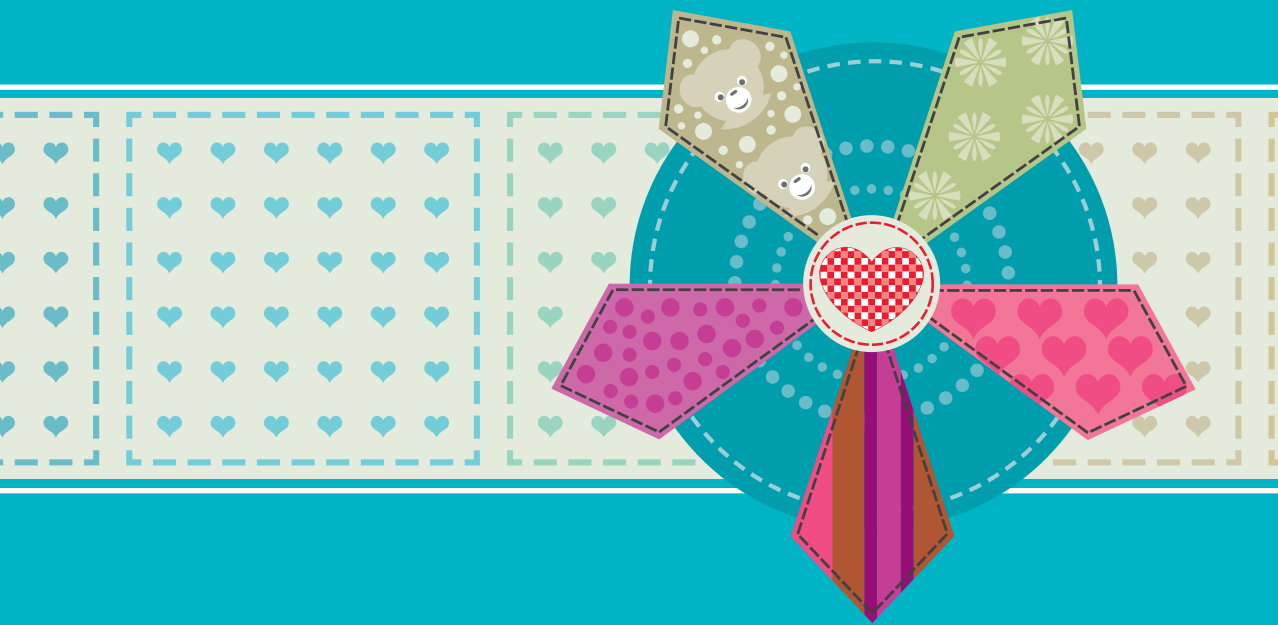
SUOSITUKSET

- ▶ Äitiysneuvolapalvelujen saatavuus taataan sekä kunta- että terveydenhuollon palvelujärjestelmä uudistuksia tehtäessä.
- ▶ Kaikille raskaana oleville ja heidän perheilleen turvataan äitiysneuvolan määräaikaista terveystarkastukset, joihin sisältyy terveysneuvonta.
- ▶ Palveluja kohdennetaan järjestelmällisesti ja entistä enemmän raskauteen liittyvien riskien ja tuen tarpeen mukaisesti.
- ▶ Terveystaloustieteellistä tutkimusta lisätään tukemaan äitiysneuvolatoiminnan arviointia ja kehittämistä.
- ▶ Äitiyshuoltoon sopivia vaikuttavuusmittareita kehitetään ja otetaan käyttöön.

Lähteet

1. Vuori E, Gissler M. 2012. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011. THL.
2. Lillrank PM, Venesmaa J. 2010. Terveystalouden alueellinen palvelujärjestelmä. Helsinki. Talentum.
3. Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. 2007. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. BMC Public Health 7, 268.
4. Malin M, Gissler M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. BMC Public Health 9, 84.
5. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. 2009. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev Jul 8(3).
6. Campbell F, Johnson M, Messina J, Guillaume L, Goyder E. 2011. Behavioural interventions for weight management in pregnancy: A systematic review of quantitative and qualitative data. BMC Public Health 11, 491.
7. Jarvala T, Raitanen J, Rissanen P. 2010. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007.
8. Autti-Rämö I. 2005. Raskauden ajan ultraäänitutkimukset ja seerumiseulonnat kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksien tunnistamisessa. Impakti 8(4).
9. Hovi SL, Lyytikäinen O, Autti-Rämö I, Laitinen R, Mäkelä M. 2007. B-ryhmän streptokokkitaudin ehkäisy vastasyntyneillä: toimintamallien vertailu.
10. Sintonen H, Pekurinen M. 2006. Terveystaloustiede. Uud. laitos. WSOY.
11. Hujanen T, Kapiainen S, Tuominen U, Pekurinen M. 2008. Terveystalouden yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006.





17 SUOSITUSTEN KÄYTÄNNÖN TOTEUTTAMINEN, SEURANTA JA ARVIOINTI

Äitiysneuvolaoppaan sisältämät suositukset on tarkoitettu kunnille äitiysneuvolapalvelujen järjestämisen, johtamisen ja kehittämisen tueksi. Opasta hyödynnetään raskaana olevien naisten ja heidän perheidensä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Oppaasta koituvaa hyötyä lasta odottaville perheille riippuu suuresti siitä, kuinka se otetaan käyttöön ja miten suositusten noudattamista tuetaan ja arvioidaan.

Kunnat ja kuntayhtymät sekä niiden terveystakeskukset ovat ensisijaisesti vastuussa oppaassa esitettyjen suositusten toteuttamisesta. Äitiysneuvolan suositusten toimeenpanon välttämätön edellytys on hyvä tiedottaminen. Keskeisiä tahoja ovat äitiysneuvolan henkilöstö ja johtajat sekä neuvolan keskeiset yhteistyötahot kuten terveystakeskuksen ja kunnan muut erityistyöntekijät ja synnytyssairaalan ja äitiyspoliklinikan henkilöstö. Myös raskautta suunnitteleville ja raskaana oleville tiedotetaan uusista äitiysneuvolan suosituksista, jotta he tietävät mahdollisuuksistaan oppaassa kuvattuihin palveluihin. Jotta uudet suositukset saavat strategisen johtamisen tuen, on niitä käsiteltävä kunnan luottamuselimissä. Kunnan päätöksentekijöiden on syytä tietää suositusten uudet linjaukset ja niiden perustelut kuten määräaikaisten terveystarkastusten määrä ja ajankohdat, varautuminen lisäkäyntien järjestämiseen, koko perheen hyvinvoinnin ja myös elinolojen tarkastelun tehostaminen sekä henkilöstömitoitukset. Samalla on tarpeen kertoa, miten paikallista äitiysneuvolatyötä aiotaan kehittää.

Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja yhdenvertaisesta saatavuudesta alueella. Laadukas äitiyshuolto edellyttää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kiinteää yhteistyötä. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti ja on vastuussa järjestämissuunnitelman laatimisesta. Kiinteä yhteistyö korostuu myös oppaan sisältämien suositusten toimeenpanossa. Suosituksia on tarpeen käsitellä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon äitiyshuollon henkilöstön kanssa ja sopia alueellisista toimintalinjauksista, yhtenäisistä käytännöistä, kehittämistarpeista ja vastuutahoista. Yhteinen käsittely tukee moniammatillista yhteistyötä ja edesauttaa hoito- ja palveluketjujen toimivuutta ja tarvittaessa kehittämistä.

Neuvolatoiminnasta vastaavien henkilöiden tehtävänä on viedä äitiysneuvolan suositukset käytäntöön ja käynnistää tarvittava kehittäminen. Kunnissa kannattaa tehdä äitiysneuvolatoimintaa koskeva tilannekatsaus, jossa verrataan kunnan äitiysneuvolapalveluja oppaassa esitettyihin ratkaisuihin. Tilannekatsauksessa voidaan hyödyntää vuonna 2012 toteutettuja äitiysneuvolatoimintaan kohdistuneita kansallisia tiedonkeruita kuten esimerkiksi Terveyden edistämisaktiivisuus (TEA) perusterveydenhuollossa -tiedonkeruu¹ ja Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon kansallinen seuranta² ja AvoHILMO-tilastoinnin tuottamaa tietoa. Nykytilanteen ana-

lyysin perusteella on mahdollista päättää, mitä kunnassa on tarpeen tehdä äitiysneuvolatoiminnan kehittämiseksi osana kunnan muita lapsiperhepalveluja. Nämä asiat kuvataan neuvolatoimintaa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon laadittavassa toimintaohjelmassa, lastensuojelulain edellyttämässä koko kuntaa koskevassa lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelmassa sekä kunnan käytäntöjen mukaan talous- ja toimintasuunnitelmassa. Sovittujen asioiden toteutumista ja palvelujen laatua seurataan ja asiat kirjataan toimintakertomukseen.

Äitiysneuvolan suositusten toimeenpanon edellytyksenä on henkilöstön tietoisuuden lisäksi uudistettujen suositusten edellyttämän osaamisen päivittäminen. Neuvolassa toimivalle henkilöstölle on välttämätöntä järjestää koulutusta äitiysneuvolan suosituksista ja niiden toteuttamisessa tarvittavista menetelmistä ja toimintatavoista. Perusterveydenhuollon yksiköt voivat toimia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisten alueellisten koulutustilaisuuksien järjestäjinä äitiyshuollon alueella. Niiden lisäksi tarvitaan terveyskeskusten järjestämää paikallista koulutusta.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM) ohjaa ylimpänä viranomaisena äitiysneuvolatoiminnan kehittämistä normi-, informaatio- ja resurssiohjauksen avulla. Valtioneuvoston asetusta³ päivitettäessä STM varautuu vahvistamaan äitiysneuvolatoiminnan normiperustaa.

Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL) tehtävänä on tukea kuntia suositusten toimeenpanossa muun muassa tiedottamalla oppaasta, seuraamalla äitiysneuvolan suositusten toimeenpanoa sekä vastaamalla siitä, että opasta päivitetään tarpeen mukaan. THL tiedottaa kotisivuillaan ja Seksuaali- ja lisääntymisyksikön verkostokirjeellä äitiysneuvolan suositusten valmistumisesta. Äitiysneuvolan suosituksia käsitellään THL:n ja STM:n yhdessä järjestämällä Valtakunnallisilla neuvolapäivillä syksyllä 2013. Lisäksi myöhemmin järjestetään mahdollisuuksien ja tarpeen mukaan alueellisia koulutustilaisuuksia. Äitiysneuvolaopas on mahdollista tilata kaikkiin Suomen terveyskeskuksiin ja synnytyssairaaloihin sekä alan ammattikorkeakouluihin ja yliopistoihin. Sähköinen versio oppaasta laitetaan Kasvun kumppanit -verkkopalveluun.

Äitiysneuvolassa tehtävien interventiotutkimusten avulla THL:ssa tuotetaan tietoa vaikuttavista äitiysneuvolan toimintatavoista, mm. lasta odottavien perheiden ravitsemus- ja elintapaohjauksen sekä perheryhmien vaikuttavuudesta koko perheen terveystottumuksiin ja vanhemmuuteen. THL kehittää yhteisiä lomakkeita äitiysneuvoloiden käyttöön. THL:n asiantuntijat osallistuvat hoitosuosituksen tekoon äitiyshuollon alueelta (mm. hoitotyön suositus Synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistaminen ja auttaminen) ja tekevät järjestelmällisiä katsauksia äitiyshuoltoon liittyvistä teemoista. THL päivittää äitiysneuvolan suositukset tarpeen mukaan, mutta viimeistään vuonna 2020. Päivittämistarvetta arvioitaessa otetaan huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos ja sitä koskeva uusi lainsäädäntö.

Suosituksen toimeenpanoa seurataan AvoHILMON ja TEA perusterveydenhuollossa -tiedonkeruun sekä mahdollisten erilliskyselyjen avulla. THL kehittää tarpeen mukaan AvoHILMON tilastointia oppaan sisältämien uusien aihepiirien perusteella ja

äitiysneuvolan kirjaamiskäytäntöjä osana sähköistä potilaskertomusta. Lisäksi päivitetään äitiysneivolakortti.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) ja aluehallintovirastojen tehtävänä on valvoa terveydenhuoltolain⁴ ja valtioneuvoston asetuksen³ toimeenpanoa kunnissa. Valvonnan tavoitteena on varmistaa, että väestö saa lakisääteiset terveyspalvelut, myös ennalta ehkäisevät palvelut, mahdollisimman yhdenvertaisesti koko maassa. Valvira on julkaissut vuonna 2012 kolmevuotisen valvontaohjelman neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevää suun terveydenhuollosta.⁵ Ohjelman mukaan vuonna 2013 valvonnan painopiste on äitiys- ja lastenneuvolapalveluissa. Kunnat voivat hyödyntää valvontaohjelmaa palveluidensa ja myös toiminnan omavalvonnan kehittämisessä.

Suomen Kuntaliitto ohjaa ja neuvoa kuntia neuvolatoiminnan toteuttamisessa sekä ajaa kuntien etua juridisissa, hallinnollisissa ja sisällöllisissä asioissa. Kuntaliitto tukee kuntia lisäämällä tietoa uudesta äitiysneuvolaoppaasta uutiskirjeiden ja nettisivuston välityksellä sekä osallistumalla aihetta käsitteleviin koulutustilaisuuksiin.

Ammattikorkeakoulut ja yliopistot sisällyttävät oppaassa esiteltyjä asioita opetusohjelmiinsa neuvolatyötä tekevien, neuvolatoiminnan johtajien ja alan opettajien ammatillisessa peruskoulutuksessa, täydennyskoulutuksessa ja jatkotutkinnoissa. Oppaan linjauksia sovelletaan opiskelijoiden käytännön työelämän harjoitteluihin, kehittämishankkeisiin ja opinnäytetöihin. Ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen on hyvä sopia työnjaosta: mitkä tahot sisällyttävät äitiyshuollon ja lasta odottavien perheiden tutkimisen sekä vaikuttavuuden arvioinnin omiin tutkimus- ja kehittämisohjelmiinsa.

Ammatilliset järjestöt edistävät oppaan tunnetuksi tekemistä ja sen linjausten edellyttämän osaamisen kehittymistä järjestämällä valtakunnallisilla koulutuspäivillä kuten Terveydenhoitaja-, Kätilö- ja Lääkäripäivillä. Myös ammatilliset lehdet ja jäsentiedotteet ovat tehokkaita tapoja edistää oppaan tunnettuutta ja ammatillista osaamista.

Muut sidosryhmät kuten järjestöt voivat osaltaan edistää äitiysneuvolassa tehtävää moniammatillista yhteistyötä. Kunnan tai kuntayhtymän kannattaa sopia järjestöjen kanssa tehtävästä yhteistyöstä paikallisten olosuhteiden ja voimavarojen mukaisesti.

Lähteet

1. Wiss K, Frantsi-Lankia M, Koskinen H, Saaris-to V. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 71/2012. Helsinki.
2. Hakulinen-Viitanen T, Hietanen-Peltola M, Pelkonen M. 2013. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon valtakunnallinen seuranta. Käsikirjoitus Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja -julkaisusarjaan.
3. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuol-
lost 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
4. Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
5. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), Valvontaohjelma 1:2012. Helsinki. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/valvontaohjelmat/sosiaali_ja_terveydenhuolto/lasten_ja_nuorten_ehkaisevat_terveyspalvelut.

LIITE 1 ÄITIYSHUOLLON ASIANTUNTIJARYHMÄ 1.12.2010–31.12.2012

Pouta Anneli

Puheenjohtaja
Dosentti, ylilääkäri
Osastonjohtaja
Lapset, nuoret ja perheet osasto, LAPO
THL

Hakulinen-Viitanen Tuovi

Varapuheenjohtaja
TH, TtT, dosentti
Tutkimuspäällikkö
THL, LAPO/LANU

Klemetti Reija

Asiantuntijas sihteeri
ESH, FT, dosentti
Erikoistutkija, yksikön päällikkö
THL, LAPO/SELI

Pelkonen Marjaana

SH, TH, THT, HuK
dosentti, ylitarkastaja
Sosiaali- ja terveysministeriö
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osasto

Vallimies-Patomäki Marjukka

SH, KLÖ, TtT
Neuvotteleva virkamies
Sosiaali- ja terveysministeriö,
Sosiaali- ja terveyspalveluosasto

Ellilä Merja

Yleislääketieteen erikoislääkäri
kliininen opettaja, erikoislääkäri
Turun Yliopisto, TYKS, Salon terveyskeskus

Häkkinen Hannele

TH, TtM
Erityisasiantuntija
Kuntaliitto
13.2.2012–

Jouhki Maija-Riitta

SH, KLÖ, TtM
HUS kättilö/THL tutkija

Kampman-Nikulainen Taru

TH, KLÖ
Terveydenhoidon osastonhoitaja
Espoon sosiaali- ja terveystoimi
1.12.2010–4.10.2011

Keravuo Ritva

LT, synnytysten ja naistentautien erikoislääkäri,
lapsiperheiden terveydenhuollon vastuualue-
päällikkö
Kainuun sote
1.12.2010–25.8.2011

Lang Leena

KLÖ, TtM
PPSHP:n laatupäällikkö
Suomen Perinatologisen seuran edustaja
PPSHP, Yhtymähallinto

Lehtomäki Leila

SH, KLÖ, TH, SHO, TtT
Puheenjohtaja
Suomen Terveydenhoitajaliitto, STHL ry

Liira Helena

LT, dosentti, kliininen opettaja
Helsingin yliopisto
1.12.2011–12.12.2011

Paahtama Soile

TtM
Erityisasiantuntija,
Suomen Kuntaliitto
1.12.2010–12.2.2012

Rahkonen Eeva

KLÖ, TH YAMK
Terveydenhoitaja
Espoon sosiaali- ja terveystoimi

Raudaskoski Tytti

LT, dosentti
naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri,
perinatologia, osastonylilääkäri
OYS, Lasten ja naisten tulosalue

Raussi-Lehto Eija

SH, KLÖ, TtM
Kätilötyön lehtori
Metropolia ammattikorkeakoulu

Räty Heidi

Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri,
äitiysneuvolalääkäri
Kainuun sote-kuntayhtymä, Kajaanin keskus-
neuvola
25.8.2011–15.10.2012

Uotila Jukka

LT, dosentti,
naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri,
perinatologia, osastonylilääkäri
TAYS

Virtanen Terhi

KLÖ, TH, TtK
puheenjohtaja
Suomen Kätilöliitto ry

Ylä-Soininmäki Taina

TH
Osastonhoitaja
Lahden kaupunki/Sosiaali- ja terveystoimiala/
Terveysneuvonta

LIITE 2 TYÖRYHMÄN ULKOPUOLISET ASiantuntijat

Ahola Terhi

(Kotisyntytyys, LYSY/kommentoinut)
 LT, lastentautien ja neonatologian erikoislääkäri,
 HUS, Kätilöopiston sairaala

Ala-Luhtala Riitta

(Seksuaalinen hyvinvointi)
 TtM, TH, KLÖ, kliininen seksologi (NACS)
 psykoterapeutti (ET)
 Lehtori, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Andersson Sture

(Kotisyntytyys/kommentoinut)
 Lastentautien ja neonatologian erikoislääkäri,
 professori, osastonylilääkäri, Lastenkliniikka,
 HUS

Apter Dan

(Synnytyksen jälkeinen raskauden ehkäisy ja
 neuvonta)
 LKT, dosentti, ylilääkäri,
 Väestöliiton Seksuaaliterveysklinikka

Erkkola Maijalaisa

(Ravitsemus)
 FT, ETM, dosentti (ravitsemustiede)
 yliopiston lehtori, Helsingin yliopisto

Frantsi-Lankia Marjut

(Kirjaaminen ja tilastointi)
 LL, yleislääketieteen erikoislääkäri,
 Valvira, THL (2013 loppuun)

Haaranen Heidi-Maria

(Suun terveydenhoito/suosituksset)
 AMK shg
 Suuhygienisti
 Joensuun kaupunki, Rantakylän hammashoitola

Hartikainen Sirkka

(Suun terveydenhoito/suosituksset)
 Ylempi hammashoitaja, suuhygienisti
 Joensuun kaupunki, Sosiaali- ja terveystieteiden
 palvelut

Hausen Hannu

(Suun terveydenhoito)
 HLT, EHL, MPH
 professori emeritus (Oulun yliopisto)
 asiantuntijahammaslääkäri
 Suomen Hammaslääkäriliitto ry

Heiliö Pia-Liisa

(Neuvolatietojen luovuttaminen ja salassa pito
 (tarkastanut), Kirjaaminen ja tilastointi)
 Oikeustieteen kandidaatti
 Neuvotteleva virkamies, STM

Hermanson Elina

(Monimuotoinen perhe)
 LT, lastentautien erikoislääkäri
 Kirkkonummen terveyskeskus

Hiltunen-Back Eija

(Seulottavat infektiot/kommentoinut)
 Iho- ja sukupuolitautien erikoislääkäri
 HUS, Sukupuolitautien poliklinikka

Huttunen Reetta

(Sairaalahygieenisesti merkittävät mikrobit)
 LT, sisätautien ja infektiosairauksien erikoislääkäri,
 apulaisyliääkäri,
 Tampereen yliopistollinen sairaala

Järvelin Jutta

(Äitiysneuvolan vaikuttavuus ja kustannukset/
 kommentoinut)
 LT, MSc (Health Economics)
 erikoistutkija, THL

Järvenpää Anna-Liisa

(Vastasyntyneen seuranta)
 LKT, dosentti, lastentautien ja neonatologian
 erikoislääkäri
 (eläkkeellä, aikaisemmin ylilääkäri
 HUS, Lasten ja nuorten sairaala)

Keistinen Timo

(Kotisyntytyys/kommentoinut)
 LKT, dosentti
 lääkintöneuvos, STM

Kinnunen Tarja

(Liikunta, Paino)
 ETM, FT,
 Yliopistonlehtori, Tampereen yliopisto

Kivijärvi Anneli

(Synnytyksen jälkeinen raskauden
 ehkäisy ja neuvonta)
 LKT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri,
 vastaava lääkäri, äitiyshuolto, ultraääniyksikkö
 ja ehkäisyneuvola,
 Turun Hyvinvointitoimiala

Korpilahti Ulla

(Sosiaaliturvaan liittyvä neuvonta, Lähisuhde- ja perheväkivalta, Määräaikaisten terveystarkastusten käyntirunko, Vammaisuus ja raskaus)
TH, TtM
Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ky/THL
Riihimäen seudun terveystieteiden keskus/THL

Koskinen Katja

(Imetys)
KLÖ, IBCLC, TtM
erikoissuunnittelija, THL

Kotovirta Elina

(Päihdeongelma perheessä)
VTI, erikoissuunnittelija, THL

Kuosmanen Malla

(Veriryhmämääritys ja immunisaatio)
FL, biologi,
SRP:n veripalvelu

Lappi Riitta

(Äitiysneuvolan vaikuttavuus ja kustannukset)
SH, KLÖ, TtM,
tutkija-kehittäjä,
Etelä-Savon sairaanhoitopiiri

Lauren Mari

(Kotisyntymys/juridiset kysymykset)
Oikeustieteen maisteri,
hallitussihteeri, STM

Lehto Soili

(Synnytyksen jälkeinen masennus)
LT, dosentti, psykiatrian erikoislääkäri, tutkija,
Itä-Suomen yliopisto

Leipälä Jaana

(Sikiön poikkeavuuksien seulonta)
LT, lastentautien ja neonatologian erikoislääkäri,
ylilääkäri, THL, Valvira

Luoto Riitta

(Liikunta, Paino)
LT, terveydenhuollon erikoislääkäri,
tutkimusjohtaja, UKK-instituutti,
tutkimuspäällikkö, THL

Malm Heli

(Lääkkeet ja rokotukset, Päihteet,
Kosmetiikka, tatuoinnit ja lävistykset)
LT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri,
teratologinen tietopalvelu,
HUSLAB

Malmi Pasi

(Miehet äitiysneuvolan asiakkaina)
Hallintotieteiden tohtori,
Senior Consultant
Miesjärjestöjen keskusliitto

Mentula Maarit

(Keskenmeno, Raskauden keskeytys)
LT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri,
osastonlääkäri, HUS, Kätilöopiston sairaala

Mikkola Kaija

(Vastasyntyneen seuranta)
LT, neonatologian erikoislääkäri
HUS, Naisten ja lastentautien tulosyksikkö,
Neonatologian klinikka, Jorvin sairaala

Mölläri Kaisa

(Kirjaaminen ja tilastointi)
SH, TH, KLÖ, ESH, TtM
Kehittämispäällikkö, THL

Nieminen Pekka

(Irtosolunäytteet)
LKT, dosentti,
naistentautien klinikka ylilääkäri, HYKS

Onninen Suvu

(Sosiaaliturvaan liittyvä) neuvonta)
Oikeustieteen kandidaatti,
varatuomari, etuuspäällikkö, Kela

Piispa Minna

(Lähisuhde- ja perheväkivalta)
VTI, Kehittämispäällikkö, THL

Puumalainen Taneli

(Potentiaalisesti sikiövaurioille altistavat yleis-
infektiot)
LT, lastentautien ja lasten infektiosairauksien
erikoislääkäri, ylilääkäri, STM

Ritvanen Annukka

(Sikiön poikkeavuuksien seulonta)
LL, perinnöllisyyslääketieteen erikoislääkäri, yli-
lääkäri, THL

Räsänen Sari

(Synnytykseen lähden ohjaus, Synnytyspaikan
valinta, Synnytyksen jälkeinen masennus)
SH, KLÖ, TtT,
Tutkija, KYS

Sainio Susanna

(Veriryhmämääritys ja immunisaatio)
 LT, naistentautien ja synnytysten sekä perinatologian erikoislääkäri,
 erikoislääkäri, SPR Veripalvelu

Saisto Terhi

(Synnytyspelko)
 LT, naistentautien ja synnytysten sekä perinatologian erikoislääkäri,
 Osastonylilääkäri, HYKS, Jorvin sairaala

Salo Eeva

(Infektio-seulonta)
 LKT, dosentti,
 erikoislääkäri, HUS, Lastenkliniikka

Sankilampi Ulla

(Synnytyspaikan valinta)
 LT, dosentti
 erikoislääkäri, osastonylilääkäri
 KYS, Lasten ja nuortenkliniikka

Solantaus Tytti

(Vanhemman mielenterveysongelmat)
 Dosentti,
 tutkimusprofessori (lastenpsykiatria), THL

Sorsa Pirjo

(Kotisyntyys/kommentoinut)
 OTM
 Hallintolakimies, HUS

Surcel Heljä-Marja

(Seulottavat infektiot/kommentoinut)
 PhD, dosentti,
 erityisasiantuntija, THL

Säävälä Minna

(Monikulttuurisuus)
 Dosentti, erikoistutkija
 Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos

Tammela Outi

(Kotisyntyys/kommentoinut)
 Dosentti, Lastentautien ja neonatologian erikoislääkäri,
 osastonylilääkäri, TAYS, Lastenkliniikka

Ulander Veli-Matti

(Virtsan tutkimukset, Hemoglobiinin seuranta,
 Kohdun kasvu ja sikiön asento, Sikiön liike-
 seuranta, Sikiön sykkeen seuranta)
 LT, Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri
 sekä perinatologian lisäpätevyys,
 va. osastonylilääkäri, HUS, Kättilöopiston sairaala

Valtonen Hannu

(Äitiysneuvolan vaikuttavuus ja kustannukset)
 PHD, professori, terveystaloustiede,
 Itä-Suomen yliopisto

Vasankari Tuula

(Tuberkuloosi)
 LT, dosentti,
 keuhkosairauksien erikoislääkäri
 Filha ry

Virtanen Suvi

(Ravitsemus)
 Tutkimusprofessori, yksikönpäällikkö,
 Ravitsemusyksikkö, THL
 Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto,
 lasten terveyden tutkimuskeskus, Tampereen yliopisto ja yliopistollinen sairaala.

LIITE 3 VASTUUKIRJOITTAJAT

- 1 JOHDANTO
- 2 ÄITIYSNEUVOLAN TAVOITTEET JA TOIMINTAA OHJAAVAT PERIAATTEET
 - 2.1 Tavoitteet ja tehtävät *Marjaana Pelkonen*
 - 2.3 Periaatteet *Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marjukka Vallimies-Patomäki, Marjaana Pelkonen*
- 3 VANHEMMUUDEN TUKEMINEN
 - 3.1 Monimuotoinen perhe *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Elina Hermanson*
 - 3.2 Miehet äitiysneuvolan asiakkaina *Pasi Malmi*
 - 3.3 Vanhemmuuden voimavarat ja varhainen vuorovaikutus *Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marjaana Pelkonen*
- 4 ELINTAVAT JA NEUVONTA
 - 4.1 Ravitsemus *Maijaliisa Erkkola, Suvi Virtanen*
 - 4.2 Imetys *Katja Koskinen, Tuovi Hakulinen-Viitanen*
 - 4.3 Suun terveydenhoito *Hannu Hausen (Heidi-Maria Haaranen, Sirkka Hartikainen)*
 - 4.4 Liikunta *Riitta Luoto, Tarja Kinnunen*
 - 4.5 Seksuaalinen hyvinvointi *Riitta Ala-Luhtala*
 - 4.6 Työhön liittyvät erityistilanteet *Merja Ellilä*
 - 4.7 Lääkkeet, rokotukset ja luontaistuotteet *Heli Malm*
 - 4.8 Päihheet *Heli Malm*
 - 4.9 Kosmetiikka, tatuoinnit ja lävistykset *Maija-Riitta Jouhki, Heli Malm*
 - 4.10 Sosiaaliturvaan liittyvä neuvonta *Ulla Korpilahti, Maija-Riitta Jouhki, Suvi Onninen*
- 5 PERHEVALMENNUS *Tuovi Hakulinen-Viitanen, Maija-Riitta Jouhki, Heidi Korhonen, Eeva Rahkonen, Tytti Raudaskoski, Taina Ylä-Soininmäki, Marjaana Pelkonen*
- 6 YLEISET RASKAUSAJAN VAIVAT
 - 6.1 Pahoinvointi ja ruuansulatuskanavan ongelmat *Merja Ellilä*
 - 6.2 Tuki- ja liikuntaelimestön vaivat *Merja Ellilä*
 - 6.3 Muutokset ihossa *Merja Ellilä*
 - 6.4 Väsymys *Merja Ellilä*
 - 6.5 Kipu, kuume ja päänsärky *Merja Ellilä*
 - 6.6 Unettomuus *Merja Ellilä*
 - 6.7 Muita raskausajan vaivoja *Merja Ellilä*
- 7 TERVEYSTARKASTUKSET ÄITIYSNEUVOLASSA
 - 7.1 Yleisperiaatteita *Tytti Raudaskoski*
 - 7.2 Yhteydenotto neuvolaan raskautta suunniteltaessa *Jukka Uotila*
 - 7.3 Ensikontakti äitiysneuvolaan raskausaikana *Maija-Riitta Jouhki, Taina Ylä-Soininmäki, Terhi Virtanen*

- 7.4 Määräaikaisten terveystarkastusten käyntirunko *Merja Ellilä, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Taina Yli-Soininmäki, Ulla Korpilahti, Marjaana Pelkonen*
- 7.5 Lasta odottavan perheen laaja terveystarkastus *Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marjaana Pelkonen*
- 7.6 Seurantatutkimukset ja seulonnat
 Verenpaine *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Jukka Uotila*
 Virtsan tutkimukset *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Veli-Matti Ulander*
 Hemoglobiinin seuranta *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Veli-Matti Ulander*
 Veriryhmämääritys ja immunisaatio *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Malla Kuosmanen, Susanna Sainio, Marjukka Vallimies-Patomäki*
 Paino *Tarja Kinnunen, Riitta Luoto*
 Seulottavat infektiot *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Eeva Salo*
 Sikiön poikkeavuuksien seulonta *Annukka Ritvanen, Jaana Leipälä*
 Irtosolunäytteet *Pekka Nieminen*
 Kohdun kasvu ja sikiön asento *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Eija Raussi-Lehto, Veli-Matti Ulander*
 Sikiön liikeseuranta *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Veli Matti Ulander*
 Sikiön sykkeen seuranta *Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti, Veli-Matti Ulander*
- 7.7 Synnytyksen jälkitarkastus *Merja Ellilä, Maija-Riitta Jouhki, Eija Raussi-Lehto*
- 7.8 Synnytyksen jälkeinen raskaudenehkäisy ja neuvonta *Anneli Kivijärvi, Dan Apter*
- 8 KOTIKÄYNNIT *Tuovi Hakulinen-Viitanen, Leena Lang, Taina Ylä-Soininmäki, Marjaana Pelkonen*
- 9 LISÄSEURANTAA EDELLYTTÄVIEN RASKAUSONGELMIEN TUNNISTAMINEN JA HOITO
- 9.1 Monisikiöraskaus *Eija Raussi-Lehto, Tytti Raudaskoski*
- 9.2 Pre-eklampsia/Raskaushypertensio *Jukka Uotila*
- 9.3 Raskausdiabetes *Jukka Uotila*
- 9.4 Raskauskolestaasi *Jukka Uotila*
- 9.5 Kohdun kasvun poikkeavuudet *Terhi Virtanen, Tytti Raudaskoski*
- 9.6 Sikiön poikkeava syke *Terhi Virtanen, Tytti Raudaskoski*
- 9.7 Sikiön poikkeava liikkuminen *Terhi Virtanen, Tytti Raudaskoski*
- 9.8 Uhkaava ennenaikainen synnytys *Jukka Uotila*
- 9.9 Loppuraskauden verenvuoto *Jukka Uotila*
- 9.10 Lasketun ajan ylittyminen *Jukka Uotila*
- 10 LISÄSEURANTAA VAATIVAT SAIRAUDET TAI ONGELMAT
- 10.1 Aikaisemman raskauden ongelmat *Jukka Uotila*
- 10.2 Suvun sairaudet ja periytyvän sairauden mahdollisuus *Jukka Uotila*
- 10.3 Krooniset sairaudet
 Anemia, trombosytopenia ja tromboosi *Jukka Uotila*
 Astma *Heidi Korhonen, Tytti Raudaskoski*
 Diabetes *Heidi Korhonen, Tytti Raudaskoski*
 Epilepsia *Heidi Korhonen, Tytti Raudaskoski*

Kilpirauhasen toimintahäiriöt *Heidi Korhonen, Jukka Uotila*
 Krooniset suolistotulehdukset *Heidi Korhonen, Tytti Raudaskoski*
 Krooninen verenpainetauti ja munuaissairaudet *Heidi Korhonen, Jukka Uotila*
 Multippleliskeroosi (MS-tauti) *Heidi Korhonen, Jukka Uotila*
 Sidekudos- ja reumasairaudet *Heidi Korhonen, Jukka Uotila*

- 10.4 Mielenterveysongelmat *Tytti Solantaus, Tytti Raudaskoski*
- 10.5 Infektiot
 Virtsatieinfektiot ja oireeton bakteeriuria *Tytti Raudaskoski*
 Sukuelininfektiot *Tytti Raudaskoski*
 Potentiaalisesti sikiövaurioille altistavat yleisinfektiot *Tytti Raudaskoski, Taneli Puumalainen*
 Tuberkuloosi *Tuula Vasankari*
 Sairaalahygieenisesti merkittävät mikrobit *Reetta Huttunen*
- 11 LISÄSEURANTA RASKAANA OLEVAN JA PERHEEN ERITYISTILANTEISSA
- 11.1 Monikulttuurisuus *Minna Säävälä*
- 11.2 Raskaana olevan iästä johtuvat erityispiirteet *Eeva Rahkonen, Reija Klemetti*
- 11.3 Hedelmöityshoidot *Reija Klemetti*
- 11.4 Vammaisuus ja raskaus *Ulla Korpilahti, Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti*
- 11.5 Lähisuhde- ja perheväkivalta *Minna Piispa, Ulla Korpilahti, Tuovi Hakulinen-Viitanen*
- 11.6 Päihdeongelma perheessä *Elina Kotovirta, Taina Ylä-Soininmäki, Tuovi Hakulinen-Viitanen*
- 11.7 Raskauden päättyminen lapsen kuolemaan *Eija Raussi-Lehto, Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti*
- 11.8 Vammaisen lapsen odotus ja syntymä *Eija Raussi-Lehto, Maija-Riitta Jouhki, Reija Klemetti*
- 11.9 Keskenmeno *Maarit Mentula*
- 11.10 Raskaudenkeskeytys *Maarit Mentula*
- 12 SYNNYTYKSEEN VALMISTAUTUMINEN
- 12.1 Synnytyspaikan valinta *Sari Räisänen, Ulla Sankilampi*
- 12.2 Synnytykseen lähdön ohjaus *Sari Räisänen*
- 12.3 Synnytyssuunnitelma *Maija-Riitta Jouhki, Leena Lang, Eija Raussi-Lehto*
- 12.4 Synnytyksen suunnittelu erikoistilanteissa
 Aikaisemman synnytyksen ongelmat *Jukka Uotila*
 Synnytyspelko *Terhi Saisto*
 Sikiön poikkeavat tarjonnat *Jukka Uotila*
 Epäsuhtaepäily *Jukka Uotila*
 Lyhytjälkihoitoinen synnytys *Eija Raussi-Lehto, Maija-Riitta Jouhki*
 Kotisyntyminen *Maija-Riitta Jouhki, Eija Raussi-Lehto, Leena Lang, Terhi Virtanen, Merja Ellilä, Reija Klemetti, Marjukka Vallimies-Patomäki*
- 13 VASTASYNTYNEEN SEURANTA *Anna-Liisa Järvenpää, Kaija Mikkola*

- 14 SYNNYTYKSEN JÄLKEINEN MASENNUS *Tuovi Hakulinen-Viitanen, Sari Räisänen, Soili Lehto, Tytti Solantaus*
- 15 YHTEISTYÖ
- 15.1 Neuvolatietojen luovuttaminen ja salassapito *Marjukka Vallimies-Patomäki*
- 15.2 Monialaista ja – ammatillista yhteistoimintaa asiakasnäkökulmasta *Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marjaana Pelkonen*
- 15.3 Monialaista ja – ammatillista yhteistoimintaa äitiysneuvolan näkökulmasta *Eeva Rahkonen, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marjaana Pelkonen*
- 15.4 Erikoissairaanhoido
Lähet- ja hoitopalautekäytännöt ja konsultointi *Jukka Uotila, Merja Ellilä, Marjukka Vallimies-Patomäki*
Tiedonkulku *Jukka Uotila, Merja Ellilä, Marjukka Vallimies-Patomäki*
Työnjako *Jukka Uotila, Merja Ellilä, Marjukka Vallimies-Patomäki*
- 16 ÄITIYSNEUVOLAPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN
- 16.1 Toimintaohjelma *Marjaana Pelkonen, Tuovi Hakulinen-Viitanen*
- 16.2 Neuvolatoiminnan johtaminen *Marjaana Pelkonen, Tuovi Hakulinen-Viitanen*
- 16.3 Äitiysneuvolan henkilöstö ja mitoitus *Leila Lehtomäki, Merja Ellilä, Marjaana Pelkonen*
- 16.4 Kirjaaminen ja tilastointi *Marjaana Pelkonen, Pia-Liisa Heiliö, Taina Ylä-Soininmäki, Kaisa Mölläri, Marjut Frantsi-Lankia, Tuovi Hakulinen-Viitanen*
- 16.5 Osaamisen kehittäminen ja tukeminen *Marjukka Vallimies-Patomäki, Marjaana Pelkonen, Leila Lehtomäki, Merja Ellilä, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Hannele Häkkinen, Eeva Rahkonen, Terhi Virtanen, Eija Raussi-Lehto*
- 16.6 Laadun arviointi ja seuranta *Leena Lang*
- 16.7 Äitiysneuvolan vaikuttavuus ja kustannukset *Riitta Lappi, Hannu Valtonen*
- 17 SUOSITUSTEN KÄYTÄNNÖN TOTEUTTAMINEN, SEURANTA JA ARVIOINTI
Tuovi Hakulinen-Viitanen, Marjaana Pelkonen
- 18 LIITTEET

LIITE 4

Taulukko. Keskeisimmät äitiysneuvola toimintaa ohjaavat säännökset ja niiden keskeinen sisältö

Säännös	Keskeinen sisältö
Terveydenhuolto-laki 1326/2010	<p>Kunnan on seurattava asukkaistensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin.</p> <p>Kunnan on järjestettävä alueellaan valtakunnallisen seulonnohjelmaa mukaiset seulonnot.</p> <p>Kunnan on järjestettävä alueensa raskaana olevien naisten, lasta odottavien perheiden sekä alle oppivelvollisuusikäisten lasten ja heidän perheidensä neuvolapalvelut. Neuvolapalveluihin sisältyvät</p> <ul style="list-style-type: none"> • sikiön terveen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin sekä raskaana olevan ja synnyttäneen naisen terveyden määrääjain toteutettava ja yksilöllisen tarpeen mukainen seuranta ja edistäminen • vanhemmuuden ja perheen muun hyvinvoinnin tukeminen • lapsen kodin ja muun kasvu- ja kehitysympäristön sekä perheen elintapojen terveellisyden edistäminen • lapsen ja perheen erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä lapsen ja perheen tukeminen ja tarvittaessa tutkimuksiin tai hoitoon ohjaaminen. <p>Terveydenhuollon viranomaisten on järjestettävä välttämättömät palvelut raskaana olevien naisten ja syntyvien lasten erityiseksi suojelemiseksi. Palvelut on järjestettävä yhteistyössä sosiaalihuollon viranomaisten kanssa.</p>
VN:n asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011	<p>Kunnan on järjestettävä lasta odottaville perheille</p> <ul style="list-style-type: none"> • vähintään yksi laaja terveystarkastus • suun terveystarkastus • perhevalmennusta ja muuta vanhempainryhmätoimintaa • kotikäynti ensimmäistä lasta odottavalle tai ensimmäisen lapsen saaneelle. <p>Lisäksi kunnan on</p> <ul style="list-style-type: none"> • tunnistettava erityisen tuen tarve ja järjestettävä tarvittavaa tukea • tarjottava terveysneuvontaa molemmille vanhemmille. <p>Asetuksen tarkoituksena on varmistaa, että lasta odottavien naisten ja perheiden sekä alle kouluikäisten lasten, oppilaiden ja heidän perheidensä sekä opiskelijoiden terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä ja yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia kunnallisessa terveydenhuollossa. Tavoitteena on vahvistaa terveyden edistämistä sekä tehostaa varhaista tukea ja syrjäytymisen ehkäisyä. Terveyden edistämiseen kuuluu aina myös mielenterveyden edistäminen. Asetus tukee lasten ja vanhempien osallistumista sekä heidän mielipiteidensä kuulemistakin.</p>
VN:n asetus seulonnoista 339/2011	<p>Asetuksessa määritellään yhtäläiset periaatteet kaikille perusterveydenhuollossa tehtäville seulonnoille. Asetuksen mukaan kunnan on järjestettävä asukkaalleen valtakunnallisen seulonnohjelmaa mukaiset seulonnot, joita raskaana oleville ovat</p> <p>a) varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus raskausviikoilla 10⁺⁰–13⁺⁶</p> <p>b) kromosomipoikkeavuuksien selvittäminen ensisijaisesti varhaisraskauden yhdistelmäseulonnan avulla (seerumiseulonta raskausviikoilla 9⁺⁰–11⁺⁶ ja niskaturvotuksen mittaus yleisen ultraäänitutkimuksen yhteydessä raskausviikoilla 11⁺⁰–13⁺⁶) tai vaihtoehtoisesti toisen raskauskolmanneksen seerumiseulonnan avulla raskausviikoilla 15⁺⁰–16⁺⁶ ja</p> <p>c) ultraäänitutkimus vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi raskausviikoilla 18⁺⁰–21⁺⁶ tai raskausviikon 24⁺⁰ jälkeen.</p> <p>Seulontoihin osallistuminen on vapaaehtoista. Kunnan asukkaiden saatavilla on oltava riittävästi tietoa seulonnan tavoitteista, vaikuttavuudesta ja mahdollisista riskeistä sekä seulonnan järjestämisestä.</p>
Lastensuojelulaki 417/2007	<p>Laki sisältää säännökset lapsi- ja perhekohtaisesta lastensuojelusta sekä ennaltaehkäisevästä lastensuojelusta. Laissa säädetään palvelujen kehittämisestä kasvatuksen tukemiseksi. Lain tavoitteena on, että lapsi saa kaikissa olosuhteissa sellaisen huollon, kuin lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta annetussa laissa on säädetty.</p> <p>Ennen lapsen syntymää 25. §:n 1. momentissa mainittujen henkilöiden on salassapitosäännösten estämättä tehtävä ennakkollinen lastensuojeluilmoitus, jos on perusteltua syytä epäillä, että syntyvä lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen.</p> <p>Kiireellisissä tapauksissa päivystävän sosiaaliviranomaisen on arvioitava viipymättä ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen kohteena olevien henkilöiden sosiaalipalvelujen tarve. Yhteistyössä lastensuojelun sosiaalityöntekijän kanssa voidaan arvioida myös välittömästi lapsen syntymän jälkeen tarvittavat sosiaalipalvelut.</p>

Tartuntatautilaki 583/1986	Kunnan on järjestettävä yleisiä vapaaehtoisia rokotuksia ja terveystarkastuksia tartuntatautiin ehkäisemiseksi. STM:n asetuksella säädetään tarkemmin raskaana olevien terveystarkastuksista.
SosTMA rokotuksista ja tartuntatautiin raskaudenai- kaisesta seulonnasta 421/2004	Raskaana olevalta otetaan terveystarkastuksen yhteydessä hänen suostumuksellaan verinäyte vastasyntyneen tartuntatautiin ehkäisemiseksi. Verinäytteestä tehdään tutkimus kuppataudin ja HIV-infektion varhaiseksi toteamiseksi sekä hepatiitti B -viruksen kantajuuden toteamiseksi.
Äitiysavustuslaki 477/1993	Oikeus äitiysavustukseen on naisella, jonka raskaus on kestänyt vähintään 154 päivää. Avustuksen saamisen edellytyksenä on lisäksi, että nainen ennen raskauden-tilansa neljännen kuukauden päättymistä on käynyt terveystarkastuksessa terveyskeskuksessa tai lääkärin vastaanotolla. Äitiysavustus suoritetaan kutakin lasta kohti avustuksen hakijan ilmoituksen mukaan joko äitiyspakkauksena tai rahana. Avustus voidaan myöntää myös ottovanhemmalle ja lapseksiottajalle (sijoitus).
Sairausvakuutus- laki 1224/2004	Naisella, jonka raskaus on kestänyt vähintään 154 päivää, on oikeus saada raskauden ja synnytyksen perusteella äitiysrahaa. Laissa säädetään myös oikeudesta erityisäitiysrahaan, isyysrahaan ja äitiysrahakauden jälkeiseen vanhempainrahaan ja näiden kausien pituudesta. Isä voi pitää yhteensä 54 arkipäivän pituisen niin sanotun isyysvapaan, joka ei lyhennä äitiys- tai vanhempainvapaan kautta Vanhempainrahan maksaminen edellyttää, että äiti on käynyt lääkärin tai julkisen terveydenhuollon palveluksessa olevan ja riittävän koulutuksen saaneen kättilön tai terveydenhoitajan suorittamassa jälkitarkastuksessa terveydentilansa selvittämiseksi aikaisintaan 5:n ja viimeistään 12 viikon kuluttua synnytyksestä. Tarkemmat säännökset jälkitarkastuksesta annetaan valtioneuvoston asetuksella. (21.5.2010/437)
Laki potilaan ase- masta ja oikeuksista 785/1992	Laissa säädetään potilaan oikeuksista, jotka liittyvät hyvään hoitoon, hoitoon pääsyy, tiedonsaantiin, itsemääräämisoikeuteen, alaikäisen potilaan asemaan ja kiireel- lisyyteen. Lisäksi laissa säädetään potilasasiakirjoista.
STM:n asetus poti- lasasiakirjoista 298/2009 (Finlex)	Asetusta sovelletaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävien asiakirjojen laatimiseen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyt- tämiseen. Asetusta täydentää STM:n opas: Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opat terveydenhuollolle. STM Julkaisuja 2012:4.
Laki viranomaisten toiminnan julkisuu- desta 621/1999 (Finlex)	Laissa säädetään oikeudesta saada tieto viranomaisten julkisista asiakirjoista sekä vi- ranomaisessa toimivan vaihtolovelvollisuudesta, asiakirjojen salassapidosta ja muista tietojen saantia koskevista yleisten ja yksityisten etujen suojaamiseksi välttämättö- mistä rajoituksista, samoin kuin viranomaisten velvollisuuksista tämän lain tarkoi- tusten toteuttamiseksi.
Henkilötietolaki 523/1999 (Finlex)	Lain tarkoituksena on toteuttaa yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä sekä edistää hyvän tietojenkä- sittelytavan kehittämistä ja noudattamista. Lain mukaan henkilötietoja on käsiteltä- vä huolellisesti ja perustellusti. Rekisterinpitäjän on toteutettava tarpeelliset tekni- set ja organisatoriset toimenpiteet henkilötietojen suojaamiseksi.
Laki terveydenhuol- lon ammattihenkii- löistä 559/1994 (Finlex)	Lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelu- jen laatua 1) varmistamalla, että tässä laissa tarkoitetulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet 2) järjestämällä terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta terveyden- ja sai- raanhoidossa sekä 3) helpottamalla ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä.
Isyyslaki 700/1975	Laissa säädetään lapsen ja hänen isänsä sukulaisuuteen toteamisesta ja vahvistami- sesta sekä sukulaisuuteen kumoamisesta.
Laki toimeentulo- tuesta 1412/1997 (Finlex)	Toimeentulotuki on sosiaalihuoltoon kuuluva viimesijainen taloudellinen tuki, jon- ka tarkoituksena on turvata henkilön ja perheen toimeentulo ja edistää itsenäistä selviytymistä. Toimeentulotuen avulla turvataan henkilön ja perheen ihmisarvoisen elämän kannalta vähintään välttämätön toimeentulo. Ehkäisevän toimeentulotuen tarkoituksena on edistää henkilön ja perheen sosiaali- ta turvallisuutta ja omatoimista suoriutumista sekä ehkäistä syrjäytymistä ja pitkäai- kaista riippuvuutta toimeentulotuesta.

LIITE 5

Taulukko 1. Raskausajan ravitsemus: Vihjeitä viisaisiin valintoihin

Ruokaryhmä	Valitse näitä	Vältä näitä	Muuta muistettavaa
Kasvikset, hedelmät ja marjat	<ul style="list-style-type: none"> Kasvikset, hedelmät ja marjat tuoreina → Pidä aina saatavilla! Tavoitteeksi 5–6 annosta päivässä Muista myös pähkinät, sienet ja palkokasvit! 	<ul style="list-style-type: none"> Korvasienet Merilevävalmisteet Rukolasalaatti 	<ul style="list-style-type: none"> Pese ja/tai kuori raakana syötävät vihannekset ja hedelmät huolellisesti. Kuumenna pakastevihannekset, valmisruoat ja ulkomaiset pakastemarjat ennen syömistä.
Viljavalmisteet	<ul style="list-style-type: none"> Ruisleipä ja muu täysjyväleipä Puurot 	<ul style="list-style-type: none"> Pellavansiemen, pellavrouhe 	<ul style="list-style-type: none"> Pullaa, marjapiirakkaa ja kääretorttua herkutteluhuettiin viinereiden, munkkien ja keksien sijaan.
Maito ja maitovalmisteet	<ul style="list-style-type: none"> Rasvattomia, nestemäisiä maitovalmisteita 8 dl päivässä 	<ul style="list-style-type: none"> Pastöroimaton maito ja siitä valmistetut tuotteet Pehmeät juustot kuten home- ja tuorejuusto 	
Liha, kala, muna	<ul style="list-style-type: none"> Kalaa 2–3 kertaa viikossa kalalajea vaihdellen 	<ul style="list-style-type: none"> Maksaruuat Hauki Sisävesien suuret petokalat (ahven, kuha, made) runsaina määrinä Itämeren iso silakka, lohi ja meritaimen korkeintaan 1–2 kertaa kuukaudessa Tyhjiö- ja suojakaasupakattut, graavisuolatut ja kylmäsavustetut kalavalmisteet tai pateet ja mäti ilman kuumentamista Hirven maksa ja munuaiset 	<ul style="list-style-type: none"> Kypsennä liha ja kala kauttaaltaan (yli 70 asteeseen). Maksamakkaraa ja maksapasteijaa raskauden aikana enintään 200 g viikossa
Ravintorasvat	<ul style="list-style-type: none"> Rasiamargariinit Kasviöljyt 	<ul style="list-style-type: none"> Eläinrasvat Uppopaistetut elintarvikkeet Kasvisterolit ja -stanolit ja niiden esterit 	
Juomat	<ul style="list-style-type: none"> Janojuomaksi vesi Rasvaton maito ja piimä Vähäsokeriset laimeat mehut Tee 	<ul style="list-style-type: none"> Alkoholi Kahvia enintään 3 kupillista (1,5 dl) päivässä. Kofeiinipitoiset kola- ja energijuomat. Kofeiinia enintään 300 mg päivässä Yrttiteet 	
Muut		<ul style="list-style-type: none"> Energiattomat makeutusaineet* sakariini ja syk-lamaatti Raskauden aikana lakritsia ja salmiakkia alle 50 g päivässä Liiallinen suola Rohdosvalmisteet Inkivääri 	<ul style="list-style-type: none"> Älä tyydytä äkillistä nälkää suklaalla ja makeisilla.

*Stevian eli stevioliglykosidien (E 960) käyttöä makeutusaineena ei ole osoitettu sikiölle tai lapselle haitalliseksi raskauden ja imetyksen aikana.

LIITE 6

Taulukko 2. Vitamiinien ja kivennäisaineiden suositeltava päivittäinen saanti ravinnosta raskauden ja imetyksen aikana sekä suositeltavat ravintoainetäydennykset

Ravintoaine	Suosittelava saanti raskauden aikana/vrk	Suosittelava saanti imetyksen aikana/vrk	Suositus valmisteiden käytöstä
A-vitamiini, RE ¹	800	1100	
D-vitamiini, µg	10	10	Kaikille 10 µg (400 IU)/vrk ympäri vuoden.
E-vitamiini, α-TE ²	10	11	
Tiamiini, mg	1,5	1,6	
Riboflaviini, mg	1,6	1,7	
Niasiini, NE ³	17	20	
B ₆ -vitamiini, mg	1,5	1,6	
B ₁₂ -vitamiini, µg	2,0	2,6	
C-vitamiini, mg	85	100	
Kalsium, mg	900	900	Ca 2+ 500–1 000 mg/vrk, jos ruokavaliossa ei ole riittävästi nestemäisiä maitovalmisteita, juustoja tai kalsiumilla täydennettyjä elintarvikkeita. Tarvittaessa: laktoosi-intolerantit ja kasvisruokavaliota noudattavat.
Fosfori, mg	700	900	
Kalium, g	3,1	3,1	
Magnesium, mg	280	280	
Rauta, mg ⁴	-	15	Fe 2+ 50 mg/vrk tarvittaessa, jos Hb on alle 110 g/l alkuraskaudessa 12. raskausviikosta. Myöhemmin heti, jos hemoglobiini on alle 100 g/l.
Sinkki, mg	9	11	
Kupari, mg	1,0	1,3	
Jodi, µg	175	200	
Seleen, µg	55	55	
			Monivitamiini-kivennäisainevalmisteet: Tarvittaessa hyvin yksipuolisen tai niukan ruokavalion tukena. Ei päällekkäisiä tai A-vitamiinia sisältäviä valmisteita. Rintamaitoa luovuttaville ja kaksosia tai useampia lapsia imettäville.

1 RE-retinoliekvivalentti (RE) = 1 µg retinolia = 12 µg B-karoteenia

2 α-tokoferoliekvivalentti (α-TE) = 1 mg α-tokoferolia

3 NE = niasiiniekvivalentti = 1 mg niasiinia = 60 mg tryptofaania

4 Raskausajan rautatasapaino edellyttää noin 500 mg:aa rautavarastoja raskauden alussa. Lisääntynyttä raudan tarvetta raskauden ensimmäisen kolmanneksen jälkeen on vaikea tyydyttää ilman rautavalmisteita.

LIITE 7 EPDS-MIELIALALOMAKE

Alkuperäinen lähde: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150:782-6.

Ole hyvä ja ympyröi se vaihtoehto, joka eniten vastaa Sinun tuntemuksiasi **viimeisen kuluneen viikon** aikana, ei vain tämänhetkisiä tuntemuksiasi.

Viimeisen seitsemän päivän aikana

1. Olen pystynyt nauramaan ja näkemään asioiden hauskan puolen.

- 0. Yhtä paljon kuin aina ennenkin
- 1. En aivan yhtä paljon kuin ennen
- 2. Selvästi vähemmän kuin ennen
- 3. En ollenkaan

2. Olen odotellut mielihyvällä tulevia tapahtumia.

- 0. Yhtä paljon kuin aina ennenkin
- 1. Hiukan vähemmän kuin aikaisemmin
- 2. Selvästi vähemmän kuin aikaisemmin
- 3. Tuskin ollenkaan

3. Olen syyttänyt tarpeettomasti itseäni, kun asiat ovat menneet vikaan.

- 0. Kyllä, useimmiten
- 1. Kyllä, joskus
- 2. En kovin usein
- 3. En koskaan

4. Olen ollut ahdistunut tai huolestunut ilman selvää syytä.

- 0. Ei, en ollenkaan
- 1. Tuskin koskaan
- 2. Kyllä, joskus
- 3. Kyllä, hyvin usein

5. Olen ollut peloissani tai hädissäni ilman erityistä selvää syytä.

- 0. Kyllä, aika paljon
- 1. Kyllä, joskus
- 2. Ei, en paljonkaan
- 3. Ei, en ollenkaan

6. Asiat kasautuvat päälleni.

- 0. Kyllä, useimmiten en ole pystynyt selviytymään niistä ollenkaan
- 1. Kyllä, toisinaan en ole selviytynyt niistä yhtä hyvin kuin tavallisesti
- 2. Ei, useimmiten olen selviytynyt melko hyvin
- 3. Ei, olen selviytynyt yhtä hyvin kuin aina ennenkin

7. Olen ollut niin onneton, että minulla on ollut univaikeuksia.

0. Kyllä, useimmiten
1. Kyllä, toisinaan
2. Ei, en kovin usein
3. Ei, en ollenkaan

8. Olen tuntenut oloni surulliseksi tai kurjaksi.

0. Kyllä, useimmiten
1. Kyllä, melko usein
2. En kovin usein
3. Ei, en ollenkaan

9. Olen ollut niin onneton, että olen itkeskellyt.

0. Kyllä, useimmiten
1. Kyllä, melko usein
2. Vain silloin tällöin
3. Ei, en koskaan

10. Ajatus itseni vahingoittamisesta on tullut mieleeni.

0. Kyllä, melko usein
1. Joskus
2. Tuskin koskaan
3. Ei koskaan

* * *

Kysymyksissä 1, 2 ja 4 vastausvaihtoehdot pisteytetään järjestyksessä ylimmästä alimpaan asteikolla 0–3. Kysymykset 3 sekä 5–10 ovat käänteisiä ja ne pisteytetään järjestyksessä ylimmästä alimpaan asteikolla 3–0. EPDS-mittari on validoitu useassa maassa, eikä sitä voida muuttaa toimipaikkakohtaisesti.

LIITE 8 KUN LAPSESI KUOLEE ENNEN SYNTYMÄÄ

© Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2012. Information for you. When your baby dies before birth. Mukaillen E-R-L ja M-R J 18.10.2012.

TÄMÄ LEHTINEN ON TEHTY KOSKA...

Tieto siitä, että lapsesi on kuollut kohtuun ennen syntymäänsä, on musertava. Oman ja lähipiirin suru voi tuntua ahdistavalta. Terveystieteiden ammattilaiset tarjoavat tukea ja tietoa, mutta tiedon vastaanottaminen voi olla vaikeaa surun keskellä. Tämä kirjallinen ohjeistus on laadittu, jotta voit perehtyä siihen sinulle sopivana ajankohtana.

Tässä lehtisessä kerrotaan syntymän ajan ja synnytyksen jälkeisen ajan hoidosta ja tuesta, jatkohoidosta ja tuen saannin mahdollisuuksista.

MIKSI LAPSENI KUOLI?

Kaikki vanhemmat haluavat tietää, miksi juuri heidän lapsensa kuoli. Vastausta ei aina saada, mutta useimmiten kuitenkin. Tavallisimpia syitä ovat sikiön kasvu- ja kehityshäiriöt, infektiot tai mahdolliset sairaudet. Syiden selvittämiseksi tehdään lisätutkimuksia, joiden tuloksista sinulle/teille tullaan kertomaan tulosten selvittyä.

KUINKA LAPSENI KUOLEMA TODETAA?

Kuolema todetaan ultraäänitutkimuksessa, jonka lääkäri varmistaa. Ultraäänellä voidaan todentaa, että sikiön sydän ei enää syki. Lapsesi kuoleman toteamisen jälkeenkin sinusta voi edelleen tuntua siltä, että lapsi liikkuisi, mutta liikkeet eivät ole aktiivisia sikiön liikkeitä, vaan johtuvat omasta liikkumisestasi. Tästä on hyvä tietää, sillä kokemus voi tuntua ahdistavalta.

MITÄ TAPAHTUU SEURAAVAKSI?

Sinulla/teillä on mahdollisuus keskustella tapahtuneesta ja jatkohoidosta kiireettömästi hoitavan lääkärin ja kättilön kanssa. Samassa yhteydessä voidaan jo ottaa näytteitä tapahtuneen selvittämiseksi.

SYNNYTYSSUUNNITELMA

Synnytystä hoitavan henkilöstön kanssa käydään läpi tuleva synnytyksesi. Synnytyksen suunnittelussa otetaan huomioon terveydentilasi, aikaisemmat raskautesi ja synnytyskokemuksesi sekä synnytykseen liittyvät toiveesi. Avuksesi pyritään järjestämään kokenut henkilöstö ja myös yksityisyttä, jotta toivomillasi läsnäolijoilla olisi mahdollisuus olla paikalla tukenasi.

SYNNYTYKSEN KÄYNNISTÄMINEN

Lapsen kuoleman toteamisen jälkeen voidaan synnytys päättyä käynnistämään mahdollisimman pikaisesti. Käynnistäminen voidaan ajoittaa myös siten, että voit käydä ensin esimerkiksi kotona. Synnytys voidaan käynnistää useilla eri menetelmillä. Sinä ja hoitava lääkärisi päätätte käynnistysmenetelmästä, joka sopii parhaiten sinun tilanteeseesi.

SYNNYTYKSEN KÄYNNISTYMINEN

Joissakin tilanteissa on mahdollista myös odottaa synnytyksen luonnollista käynnistymistä tai käynnistämistä joitakin päiviä. Toiveesi huomioidaan tässäkin asiassa. Jos tähän päädytään, synnytyssairaalan työntekijät neuvovat, miten seuraat vointiasi ja miten olet yhteydessä sairaalaan. On myös tilanteita, joissa synnytyksen käynnistämistä ei voida odottaa (esimerkiksi infektio tai raskausmyrkytys).

MITEN LAPSENI SYNTYY?

Alatiesynnytystä suositellaan. Vaikka ajatus voi tuntua ahdistavalta, sinun on hyvä tietää alatiesynnytyksestä seuraavat asiat:

- alatiesynnytykseen liittyy vähemmän riskejä sinulle
- pääset kotiin nopeammin
- fyysinen toipumisesi on nopeampaa
- mahdollisiin tuleviin raskauksiisi ja synnytyksiisi liittyy vähemmän komplikaatioita.

Toiveittesi mukaisesta kivunlievityksestä huolehditaan.

JOS OLEN SYNNYTTÄNYT AIKAISEMMIN KEISARILEIKKAUKSELLE?

Yleensä alatiesynnytystä suositellaan tällöinkin. Ks. yllä.

MITÄ TAPAHTUU LAPSENI SYNNYTTYÄ?

Sinä ja läheisesi voitte toiveittenne mukaan tutustua lapseesi, pidellä häntä ja ottaa valokuvia tai muita muistoja, kuten vaikka jalan tai käden jäljen tai hiustupsun. Konkreettiset muistot lapsesta saattavat auttaa surutyössä. Kaikki tapahtuu sinun toivomallasi tavalla ja kiireettömästi. Joskus voi tuntua paremmalta katsoa vauvaa vasta myöhemmin. Kaikissa asioissa huomioidaan sinun toiveesi.

Osastolla käydään läpi synnytyskokemuksesi. Henkilökunta keskustelee kanssasi myös lapsesi hautaukseen liittyvistä asioista kulttuurisi ja vakaumuksesi huomioiden.

Surussasi sinua ja läheisiäsi tukevat ammattilaiset ja vertaistukiryhmät (kuten Käpy ry.). Surutyösäsi huomioidaan myös muita läheisiäsi (kumppanisi, lapsenne). Saat ohjausta tarvitessasi myös siitä, kuinka tuet perheen muiden lasten surutyötä.

Kotiutuminen sairaalasta toteutuu omien voimavarojesi mukaisesti; toisille nopea kotiutuminen tuntuu parhaalta ratkaisulta, toiset kokevat saavansa parhaan tuen sairaalassa. Sairaalassa onkin mahdollista viipyä hieman pidempään.

Fyysisiä oireita, kuten maidontuloa, voidaan estää lääkityksellä. Sen sijaan ”tyhjän sylin” kipua, joka voi tuntua konkreettisenä kipuna selässä ja hartioissa, hoitaa parhaiten läheisten ja ammattilaisten läsnäolo ja tuki. Synnytyksestä palautumiseen liittyy joitakin viikkoja kestävä verinen vuoto. Jos seuraavat oireet ilmenevät kotiutumisesi jälkeen, ota yhteyttä synnytysairaalaan:

- vuoto voimistuu tai siihen tulee hajua
- sinulla on alavatsakipua
- olet huonovointinen tai kuumeinen.

MITÄ TUTKIMUKSIA LAPSEN SYNTYMÄN JÄLKEEN TEHDÄÄN?

Synnytysairaalan henkilökunta kertoo, mitä testejä ja tutkimuksia tarvitaan lapsesi kuoleman syyn selvittämiseksi. Suurimmassa osassa kuolintapauksia syy löydetään, ja tämä auttaa myös mahdollisten seuraavien raskauksien suunnittelussa. Tarvittaessa teidät ohjataan perinnöllisyysneuvontaan.

Tutkimustulosten valmistuttua jälkitarkastus tehdään erikoissairaanhoidossa, jolloin sinulla on mahdollisuus saada tietoa tutkimustuloksista. On hyvä miettiä mieltä askarruttavia kysymyksiä etukäteen ja kirjoittaa vaikka ylös asioita, joista haluat keskustella.

MITEN TÄMÄ VAIKUTTAA SEURAAVIIN RASKAUKSIIN JA RASKAUKSIEN SEURANTAAN?

Lääkäri arvioi, tarvitaanko seuraavien raskauksien seurannassa lisätutkimuksia tai lisäkäyntejä. Lisäkäyntejä järjestetään, jos tunnet uuden raskauden aikana ahdistusta ja pelkoa lapsen kuolemasta.

LISÄTIETOJA JA LINKKEJÄ

KÄPY ry.

Palvelunumero: 0800-95959

<http://www.kapy.fi/>

LIITE 9 TERVEYDENHOITAJAN TYÖAIKA JA VASTUULLA OLEVIENTEN RASKAANA OLEVIENTEN NAISTEN MÄÄRÄ, KUN VUOSILOMAN AJAKSI ON SIJAINEN

Muuhan kuin varsinaiseen asiakastyöhön kuluva aika					
Varsinainen työaika					
Arkipyhiä	9 päivää				
Sairaspäiviä (ilman sijaista)	7,2 päivää				
Koulutus	8 päivää				
Yhteensä	24,2 päivää	=	4,8	=	4,8 viikkoa
Varsinaisia työviikkoja	52,18	–	4,8	=	47,3 vk
Varsinaisia työtunteja vuodessa	38,25	x	47,3	=	1810,7 h
Ruoka- ja kahvitunnit	2,3 h/vk	x	46,0 vk		
Varsinaiset työtunnit vuodessa			105,5 h		1705,2 h
Asiakastyön lisäksi tehtävät säännölliset työt					
Kokoukset matkoineen	3 h/vk	x	47,3 vk	=	142,0 h
Kirjaaminen, sähköinen asiointi, puhe- linaika	9 h/vk	x	47,3 vk	=	426,0 h
Työnohjaus	0,5 h/vk	x	47,3 vk	=	23,7 h
Moniammatillinen yhteistyö	3 h/vk	x	47,3 vk	=	142,0 h
Opiskelijoiden ohjaus	0,5 h/vk	x	47,3 vk	=	23,7 h
Poisjääneiden jäljitys	0,125 h/vk	x	47,3 vk	=	5,9 h
Yhteensä työtunteja vuodessa					763,3 h
Työtunteja käytettävissä asiakastyöhön		1705,2	–	763,3	941,9 h

Perhevalmennus ja vanhempainryhmät				
	6 ryhmää x	5 á/ryhmä	2 h/á =	60 h
Työtunteja käytettävissä vastaanottoihin	941,9 h	-	60 h	= 881,9 h
Varataan lisäkäynteihin	20 % vastaanottoajasta		=	176,4 h
Lisäkäyntejä korkeintaan	176,4	/	0,5	= 352 kpl
Määräaikaisiin terveystarkastuksiin käytettävissä olevien tuntien määrä vuodessa on				705,5 h
Tarkastuksiin kuluva aika				
Ensisynnyttäjälle				
Ensikontakti, puhelin	1	x	0,25 h	= 0,25 h
Ensikäynti ja laaja terveystarkastus	2	x	1,5 h	= 3 h
Tarkastuskäynnit ml. 2 lääk. vastaanottoa	6	x	0,5 h	= 3 h
Kotikäynnit	2	x	2,5 h	= 5 h
Yhteensä vuoden aikana				11,25 h
Uudelleensynnyttäjälle				
Ensikontakti, puhelin	1	x	0,25 h	= 0,25 h
Ensikäynti ja laaja terveystarkastus	2	x	1,5 h	= 3 h
Tarkastuskäynnit ml. 2 lääk. vastaanottoa	5	x	0,5 h	= 2,5 h
Kotikäynnit	1	x	2,5 h	= 2,5 h
Yhteensä vuoden aikana				8,25 h
Ensisynnyttäjien osuus synnyttäjistä	40 prosenttia			
Ensisynnyttäjiin kohdistettu työaika	282,2 h			
Uudelleensynnyttäjiin kohdistettu työaika	423,3 h			
Ensisynnyttäjien maksimimäärä	282,2	/	11,25	= 25
Uudelleensynnyttäjien maksimimäärä	423,3	/	8,25	= 51
Synnyttäjien korkein määrä vuoden aikana				76 kpl

LIITE 10 NEUVOLALÄÄKÄRIN TYÖAIKA JA VASTUULLA OLEVIENTEN RASKAANA OLEVIENTEN NAISTEN MÄÄRÄ, KUN VUOSILOMAN AJAKSI ON SIJAINEN

Varsinainen työaika				
Arkipyhiä	9 päivää			
Sairaspäiviä (ilman sijaista)	7,1 päivää			
Koulutus	10 päivää			
Yhteensä	26,1 päivää	=	5,2 viikkoa	
Varsinaisia työviikkoja	52,14	-	5,2	= 46,9 vk
Varsinaisia työtunteja vuodessa	37	x	46,9	= 1736,1 h
Ruoka- ja kahvitunnit	2,5 h/vk	x	46,9 vk	= 117,3 h
Varsinaisia työtunteja vuodessa	1736,10		117,30	1618,0
Vastaanottotyön lisäksi tehtävät säännölliset työt				
Kokoukset matkoineen	2 h/vk	x	46,9 vk	= 93,8 h
Kirjaaminen, toimistotyö ja puhelinaika	6 h/vk	x	46,9 vk	= 281,5 h
Työnohjaus	0,5 h/vk	x	46,9 vk	= 23,5 h
Moniammatillinen yhteistyö	2 h/vk	x	46,9 vk	= 93,8 h
Opiskelijoiden ohjaus	0 h/vk	x	46,9 vk	= 0,0 h
Yhteensä työtunteja vuodessa				492,7 h
Työtunteja käytettävissä vastaanottoon	1618,0	-	492,7	1125,3 h
Varataan lisäkäynteihin	20 % vastaanottoajasta			= 225,1 h
Lisäkäyntejä korkeintaan	225,1	/	0,5	= 450 kpl
Määräaikaistarkastuksiin käytettävissä oleva työaika vuodessa on				900,2 h
Terveystarkastuksiin kuluva aika	3	x	0,5 h	= 1,5 h
Synnyttäjien maksimimäärä	900,2	/	1,5	= 600 kpl

Tiedonhaku äitiyshuollon suosituksiin nro: 2011/10

Toimeksiannon päivämäärä: 25.5.2011

Tiedonhaun tilaajat/ryhmä: Reija Klemetti, LAPO/SELI, Tuovi Hakulinen-Viitanen, LAPO/LANU

Tiedonhaun tekijä: Pia Pörtlors, informaattikko, THL Tietopalvelu

Tiedonhaun aihepiiri

Raskausaikaan liittyvien vaivojen, ongelmien ja riskien seuranta ja hoito

Teema 1) raskaus ja äidin ikä – vanhat ja nuoret synnyttäjät

Teema 2) raskauden poikkeavat oireet ja löydökset, monisikiöraskaudet

Teema 3) yleisten raskausajan vaivojen hoito, pelot, synnytysvalmennus ja arvio

Teema 4) raskaus ja äidin ja sikiön fyysiset komplikaatiot ja sairaudet

Teema 5) mielenterveys, päihteet, psykososiaaliset, sosiaaliset ja parisuhdeongelmat

Teema 6) raskaus ja äidin vamma

Teema 7) synnytyksen jälkeinen masennus

Teema 8) kotikäynnit

Teema 9) perhevalmennus

Rajaukset:

- aikarajaus 2004 –

- kansainvälisiä ja suomalaisia tieteellisiä artikkeleita

Tiedonhakustrategiat, teema 1: raskaus ja äidin ikä

Kotimaiset tietokannat 25.5.2011

THLlib

Haku 1

(raskaus) ja (äitiyshuolto tai neuvola*)

Haku 2

(raskau* tai raskaana tai odottav*) ja (ikä* tai vanhem* tai iäk* tai keski-ikä* tai nuor* tai tein*)

Linda
(nuor? or teini? or keski-ikä?) and (raskau?) (haku kohdistettu kaikkiin kenttiin)
Medic
Haku 1 raska* odotta* ensisynn* pregnan* synnyt* AND iäkk* ikä* keski-ikä* vanhem* nuor* teini* adolesc* 35+ teen* AND äitiyshuol* neuvola* neuvonta* äitiysneuvol* lääkehoi* hoi* seuran* valvon* ennaltaehk* palvelu* terveyspal* prenatal* antenatal* synnytyssvalm* perhevalmen* intervent* seulon*
Haku 2 "nuoren raskaus" (asiasanat) OR "synnyttäjän ikä" (asiasanat)

Kansainväliset tietokannat 25.5.2011
Cinahl
Haku 1 S1 MW "Pregnancy in Adolescence" or "Maternal Age 35 and Over" or "Maternal Age 14 and Under" S2 MW pregnancy and MW ("Adolescent" or "Middle Aged") (S1 or S2) and MH ("Health Screening" or "prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "preventive health care" or "intervention") and review*
Haku 2 (S1 or S2) and MW ("Health Screening" or "prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services")
Haku 3 TI pregnan* and TI (mature or older or middle-age* or teen* or adolesc* or "maternal age" or young) and TI (care or health or matern* or intervent*)
Haku 4 TI (adolesc* or "maternal age" or teen* or middle-age* or "elevated age*" or "mature age") and ("Health Screening" or "prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "preventive health care" or "obstetric care" or "maternity clin*" or "guidance" or

"guidelines" or "maternity services" or "counseling "or monitoring or "nursing role") and pregnancy
Web of Science
Haku 1 Title=(maternal age) AND Topic=(pregnan*)
Haku 2 Title=(pregnan*) AND Title=(young* or teenage* or older or middle age* or "advanced age") AND Topic=(care or maternal health services or health services or antenatal services or prenatal) Refined by: Publication Years=(2010 OR 2006 OR 2009 OR 2008 OR 2011 OR 2004 OR 2007 OR 2005)
Haku 3 TI=(adolesc* or "maternal age" or teen* or middle-age* or "elevated age*" or "mature age") AND TS=("Health Screening" or "prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "preventive health care" or "obstetric care" or "maternity clin*" or "guidance" or "guidelines" or "maternity services" or "counseling "or monitoring or "nursing role") and TS=(pregnan*)
Academic Search Elite
Haku 1 SU pregnan* and TI (teen* or adolesc* or mature* or older* or age* or maternal age) and TI ("prenatal" or "antenatal" or "care" or "clinic*" or "services" or "counsel*" or "surveil*" or "monitor*" or "screening" or "medicat*" or "intervent*" or "treatment*" or "prevent*" or "guide*" or "nursing")
Haku 2 TI (adolesc* or "maternal age" or teen* or middle-age* or "elevated age*" or "mature age") and ("Health Screening" or "prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "preventive health care" or "obstetric care" or "maternity clin*" or "guidance" or "guidelines" or "maternity services" or "counseling "or monitoring or "nursing role") and pregnancy
Medline (OVID)
Haku 1 1. Prenatal Care/ or Hospitals, Maternity/ or Maternal Health Services/ or Maternal Welfare/ or Delivery of Health Care/ or Quality of Health Care/ or Health Services.mp. [mp=protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, title, original title, abstract, name of substance word, subject

heading word, unique identifier]

2. *Pregnancy/ or *Pregnant Women/

3. Middle Aged/

4. Adolescent/

5. (teen* or adolesc* or mature or middle-age* or middle age* or older).ti.

6. Pregnancy in Adolescence/

7. limit 2 to ("adolescent (13 to 18 years)" or "middle age (45 to 64 years)" or "middle aged (45 plus years)")

8. 3 or 4 or 5

9. 2 and 8

10. 6 or 7 or 9

11. 1 and 10

12. limit 11 to yr="2004 - 2011"

Haku 2

1. (adolesc* or "maternal age" or teen* or middle-age* or "elevated age*" or "mature age").ti and ("Health Screening" or "prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "preventive health care" or "obstetric care" or "maternity clin*" or guidance or guidelines or "maternity services" or counseling or monitoring or "nursing role").mp and (pregnancy).sh. limit 1 to yr="2004 - 2011"

Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE, NHS Economic Evaluation Database, Health Technology Assessments

Haku 1

Pregnancy in Adolescence/

Haku 2

"maternal age".ti.

Tiedonhakustrategiat, teema 2: raskauden poikkeavat oireet ja löydökset, monisikiöraskaudet

Kotimaiset tietokannat 30.5.2011

THLlib

(raskau*) ja (kaks* tai monikko*)
Linda
Kaikki sanat= pregnan? and (twin? or multiple?)
Medic
"Pregnancy, multiple"
Arto
Sanahaku(raskau? pregnan?) AND Sanahaku(kakso? monisikiö? monikko? twin? multiple?)

Kansainväliset tietokannat 30.5.2011
Cinahl
MH ("pregnancy, multiple" or "twins") and ("Health Screening" or "prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "preventive health care" or "obstetric care" or "maternity clin*" or guidance or guidelines or "maternity services" or counseling or monitoring or "nursing role")
Web of Science
TI= ("twin preg*" or "multipl* preg*" or "multifet* preg") and TS= ("Health Screening" or "prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "preventive health" or "obstetric care" or "maternity clin*" or guidance or guidelines or "maternity services" or "public health" or counseling or monitoring or "nurs*" or care) Timespan=2004-2011. Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI.
Academic Search Elite
TI ("twin preg*" or "multipl* preg*" or "multifet* preg" or twin*) and AB ("Health Screening" or "prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "preventive health" or "obstetric care" or "maternity clin*" or guidance or guidelines or "maternity services" or "public health" or counseling or monitoring or "nurs*" or care) and SU (pregnancy or "multiple pregnancy")

Medline (OVID)
("pregnancy, multiple" and ("Health Screening" or "prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "preventive health care" or "obstetric care" or "maternity clin*" or guidance or guidelines or "maternity services" or counseling or monitoring or "nursing role")),mp. [mp=protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word, unique identifier]
Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE, NHS Economic Evaluation Database, Health Technology Assessments
("pregnancy, multiple" and ("Health Screening" or "prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "preventive health care" or "obstetric care" or "maternity clin*" or guidance or guidelines or "maternity services" or counseling or monitoring or "nursing role")),mp. [mp=ti, ab, tx, kw, ct, ot, sh, hw]
ProQuest Health Management
(ti)"multiple pregnancy" or (ti)"twin pregnancy" or ti(pregn* and (multiple* or twin*))

Tiedonhakustrategiat, teema 3: yleisten raskausajan vaivojen hoito, pelot, synnytysvalmennus ja arvio

Kotimaiset tietokannat 30.5.2012
THLlib
Haku 1 perhevalm* (2004-2011) (asiasanahaku)
Haku 2 perhevalm* TAI synnytysvalm* TAI synnytyspel* TAI synnytysarvio* (vapaatekstihaku)
Haku 3 synnyty* JA arvio* (vapaatekstihaku)
Linda
Haku 1

<p>Kaikki sanat= synnytysvalm? OR perhevalm? OR synnytyspel? OR synnytysarv?</p> <p>Haku 2</p> <p>(synnyty?) AND (arvio? OR suunnitel? OR keskustelu?)</p>
Medic
<p>Haku 1</p> <p>synnytysvalm* perhevalm* synnytyspel* synnytysarv* (tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä)</p> <p>Haku 2</p> <p>Prenatal care (tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä)</p> <p>AND</p> <p>pregnancy (tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä)</p> <p>Haku 3</p> <p>lapsenpäästö</p>
Arto
<p>Haku 1</p> <p>Sanahaku(synnytysvalm?) OR Sanahaku(perhevalm?) OR Sanahaku(synnytyspel?) or Sanahaku(synnytysarvi?)</p> <p>Haku 2</p> <p>Sanahaku(synnytysarv?) OR Sanahaku(synnytysvalm?) OR Sanahaku(synnytyskesk?)</p>

<p>Kansainväliset tietokannat 28.6.2011</p> <p>CINAHL, Academic Search Elite, Psycinfo (yhteishaku)</p>
<p>Haku 1</p> <p>SU pregnancy and ("birth preparation" or "parent* class" or "parent* training" or "parent educat*" or "lamaze" or "childbirth training" or "childbirth educat*" or "birth plan*" or "patient care plan*" or "labor coach*" or "prepared childbirth" or "breast feeding promotion" or "antenatal education") and SU ("prenatal care" or "maternal health" or "maternity clin*" or "maternity service*" or "maternity health" or "women's health*" or "public health" or midwife*)Haku 2</p> <p>TI (birth* or childbirth* or labor or labour or delivery) and TI (fear* or ansi* or psychol*) and pregnan*</p>
Web of Science

Haku 1

TS=(pregnancy) AND TI=("birth preparation" OR "parent* class" OR "parent* training" OR "parent educat*" OR "lamaze" OR "childbirth training" OR "childbirth educat*" OR "birth plan*" OR "patient care plan*" OR "labor coach*" OR "prepared childbirth" OR "breast feeding promotion" OR "antenatal education")

Haku 2

TS=("birth preparation" OR "parent* class" OR "parent educat*" OR "lamaze" OR "antenatal training" or "prenatal education" or "prenatal training" or "childbirth training" OR "childbirth educat*" OR "birth plan*" OR "patient care plan*" OR "labor coach*" OR "prepared childbirth" OR "breast feeding promotion" OR "antenatal education") AND TS=("prenatal care" or "maternal health" or "maternity clin*" or "maternity service*" or "maternity health" or "women's health*" or midwife*)

Haku 3

TI=(childbirth*) and TI=(fear* or anxi* or psychol*)

Haku 4

TI=(childbirth*) and TI=(fear* or anxi*)

Medline (OVID)

Haku 1

1 (pregnancy and ("birth preparation" or "parent* class" or "parent* training" or "parent educat*" or "lamaze" or "childbirth training" or "childbirth educat*" or "birth plan*" or "patient care plan*" or "labor coach*" or "prepared childbirth" or "breast feeding promotion" or "antenatal education") and ("prenatal care" or "maternal health" or "maternity clin*" or "maternity service*" or "maternity health" or "women's health*" or "public health" or midwife*)).mp. [mp=protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word, unique identifier]

2 limit 1 to yr="2004 - 2011"

Haku 2

(birth* or childbirth* or labor or labour or delivery).ti and (fear* or anxi* or psychol*).ti and pregnan*

Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE, NHS Economic Evaluation Database, Health Technology Assessments

Haku 1

(pregnancy and ("birth preparation" or "parent* class" or "parent* training" or "parent educat*" or "lamaze" or "childbirth training" or "childbirth educat*" or "birth plan*" or "patient care plan*" or "labor

coach*" or "prepared childbirth" or "breast feeding promotion" or "antenatal education") and ("prenatal care" or "maternal health" or "maternity clin*" or "maternity service*" or "maternity health" or "women's health*" or "public health" or midwife*).mp. [mp=ti, ot, ab, tx, kw, ct, sh, hw]

Haku 2

((birth* or childbirth* or labor or labour or delivery) and (fear* or anxi* or psychol*)).ti. and pregnan*.mp. [mp=ti, ot, ab, tx, kw, ct, sh, hw]

ProQuest Health Management, PAIS, Social Services Abstracts, Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA) 27.6.2011

Haku 1

("birth preparation" OR "parent* class" OR "parent educat*" OR "lamaze" OR "antenatal training" or "prenatal education" or "prenatal training" or "childbirth training" OR "childbirth educat*" OR "birth plan*" OR "patient care plan*" OR "labor coach*" OR "prepared childbirth" OR "breast feeding promotion" OR "antenatal education") AND ("prenatal care" or "maternal health" or "maternity clin*" or "maternity service*" or "maternity health" or "women's health*" or midwife*)

Haku 2

ti(childbirth*) and ti(fear* or anxi*)

Haku 3

su(childbirth*) and su(fear* or anxi*)

Tiedonhakustrategia, teema 4: raskaus ja äidin ja sikiön fyysiset komplikaatiot ja sairaudet

Kotimaiset tietokannat 12.8.2011

THLlib

asiasanahaku: raskaus

Linda

(raskau? OR pregnancy) AND (sairau? OR komplikka? OR krooni? OR astma? OR diabete? OR eklampsi? OR pre-eklampsi? OR sikiö? OR helpp? OR lihavuu? OR hypertensio? OR hiv? OR verenpaine? OR hepato? OR listeria? OR sukupuoli? OR infekti?)

Medic

raskau*

<p>AND</p> <p>sairau* krooni* astma* diabetes* *eklampsi* sikiö* helpp* lihavuu* hypertensio* hiv* verenpaine* hepato* listeria* sukupuolittau* infektiö*</p> <p>AND</p> <p>hoito* hoido* lääkehoi* lääkity* care* treatment* ennaltaehk* valvon* seulon* screen* neuvon* neuvol* äitiyshuol* diagnosti* seuran*</p>
<p>Arto</p>
<p>Sanahaku(raskau? pregnancy) AND Sanahaku(sairau? komplikaa? krooni? astma? diabete? eklampsi? pre-eklamps? sikiö? helpp? lihavuu? hypertensio? hiv? verenpaine? hepato? listeria? sukupuolittau? infektiö?)</p> <p>(DATE = 2004-2011)</p>

<p>Kansainväliset tietokannat 12.8.2011</p>
<p>CINAHL</p>
<p>Haku 1</p> <p>MM pregnancy complications and MH ("Health Screening" or "prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "preventive health care" or "obstetric care" or "maternity clin*" or guidance or guidelines or "maternity services" or counseling or monitoring or "nursing role")</p> <p>Haku 2</p> <p>TI pregnan* and TI (complicat* or infect* or "blood press*" or diseas* or abnormal* or diabet* or asthma* or fetal or pre-eclamps* or helpp* or obes* or chronic* or hepat* or HIV or "genital dis*" or hypertens* or trombo* or thrombo*) and TI (screening or "prenatal care" or "maternal health services" or "maternal care" or "maternal service*" or "prenatal health" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "preventive health care" or "obstetric care" or "maternity clin*" or guidance or guidelines or counseling or monitoring or nursing or care)</p>
<p>Web of Science</p>
<p>(TI= (pregnan*) and TI=(infect* or "blood press*" or diseas* or abnormal* or diabet* or asthma* or fetal or preeclamps* or helpp* or hypertens* or obes* or chronic* or hepat* or HIV or "genital dis*" or trombo* or thrombo*) and TI=("prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or</p>

"Women's Health Services" or "preventive health" or "maternity clin*" or "maternity services" or nurs* or care))

Medline (OVID)

Haku 1

1 Prenatal Care/ 9015 Advanced Display

2 *Maternal Welfare/ or *Maternal Health Services/ 8717 Advanced Display

3 1 or 2 17096 Advanced Display

4 *Pregnancy Complications/ 47966 Advanced Display

5 3 and 4 4403 Advanced Display

6 limit 5 to (yr="2004 - 2011" and (english or finnish or swedish) and humans))

Haku 2

1 (pregnan* and (infect* or "blood press*" or diseas* or abnormal* or diabet* or asthma* or fetal or pre-eclamps* or help* or obes* or chronic* or hepat* or HIV or "genital dis*" or hypertens* or trombo* or thrombo*)).ti.

2 (screening or "prenatal care" or "health care" or "health service*" or care or "maternal clinic*" or "prenatal health*" or "pregnancy care" or prevent* or guidance or guidelines or counseling or monitoring or nursing or care).ti.

3 1 and 2

4 limit 3 to (yr="2004 - 2011" and (english or finnish or swedish))

Haku 3

1 *Maternal Health Services/ or *Maternal Welfare/ or *Prenatal care

2 ((maternal or prenatal) and (service* or care)).ti.

3 1 or 2

4 limit 3 (yr="2004 - 2011" and (english or finnish or swedish))

Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE, NHS Economic Evaluation Database, Health Technology Assessments

Haku 1

prenatal care.mp. [mp=ti, ot, ab, tx, kw, ct, sh, hw]

AND

pregnancy complications.mp. [mp=ti, ot, ab, tx, kw, ct, sh, hw]

Haku 2

<p>1 (pregnan* and (infect* or "blood press*" or diseas* or abnormal* or diabet* or asthma* or fetal or pre-eclamps* or help* or obes* or chronic* or hepat* or HIV or "genital dis*" or hypertens* or trombo* or thrombo*)),ti.</p> <p>2 (screening or "prenatal care" or "health care" or "health service*" or care or "maternal clinic*" or "prenatal health*" or "pregnancy care" or prevent* or guidance or guidelines or counseling or monitoring or nursing or care).ti.</p> <p>3 1 and 2</p>
<p>Cochrane Database of Systematic Reviews</p>
<p>1 pregnan*.ti.</p> <p>2 "pregnan*".kw.</p> <p>3 (complicat* or "physical problem*" or "physical complicat" or vomiting or sickness* or illness* or nausea* or disease* or disab* or viral or virus* or bacteria* or infect* or "blood press*" or abnormal* or diabet* or asthma* or fetal or pre-eclamps* or help* or obes* or chronic* or hepat* or HIV or "genital dis*" or hypertens* or trombo* or thrombo*).mp. [mp=title, short title, abstract, full text, keywords, caption text]</p> <p>4 1 or 2</p> <p>5 4 and 3</p> <p>6 limit 5 to last 8 years</p>
<p>ProQuest Health Management</p>
<p>TI(pregnan*) and TI(infect* or "blood press*" or diseas* or abnormal* or diabet* or asthma* or fetal or preeclamps* or help* or hypertens* or obes* or chronic* or hepat* or HIV or "genital dis*" or trombo* or thrombo*) and TI("prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "preventive health" or "maternity clin*" or "maternity services" or nurs* or care)</p>
<p>Academic Search Elite</p>
<p>TI(pregnan*) and TI(infect* or "blood press*" or diseas* or abnormal* or diabet* or asthma* or fetal or preeclamps* or help* or hypertens* or obes* or chronic* or hepat* or HIV or "genital dis*" or trombo* or thrombo*) and TI("prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "preventive health" or "maternity clin*" or "maternity services" or nurs* or care)</p>

Tiedonhakustrategiat, teema 5: mielenterveys, päihteet, psykososiaaliset, sosiaaliset ja parisuhdeongelmat

Kotimaiset tietokannat 30.5.2011
THLlib
asiasanahaku: raskaus
Linda
Kaikki sanat = (raskau?) AND (psykosos? OR masen? OR "sosiaaliset ongelm?" OR mielenterv? OR alkoholi? OR päih? OR väkival?)
Medic
raskau* AND psykosos* masen* "sosiaaliset ongelm*" mielenterv* alkoholi* parisuhdeongelm* päih* väkival*
Arto
Sanahaku(raskau?) AND Sanahaku(psykosos? masen? "sosiaaliset ongelm?" mielenterv? alkoholi? parisuhdeongelm? päih? väkival?)

Kansainväliset tietokannat
CINAHL, Academic Search Elite, PsycInfo
Haku 1 TI pregnan* and TI (psychosocial* or mental* or depres* or "mood disorder" or "social problem*" or "drug abuse" or substance or alcohol* or violen*) and TI ("prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "maternity health" or "maternity clin*" or "maternity services" or "health care" or "health service*" or nurs* or care or caring or treatment or intervent*)
Haku 2 TI pregnan* and SU (psychosocial* or mental* or depres* or "mood disorder" or "social problem*" or "risk group*" or "drug" or substance or alcohol* or violen*) and TI ("prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or maternity or "maternal care" or support or care or antenatal)
Web of Science

<p>Title=((pregnan*) and (psychosocial* or mental* or depres* or "mood disorder" or "social problem*" or "drug abuse" or substance or alcohol* or violen*) and ("prenatal care" or "maternal health service*" or "pregnancy care" or "maternity health" or "maternity clin*" or "maternity services" or "health care" or "health service*" or nurs* or care or caring or treatment or intervent*))</p>
<p>Medline (OVID)</p>
<p>Haku 1 1 (pregnan*).ti and (psychosocial* or mental* or depres* or "mood disorder" or "social problem*" or "drug abuse" or substance or alcohol* or violen*).ti and ("prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "maternity health" or "maternity clin*" or "maternity services" or "health care" or "health service*" or nurs* or care or caring or treatment or intervent*).ti 2 limit 1 to yr="2004 - 2011"</p> <p>Haku 2 1 Pregnancy/ 2 *Prenatal Care/ 3 (psychosocial* or mental* or depres* or "mood disorder" or "social problem*" or "drug abuse" or substance or alcohol* or violen*).mp. [mp=protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word, unique identifier] 4 1 and 2 and 3 5 limit 4 to yr="2004 - 2011"</p>
<p>ProQuest Health Management, Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA), PAIS, Social Services Abstracts</p>
<p>Haku 1 TI(pregnan*) and TI(psychosocial* or mental* or depres* or "mood disorder" or "social problem*" or "drug abuse" or substance or alcohol* or violen*) and TI("prenatal care" or "maternal health service*" or "pregnancy care" or "maternity health" or "maternity clin*" or "maternity services" or "health care" or "health service*" or nurs* or care or caring or treatment or intervent*)</p> <p>Haku 2 SU(pregnan*) and SU(psychosocial* or mental* or depres* or "mood disorder" or "social problem*" or "drug abuse" or substance or alcohol* or violen*) and SU("prenatal care" or "maternal health service*" or "pregnancy care" or "maternity health" or "maternity clin*" or "maternity services" or "health care" or "health service*" or nurs* or care or caring or treatment or intervent*)</p>

Tiedonhakustrategiat, teema 6: raskaus ja äidin vamma

Kotimaiset tietokannat 24.11.2011
THLib
asiasanahaku: vamma* JA raskau*
Linda
Kaikki sanat = (vanhemmuu? OR äitiy? OR raskau? OR seks? OR lisääntymisterve?) AND (vamma? OR kehitysvamma? OR kuulovam? OR soke? OR kuuro? OR liikuntaraj? OR liikuntavam? OR liikuntaest?)
Medic
vanhemmuu* äitiy* raskau* seks* odotus lisääntymisterve* AND toimintaraj* vamma* kehitysvamma* kuulovam* soke* kuuro* liikuntaraj* liikuntavam* liikuntaest* disab*
Arto
Sanahaku(vanhemmuu? äitiy? raskau? seks? odotus lisääntymisterve?) AND Sanahaku(toimintaraj? vamma? kehitysvamma? kuulovam? soke? kuuro? liikuntaraj? liikuntavam? liikuntaest?)
Fennica
(vanhemmuu? OR äitiy? OR raskau? OR odotus OR lisääntymisterve?)[in Sanahaku/Fritext/Keyword] AND (toimintaraj? OR vamma? OR kehitysvamma? OR kuulovam? OR soke? OR kuuro? OR liikuntaraj ? OR liikuntavam? OR liikuntaest?)[in Sanahaku/Fritext/Keyword]
Kansainväliset tietokannat 24.11.2011
CINAHL, Academic Search Elite, SocIndex with fulltext, Psycinfo
Haku 1

pregnan* or "expectant mother*" or reproduc* (TI)

AND

"wheel chair" or "functional impair*" or "intellectual disorder*" or handicap* or disab* or retard* or deaf* or blind* or "cerebral palsy" or "multiple sclerosis" or MS or "spinal cord injur*" or "hearing loss"

(TI)

AND

"prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "maternity health" or "maternity clin*" or "maternity services" or "health care" or "health service*" or "maternal welfare" or nurs* or care (TI)

Haku 2

pregnan* or "expectant mother*" or reproduc* (TI)

AND

"wheel chair" or "functional impair*" or "intellectual disorder*" or handicap* or disab* or retard* or deaf* or blind* or "cerebral palsy" or "multiple sclerosis" or MS or "spinal cord injur*" or "hearing loss"

(SU)

AND

"prenatal care" or "maternal health services" or "pregnancy care" or "Women's Health Services" or "maternity health" or "maternity clin*" or "maternity services" or "health care" or "health service*" or "maternal welfare" or nurs* or care (SU)

Web of Science

Haku 1

TI=(pregnan* OR "expectant mother*" OR reproduc*) AND TI=("wheel chair" OR "functional impair*" OR "intellectual disorder*" OR handicap* OR disab* OR retard* OR deaf* OR blind* OR "cerebral palsy" OR "multiple sclerosis" OR MS OR "spinal cord injur*" OR "hearing loss") AND SU=("prenatal care" OR "maternal health services" OR "pregnancy care" OR "Women's Health Services" OR "maternity health" OR "maternity clin*" OR "maternity services" OR "health care" OR "health service*" OR "maternal welfare" OR nurs* OR care)

Haku 2

TI=(pregnan* OR "expectant mother*" OR reproduc* OR motherhood*) AND TI=("wheel chair" OR "functional impair*" OR "intellectual disorder*" OR handicap* OR disab* OR retard* OR deaf* OR blind* OR "cerebral palsy" OR CP or "multiple sclerosis" OR MS OR "spinal cord injur*" OR "hearing loss") AND TI=("prenatal care" OR "maternal health services" OR "pregnancy care" OR "Women's Health Services" OR "maternity health" OR "maternity clin*" OR "maternity services" OR "health care" OR "health service*" OR

"maternal welfare" OR nurs* OR care)	
Medline (OVID)	
Haku 1	
1 (pregnan* or "expectant mother*").ti.	160727
2 (disab* or retard* or down* or deaf* or blind* or impair* or "hearing loss" or dysfunction*).ti.	275611
3 ("prenatal care" or "maternal health service*" or "pregnancy care" or "maternity health" or "maternity clin*" or "maternity services" or "health care" or "health service*" or nurs* or care or caring or treatment or intervent*).ti.	1301509
4 1 and 2 and 3	57
5 limit 4 to yr="2004 -Current"	21
6 from 5 keep 16-17	2
7 *Pregnancy/	48229
8 exp Disabled Persons/	41160
9 exp Mental Retardation/	75892
10 8 or 9	115025
11 7 and 10	355
12 *Prenatal Care/	9436
13 exp Maternal Health Services/ or exp Maternal Welfare/	32922
14 12 or 13	32922
15 11 and 14	20
16 from 15 keep 6, 8	2

17 from 16 keep 1	1
18 6 or 17	3
Haku 2	
1 Disabled Persons/	13056
2 reproduction/ or pregnancy/ or reproductive behavior/	269567
3 exp Deafness/	7460
4 exp Blindness/	7411
5 exp spinal cord injuries/ or exp central cord syndrome/	18251
6 exp Cerebral Palsy/	6644
7 exp Multiple Sclerosis/	21836
8 1 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7	72961
9 2 and 8	1504
10 limit 9 to yr="2004 -Current"	781
11 *reproduction/ or *pregnancy/ or *reproductive behavior/ or *maternal welfare/	19218
12 8 and 11	73
ProQuest Health Management, Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA), PAIS, Social Services Abstracts	
Haku 1	
TI(pregnan* OR "expectant mother*" OR reproduc*) AND TI("wheel chair" OR "functional impair*" OR "intellectual disorder*" OR handicap* OR disab* OR retard* OR deaf* OR blind* OR "cerebral palsy" OR "multiple sclerosis" OR MS OR "spinal cord injur*" OR "hearing loss") AND ("prenatal care" OR "maternal health services" OR "pregnancy care" OR "Women's Health Services" OR "maternity health" OR "maternity clin*" OR "maternity services" OR "health care" OR "health service*" OR "maternal welfare" OR nurs* OR care)	

Haku 2

TI(pregnan* OR "expectant mother*" OR reproduc* OR motherhood*) AND SU("wheel chair" OR "functional impair*" OR "intellectual disorder*" OR handicap* OR disab* OR retard* OR deaf* OR blind* OR "cerebral palsy" OR "multiple sclerosis" OR MS OR "spinal cord injur*" OR "hearing loss") AND ("prenatal care" OR "maternal health services" OR "pregnancy care" OR "Women's Health Services" OR "maternity health" OR "maternity clin*" OR "maternity services" OR "health care" OR "health service*" OR "maternal welfare" OR nurs* OR care)

Social Care Online

freetext="disab*" and freetext="pregnan*"

Tiedonhakustrategia, teema 7: synnytyksen jälkeinen masennus

Tiedonhaussa käytetyt tietokannat:

Melinda, Medic, Cinahl, Web of Science, Academic Search Elite, Medline (OVID), PubMed, Cochrane database of Systematic Reviews, Database of Reviews of Effectiveness (DARE), NHS EED, HTA, Social Care Online

Tiedonhakustrategiat

Database(s): Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present

Haku 1

#	Searches	Results
1	((postnatal or postpartum or antenatal or perinatal or antepartum) adj3 (depres* or psychos*)).ti.	2013
2	((pregnan* or childbirth* or delivery*) and depres*).ti.	858
3	Depression, Postpartum/	2923
4	1 or 2 or 3	4160
5	exp Prenatal Care/	19027
6	exp Postnatal Care/	3532
7	exp Maternal Health Services/	32264
8	exp Maternal-Child Health Centers/ or exp Child Health Services/	20089
9	or/5-8	49514
10	4 and 9	525
11	(news* or "case reports" or comment* or letter* or editorial).pt.	2810614
12	10 not 11	467
13	limit 12 to yr="2000 -Current"	426
14	limit 13 to (english or finnish or swedish)	398
230 valittu		

Haku 2

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	exp *Depression, Postpartum/	2339
2	limit 1 to "review articles"	328
3	limit 2 to (yr="2000 -Current" and (english or finnish or swedish))	271

Yhteishaku tietokannoista Cochrane Database of Systematic Reviews, NHS EED, DARE, Health Technology Assessment

5.3.2012

((postnatal or postpartum or antenatal or perinatal or antepartum) and (depres* or psychos*)).ti.
43 viitettä (41 valittu)

PubMed

5.3.2013

(postpartum[title] or postnatal[title] or antepartum[title] or pregnan*[title] or birth[title] or delivery[title]) AND depres*[title]

[From 2013/01/01 to 2013/03/05](#)

79 viitettä (18 valittu)

Medic

1.3.2013

"**depression, postpartum**" (asiasanat) 2000 - 2013 31 kpl

31 viitettä (18 valittu)

raskau* synnyty* pregnan* labor* delivery* AND masen* depres* 2000 - 2013 53 kpl

21 viitettä valittu

Cinahl

1.3.2013

TI (*partum or pregnan* or birth or delivery) AND TI depres*

Limiters - Published Date from: 20000101-20131231; Peer Reviewed; Language: English, Finnish, Swedish

365 viitettä (69 valittu)

Academic Search Elite

5.3.2013

TI ((postpartum or postnatal or antepartum or pregnan* or birth or delivery)) AND TI depres* AND SU depres* (+ geographic limitations)

162 viitettä (66 valittu)

Melinda (ent. Linda)

5.3.2013

Kaikki sanat= ("synnytyksen jälkeinen masennu?" OR "post-partum depression" OR "depression postpartum")

40 viitettä (10 valittu)

Web of Science

5.3.2013

Title=((postpartum or pregnan* or birth or delivery or antenatal or postnatal) AND depres*) AND

Topic=(depressi*)

Refined by: Document Types=(REVIEW)

Timespan=2000-01-01 - 2013-03-05. Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, BKCI-S, BKCI-SSH.

123 viitettä (32 valittu)

Social Care Online

5.3.2013

"postpartum depression"

23 viitettä (6 valittu)

depres* and pregnan*

116 viitettä (14 valittu)

Tiedonhakustrategiat, teema 8: kotikäynnit/äitiyshuolto

Kotimaiset tietokannat 13.1.2012
Medic
Kotikäyn* (haku kohdistettu kaikkiin hakukenttiin) 1993 → 34 viitettä

Kansainväliset tietokannat 13.1.2012
CINAHL, Academic Search Elite, SocIndex with fulltext, Psycinfo
((MM ("home visits" or "health visitor*") AND MM ("antenatal care" or "postnatal care" or "maternity health care" or "maternity health clinics" or "maternal health services" or midwife*))) OR ((TI ("home visits" or "health visitor*") AND MM ("antenatal care" or "postnatal care" or "maternity health care" or

"maternity health clinics" or "maternal health services" or midwife*)))
86 viitettä

Medline (OVID)	
1 exp Maternal-Child Nursing/ or exp Maternal-Child Health Centers/ or Maternal Health Services/ or exp Maternal Welfare/	19102
2 exp Prenatal Care/	18023
3 Hospitals, Maternity/	1871
4 1 or 2 or 3	36579
5 (home visit* or health visit*).ti.	2426
6 4 and 5	162
7 limit 6 to (yr="1993-Current" and (english or finnish) and journal article)	86

EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 to December 2011, [EBM Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects 4th Quarter 2011](#), [EBM Reviews - ACP Journal Club 1991 to December 2011](#)

(home visit* or health visit*).ti.

Tiedonhakustrategiat, teema 9: perhevalmennus/synnytysvalmennus/äitiyshuolto

Kotimaiset tietokannat 13.1.2012

Medic

perhevalmennu* synnytysvalmennu* (haku kohdistettu kaikkiin hakukenttiin)

1993 →



20 viitettä

Kansainväliset tietokannat 13.1.2012

CINAHL, Academic Search Elite, SocIndex with fulltext, Psycinfo

(MM ("family training" or "parenthood education" or "parenting education" or "childbirth education" or "childbirth class" or "prenatal education") AND MM ("maternity health care" or "prenatal care" or "postnatal care" or "maternity health clinics" or "maternal health services" or midwifery or "community health nursing")) NOT (comment or letter or "book review")

97 viitettä

Medline (OVID)	
1 exp Maternal-Child Nursing/ or exp Maternal-Child Health Centers/ or Maternal Health Services/ or exp Maternal Welfare/	19102
2 exp Prenatal Care/	18023
3 Hospitals, Maternity/	1871
4 exp Midwifery/	12814
5 1 or 2 or 3 or 4	46329
6 ("family training" or "parenthood education" or "parenting education" or "childbirth education" or "childbirth class" or "prenatal education").ti.	196
7 5 and 6	89
8 limit 7 to yr="1993-Current"	38
EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 to December 2011,  EBM Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects 4th Quarter 2011,  EBM Reviews - ACP Journal Club	
("family training" or "parenthood education" or "parenting education" or "childbirth education" or "childbirth class" or "prenatal education").mp. [mp=ti, ot, ab, tx, kw, ct]	
18 viitettä	

LÄHTEET

- Adab, N., Tudur Smith, C., Vinten, J., Williamson, P. R. & Winterbottom, J. B. 2004. Common antiepileptic drugs in pregnancy in women with epilepsy Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3):CD004848
- Adams, E. D. & Bianchi, A. L. 2008. A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 37(1), 106–115.
- Adoptiopeheet ry. Viitattu 13.5.2013. <http://www.adoptiopeheet.fi>.
- Ahlborg, T., Misvaer, N. & Möller, A. 2009. Perception of marital quality by parents with small children. A follow-up study when the firstborn is 4 years old. *Journal of Family Nursing* 15(2), 237–263.
- Aitokallio-Tallberg, A. 2012. Lapsettomuuspotilaan raskauden seuranta neuvolassa. *Suomen Lääkärilehti* 67(26–31), 2072–2075.
- Aitokallio-Tallberg, A. & Ylikorkala, O. 2011. Hyperemeesi. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Kustannus Duodecim, 391–394.
- A-klinikasäätiö. 2012. A-klinikat. <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a-klinikat>.
- Aktan, N. M. 2012. Social support and anxiety in pregnant and postpartum women: A secondary analysis. *Clinical Nursing Research* 21(2), 183–194.
- Alanen, A. 1999. Raskaus ja selkä. *Katsaukset. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 115(16), 1767.
- Alanen, A. 2010. Toksoplasma- parvovirus- ja sytomegalovirusinfektiot raskauden aikana. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126(2), 159–166.
- Alanen, A., Kahala, K., Vahlberg, T., Koskela, P. & Vainionpää, R. 2005. Seroprevalence, incidence of prenatal infections and reliability of maternal history of varicella zoster virus, cytomegalovirus, herpes simplex virus and parvovirus B19 infection in South-Western Finland. *BJOG* 112(1), 50–56.
- Alexander, S., Boulvain, M., Ceysens, G., Haelterman, E. & Zhang, W. H. 2010. Repeat digital cervical assessment in pregnancy for identifying women at risk of preterm labour. *Cochrane Database Systematic Reviews* 16(6), CD005940. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD005940.pub2.
- Alfirevic, Z., Devane, D. & Gyte, G. M. 2006. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Systematic Reviews*, (3) CD006066.
- Alfirevic, Z., Stampalija, T. & Gyte G. M. 2010. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews*, (8), CD001450. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD001450.pub3.
- Alko, A-klinikka, MLL, THL. Ei kiitos! Asiaa alkoholistien pienen lapsen vanhemmille. Esite. <http://www.lastenseurassa.fi/pub/files/neuvolaopas.pdf>.
- American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). ACOG Committee Obstetric Practice. 2002. Committee Opinion no 267: Exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstetrics & Gynecology* 99(1), 171–173.
- American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). Screening and diagnosis of gestational diabetes mellitus. 2011. Committee opinion 504. *Obstetrics & Gynecology* 118(3):751-3.
- American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). Committee on Health Care for Underserved Women & American Society of Addiction Medicine. 2012. ACOG Committee Opinion No. 524: Opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 119(5), 1070–1076.
- American Pregnancy Association. 2007. Viitattu 4.9.2012 <http://www.americanpregnancy.org/pregnancyhealth/tatoos.htm>.
- American Psychological Association. 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. uusittu painos. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anglé, S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä. Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. *Suomen lääkirilehti* 65(34), 2691–2696.
- Anttila, A., Kotaniemi-Talonen, L., Leinonen, M., Hakama, M., Laurila, P., Tarkkanen, J., Malila, N. & Nieminen, P. 2010. Rate of cervical cancer, severe intraepithelial neoplasia, and adenocarcinoma in situ in primary HPV DNA screening with cytology triage: Randomised study within organised screening programme. *BMJ* 340, c1804. Saatavissa: DOI:10.1136/bmj.c1804.
- Arkkola, T., Uusitalo, U., Pietikäinen, M., Metsälä, J., Kronberg-Kippilä, C., Erkkola, M., Veijola, R., Knip, M., Virtanen, S. M. & Ovaskainen M.-L. 2006. Dietary intake and use of dietary supplements in relation to demographic variables among pregnant Finnish women. *British Journal of Nutrition* 96(5), 913–920.
- Aronen, E. T. & Arajärvi, T. 2000. Effects of early intervention on psychiatric symptoms of young adults in low-risk and high-risk families. *American Journal of Orthopsychiatry* 70(2), 223–232.
- Aronen, E., Kuosa, M., Tallila, M. & Arajärvi, T. 1995. Kotikäynteihin perustuvan perheneuvonnan vaikutus nuoren psyykkiseen terveyteen – 15 vuoden seurantatutkimus. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 111(6), 505–508.

- Artal, R. & O'Toole, M. 2003. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *British Journal of Sports Medicine* 37(1), 6–12.
- Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G., Remiro-Fernandezdegamboa, G., Odriozola-Hermosilla, I., Bacigalupe, A. & Payo, J. 2010. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nursing Research* 59(3), 194–202.
- Arvaja, M., Lehtinen, M., Koskela, P., Lappalainen, M., Paavonen, J. & Vesikari T. 1999. Serological evaluation of herpes simplex virus type 1 and 2 infections in pregnancy. *Sexually Transmitted Infections* 75(3), 168–171.
- Askelsdóttir, B., Conroy, S. & Rempel, G. 2008. From Diagnosis to Birth. Parents' experience when expecting a child with congenital anomaly. *Advances in Neonatal Care* 8(6), 348–354.
- Aukee, P. & Tihtonen, K. 2010. Pregnancy, delivery and pelvic floor disorders. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126(20), 2381–2386.
- Australia Government 2011. Clinical practice guidelines. Depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Australian Government. National Health and Medical Research Council. Melbourne: Beyond Blue.
- Autti-Rämö, I. 2005. Raskauden ajan ultraäänitutkimukset ja seerumiseulonnat kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksien tunnistamisessa. *Impakti* 8(4), 4–6.
- Autti-Rämö, I. 2011. Alkoholin aiheuttamat sikiövauriot lisääntyvät. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 127(16), 1634–1636.
- Autti-Rämö, I., Koskinen, H., Mäkelä, M., Ritvanen, A., Taipale, P. & asiantuntijaryhmä. 2005. Raskauden ajan ultraäänitutkimukset ja seerumiseulonnat rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien tunnistamisessa. *FinOHTAn raportti 27/2005*. Helsinki: Stakes.
- Avery, M. D., Duckett, L. & Frantzich, C. R. 2000. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *Journal of Midwifery Womens Health* 45(3), 227–237.
- Bailey, J. M. & Crane, P. 2008. Childbirth Education and Birth Plans. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 35, 497–509.
- Baker, J. L., Gamborg, M., Heitmann, B. L., Lissner, L., Sørensen T. I. A. & Rasmussen, K. M. 2008. Breastfeeding reduces postpartum weight retention. *American Journal of Clinical Nutrition* 88(6), 1543–1551.
- Bamigboye, A. A. & Smyth, R. M. D. 2007/2010. Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1) CD001066. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD001066.pub2.
- Barlow, J., Davis, H., McIntosh, E., Jarrett, P., Mockford, C. & Stewart-Brown, S. 2007. Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: Results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *Archives of Disease in Childhood* 92(3), 229–233.
- Bates, S. M., Greer, I. A. & Pabinger, I., Sofaer, S., Hirsh, J. & American College of Chest Physicians. 2008. Venous thromboembolism, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest* 133, 844S–886S.
- Beck, C. T. 2006. Postpartum depression: It isn't just the blues. *American journal of nursing* 106(5), 40–50.
- Beckmann, M. M. & Garret, A. J. 2006. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1:CD005123. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub2.
- Beekman, K., Louckx, F., Masuy-Stroobant, G., Downe, S. & Putman, K. 2011. The development and application of a new tool to assess the adequacy of the content and timing of antenatal care. *BMC Health Services Research* 11:213. Saatavissa: DOI:10.1186/1472-6963-11-213.
- Berggren, V., Bergström, S. & Edberg, A. K. 2006. Being different and vulnerable: Experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing* 17(1), 50–7.
- Berghella, V., Buchanan, E., Pereira, L. & Baxter, J. K. 2010. Preconception care. *Obstetrical & Gynecological Survey* 65(2), 119–131.
- Bergström, M., Kieler, H. & Waldenström, U. 2009. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: A randomised controlled multicentre trial. *BJOG* 116(9), 1167–1176.
- Bergström, M., Kieler, H. & Waldenström, U. 2011. A randomized controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. *Midwifery* 27(6), 195–200.
- Berlin, L. J., Cassidy, J. & Appleyard, K. 2008. The influence of early attachments on other relationships. *Teoksessa J. Cassidy & P. R. Shaver. 2008. Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press, 333–347.
- Berry, R. J., Li, Z., Erickson, J. D., Li, S., Moore, C. A., Wang, H., Mulinare, J., Zhao, P., Wong, L.-Y. C., Gindler, J., Hong, S.-X., Hao, L., Gunter, E. & Correa, A. 1999. Prevention of neural-tube

- defects with folic acid in China. *New England Journal of Medicine* 341, 1485–1490.
- Bodenmann, G., Charvoz, L., Bradbury, T. N., Bertoni, A., Iafrate, R., Giuliani, C., Banse, R. & Behling, J. 2007. The role of stress in divorce: A three-nation retrospective study. *Journal of Social and Personal Relationships* 24(5), 707–728.
- Boeing, H., Bechthold, A. Bub, A., Ellinger, S., Haller, D., Kroke, A., Leschik-Bonnet, E., Müller, M. J., Oberritter, H., Schulze, M., Stehle, P. & Watzl, B. 2012. Critical review: Vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *European Journal of Nutrition* 9 (painossa).
- Bowen, A. & Muhajarine, N. 2006. Antenatal depression. *Canadian Nurse* 102(9), 26–30.
- Bremberg, S. 2004. Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd. Raportti 49. Tukholma: Statens Folkhälsoinstitut.
- Brennan, M., Young, G. & Devane, D. 2012. Topical preparations for preventing stretch marks in pregnancy. (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 11:CD000066. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD000066.pub2.
- Britton, J. R., Britton, H. L. & Gronwaldt, V. 2006. Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics* 118(5), e1436–e1443.
- Broberg, M. 2010. Uusperheen voimavarat ja lasten hyvinvointi. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 52/2010. Väestöliitto: Helsinki.
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S. & Ekeberg, Ø. 2005. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine* 3:18 Saatavissa: DOI:10.1186/1741-7015-3-18.
- Brown, S., Small, R., Faber, B., Krastev, A. & Davis, P. 2002. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (3):CD002958 [Review content assessed as up-to-date: 30 November 2008].
- Brownridge, D. A., Taillieu, T. L., Tyler, K. A., Tiwari, A., Chan, K. L. & Santos, S. C. 2011. Pregnancy and intimate partner violence: Risk factors, severity, and health effects. *Violence Against Women* 17(7), 858–881.
- Bull, J., McCormick, G., Swann, C., Mulvihill, C. & Health Development Agency. 2004. Ante- and post-natal home-visiting programmes: A review of reviews. Evidence briefing. Health Development Agency.
- Cacciatore, J. 2010. The unique experiences of women and their families after the death of a baby. *Social Work in Health Care* 49(2), 134–48.
- Campbell, F., Johnson, M., Messina, J., Guillaume, L. & Goyder, E. 2011. Behavioural interventions for weight management in pregnancy: A systematic review of quantitative and qualitative data. *BMC Public Health* 11:491. Saatavissa: DOI:10.1186/1471-2458-11-491.
- Canella, B. L. 2005. Maternal-fetal attachment: An integrative review. *Journal of advanced nursing* 50(1), 60–68.
- Carpentier, R., McGarvey, C., Mitchell, E. A., Tappin, D. M., Vennemann, M. M., Smuk, M. & Carpentier, J. R. 2013. Bed sharing when parents do not smoke: Is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open* 3:e002299. Saatavissa: DOI:10.1136/bmjopen-2012-002299.
- Carrolli, G., Villar, J., Piaggio, G., Khan-Neelofur, D., Gülmezoglu, M., Mugford, M., Lumbiganon, P., Farnot, U. & Bersgjo, P. & WHO Antenatal Care Trial Research Group. 2001. WHO systematic review of randomized controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 357 (9268), 1565–1570.
- Carstens, J. 2009. Antenatal: Fundal Height: Measurement. *Midwifery Practice Manual*. Joanna Briggs Institute.
- Castaneda, A. E., Lehtisalo, R., Schubert, C., Pakaslahti, A., Halla, T., Mölsä, M. & Suvisaari, J. 2012. Psykkiset oireet. Teoksessa A. E. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mölsä & S. Koskinen (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 145–150.
- Hartikainen, A.-L. 1997. Normaalit raskaus, sikiön seuranta ja raskauskomplikaatioiden ehkäisy. Teoksessa O. Simell (toim.) *Neuvolakirja. Vammalan kirjapaino, Vammala*, 44–57.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2010. Guidelines for the Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 59:RR-10.
- Cetin, I., Alvino, G. & Cardellicchio, M. 2009. Long chain fatty acids and dietary fats in fetal nutrition. *The Journal of Physiology* 587, 3441–51.
- Chambrone, L., Guglielmetti, M. R., Pannuti, C. M. & Chambrone, L. A. 2011. Evidence grade associating periodontitis to preterm birth and/or low birth weight: I. A systematic review of prospective cohort studies. *Journal Of Clinical Periodontology* 38(9), 795–808.
- Chambrone, L., Pannuti, C. M., Guglielmetti, M. R. & Chambrone, L. A. 2011. Evidence grade associating periodontitis with preterm birth and/or low birth weight: II. A systematic review of randomized trials evaluating the effects of periodontal treatment. *Journal Of Clinical Periodontology* 38(10), 902–914.
- Christian, P. 2010. Micronutrients, birth weight, and survival. *Annual Review of Nutrition* 30, 83–104.
- Clare, C. A. & Yeh, J. 2012. Postpartum depression in special populations: A review. *Obstetrical & Gynecological Survey* 67(5), 313–323.
- Clausen, F. B., Christiansen, M., Steffensen, R., Jørgensen, S., Nielsen, C., Jakobsen, M. A., Mad-

- sen, R. D., Jensen, K., Krog, G. R., Rieneck, K., Sprogøe, U., Homburg, K. M., Grunnet, N. & Dziegiel, M. H. 2012. Report of the first nationally implemented clinical routine screening for fetal RHD in D- pregnant women to ascertain the requirement for antenatal RhD prophylaxis. *Transfusion* 52(4), 752–758.
- Cleary-Goldman, J., Malone, F. D. & Vidaver, J., Ball, R. H., Nyberg, D. A., Comstock, C. H., Saade, G. R., Eddleman, K. A., Klugman, S., Dugoff, L., Timor-Tritsch, I. E., Craig, S. D., Carr, S. R., Wolfe, H. M., Bianchi, D. W. & D'Alton, M. 2005. Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology* 105(5), 983–90.
- Coffelt, N. L., Forehand, R., Olson, A. L., Jones, D. J., Gaffney, C. A. & Zens, M. S. 2006. A longitudinal examination of the link between parent alcohol problems and youth drinking: The moderating roles of parent and child gender. *Addictive Behaviors* 31(4), 593–605.
- Coleman, T., Chamberlain, C., Davey, M. A., Cooper, S. E. & Leonardi-Bee, J. 2012. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 9:CD010078. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD010078.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. 2002. Breast cancer and breastfeeding: Collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *Lancet* 360(9328), 187–195.
- Condon, J. T., Boyce, P. & Corkindale, C. J. 2004. The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 38, 56–64.
- Cornish, J., Tan, E., Teare, J., Teoh, T. G., Rai, R., Clark, S. K. & Tekkis, P. P. 2007. A meta-analysis on the influence of inflammatory bowel disease on pregnancy. *Gut* 56(6), 830–837.
- Cottrell, E. B., Chou, R., Wasson, N., Rahman, B. & Guise, J.-M. 2013. Reducing risk for mother-to-infant transmission of hepatitis C virus: A systematic review for the U.S. preventive services task force. *Annals of Internal Medicine* 158(2), 109–113.
- Council of Europe. 2011. Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence. Council of Europe Treaty Series no. 210. <http://www.conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulez-Vous.asp?CL=ENG&NT=210>.
- Coutinho, S. B., de Lira, P. I., de Carvalho Lima, M. & Ashworth, A. 2005. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet* 366(9491), 1094–1100.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150, 782–786.
- Crohnin tauti. 2011. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Gastroenterologianyhdistys ry:n ja Crohn ja Colitis ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi.
- Crowther, C. A. & Middleton, P. 1997/2010. Anti-D administration after childbirth for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2) CD000021. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD000021.
- Crowther, C. A., Middleton, P. & McBain, R. D. 2013. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD000020. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD000020.pub2.
- Czeizel, A. E. & Dudás, I. 1992. Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *New England Journal of Medicine*. 327(26), 1832–1835.
- Daley, A. J., MacArthur, C. & Winter, H. 2007. The role of exercise as a treatment of postnatal depression: A review. *Journal of Midwifery & Women's Health* 52(1), 56–62.
- Darmstadt, G. L., Yakoob, M. Y., Haws, R. A., Menezes, E. V., Soomro, T. & Bhutta, Z. A. 2009. Reducing stillbirths: Interventions during labour. *BMC Pregnancy Childbirth*, 9 (Suppl 1):S6. Saatavissa: DOI:10.1186/1471-2393-9-S1-S6.
- Dean, N., Wilson, D., Herbison, P., Glazener, C., Aung, T. & Macarthur, C. 2008. Sexual function, delivery mode history, pelvic floor muscle exercises and incontinence: A cross-sectional study six years post-partum. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology* 48(3), 302–311.
- Dennis, C.-L. 2003. The effect of peer support on postpartum depression: A pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry* 48(2), 115–124.
- Dennis, C.-L. & Creedy, D. 2004. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of systematic reviews* (4), CD001134.
- Dennis, C.-L. & Dowswell, T. 2013. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2:CD001134. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
- Denolle, T., Weber, J. L., Calvez, C., Getin, Y., Daniel, J. C., Lurton, O., Cheve, M. T., Marechaud, M., Bessec, P., Carbonne, B. & Razafintsalana, T. 2008. Diagnosis of white coat hypertension in pregnant women with teletransmitted home

- blood pressure. *Hypertens Pregnancy* 27(3), 305–313.
- Depressio. 2010. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypa-hoito.fi.
- Derry, S., Moore, R. A. & McQuay, H. J. 2010. Paracetamol (acetaminophen) with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults (Review). *Cochrane Database Systematic Reviews*. (11):CD008040. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD008040.pub2.
- Diabetes. 2009. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi.
- Diabetesliitto. 2010. Raskausdiabetes – pidä huolta itsestäsi ja vauvastasi. Opas äitiysneuvoloiden käyttöön; äideille, joilla on todettu raskausdiabetes. Helsinki: Diabetesliitto.
- Dijkmans, A.C., Jong, E. P. de, Dijkmans, B.A., Lopriore, E., Vossen, A., Walther, F. J. & Oepkes, D. 2012. Parvovirus B19 in pregnancy: Prenatal diagnosis and management of fetal complications. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 24(2), 95–101.
- DiMario, S., Basevi, V., Gori, G. & Spettoli, D. 2005. What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report. Copenhagen: WHO.
- Dixon, L., Skinner, J. & Foureur, M. 2012/2013. Women's perceptions of the stages and phases of labour. *Midwifery*. 29(1) 10–17.
- Donelan-McCall, N., Eckenrode, J. & Olds, D. L. 2009. Home visiting for the prevention of child maltreatment: Lessons learned during the past 20 years. *Pediatric Clinics of North America* 56(2), 389–403.
- Dowswell, T., Carroli, G., Duley, L., Gates, S., Gülmezoglu, A. M., Khan-Neelofur, D. & Piaggio, G. G. P. 2010. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews* (10):CD000934. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD000934.pub2.
- Duckitt, K. 2011. Exercise during pregnancy. Eat for one, exercise for two. *BMJ* 343:d5710.
- Dunkel Schetter, C. & Tanner, L. 2012. Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry* 25(2), 141–148.
- Dye, B. A., Vargas, C. M., Lee, J. J., Magder, L. & Tinanoff, N. 2011. Assessing the relationship between children's oral health status and that of their mothers. *Journal of the American Dental Association* 142(2), 173–183.
- Einarson, A. & Riordan, S. 2009. Smoking in pregnancy and lactation: A review of risks and cessation strategies. *European Journal of Clinical Pharmacology* 65(4), 325–330.
- Ekblad, M., Gissler, M., Lehtonen, L. & Korkeila, J. 2010. Prenatal smoking exposure and the risk of psychiatric morbidity into young adulthood. *Archives of General Psychiatry* 67(8), 841–849.
- El Marroun, H., Tiemeier, H., Steegers, E. A., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C., Brink, W. van den & Huizink, A. C. 2009. Intrauterine cannabis exposure affects fetal growth trajectories: The generation R study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 48(12), 1173–1181.
- Elkan, R., Kendrick, D., Hewitt, M., Robinson, J. J. A., Tolley, K., Blair, M., Dewey, M., Williams, D. & Brummell, K. 2000. The effectiveness of domiciliary health visiting: A systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment* 4(13) i-v, 1-339.
- Elovaara, I. & Kuusisto, H. 2003. Naisen multipeliskleroosi. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 119, 2037–2043.
- England, L. J., Levine, R. J., Mills, J. L., Klebanoff, M. A., Yu, K. F. & Cnattingius, S. 2003. Adverse pregnancy outcomes in snuff users. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 189(4), 939–943.
- Ennenaikainen synnytys. 2011. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi.
- Ensi- ja turvakotien liitto. 2012. Viitattu 10.5.2013. <http://www.ensijaturvakotienliitto.fi>.
- Ensi- ja turvakotien liitto. Ajattelen Sinua – päihteiden haitat odotusajana -esite. http://ensijaturvakotienliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/916ae1c3b1fa81f9df7a9ee8e0ce97d9/1372250631/application/pdf/3081661/etl_AjttelenSinua_lowres.pdf
- Ensi- ja turvakotien liitto. Nettiturvakoti. Apua perheväkivaltaan -turvallisuutta lähisuhteisiin. <https://www.turvakoti.net/site/>.
- Ensi- ja turvakotien liitto ry. Pidä kiinni -hoitomalli. www.ensijaturvakotienliitto.fi/tyomuodot/pida-kiinni/.
- Ensi- ja turvakotien liitto. Päihteet lapsen silmin. Mitä lapseni ajattelee, kun juon? <http://ensijaturvakotienliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/9696857878cabeec7cb35524a1be53cd/1365064900/application/pdf/3305317/PLSesite.pdf>.
- Epilepsiat (aikuiset). 2008. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

- www.kaypahoito.fi. Aikuisten epilepsiat. *Duodecim* 2008;124(24), 2874–88.
- Erksson, K., Adolfsson, A., Forsum, U. & Larsson, P. G. 2010. The prevalence of BV in the population of Åland Islands during a 15-year period. *APMIS* 118(11), 903–908.
- Erkkola, R. 2006. Raskauspahoivointi ja hyperemeesi. Yleiskatsaus. *Suomen Lääkärelehti* 61(1–2), 35–39.
- Erkkola, M., Karppinen, M., Knip, M. & Virtanen, S. 2001. Raskaudenaikainen ravitseminen – kohtavaatko suositukset ja käytäntö? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 117, 149–155.
- Erkkola, M. & Virtanen, S. M. 2013. Suositeltavat ruokavalinnat raskauden aikana. *Suomen Lääkärelehti* 68(10), 739–745.
- Espoon kaupunki. 2012. Sosiaali- ja terveystalvet. *Perheneuvolat*. http://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali_ja_terveyspalvelut/Perhe_ja_sosiaalipalvelut/Lapsiperheiden_palvelut/Neuvolat_ja_perhetyo/Perheneuvolat.
- Euroopan parlamentti. 1992. Direktiivi 92/85/ETY: toimenpiteistä raskaana olevien ja äskettäin synnyttäneiden tai imettävien työntekijöiden turvallisuuden ja terveyden parantamisen kannustamiseksi työssä. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31992L0085:FI:HTML>.
- Euroopan unioni. 2011. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Direktiivi 2011/24/EU. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:EN:PDF>.
- Evans, I. & Huzo C., 1997. Family planning handbook for health professionals: The sexual and reproductive health approach. London: International Planned Parenthood Federation.
- Evans, J. E., Melotti, R., Heron, J., Ramchandani, P., Wiles, N., Murray, L. & Stein, A. 2012. The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: A longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53(6), 632–640.
- Fabian, H., Rådestad, I., Rodriguez, A. & Waldenström, U. 2008. Women with non-Swedish speaking background and their children: A longitudinal study of uptake of care and maternal and child health. *Acta Paediatrica* 97, 1721–1728.
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J. & Waldenström, U. 2004. Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery* 20(3), 226–235.
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J. & Waldenström, U. 2005. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 84(5), 436–443.
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J. & Waldenström, U. 2006. Characteristics of primiparous women who are not reached by parental education classes after childbirth in Sweden. *Acta Paediatrica* 95, 1360–1369.
- Fajemirokun-Odudeyi, O., Sinha, C., Tutty, S., Pairaudeau, P., Armstrong, D., Phillips, T. & Lindow, S. W. 2006. Pregnancy outcome in women who use opiates. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 126(2), 170–175.
- Fenger-Grøn, J., Thomsen, M., Andersen, K. S. & Nielsen, R. G. 2011. Paediatric outcomes following intrauterine exposure to serotonin reuptake inhibitors: A systematic review. *Danish Medical Bulletin* 58(9), 1–5.
- Fenwick, J., Jennings, B., Downie, J., Butt, J. & Okanaga, M. 2007. Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women Birth* 20(4), 153–160.
- Fernandez, E. 2007. Supporting children and responding to their families: Capturing the evidence on family support. *Children and Youth Services Review* 29(10), 1368–1394.
- Fielden, J. M. & Gallagher, L. M. 2008. Building social capital in first-time parents through a group-parenting program: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 45(3), 406–417.
- Finkelsztejn, A., Brooks, J. B., Baschoal, F. M. Jr. & Frago Y. D. 2011. What can we really tell women with multiple sclerosis regarding pregnancy? A systematic review and meta-analysis of the literature. *BJOG* 118(7), 790–797.
- Fisher, M. M. & Eugster, E. A. What is in our environment that effects puberty? 2013. *Reproductive Toxicology*. pii: S0890-6238(13)00082-8. Saata-vissa: DOI: 10.1016/j.reprotox.2013.03.012.
- Flenady, V., MacPhail, J., Gardener, G., Chadha, Y., Mahomed, K., Heazell, A., Fretts, R. & Frøen, F. 2009. Detection and management of decreased fetal movements in Australia and New Zealand: A survey of obstetric practice. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 49(4), 358–363.
- Fletcher, R., Silberberg, S. & Galloway, D. 2004. New fathers' postbirth views of antenatal classes: Satisfaction, benefits, and knowledge of family services. *The Journal of Perinatal Education* 13(3), 18–26.
- Folkhälsan. Produktion av material: Park. <http://www.folkhalsan.fi/startsidea/Var-verksamhet/Barn-familj/Familjens-relationer/Parrelationer/Material-Park/>.
- Fonagy, P. 2008. The mentalization-focused approach to social development. Teoksessa N. Busch (toim.) *Mentalization. Theoretical considerations,*

- research findings and clinical implications. New York: Routledge.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. 2002. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press.
- Fonseca, A., Nazaré, B. & Canavaro, M. C. 2011. Patterns of parental emotional reactions after a pre- or postnatal diagnosis of a congenital anomaly. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 29(4), 320–333.
- Fraser, J. A., Armstrong, K. L., Morris, J. P. & Dadds, M. R. 2000. Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: Follow-up results of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect* 24(11), 1399–1429.
- Førde, R. 1992. Pregnant women's ailments and psychosocial conditions. *Family Practice* 9(3), 270–273.
- Gagnon, A. J. & Sandall, J. 2007/2011. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3) CD002869. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD002869.pub.2.
- Gale, E. A. 2002. The rise of childhood type 1 diabetes in the 20th century. *Diabetes* 51, 3353–3361.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. & Swinson, T. 2005. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology* 106, 1071–1083.
- Gelbaya, T. A. 2010. Risks to women of IVF. Short and long-term risks to women who conceive through in vitro fertilization. *Human Fertility* 13(1), 19–27.
- Ghidini, A. & Simonson, M. R. 2011. Pregnancy after spinal cord injury: A review of the literature. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation* 16(3), 93–103.
- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J. & Gray, R. 2009. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119(5), 350–364.
- Gissler, M., Hämäläinen, P., Jääskeläinen, M., Lari-vaara, M., Punto, T., Rasilainen, J. & Vuori, A. 2012. Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa. Raportti 2012:54. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Gissler M. 2012. THL. Henkilökohtainen tiedonanto.
- Glavin, K. 2012. Preventing and treating postpartum depression in women – a municipality model. *Journal of Research in Nursing* 17(2), 142–156.
- Gold, K. J., Dalton, V. K. & Schwenk, T. L. 2007. Hospital care for parents after perinatal death. *Obstetrics & Gynecology* 109(5), 1156–1166.
- Goler, N. C., Armstrong, M. A., Osejo, V. M., Hung, Y. Y., Haimowitz, M. & Caughey, A. B. 2012. Early start: A cost-beneficial perinatal substance abuse program. *Obstetrics & Gynecology* 119(1), 102–110.
- Goler, N. C., Armstrong, M. A., Taillac, C. J. & Osejo, V. M. 2008. Substance abuse treatment linked with prenatal visits improves perinatal outcomes: A new standard. *Journal of Perinatology* 28(9), 597–603.
- Good, M. M., Solt, I., Acuna, J. G., Rotmensch, S. & Kim, M. J. 2010. Metamphetamine use during pregnancy: Maternal and neonatal implications. *Obstetrics & Gynecology* 116(2 Pt 1), 330–334.
- Gouin, K., Murphy, K., Shah, P. S. & Knowledge Synthesis group on Determinants of Low Birth Weight and Preterm Births. 2010. Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: Systematic review and metaanalyses. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 204(4), 340.e1–340.e12.
- Gradmark, A., Pomeroy, J., Renström, F., Steingra, S., Persson, M., Wright, A., Bluck, L., Domellöf, M., Kahn, S. E., Mogren, I. & Franks, P. W. 2011. Physical activity, sedentary behaviors, and estimated insulin sensitivity and secretion in pregnant and non-pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth* 11:44. Saatavissa: DOI: 10.1186/1471-2393-11-44.
- Graungaard, A. H. & Skov, L. 2006. Why do we need a diagnosis? A qualitative study of parents' experiences, coping and needs, when the newborn child is severely disabled. *Child: Care, Health and Development* 33(3), 296–307.
- Greenberg, M. E. & Schultz, C. 2002. Telephone nursing: Client experiences and perceptions. *Nursing Economics* 20(4), 181–187.
- Greulich, B. & Tarrant, B. 2007. The latent phase of labour: Diagnosis and management. *Journal of Midwifery & Women's Health* 52(3), 190–198.
- Grullon, K. E. & Grimes, D. A. 1997. The safety of early postpartum discharge: A review and critique. *Obstetrics & Gynecology* 90(5), 8608–8665.
- Gunderson, E. P., Abrams, B. & Selvin, S. 2000. The relative importance of gestational gain and maternal characteristics associated with the risk of becoming overweight after pregnancy. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 24(12), 1660–1668.
- Haapio, S. 2012. Synnytyksvalmennus 2000-luvulla. *Metropolia*. Viitattu 15.10.2012. <http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Synnytyksvalmennus.pdf>.
- Haataja, A. 2009. Kuka on yksinhuoltaja? Yksinhuoltajien määrä ja profiili eri aineistojen valossa. Teoksessa: K. Forssen, A. Haataja & M. Hakovirta (toim.) *Yksinhuoltajuus Suomessa. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 50/2009*. Helsinki.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. 2001. Seksin trendit meillä ja naapureissa. Helsinki: WSOY.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. 2003. Continui-

- ty of care: A multidisciplinary review. *BMJ* 327, 1219–1221.
- Haikonen, J. & Aaltonen, M. 2010. Loppuraskauden verinen vuoto. *Suomen Lääkärelehti* 39, 3142–3143.
- Hakkarainen, P., Kuukkanen, H. & Piispanen, H. 2012. Parasta perhehoitoa – perhehoidon tietopaketti. Helsinki: Perhehoitoliitto.
- Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Hasturup, A., Wallin, M. & Pelkonen, M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Pelkonen, M. & Merikukka, M. 2013. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä kouluterveydenhuollon valtakunnallinen seuranta. Käsikirjoitus Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja julkaisusarjaan.
- Hakulinen-Viitanen, T., Koponen, P., Julin, A.-M., Perälä, M.-L., Paunonen-Ilmonen, M. & Luoto, R. 2007. Asiakasnäkökulma äitiys- ja lastenneuvoloimintaa ja jatkuvuuteen. *Hoitotiede* 19, 326–337.
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005: 22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M., Saaristo, V., Hastrup, A. & Rimpelä, M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007: Tulokset ja seurannan kehittäminen. Raportteja 21/2008. Helsinki: Stakes.
- Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J. & Stoll, K. 2009. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 38(5), 567–576.
- Halliday-Bell, J. A., Gissler, M. & Jaakkola, J. J. 2009. Work as a hairdresser and cosmetologist and adverse pregnancy outcomes. *Occupational Medicine* 59(3), 180–184.
- Halme, N. 2009. Isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolo. Yhdessäoloa, isänä toimimiseen liittyvää stressiä ja isän tyytyväisyyttä parisuhteessa kuvaavan rakennetyhtälömallin kehittäminen ja arviointi. Sarjassa Tutkimuksia: 15. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Halmesmäki, E. & Autti-Rämö, I. 2005. Fetaalialkoholisyndrooma: voidaanko lapsen ennustetta parantaa? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 121, 54–60.
- Halonen, M. & Apter, D. 2010. Teiniraskauden ja -äitiyden moninaiset haasteet. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126(8), 881–887.
- Hammar-Suutari, S. 2009. Asiakkaana erilaisuus. Kulttuurien välisen viranomaistoiminnan etnografia. Joensuun yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Karjalan tutkimuslaitoksen julkaisuja. Nro 147.
- Hansen, M., Colvin, L., Petterson, B., Kurinczuk, J. J., Klerk, N. de & Bower, C. 2009. Twins born following assisted reproductive technology: Perinatal outcome and admission to hospital. *Human Reproduction* 24, 2321–2331.
- Hansen, M., Kurinczuk, J. J., Milne, E., Klerk, N. de & Bower, C. 2013. Assisted reproductive technologies and birth defects: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update* 19(4), 330–353.
- Hanson, M. A. & Gluckman, P.D. 2011. Developmental origins of health and disease: Moving from biological concepts to interventions and policy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 115(Suppl 1), 3–5.
- Harder, T., Roepke, K., Diller, N., Stechling, Y., Dudenhausen, J. W. & Plagemann, A. 2009. Birth weight, early weight gain, and subsequent risk of type 1 diabetes: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology* 169(12), 1428–1436.
- Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Peltola, T. & Talvia, S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Hatcher, R. A., Rinehart, W., Blackburn, R., Geller, J. S. & Shelton, J. D. 1997/2007. *The Essentials of Contraceptive Technology*. Baltimore: Johns Hopkins University, School of Public Health.
- Hawkins, A. J., Lovejoy, K. R., Holmes, E. K., Blanchard, V. L. & Fawcett, E. 2008. Increasing fathers' involvement in child care with a couple-focused intervention during the transition to parenthood. *Family Relations* 57(1), 49–59.
- Healy, E., McGuire, B. E., Evans, D. S. & Carley, S. N. 2009. Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part I: Service-user perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research* 53(11), 905–912.
- Heazell, A. E. & Frøen, J. F. 2008. Methods of fetal movement counting and the detection of fetal compromise. *Journal of obstetrics and gynaecology* 28(2), 147–154.
- Hedman, C., Pohjasvaara, T., Tolonen, U., Suhonen-Malm, A. & Myllylä, V. 2002. Effects of pregnancy on mother's sleep. *Sleep Medicine* 3(1), 37–42.
- Heikkilä, M., Haukkamaa, M. & Luukkainen, T. 1982. Levonorgestrel in milk and plasma of breastfeeding women with a levonorgestrel-releasing IUD. *Contraception* 25(1), 41–49.
- Heikkilä, M. & Luukkainen, T. 1982. Duration of breast-feeding and development of children after insertion of a levonorgestrel-releasing in-

- trauterine contraceptive device. *Contraception* 25(3), 279–292.
- Heiskanen, M & Ruuskanen, E. 2010. Tuhansien isku-
jen maa. Miesten kokema väkivalta Suomessa.
Heuni. Raportti 66. Helsinki.
- Heiskanen, T., Salonen, K., Kitchener, B. & Jorm, A.
2008. Käsikirja mielen terveydestä ja ensiavusta.
Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.
- Hellwig, K., Brune, N., Haghigia, A., Müller, T., Schim-
rigk, S. & Schwödianer, V. 2008. Reproductive
counselling, treatment and course of pregnan-
cy in 73 German MS patients. *Acta neurologica
Scandinavica* 118(1), 24–8.
- Helsingin kaupunki. 2012. Neurolapsykologi Äitiys- ja
lastenneurolassa. [http://www.hel.fi/wps/wcm/
connect/96b176004461ad5682bcf2e87455a9af/
Neurolapsykologi_painoon.pdf?MOD=AJPER
ES&CACHEID=96b176004461ad5682bcf2e874
55a9af](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/96b176004461ad5682bcf2e87455a9af/Neurolapsykologi_painoon.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=96b176004461ad5682bcf2e87455a9af).
- Hemminki, E. & Gissler, M. 1996. Births by younger
and older mothers in a population with late
and regulated childbearing: Finland 1991. *Acta
Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 75(1),
9–27.
- Henriksen, T. 2006. Nutrition and pregnancy outcome.
Nutrition reviews 64 (5 Pt 2), S19–S23.
- Hewitt, C. E., Gilbody, S. M., Brealey, S., Paulden,
M., Palmer, S., Mann, R., Green, J., Morrell, J.,
Barkham, M., Light, K. & Richards, D. 2009.
Methods to identify postnatal depression in pri-
mary care: An integrated evidence synthesis and
value of information analysis. *NIHR HTA Pro-
gramme. Health Technology Assessment* 13(36).
Saatavissa: DOI: 10.3310/hta13360.
- Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C. & Walden-
ström, U. 2002. Few women wish to be delivered
by caesarean section. *BJOG*, 109(6), 618–623.
- Hobbs, K., Bramwell, R. & May, K. 1999. Sexuality, sexual
behaviour and pregnancy. *Sexual and Marital
Therapy* 14(4), 371–383.
- Hodnett, E. D., Downe, S., Edwards, N. & Walsh, D.
2005. Home-like versus conventional institu-
tional settings for birth. *Cochrane Database
Systematic Reviews* (1) CD 000012. Saatavissa:
DOI: 10.1002/14651858.CD000012.pub2.
- Hodnett, E. D., Fredericks, S. & Weston, J. 2010. Sup-
port during pregnancy for women at increased
risk of low birthweight babies. *Cochrane Da-
tabase Syst Rev.* 16 (6):CD000198. Saatavissa:
DOI: 10.1002/14651858.CD000198.pub2.
- Hoffman, M. C., Jeffers, S., Carter, J., Duthely, L., Cot-
ter, A. & González-Quintero, V. H. 2007. Preg-
nancy at or beyond age 40 years is associated
with an increased risk of fetal death and other
adverse outcomes. *American journal of obstet-
rics and gynecology* 196(5), e11–13.
- Hoffman, S. D. 1998. Teenage childbearing is not so
bad after all... or is it? A review of the new litera-
ture. *Family Planning Perspectives* 30, 236–239.
- Hofmeyr, G. J. & Novikova, N. 2012. Management of
reported decreased fetal movements for improv-
ing pregnancy outcomes. *Cochrane Database of
Systematic Reviews* CD009148. Saatavissa: DOI:
10.1002/14651858.CD009148.pub2.
- Hollier, L. M. & Wendel, G. D. 2008. Third trimester
antiviral prophylaxis for preventing maternal
genital herpes simplex virus (HSV) recurrer-
ces and neonatal infections. *Cochrane Database
Systematic Reviews* (1):CD004946. Saatavissa:
DOI: 10.1002/14651858.CD004946.pub2.
- Hollowell, J., Oakley, L., Kurinczuk, J. J., Brocklehurst,
P. & Gray, R. 2011. The effectiveness of antenatal
care programmes to reduce infant mortality
and preterm birth in socially disadvantaged and
vulnerable women in high-income countries: A
systematic review. *BMC Pregnancy & Childbirth*
11:13. Saatavissa: DOI: 10.1186/1471-2393-11-
13.
- Holm Tveit, J. V. H., Saastad, E., Stray-Pedersen, B.,
Børdahl, P. E. & Frøen, J. F. 2009. Maternal char-
acteristics and pregnancy outcomes in women
presenting with decreased fetal movements in
late pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologi-
ca Scandinavica* 88(12), 1345–1351.
- Homanen, R. 2013. Doing pregnancy, the unborn, and
the maternity healthcare institution. *Tamperen
yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden
yksikkö. Acta Universitatis Tamperensis* : 1797.
- Home Births. 2007. Joint statement No.2 London:
Royal College of Obstetricians and Gynaecolo-
gists (RCOG) and Royal College of Midwives.
- Honkatukia, P. 2011. Uhrin rikosprosessissa. Haavoit-
tuvuus, palvelut ja kohtelu. Oikeuspoliittisen
tutkimuslaitoksen tutkimuksia 252. Helsinki:
Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Hopkins, S. A. & Cutfield W. S. 2011. Exercise in preg-
nancy: Weighing up the long-term impact on
the next generation. *Exercise and Sport Sciences
Reviews* 39(3), 120–127.
- Hosley, R., Canfield, K., O'Donnell, S. L. & Roid,
G. 2008. Fathers closeness: Its effect on mar-
ried men's sexual behaviors, marital, and fam-
ily satisfaction. *Sexual Addiction & Compulsiv-
ity* 15(1), 59–76.
- Hovi, S.-L., Lyytikäinen, O., Autti -Rämö, I., Laiti-
nen, R., Mäkelä, M. & asiantuntijaryhmä. 2007.
B-ryhmän streptokokkitaudin ehkäisy vasta-
syntyneillä: toimintamallien vertailu. Raportti
31/2007. Helsinki: Finohta.
- Huang, Y. C. & Mathers, N. J. 2006. Comparison of sexual
satisfaction and post-natal depression in the
UK and Taiwan. *International Nursing Review*
53(3), 197–204.
- Hughes, R. A. 2003. Telephone helplines in rheumatol-
ogy. *Rheumatology* 42(2), 197–199.
- Hujanen, T., Kapiainen, S., Tuominen, U. & Pekuri-
nen, M. 2008. Terveysthuollon yksikkökus-

- tannukset Suomessa vuonna 2006. Työpaperi-ta 3/2008. Helsinki: Stakes.
- Hutton, E. & Hofmeyr, G. 2006. External cephalic version for breech presentation before term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1):CD000084. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD000084.pub2.
- Hübner-Liebermann, B., Hausner, H. & Wittmann, M. 2012. Recognizing and Treating Peripartum Depression. *Deutsches Ärzteblatt International* 109(24), 419–424.
- Hyrkäs, K. 2002. Clinical supervision and quality care. Examining the effects of team supervision in multi-profession teams. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 869.
- Häggman-Laitila, A. 2002. Varhainen tuki lapsiperheiden terveyden edistämässä – analyysi perheyön vaikuttavuudesta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 39, 192–207.
- Hänninen, K. 2004. Sosiaalipolitiikka: Kohtaamisen kokemuksia epävarmuuden näyttämöllä. Kokeemuksellinen ensitieto vammaisen lapsen synnytyssä. *Tutkimuksia* 147/2004. Helsinki: Stakes.
- Hänninen, K. 2005. Kun varmaa tietoa ei vielä ole: Perhelähtöinen tapa kertoa vastasyntyneen poikkeavuudesta. *Suomen Lääkärilehti* 40, 3987–3991.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T. & Lau, J. 2007. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *AHRQ Publication 07-E007, Evidence Report/Technology Assessment* 153/2007, 1–186. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Islam, M. Z., Viljakainen, H. T., Kärkkäinen, M. U., Saarnio, E., Laitinen, K. & Lamberg-Allardt, C. 2011/2012. Prevalence of vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism during winter in pre-menopausal Bangladeshi and Somali immigrant and ethnic Finnish women: associations with forearm bone mineral density. *British Journal of Nutrition* 107(2), 277–283. Saatavissa: DOI: 10.1017/S0007114511002893.
- Jaakkola, M. S. & Jaakkola, J. K. 2012. Passiivisen tupakoinnin terveyshaitat. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 128, 1097–1106.
- Jaakkola, S., Lyytikäinen, O., Rimhanen-Finne, R., Salmenlinna, S., Vuopio, J., Roivainen, M., Löflund, J.-E., Kuusi, M. & Ruutu, P. 2012. Tartuntataudit Suomessa 2011. Raportti 36/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Jacobsson, B., Ladfors, L. & Milsom, I. 2004. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstetrics & Gynecology* 104(4), 727–733.
- Jarvala, T., Raitanen, J. & Rissanen, P. 2010. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007. *Kustannusraportti*. Helsinki: Kansallinen diabetesohjelma Dehko ja Suomen Diabetesliitto.
- Jewell, D. & Young, G. 2001/2012. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2 CD001142. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD001142.
- Joanna Briggs Institute. 2009. *Midwifery Practice Manual*. <http://www.joannabriggs.edu.au/>.
- Joanna Briggs Institute. 2010. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support. *Best Practice: Evidence based information sheets for health professionals* 14:1–4. Suomennos ja sovellus saatavissa: http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-7.pdf.
- Johnson, K. C. & Daviss, B.-A. 2005. Outcomes of planned home births with certified professional midwives. Large prospective study in North America. *BMJ* 330, 1416–1419.
- Jonas-Simpson, C., McMahon, E., Watson, J. & Andrews, L. 2010. Nurses' experiences of caring for families whose babies were born still or died shortly after birth. *International Journal for Human Caring* 14(4), 14–21.
- Jonge, A. de, Goes, B. Y. van der, Ravelli, A. C., Amelink-Verburg, M. P., Mol, B. W., Nijhuis, J. G., Bennebroek-Gravenhorst, J. & Buitendijk, S. E. 2009. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 116(9), 1177–1184.
- Joseph, K. S., Allen, A. C., Dodds, L., Turner, L. A., Scott, H. & Liston, R. 2005. The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstetrics & Gynecology* 105, 1410–1418.
- Julkunen, H. 2004. Reumataudit ja raskaus. *Suomen Lääkärilehti* 59(1–2), 41–46.
- Jussila, A., Virta, L. J., Salomaa, V., Mäki, J., Jula, A. & Färkkilä, M. A. 2012/2013. High and increasing prevalence of inflammatory bowel disease in Finland with a clear North-South difference. *Journal of Crohns and Colitis*, 7(7) e256–e262.
- Jämsä, J. (toim.). 2008. *Sateenkaariperheet ja hyvinvointi*. Käsikirja lasten ja perheiden kanssa työskenteleville. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Järvenpää, A.-L. 2009. Imetyksen vaikutukset lapsen terveyteen. *Suomen Lääkärilehti* 64(23), 2089–2093.
- Järvinen, S. 2011. Seksuaalisuus raskausaikana ja synnytyksen jälkeen. Teoksessa M. Ritamo, K. Ryttyläinen-Korhonen & S. Saarinen (toim.) *Seksuaalivoukon tueksi*. Raportti 27/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Jääskeläinen, T., Lamberg-Allardt, C., Koponen, P. & Laatikainen, T. 2012. D-vitamiini ja hemoglobiini. Teoksessa A. E. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mölsä & S. Koskinen (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi*. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 105–109.
- Kaaja, R. J. & Greer, I. A. 2005. Manifestations of chronic disease during pregnancy. *Journal of the American Medical Association* 294(21), 2751–2757.

- Kaaja, R. & Honkanen, E. 2007. Munuaissairaudet ja raskaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja *Duodecim* 123(11), 1308–1314.
- Kahila, H., Saisto, T., Kivitie-Kallio, S., Haukkamaa, M. & Halmesmäki, E. 2007. A prospective study on buprenorphine use during pregnancy: Effects on maternal and neonatal outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 86(2), 185–190.
- Kaljunen, L., Pelkonen, M. & Hakulinen-Viitanen, T. 2006. Voimavaralomakkeen kehittäminen ensimmäistä lastaan odottavan perheen voimavaraisuuden tunnistamiseksi. *Hoitotiede* 3, 131–140.
- Kamysheva, E., Wertheim, E. H., Skouteris, H., Paxton, S. J. & Milgrom, J. 2009. Frequency, severity, and effect on life of physical symptoms experienced during pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health* 54(1), 43–49.
- Kansallinen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmä. 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009–2012. Raportti 32/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kansaneläkelaitos. 2012. Lapsiperheen tuet. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/110701111752EH?OpenDocument>.
- Kansaneläkelaitos. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf?Open>.
- Kansaneläkelaitos. 2012. Erityishoitoraha vaikeasti sairaan lapsen vanhemmalle. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/170701160434EH>.
- Kansaneläkelaitos. 2012. Lapsiperheet: muut tilanteet. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/020312140947HL?OpenDocument>.
- Kansaneläkelaitos. 2013. Ulkomaalaisen sairaanhoito Suomessa. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/080908125121Pb>.
- Kansanterveyslaitos. 2004. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. MRSA-asiantuntijatyöryhmän suositus. Ohje metisilliiniresistenttien *Staphylococcus aureus*en torjunnasta. C1/2004. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Kansanterveyslaitos. 2008. Kansanterveyslaitoksen asettaman lasten vesirokkorokotustyöryhmän selvitys. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. B40/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Karies (hallinta). 2009. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonian asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.5.2012 www.kaypahoito.fi.
- Kasvun kumppanit. 2011. Lomakkeet väkivallan puheeksi ottamiseen. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/lomakkeet/lomakkeet_vakivallan_puheeksi_ottamiseen.
- Kaufman, T. 2007. Evolution of the Birth Plan. *Journal of Perinatal Education* 16(3), 47–52.
- Kearney, M. H., York, R. & Deatrick, J. A. 2000. Effects of home visits to vulnerable young families. *Journal of Nursing Scholarship* 32(4), 369–376.
- Kempainen, S. & Suomen nuoret lesket ry. 2010. Leskiopas – opas nuorena leskeytyneelle Jyväskylä: Suomen nuoret lesket ry.
- Kendrick, D., Elkan, R., Hewitt, M., Blair, M., Robinson, J., Williams, D. & Brummell, K. 2000. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Archives of Disease in Childhood* 82, 443–451.
- Keriakos, R., Bhatta, S. R., Morris, F., Mason, S. & Buckley, S. 2011. Pelvic girdle pain during pregnancy and puerperium. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 31(7), 572–580.
- Kiehl, E. M., Carson, D. K. & Dykes, A. K. 2007. Adaptation and resiliency in Swedish families. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21(3), 329–337.
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Julkaisuja 2008:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kim, P., Feldman, R., Mayes, L. C., Eicher, V., Thompson, N., Leckman, J. F. & Swain, J. E. 2011. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 52(8), 907–915.
- Kinnunen, T. I. 2009. Prevention of excessive pregnancy-related weight gain. Tampereen yliopisto. Acta Tamperensis 1379.
- Kirjavainen, T. 2003. Kätkytkuoleman riskitekijät. Lääketieteellinen Aikakauskirja *Duodecim* 119(7), 577–579.
- Kirkinen, P. & Uotila, J. 2006. Milloin hidaskasvuisen sikiön on paras syntyä? Lääketieteellinen Aikakauskirja *Duodecim* 122(7), 805–812.
- Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet 158. Kuopion yliopiston julkaisuja E.
- Kivitie-Kallio, S. 2011. Sikiöaikana alkoholille altistuneet lapset sosiaalipediatrisessa työssä. Teoksessa S. Vaarla (toim.) *Alkoholin vaurioittamat. Raskaudenaikaisen alkoholinkäytön vaikutukset lapsen elämään*. Helsinki: Kehitysvammaliitto, 49–61.
- Klemetti, R., Gissler, M. & Hemminki, E. 2002. Comparison of perinatal health of children born from in vitro fertilization in Finland in the early and late 1990s. *Human Reproduction* 17(8) 2192–2198.
- Klemetti, R., Gissler, M., Niinimäki, M. & Hemminki, E. 2012. Birth outcomes after induced abortion: A nationwide register-based study of first births in Finland. *Human Reproduction* 27(11), 3315–3320.
- Klemetti R., Gissler M., Sainio S. & Hemminki E. 2013. Associations of maternal age with maternity care use and birth outcomes in primiparous women:

- a comparison of results in 1991 and 2008 in Finland. *BJOG*, 001:10. 1111/4771-0528.16.
- Klemetti, R., Kurinczuk, J. J. & Redshaw, M. 2011. Older women's pregnancy related symptoms, health and use of antenatal services. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 154(2), 157–162.
- Klemetti, R., Sevón, T., Gissler, M. & Hemminki, E. 2006. Health of Children Born as a Result of In Vitro Fertilization. *Pediatrics* 118, 1819–1827.
- Klemetti, R., Sevón, T., Gissler, M. & Hemminki, E. 2010. Health of children born after ovulation induction. *Fertility and Sterility* 93(4), 1157–1168.
- Klockars, T. 2013. Kireä kielijänne. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 129(9), 947–949.
- Kluger, N. 2010. Body art and pregnancy. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 153(1), 3–7.
- Koelewijn, J. M. 2009. Detection and prevention of pregnancy immunization. The OPZI study. University of Amsterdam. The Netherlands. File 112402.
- Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyttinten solumuutokset – diagnostiikka, hoito ja seuranta (online). 2010. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kolposkopiayhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi.
- Kohonnut verenpaine. 2009. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi.
- Koivuranta-Vaara, P. (toim.) 2011. Terveysthuollon laatuopas. Kuntaliitto. Verkkojulkaisu. Helsinki: Suomen kuntaliitto. http://ktshop.kunnat.net/product_details.php?p=2597.
- Koletzko, B., Cetin, I., Brenna, J. T., Perinatal Lipid Intake Working Group, Child Health Foundation. Diabetic Pregnancy Study Group, European Association of Perinatal Medicine, European Association of Perinatal Medicine, European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Committee on Nutrition, International Federation of Placenta Associations & International Society for the Study of Fatty Acids and Lipids. 2007. Dietary fat intakes for pregnant and lactating women. *British Journal of Nutrition* 98, 873–877.
- Koletzko, B., Symonds, M. E. & Olsen, S. F. 2011. Early Nutrition Programming Project; Early Nutrition Academy. Programming research: where are we and where do we go from here? *American Journal of Clinical Nutrition* 94(Suppl 6), 2036–2043.
- Kontula, O. 2009. Parisuhdeonnan avaimet ja esteet. *Perhebarometri* 2009. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E 38/2009. Helsinki: VL-markkinointi.
- Koponen, P., Klemetti, R., Surcel, H. M., Mölsä, M., Gissler, M. & Weiste-Paakkanen, A. 2012. Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imeytys. Teoksessa A. E. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mulki & S. Koskinen (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 134–140.
- Koponen, P. & Mölsä, M. 2012. Naisten ympärileikkaukset. Teoksessa A. E. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mulki & S. Koskinen (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 141–144.
- Korja, R., Savonlahti, E., Ahlqvist-Björkroth, S., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., Piha, J., Lehtonen, L. & PIPARI study group. 2008. Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica* 97(6), 724–730.
- Korpi-Hyövälti, E. 2012. Elämäntapaohjauksen merkitys raskausdiabeteksen riskiryhmiin kuuluvilla naisilla: syö yhden, liiku kahden puolesta. Itä-Suomen yliopisto. Publications of the University of Eastern Finland 141.
- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) 2011. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kosunen, E. 2003. Seksuaalisuuden käsittely lääkäreiden peruskoulutuksessa. *Suomen lääkärilehti* 58(43), 4373–4377.
- Kouri, P., Karjalainen-Jurvelin, R. & Kinnunen, J. 2005. Commitment of project participants to developing health care services based on the internet technology. *International Journal of Medical Informatics* 74, 1000–1011.
- Kovacs, C. S. 2008. Vitamin D in pregnancy and lactation: Maternal, fetal, and neonatal outcomes from human and animal studies. *American Journal of Clinical Nutrition* 88(2, suppl), 520S–528S.
- Kringeland, T., Daltveit, A. K. & Møller, A. 2009. What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scandinavian Journal of Public Health* 37(4), 364–371.
- Kristensen, J., Vestergaard, M., Wisborg, K., Kesmodel, U. & Secher, N. J. 2005. Pre-pregnancy weight and the risk of stillbirth and neonatal death. *BJOG* 112(4), 403–408.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (toim.) 2005. *Suom. E. Salomaa. Väkiältä ja terveys maailmassa. WHO:n raportti*. Helsinki: Lääkärin sosiaalinen vastuu & Terveiden edistämisen keskus, 109–110.
- Kuczowski, K. M. 2006. Labor analgesia for the parturient with lumbar tattoos: What does an ob-

- stetrician need to know? *Archives of Gynecology and Obstetrics* 274(5), 310–312.
- Kukko, H. & Halmesmäki, E. 1999. Prenatal care and counseling of female drug-abusers: Effects on drug abuse and perinatal outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 78(1), 22–26.
- Kuntatyönantajat. 2008. Kunnallisen henkilöstön osaamisen kehittämistä koskeva suositus sekä työ- ja virkaehtosopimus ammattiyhdistyskoulutuksesta. Helsinki: KT Kuntatyönantajat.
- Kuo, S. C., Lin, K. C., Hsu, C. H., Yang, C. C., Chang, M. Y., Tsao, C. M. & Lin, L. C. 2010. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experience, control and expectations fulfillment: A randomized control trial. *International Journal of Nursing Studies* 47(7), 806–814.
- Kuosmanen, L., Vuorilehto, M., Kumpuniemi, S. & Melartin, T. 2010. Post-natal depression screening and treatment on maternity and child health clinics. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17(6), 554–557.
- Kurki, T. 1994. Vaikuttaako yhdyntä raskauden kulkuun? Lääketieteellinen Aikakauskirja *Duodecim* 110(18), 1681.
- Kurkinen, M., Sarkkinen, H., Kärpänoja, P. & Ranta, T. 2006. Klamydian esiintyvyys äitiysterveystenhuollon asiakkailta Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä. *Suomen Lääkärilehti* 61(51–52), 5349–5351.
- Kyngäs, H. & Henttinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Kytömäki, K. & Partonen, T. 2010. Voimakas raskausoksentelu. Yleiskatsaus. *Suomen Lääkärilehti* 65(17), 1529–1534.
- Kyyrönen, K. 1983. Perhe kasvaa ja kehittyy kriisiensä kautta. Helsinki: WSOY.
- Källén, B. 2008. Maternal morbidity and mortality in in vitro fertilization. *Best practice & research. Clinical Obstetrics & Gynaecology* 22(3), 549–558.
- Källén, B., Finnström, O., Lindam, A., Nilsson, E., Nygren, K. G. & Otterblad Olausson, P. 2010. Trends in delivery and neonatal outcome after in vitro fertilization in Sweden: Data for 25 years. *Human Reproduction* 25(4), 1026–1034.
- Källén, B., Finnström, O., Nygren, K. G., Otterblad Olausson, P. & Wennerholm U. B. 2005. In vitro fertilization in Sweden: Obstetric characteristics, maternal morbidity and mortality. *BJOG* 112(11), 1529–1535.
- Källén, B., Olausson, P. O. & Nygren, K. G. 2002. Neonatal outcome in pregnancies from ovarian stimulation. *Obstetrics & Gynecology* 100(3), 414–419.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva Hoitotyö* 3(3), 27–31.
- Laaksonen, H. 2008. Luottamukseen perustuvan voimistavan johtamisen prosessimalli ja työyhteisön hyvinvointi. Vaasan yliopisto. *Acta Wasaensia* nro 147.
- Laanterä, S., Pietilä, A.-M. & Pölkki, T. 2010. Knowledge of breastfeeding among pregnant mothers and fathers. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 24(4), 320–329.
- Ladhani, N. N., Shah, P. S., Murphy, K. E. & Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. 2011. Prenatal amphetamine exposure and birth outcomes: A systematic review and meta analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 205(3), 219.e1–7.
- Laine, M. A. 2002. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. *Acta Odontologica Scandinavica* 60(5), 257–264.
- Lainiala, L. & Säävälä, M. 2012. Rakkautta, rikkautta ja ristiriitoja. Suomalaisten solmimat kaksikulttuuriset avioliitot. *Perhebarometri 2012. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E 46*. Helsinki: Väestöliitto.
- Lamont, R. F., Sobel, J. D., Carrington, D., Mazaki-Tovi, S., Kusanovic, J. P., Vaisbuch, E. & Romero, R. 2011. Varicella-zoster virus (chickenpox) infection in pregnancy. *BJOG* 118(10), 1155–1162.
- Lampinen, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Kankkunen, P. 2009. A review of pregnancy in women over 35 years of age. *Open Nursing Journal* 3, 33–38.
- Lamusuo, S., Paloviita, K. & Kälviäinen, R. 2007. Nainen ja epilepsia. *Suomen Lääkärilehti* 62(40), 3631–3636.
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M. & Davis, M. M. 2010. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 202(1), 5–14.
- Langley-Evans, S. C. & McMullen, S. 2010. Developmental origins of adult disease. *Medical Principles and Practice* 19(2), 87–98.
- Lapatto, R. 2013. Suomen vastasyntyneille kuuluu oikeus aineenvaihduntasairauksien seuloontaan. *Suomen Lääkärilehti* 68(17), 1235.
- Lapillonne, A., O'Connor, D. L., Wang, D. & Rigo, J. 2013. Nutritional recommendations for the late-preterm infant and the preterm infant after hospital discharge. *Journal of Pediatrics* 162(3 suppl), S90–S100.
- Lapinleimu, H., Peltola, V., Raaska, H., Lapinleimu, J., Sinkkonen, J., Mäkipää, S. & Elovainio, M. 2012. Ulkomailta adoptoidun lapsen maahantulotarkastus. *Suomen Lääkärilehti* 67(10), 775–781.
- Laplante, D. P., Brunet, A., Schmitz, N., Ciampi, A. & King, S. 2008. Project Ice Storm: Prenatal maternal stress affects cognitive and linguistic functioning in 5 1/2-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47(9), 1063–1072.
- Lappalainen, M. & Färkkilä, M. 2010. Hepatiittivirukset ja virushepatiitit. Teoksessa P. Huovinen, K. Hedman, T. Heikkinen, A. Järvinen, S. Meri,

- M. Vaara (toim.) *Mikrobiologia – Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet*. Helsinki: Duodecim, 569–590.
- Lappalainen, M., Hedman, K. & Vedran, S. 2010/2013. Toksoplasmooosi. Lääkärin käsikirja. Artikkelin tunnus: ykt00026 (001.081).
- Lappalainen, M., Koskela, P., Hedman, K., Teramo, K., Ämmälä, P., Hiilesmaa, V. & Koskiniemi, M. 1992. Incidence of primary toxoplasma infections during pregnancy in southern Finland: A prospective cohort study. *Scandinavian journal of infectious diseases* 24(1), 97–104.
- Larmo, A. 2010. Mentalisaatio – kyky pitää mieli mielessä. Lääketieteellinen Aikakauskirja *Duodecim* 126(6), 616–622.
- Larsson, C., Sydsjö, G. & Josefsson, A. 2004. Health, sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 104(3), 459–466.
- Laskimotukos ja keuhkoembolia. 2010. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 11.4.2013 www.kaypahoito.fi.
- Lasswell, S. M., Barfield, W. D. & Roach, R. W. & Blackmon, L. 2010. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants. Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 304(9), 992–1000.
- Lauzon, L. & Hodnett, E. D. 2000. Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. CD000935. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD000935.
- Le Campion, A., Larouche, A., Fauteux-Daniel, S. & Soudeys, H. 2012. Pathogenesis of hepatitis C during pregnancy and childhood. *Viruses* 4(12), 3531–3550.
- Ledoux, T. A., Hingle, M. D. & Baranowski, T. 2011. Relationship of fruit and vegetable intake with adiposity: A systematic review. *Obesity Reviews* 12(5), e143–150.
- Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. *Acta Universitatis Tamperensis*: 1426.
- Lehtonen, J. 2006. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt Suomen kunnissa. Keinoja ja ideoita yhdenvertaisuuden tueksi. Työministeriö. ESR tutkimukset ja selvitykset -sarja. Helsinki: Työministeriö.
- Lehtonen, L. 2008. Varhain kotiutuvan vastasyntyneen seuranta vaatii ammattitaitoa ja kokemusta. *Suomen Lääkärilehti* 63(8), 732.
- Lehtonen, L. & Renlund, M. 2002. Huumevauvojen hoito. *Suomen Lääkärilehti* 57(43), 4343–4347.
- Leijonaemot. Viitattu 13.5.2013. <https://www.leijonaemot.fi/>.
- Leinonen, J., Solantausta, T. S. & Punamäki, R.-L. 2003. Social support and the quality of parenting under economic pressure and work load in Finland: The role of family structure and parental gender. *Journal of Family Psychology* 17(3), 409–418.
- Leipälä, J., Hänninen, K., Saalasti-Koskinen, U. & Mäkelä, M. 2009a. Kuinka kertoa sikiön poikkeavuuksien seulonnasta. *Opas äitiyshuollon työntekijöille*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Leipälä, J., Hänninen, K., Saalasti-Koskinen, U. & Mäkelä, M. 2009. Kuinka kertoa sikiön poikkeavuuksien seulonnoista. *Opas äitiyshuollon työntekijöille*. *Opas* 2/2009. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Lemaire, V., Koehl, M., Le Moal, M. & Abrou, D. 2000. Prenatal stress produces learning deficits associated with an inhibition of neurogenesis in the hippocampus. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 97(20), 11032–11037.
- Leppo, A. 2006. Miten kohdata päihdeongelmainen odottaja? Artikkelin Lasinen lapsuus -verkkopalvelussa. <http://www.lasinenlapsuus.fi/tietoa/raskausjapaihteet/kohtaaminen>.
- Liikunta. 2012. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi.
- Liitsola, K., Kivelä, P. & Tiittala, P. 2012. HIV-tietoisuus. Teoksessa A. E. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mölsä, S. Koskinen (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 117–120.
- Lillrank, P. & Venesmaa J. 2010. Terveidenhuollon alueellinen palvelujärjestelmä. Helsinki: Talentum.
- Lindgren, H. E., Rådestad, I. J. & Hildingsson, I. M. 2011. Transfer in planned home births in Sweden – effects on the experience of birth: A nationwide population-based study. *Sexual & reproductive healthcare* 2(3), 101–105.
- Lindqvist, U., Löthman-Kilpeläinen, L., Schantz, M. von, Alanne, M., Nieminen, S. & Lapsen ääni. 2011. Tukevasti toimintamallit. Tukevasti alkuun, vahvasti kasvuun ja tukevasti verkossa -hankkeet 2009–2011. Toimintamallit. http://www.lapsenaani.fi/VARHAINEN_TUKI/TUKEVASTI_ALKUUN/Loppuraportti%20Tukevasti-hankkeista.pdf.
- Lipman, E. L. & Boyle, M. H. 2005. Social support and education groups for single mothers: A randomized controlled trial of a community-based program. *Canadian Medical Association Journal* 173(12), 1451–1456.

- Liston, R., Sawchuck, D., Young, D., Society of Obstetrics and Gynaecologists of Canada & British Columbia Perinatal Health Program. 2007. Fetal health surveillance: Antepartum and intrapartum consensus guideline. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 29(11), 909.
- Litorp, H., Franck, M. & Almroth, L. 2008. Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 87(7), 716–722.
- Little, B. B., Snell, L. M., Klein, V. R., Gilstrap, L. C., Knoll, K. A. & Breckenridge, J. D. 1990. Maternal and fetal effects of heroin addiction during pregnancy. *Journal of Reproductive Medicine* 35(2), 159–162.
- Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., DeVincent, C., Schneider, J. & Meyer, B. A. 2008. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology* 27(5), 604–615.
- Lopu Jo! Poistetaan raskauspahoinvointi maailmasta. Tai ainakin vähennetään sitä. 2013. <http://lopu-jo.fi>.
- Lothian, J. 2006. Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 35(2), 295–303.
- Louie, J. C., Flood, V. M., Hector, D. J., Rangan, A. M. & Gill, T. P. 2011. Dairy consumption and overweight and obesity: A systematic review of prospective cohort studies. *Obesity Reviews* 12(7), e582–592.
- Lukasse, M., Vangen, S., Øian, P. & Schei, B. 2011. Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: A longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 90(1), 33–40.
- Luke, B. & Brown, M. B. 2007. Elevated risk of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. *Human Reproduction* 22(5), 1264–1272.
- Lumbiganon, P., Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M. R., Ho, J. J. & Hakimi, M. 2011. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11, CD006425. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD006425.pub2.
- Lumley, J., Chamberlain, C., Dowswell, T., Oliver, S., Oakley, L. & Watson, L. 2009. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3, CD001055. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub3.
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. & Burke, B. L. 2010. A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice* 20(2), 137–160.
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R. & Almqvist F. 2001. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40(12), 1367–1374.
- Luoto, R., Kinnunen, T. I., Aittasalo, M., Kolu, P., Raitanen, J., Ojala, K., Mansikkamäki, K., Lamberg, S., Vasankari, T., Komulainen, T. & Tulokas, S. 2011. Primary prevention of gestational diabetes mellitus and large-for-gestational-age newborns by lifestyle counseling: A cluster-randomized controlled trial. *Plos Med* 8(5), e1001036. Saatavissa: DOI: 10.1371/journal.pmed.1001036.
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R. & Heim, C. 2009. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behavior and cognition. *Nature Reviews Neuroscience* 10, 434–445.
- Lääkintöhallitus. 1988. Äitiyshuolto terveyskeskuksissa. Lääkintöhallituksen ohjekirje nro 2/1988. Dno 653/02/86. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Löf, M., Svalenius, E. C. & Persson, E. K. Factors that influence first-time mothers' choice and experience of early discharge. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20(3), 323–330.
- Mahadevan, U. 2009. Pregnancy and inflammatory bowel disease. *Gastroenterology clinics of North America* 38(4), 629–649.
- Maharaj, D. 2010. Assessing cephalopelvic disproportion: Back to basics. *Obstetrical & Gynecological survey* 65(6), 387–395.
- Maheswari, A., Pandey, S., Shetty, A., Hamilton, M. & Bhattacharya, S. 2012. Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from the transfer of frozen thawed versus fresh embryos generated through in vitro fertilization treatment: A systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility* 98(2), 368–377.
- Majjala, H. 2004. Poikkeavaa lasta odottavan perheen ja hoitavan henkilökunnan välinen vuorovaikutus: substansiivinen teoria lapsen poikkeavuuden herättämissä kysymyksissä vahvistumisesta ja kuorittumisesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. *Acta Universitatis Tampensis*: 993.
- Malin, M. 2011. Maahanmuuttajanaisten lisääntymisterveys vaatii erityistä huomiota. *Suomen Lääkärilehti*, 66(44), 3309–3314.
- Malin, M. & Gissler, M. 2008. Induced Abortions among Immigrant Women in Finland. *Finnish Journal of Ethnicity and Migration* 3(1), 2–12.
- Malin, M. & Gissler, M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health* 9:84. Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/84/abstract>.
- Malinen, K., Kinnunen, U., Tolvanen, A., Rönkä, A., Wierda-Boer, H. & Gerris, J. 2010. Happy spouses, happy parents? Family relationships among Finnish and Dutch dual earners. *Journal of Marriage and Family* 72(2), 293–306.

- Malinen, V. & Larkela, P. 2012. Parisuhde – uuserheen ydin. Helsinki: Väestöliitto.
- Malm, H. 2008. Lääkkeet ja imetykset. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 124(6), 632–639.
- Malm, H. 2011. Kipulääkkeet ja raskaus. *Suomen Lääkärilehti* 66(43), 3221–3224.
- Malm, H. 2013. Lääkkeiden käyttö raskauden aikana. Lääkärin käsikirja www.terveysportti.fi.
- Malm, H. & Kaaja, R. 2011. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Teoksessa O. Ylikorkkala, J. Tapanaainen (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Kustannus Duodecim, 550–563.
- Malm, H. & Vähäkangas, K., Enkovaara, A.-L. & Pelkonen, O. 2008. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Lääkelaitos. 2. uudistettu painos. Helsinki: Lääkelaitos.
- Malmi, P. 2008. Discrimination against men: Appearance and causes in the context of a modern welfare state. Lapin yliopisto. *Acta Universitatis Lapponiensis* 157.
- Mandrizzato, G., Alfirevic, Z. & Chervenak, F., Gruenbaum, A., Heimstad, R., Heinonen, S., Levene, M., Salvesen, K., Saugstad, O., Skupski, D., Thilaganathan, B. & World Association of Perinatal Medicine. 2010. Guidelines for the management of postterm pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine* 38(2), 111–119.
- Mangesi, L., Hofmayer, G. J. & Smith, V. 2007/2012. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004909. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD004909.pub2.
- Martini, J., Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Lieb, R. & Wittchen, H. U. 2010. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: Associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development* 86(5), 305–310.
- Mathad, J. S. & Gupta, A. 2012. Tuberculosis in Pregnant and Postpartum Women: Epidemiology, Management, and Research Gaps. *Clinical Infectious Diseases* 55(11), 1532–1549.
- Mathai, M. 2011. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy: RHL commentary (last revised: 1 January 2011). The WHO Reproductive Health Library. Geneva: World Health Organization.
- Matthews, A., Dowswell, T., Haas, D. M., Doyle, M. & O'Mathúna, D. P. 2010. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Review. Cochrane Database Systematic Reviews*, Issue 9. CD007575. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD007575.pub2.
- Matthey, S., Kavanagh, D., Howie, P., Barnett, B. & Charles, M. 2004. Prevention of postnatal distress or depression: An evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders* 79(1–3), 113–126.
- Mattila, M.-L. & Rautava, P. 2007. Lapsen suu on perheen peili – mitä peili voi kertoa? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 123(7), 819–823.
- May, P. A., Fiorentino, D., Coriale, G., Kalberg, W. O., Hoyme, H. E. & Aragón, A. S., Buckley, D., Stelavato, C., Gossage, J. P., Robinson, L. K., Jones, K. L., Manning, M. & Ceccanti, M. 2011. Prevalence of children with severe fetal alcohol spectrum disorders in communities near Rome, Italy: New estimated rates are higher than previous estimates. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 8(6), 2331–2351.
- McArthur, A. 2010. Antenatal Visits: Routine Care. *Midwifery Practice Manual*. The Joanna Briggs Institute.
- McCarthy, F. P., Giles, M. L., Rowlands, S., Purcell, K. J. & Jones, C. A. 2011. Antenatal interventions for preventing the transmission of cytomegalovirus (CMV) from the mother to fetus during pregnancy and adverse outcomes in the congenitally infected infant. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 3:CD008371. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD008371.pub2.
- McCarthy, M. & McMahon, C. 2008. Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting. *Health care for women international* 29(6), 618–637.
- McCormick, C. 2003. *The First Stage of Labour: Physiology and Early Care*. Teoksessa: D. Fraser, M. A. Cooper (toim.) *Myles Textbook for Midwives*. London: Churchill Livingstone, 435–453.
- McDonald, H. M., Brocklehurst, P. & Gordon, A. 2007. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews* 1:CD000262.
- McDonald, S., Murphy, K., Beyene, J. & Ohlsson, A. 2005. Perinatal outcomes of in vitro fertilization twins: A systematic review and meta-analyses. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193(1), 141–152.
- McElhatton, P. R., Bateman, D. N., Evans, C., Pughe, K. R. & Thomas, S. H. 1999. Congenital anomalies after prenatal ecstasy exposure. *Lancet* 354, 1441–1442.
- McKie, A., Young, D. & MacDonald, P. D. 2006. Does monitoring newborn weight discourage breast feeding? *Archives of Disease in Childhood* 91(1), 44–46.
- McLachlan, H. L., Gold, L., Forster, D. A., Yelland, J., Rayner, J. & Rayner, S. 2009. Women's views of postnatal care in the context of the increasing pressure on postnatal beds in Australia. *Women and Birth* 22(4), 128–133.
- McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P. & Jenkins, R. 2009. Adult psychiatric morbidity in England 2007. Results of a household survey. London, UK: NHS Information Centre for Health and Social Care.

- Meador, K., Reynolds, M. W., Crean, S., Fahrback, K. & Probst, C. 2008. Pregnancy outcomes in women with epilepsy: A systematic review and meta-analysis of published pregnancy registries and cohorts. *Epilepsy Research* 81(1), 1–13.
- Meedya, S., Fahy, K. & Kable, A. 2010. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth* 23(4), 135–145.
- Meeker, J. D. 2012. Exposure to environmental endocrine disruptors and child development. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 166, 952–958.
- Meher, S. & Duley, L. 2006. Exercise or other physical activity for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database Systematic Reviews* (2) CD005942. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD005942.
- Messerlian, C., Maclagan, L. & Basso, O. 2013. Infertility and the risk of adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction* 28(1), 125–137.
- Metso, S. 2011. Glykosyloitunut hemoglobiini diabeteksen diagnostiikassa. *Suomen Lääkärelehti* 66(3), 133–134.
- Miessakit ry 2012. Isyyt kuulluksi, näkyväksi ja osallistuvaksi. Isyyden Tueksi -hanke 2008–2014. Väliraportti. http://www.miessakit.fi/easydata/customers/miessakit/files/Liitetiedostot/isyyden_tueksi_valiraportti.pdf.
- Migreeni. 2008. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim Viitattu 11.4. 2013 www.kaypahoito.fi.
- Miljøministeriet. 2011. Viitattu 19.3.2012 [http://www.mst.dk/Tips til gravide og ammende om kemikalier](http://www.mst.dk/Tips_til_gravide_og_ammende_om_kemikalier).
- Miljøministeriet. 2011. Viitattu 19.3.2012. http://www.mst.dk/Borger/Temaer/Gravide_boern/9_gode_vaner_til_gravide_og_ammende/.
- Miquel-Verges, F., Woods, S. L., Aucott, S. W., Boss, R. D., Sulpar, L. J. & Donohue, P. K. 2009. Prenatal consultation with a neonatologist for congenital anomalies: Parental perceptions. *Pediatrics* 124(4), e573–e579.
- Misri, S. & Kendrick, K. 2008. Perinatal depression, fetal bonding, and mother-child attachment: A review of the literature. *Current Paediatrics* 4(2), 66–70.
- Moller, K., Hwang, P. C. & Wickberg, B. 2008. Couple relationship and transition to parenthood: Does workload at home matter? *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 26(1), 57–68.
- Monsen, K. A., Banerjee, A. & Das, P. 2012. Discovering client and intervention patterns in home visiting data. *Western Journal of Nursing Research* 32(8), 1031–1054.
- Monteith, B. & Ford-Gilboe, M. 2002. The relationships among mother's resilience, family health work, and mother's health promoting lifestyle practices in families with preschool children. *Journal of Family Nursing* 8(4), 383–407.
- Moore, V. M. & Davies, M. J. 2005. Diet during pregnancy, neonatal outcomes and later health. *Reproduction, Fertility, and Development* 17(3), 341–348.
- Mottola, M. F. 2008. The role of exercise in the prevention and treatment of gestational diabetes mellitus. *Current Diabetes Reports* 8(4), 299–304.
- MRC Vitamin Study Research Group. 1991. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet* 338(8760), 131–137.
- MS-tauti. 2012. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Neurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi.
- Muktabhant, B., Lumbiganon, P., Ngamjarus, C. & Dowswell, T. 2012. Interventions for preventing excessive weight gain during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. 4:CD007145. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD007145.pub2.
- Murphy, V. E., Namazy, J. A., Powell, H., Schatz, M., Chambers, C., Attia, J. & Gibson, P. G. 2011. A meta-analysis of adverse perinatal outcomes in women with asthma. *BJOG* 118(11), 1314–1323.
- Mustajoki, P. 2011/2013. Tietoa potilaalle: Kilpirauhasen sairaudet ja kilpirauhasen vajaatoiminta. Lääkärikirja Duodecim.
- Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen-Viitanen, T. & Laatikainen, T. (toim.). 2011. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa: Menetelmäkäsikirja. Opas 14. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mäntymaa, M., Luoma, I., Puura, K. & Tamminen, T. 2003. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 119(6), 459–466.
- Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R. P. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuositusten toimeenpano. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Mödrhälsösvård, Sexuell och Reproductiv hälsa. 2008. Rapport 59. Stockholm: Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG).
- Nasjonale Faglige retningslinjer. 2005. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2007. Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidelines. NICE clinical guideline 45. London.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2007. Intrapartum Care. Care of

- healthy women and their babies during child-birth. Normal labour: First stage. NICE Clinical Guideline. London.
- National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). 2008. Antenatal care: Routine care for the healthy pregnant woman. www.nice.org.uk/CG062.
- Nilson, J. P. 1998/2009. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy. Cochrane Database Systematic Reviews Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD000944.
- Nelson, H. D., Bougatsos, C. & Nygren, P. 2008. Universal hearing screening: Systematic review to update the 2001 preventive services task force recommendation. *Pediatrics* 122(1), e266–e276.
- Nelson, S. M., Matthews, P. & Poston, L. 2009/2010. Maternal metabolism and obesity: Modifiable determinants of pregnancy outcome. *Human Reproduction Update* 16(3), 255–275.
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sorlie, T. & Oian, P. 2006. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 33(3), 221–228.
- Neuvolaikäisten suun terveyden edistämisen yhteistoimintamalli. 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/5AC5F757-A5A8-4D20-84CF-D34429C97224/0/Neuvolaik%C3%A4istensuunterveydenedist%C3%A4misenyhteisty%C3%B6toimintamalli.pdf>.
- Nichols, J., Schutte, N. S., Brown, R. F., Dennis, C.-L. & Price, I. 2009. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. *Health Education & Behavior* 36(2), 250–258.
- Nieminen, H., Jokinen, E. & Sairanen, H. 2004. Leikkauksella hoidettujen sydänlasten ennuste. *Suomen Lääkärilehti* 59(23), 2349–2354.
- Nieminen, P. & Paaconen, J. 1997. Vaginiitin diagnostiikka. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 113(3), 241.
- Nietosvaara, Y. 2013. Vastasynntyneen lonkkaluksaatio. Teoksessa J. Jousimaa, H. Alenius, S. Atula, A. Kattainen, I. Kunnamo, H. Pelttari & M. Teikari (toim.) *Lääkärin käsikirja*. Helsinki: Duodecim. Saatavissa sähköisenä: ykt00664 (030.020).
- Niinimäki, M. & Heikinheimo, O. 2011. Alkuraskauden keskenmenon hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 127(1), 67–73.
- Notko, M., Holma, J., Husso, M., Virkki, T., Laitila, A., Merikanto, J. & Mäntysaari, M. 2011. Lähisuhdeväikivallan tunnistaminen erikoissairaanhoidossa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 127(15), 1599–1606.
- Nurmatov, U., Devereux, G. & Sheikh, A. 2011. Nutrients and foods for the primary prevention of asthma and allergy: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 127(3), 724–733.
- Nuutila, M. & Ylikorkala, O., 2011. Lapsivuodeaika ja sen komplikaatiot. Teoksessa: O. Ylikorkala, & J. Tapanainen (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Kustannus Duodecim, 474–484.
- Nuutinen, M. 2000. *Hoitoketju*. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 116(17), 1821–1828.
- Ny, P., Plantin, L., Dejin-Karlsson, E. & Dykes, A. K. 2008. The experience of Middle Eastern men living in Sweden of maternal and child health care and fatherhood: Focus-group discussions and content analysis. *Midwifery* 24(3), 281–290.
- Nyström, K. & Öhring, K. 2004. Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. *Journal of Advanced Nursing* 46(3), 319–330.
- Oikeusministeriö. *Henkilötietolaki (523/1999)*. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990523>.
- Oikeusministeriö. 1983. *Laki lapsen huollosta ja tapamisoikeudesta 1983/361*. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830361>.
- Oikeusministeriö. 1999. *Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999*. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>
- Oikeusministeriö. *Oikeudenkäymiskaari 1948*. 17. luku 23.–24. §. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1734/17340004#L17P23>.
- Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. 2012. *Henkirikostietokanta*. Julkaisematon taulukko.
- Oksi, J., Seppälä, I. J. T. & Hytönen, J. 2010. *Treponema pallidum* ja syfilis. Teoksessa P. Huovinen, K. Hedman, T. Heikkinen, A. Järvinen, S. Meri & M. Vaara (toim.) *Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet*. Helsinki: Duodecim, s. 257–260.
- Oksi-Walter, P., Roos, J. & Viertola-Cavallari, R. 2009. *Monikulttuurinen perhe*. Helsinki: Kustannus Arkki.
- Olafsdottir, A. S., Skuladottir, G. V., Thorsdottir, I., Hauksson, A. & Steingrimsdottir, L. 2006. Maternal diet in early and late pregnancy in relation to weight gain. *International Journal of Obesity* 30(3), 492–499.
- Olds, D. L., Kitzman, H. J., Cole, R. E., Hanks, C. A., Arcoleo, K. J. & Anson, E. A., Luckey, D. W., Knudtson, M. D., Henderson, C. R. Jr., Bondy, J. & Stevenson A. J. 2010. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 164(5), 419–424.
- Olds, D. L., Robinson, J., Pettitt, L., Luckey, D. W., Holmberg, J., Ng, R. K., Isacks, K., Sheff, K. & Henderson, C. R. Jr. 2004. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: Age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics* 114(6), 1560–1568.
- Ollila, S. 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveystieteiden julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Johtamisen ulot-

- tuvuudet työnhajauksellisenä näkökulmana. Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja terveyshallinto 1. Acta Wasensia: 156.
- Olsen, O. & Clausen, J. A. 2012. Planned hospital birth versus planned home birth (Review). *Cochrane Database Systematic Reviews*, 9:CD000352. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub2.
- Olsen, R. & Tyers, H. 2004. *Think parent: Supporting disabled adults as parents*. London: National Family and Parenting Institute.
- Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E. & Nissen, E. 2005. Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19(4), 381–387.
- Ombelet, W., Martens, G., De Sutter, P., Gerris, J., Bosmans, E., Ruysinck, G., Defoort, P., Molenberghs, G. & Gyselaers, W. 2006. Perinatal outcome of 12 021 singleton and 3108 twin births after non-IVF-assisted reproduction: A cohort study. *Human Reproduction* 21(4), 1025–1032.
- Omenaca, F., Sarlangue, J., Szenborn, L., Nogueira, M., Suryakiran, P. V., Smolenov, I. V., Han, H. H. & ROTA-054 Study group. 2012. Safety, reactivity and immunogenicity of the human rotavirus vaccine in preterm European Infants: A randomized phase IIIb study. *Pediatric Infectious Disease Journal* 31, 487–93.
- Ong, J. 2009. *Antenatal: Blood Pressure*. Midwifery Practice Manual. The Joanna Briggs Institute.
- Ong, J. 2009. *Evidence Summary: Rhesus D-Negative Women*. Midwifery Practice Manual. The Joanna Briggs Institute.
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2011. *Koulutus ja tutkimus vuosina 2011–2016. Kehittämissuunnitelma*. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:1. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.
- Opetusministeriö 2006. *Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammattilainen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot*. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Helsinki: Opetusministeriö.
- Ornoy, A. & Ergaz, Z. 2010. Alcohol abuse in pregnant women: Effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 7(2), 364–379.
- Oyelese, Y. & Ananth, C. V. 2006. Placental abruption. *Obstetrics & Gynecology* 108(4), 1005–1016.
- Paananen, R., Ristikari, T., Merikukka, M., Rämö, A. & Gissler, M. 2012. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja hyvinvointiongelmät. Kansallinen syntymäkohortti 1987 -aineiston valossa. Raportti 52. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Paavilainen, E. & Flinck, A. 2008. Lasten kaltoinkohdellun tunnistaminen ja siihen puuttuminen hoitotyön suositus. *Hoitotyön tutkimussäätiö*. <http://www.hotus.fi/hoitotyön-tutkimussäätiö/lasten-kaltoinkohdellun-tunnistaminen-ja-siihen-puuttuminen-hoitotyön-suosit>.
- Paavonen, J. *Gynekologiset infektiot*. 2011. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) *Naisten taudit ja synnytykset*. Helsinki: Kustannus Duodecim, 286–305.
- Paavonen, J., Solantaus, T. & Paunio, T. 2009. On the origin of psychiatric disorders: An interplay of genetic and environmental factors. *Review. Finnish Medical Journal* 64(49), 4255–4261.
- Pacey, S. 2004. Couples and the first baby: Responding to new parents sexual and relationship problems. *Sexual and Relationship Therapy* 19(3), 223–246.
- Pajulo, M. 2004. Vauvan tunnetila ja sen säätely. Äidin reflektiivinen kyky ja sen merkitys turvallisessa kiintymyssuhteessa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 120(21), 2543–2549.
- Pajulo, M. & Kalland, M. 2006. Uutta ajattelua päihdeongelmaisten äiti-vauvaparien hoidossa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 122(21), 2603–2611.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H. & Piha, J. 2001. Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders* 65(1), 9–17.
- Pajulo, M., Suchman, N., Kalland, M. & Mayes, L. 2006. Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: Focus on maternal reflective functioning and mother-child relationship. *Infant Mental Health Journal* 27(5), 448–465.
- Pandey, S., Shetty, A., Hamilton, M., Bhattacharya, S. & Maheshwari, A. 2012. Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update* 18(5), 485–503.
- Pang, J. W., Heffelfinger, J. D., Huang, G. J., Benedetti, T. J. & Weiss, N. S. 2002. Outcomes of planned home births in Washington State: 1989–1996. *Obstetrics and Gynecology* 100(2), 253–259.
- Pannu, P. K., Giglia, R. C., Binns, C. W., Scott, J. A. & Oddy, W. H. 2011. The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes. *Acta Paediatrica* 100(4), 534–537.
- Parikka, A. 2005. *Hoitotakuulaki tuo haasteita terveyspalvelujen puhelinneuvontaan*. *Sairaanhoitaja* 78(2), 9–10.
- Parlett, L. E., Calafat, A. M. & Swan, S. H. 2013. Women's exposure to phthalates in relation to use of personal care products. *Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology* 23(2), 197–206.
- Patel, M., Bailey, R., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C. & Osiezagha, K. 2012. Postpartum depression: A

- review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 23(2), 534–542.
- Patari, M., Tapanainen, H., Reinivuo, H. & Pietinen, P. (toim.). 2008. *Finravinto 2007 -tutkimus – The National FINDIET 2007 Survey*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B 23/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Paulson, J. F. & Bazemore, S. D. 2010. Prenatal and postpartum depression in fathers and its associations with maternal depression. A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 303(19), 1961–1969.
- Pawlby, S., Hay, D. F., Sharp, D., Waters, C. S. & O’Keane, V. 2009. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study. *Journal of Affective Disorders* 113(3), 236–243.
- Pavord, S., Myers, B., Robinson, S., Allard, S., Strong, J. & Oppenheimer, C. 2011. UK guidelines on management of iron deficiency in pregnancy. British Committee for Standards in Haematology.
- Pavord, S., Myers, B., Robinson, S., Allard, S., Strong, J. & Oppenheimer, C. 2012. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *British Journal of Haematology* 156(5), 588–600.
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A. & Lockwood, C. 2005. The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-based Healthcare* 3(8), 207–215.
- Pelkonen, M. & Hakulinen T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14(5), 202–212.
- Peltomäki-Vastamaa, A., Luoto, R., Rinne, M. & Nygård, C.-H. 2012. Äitiys ja työkyky – Raskaustajan sairauspoissaolot ja koettu työkyky vuodenkulutusta synnytyksestä. Teoksessa: R. Luoto, K. Kauppinen & A. Luotonen (toim.) *Perhepaalta takaisin työelämään. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 42*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Pennick, V. & Young, G. 2007. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2 CD001139. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD001139.pub2.
- Perhehoitoliitto. Viitattu 13.5.2013. <http://www.perhehoitoliitto.fi/>.
- Perttu, S. 2004. Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Perttu, S. 2011. Lähisuhde- ja perheväkivalta. Teoksessa P. Mäki, K. Wikström, T. Hakulinen-Viitanen & T. Laatikainen (toim.) *Terveystarkastukset lastenneuvolassa & kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja*. Opas 14. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Perttu, S. & Kaselitz, V. 2006. *Parisuhdeväkivalta puheeksi -opas terveydenhuollon ammattihenkilöstölle äitiyshuollossa ja lasten terveyspalveluissa*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Perälä, M.-L., Halme, N. & Nykänen, S. 2012. *Lasten, nuorten ja perheiden palveluja yhteensovittava johtaminen*. Opas 19. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Perälä, M.-L., Pelkonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K., Viisainen, K. & Räikkönen, O. 1998. Äitiyshuollon palvelut muutoksessa. Teoksessa S. Sihvo & P. Koponen (toim.) *Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet*. Raportteja 220/1998. Helsinki: Stakes.
- Pesäpuu ry. *Lastensuojelun erityisosaamisen keskus*. Viitattu 13.5.2013. <http://www.pesapuufi/pride-ohjelma/pride-valmennus/>.
- Peters, C., Harling, M., Dulon, M., Schablon, A., Costa, J. T. & Nienhaus, A. 2010. Fertility disorders and pregnancy complications in hairdressers – a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 5(24), Saatavissa: DOI: 10.1186/1745-6673-5-24.
- Pietikäinen, E., Heikkilä, J. & Reiman, T. (toim.) 2012. *Adaptiivisen potilasturvallisuuden johtaminen*. VTT Technology 58. Espoo: VTT.
- Piirainen, T., Isolauri, E., Huurre, A., Hoppu, U. & Laitinen, K. 2004. Ravitsemus- ja terveysneuvonta äitiys- ja lastenneuvolassa. *Terveydenhuoltotutkimus. Suomen Lääkärilehti* 59(19), 2047–2053.
- Piirainen, T., Isolauri, E., Lagström, H. & Laitinen, K. 2006. Impact of dietary counselling on nutrient intake during pregnancy: A prospective cohort study. *British Journal of Nutrition* 96(6), 1095–1104.
- Piispa, M., Taskinen, J. & Ewalds, H. 2012. *Selvitys perhe- ja lapsensurmien taustoista vuosilta 2003–2012*. Sisäasiainministeriö. Sisäasiainministeriön julkaisut 35/2012. Helsinki: Sisäasiainministeriö.
- Piispa, M. 2011. *Parisuhdeväkivallan todellisuus*. Teoksessa R. Hannus, S. Mehtola, L. Natunen, A. Ojuri. (toim.) *Veitsen terällä: naiseus ja parisuhdeväkivalta*. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto, 15–36.
- Pikarinen, U., Saisto, T., Schei, B., Swahnberg, K. & Halmesmäki, E. 2007. Experiences of physical and sexual abuse and their implications for current health. *Obstetrics & Gynecology* 109(5), 1116–1122.
- Pikkarainen, P. 2010. *Krooniset suolistotulehdukset (haavainen koliitti, Crohnin tauti)* Teoksessa J. Jousimaa, H. Alenius, S. Atula, A. Kattainen, I. Kunnamo, H. Pelttari & M. Teikari (toim.) *Lääkärin käsikirja*. Helsinki: Kustannus Duodecim.
- Pilgrim, H., Lloyd-Jones, M. & Rees, A. 2009. Routine antenatal anti-D prophylaxis for RhD-negative women: A systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment* 13(10), 1–103.

- Piratvisuth, T. 2013. Optimal management of HBV infection during pregnancy. *Liver International*. Special Issue: Proceedings of the 6th Paris Hepatitis Conference, International Conference on the Management of Patients with Viral Hepatitis, 33(Suppl 1) 188–194.
- Posmontier, B. & Horowitz, J. A. 2004. Postpartum practices and depression prevalences: Techno-centric and ethnokinship cultural perspectives. *Journal of Transcultural Nursing* 15(1), 34–43.
- Poutanen, R., Lahti, S., Tolvanen, M. & Hausen, H. 2006. Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontologica Scandinavica* 64(5), 286–292.
- Powers, L. E. & Oschwald, M. 2004. Violence and abuse against people with disabilities: Experiences, barriers and prevention strategies. Portland, Oregon: Oregon Institute on Disability and Development.
- Prochaska, J. O. 2006. Moving beyond the transtheoretical model. *Addiction* 101(6), 768–778.
- Punamäki, R.-L., Repokari, L., Vilksa, S., Poikkeus, P., Tiitinen, A., Sinkkonen, J. & Tulppala, M. 2006. Maternal mental health and predictors of infant developmental and health problems from pregnancy to one year: Does former infertility matter? *Infant Behavior & Development* 29(2), 230–242.
- Puolijoki, H. & Kirkinen, P. 2005. Astman hoito raskauden aikana: uudet hoitosuosituksukset. *Suomen Lääkärilehti*, 60(37), 3605–3608.
- Purho, J., Nuutila, M. & Heikinheimo, O. 2008. Kaksosraskaudet. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 124(10), 1111–1119.
- Puura, K. & Hastrup, A. 2011. Varhaista vuorovaikutusta tukeva haastattelu, VaVu. Teoksessa P. Mäki, K. Wikström, T. Hakulinen-Viitanen & T. Laatikainen (toim.) *Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 97–103.
- Päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen varmistaminen. Työryhmän raportti. 2011. Selvityksiä 2011:14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Pöyhä, T. H., Lamminen, A. E., Peltonen, J. I., Kirjavainen, M. O., Willamo, P. J. & Nietosvaara, Y. 2010. Brachial plexus birth injury: US screening to glenohumeral joint instability. *Radiology* 254(1), 253–260.
- Qvist, E. & Korppi, M. 2009. Alle kolmen kuukauden ikäinen lapsi päivystyksessä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125(21), 2373–2379.
- Raatikainen, K., Heiskanen, N. & Heinonen, S. 2007. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC Public Health*. 7:268 Saatavissa: DOI: 10.1186/1471-2458-7-268.
- Raatikainen, K., Heiskanen, N., Verkasalo, P. K. & Heinonen, S. 2006. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. *European Journal of Public Health* 16(2), 157–161.
- Rachana, C., Suraiya, K., Hisham, A. S., Abdulaziz, A. M. & Hai, A. 2002. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 103(1), 26–29.
- Radford, L. & Hester, M. 2006. *Mothering through domestic violence*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rahkonen, L., Unkila-Kallio, L., Nuutila, M., Sainio, S., Saisto, T., Rutanen, E. M. & Paavonen, J. 2009. Cervical length measurement and cervical phosphorylated insulin-like growth factor binding protein-1 testing in prediction of preterm birth in patients reporting uterine contractions. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 88(8), 901–908.
- Raitasalo, K. & Holmila, M. 2012. Äidin päihtymisen käytön yhteys lapsen kokemiin haittoihin. *Rekisteritutkimuksen tuloksia. Yhteiskuntapolitiikka* 77(1), 72–80.
- Ramchandani, P. G., Stein, A., O'Connor, T. G., Heron, J., Murray, L. & Evans, J. 2008. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: A population cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47(4), 390–398.
- Rantanen, T. 2005. Hiusvärit ja niiden vaarat. *Allergia & Astma*, 1/2005.
- Raskaana olevan synnyttävän ja synnyttäneen äidin sekä perheen imetysohjaus. 2010. Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö. Viitattu 8.10.2012 hotus: JBI <http://www.hotus.fi/hoitotyön-tutkimussäätiö/raskaana-olevan-synnyttävän-ja-synnyttäneen-äidin-seka-perheen-imetysohjaus>.
- Raskaudenkeskeytys. 2013. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 9.4.2013 www.kaypahoito.fi.
- Raskausdiabetes. 2008. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkärineuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistyksen ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi.
- Rasmussen, K. M. & Yaktine, A. L. (toim.) 2009. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Washington, DC: National Academies Press.
- Rasmussen, S. A. 2012. *Human teratogens update 2011: Can we ensure safety during pregnancy?*

- Birth Defects Research. Part A, Clinical and Molecular Teratology 94(3), 123–128.
- Rathnayake, T. 2010. Defining onset of labour. Midwifery Practice Manual. Joanna Briggs Institute.
- Raudaskoski, T. 2011. Monisikiöinen raskaus. Teoksessa O. Ylikorkkala & J. Tapanainen (toim.) Nais-tentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 429–34.
- Raussi-Lehto, E. 2007. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika: Syntymän hoito. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A.-M. Äimälä (toim.) Kätilytyö. Helsinki: Edita Prima, 206–268.
- Raussi-Lehto, E. 2009. Vammaisen tai kuolleen lapsen syntymä. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A.-M. Äimälä. Kätilytyö. Helsinki: Edita, 457–462.
- Raussi-Lehto, E., Regushevskaya, E., Gissler, M., Klemetti, R. & Hemminki, E. 2011. Äitiysneuvola-toiminta Suomessa 2000-luvulla. Raportti 52. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rautava, L., Lehtonen, L., Peltola, M., Korvenranta, E., Korvenranta, H., Linna, M., Hallman, M., Andersson S., Gissler, M., Leipälä, J., Tammela, O., Häkkinen, U. & PERFECT Preterm Infant Study Group. 2007. The effect of birth in secondary or tertiary-level hospitals in Finland on mortality in very preterm infants: a birth register study. *Pediatrics* 119(1), e257–263.
- Redshaw, M. E., Malouf, R., Gao, H. & Gray, R. 2012. Disabled women's experience of maternity care. SRIP-konferenssi, 12.–13. syyskuuta 2012.
- Reid, S. M., Middleton, P., Cossich, M. C. & Crowther, C. A. 2010. Interventions for clinical and subclinical hypothyroidism in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7):CD007752. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD007752.pub2.
- Reinholm, M. 2000. Kupeitten kuuma vai kadonnut kaipaas? Pikkulasten vanhempien kokemuksia seksielämästä perheeseen kasvaessa. Perheverkko. Helsinki: Väestöliitto.
- Renfrew, M. J., McCormick, F. M., Wade, A., Quinn, B. & Dowswell, T. 2012. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Systematic Reviews* (5) CD001141. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub4.
- Reuna, V. 1998. Perhebarometri. Vastuu perheen arjessa. Väestötutkimuslaitos E 4/1998. Helsinki: Väestöliitto.
- Revez, L., Gyte, G. M. L., Cuervo, L. G. & Casasbuenas, A. 2011/2012. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews* (10) CD003094. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD003094.pub3.
- Ricketts, S. A., Murray, E. K. & Schwalberg, R. 2005. Reducing Low Birthweight by Resolving Risks: Results from Colorado's Prenatal Plus Program. *American Journal of Public Health*. 95(11), 1952–1957.
- Riipinen, A., Söderlund-Venermo, M., Hedman, K., Sallmen, M., Taskinen H., Karikoski, R., Lindbohm, M.-L. & Nuutila, M. 2009. Parvorokko ja raskaus: äidin alkuraskauden aikainen infektio vaarallisin sikiölle. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125(13), 1359–1360.
- Rimpelä, M., Happonen, H., Saaristo, V., Wiss, K. & Rimpelä, A. 2008. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007–2009. Raportteja 40/2008. Helsinki: Stakes.
- Ritamo, M., Pelkonen, M. & Nikula, M. 2010. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen: väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011. *Avauksia* 6/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ritzén, E. M., Bergh, A., Bjercknes, R., Christiansen, P., Cortes, D., Haugen, S. E., Jörgensen, N., Kollin, C., Lindahl, S., Läckgren, G., Main, K. M., Nordenskjöld, A., Rajpert-De Meyts, E., Söder, O., Taskinen, S., Thorsson, A., Thorup, J., Toppari, J. & Virtanen, H. 2007. Nordic consensus on treatment of undescended testes. *Acta Paediatrica* 96(5), 638–643.
- Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C. & Rutt, P. 2008. Caring for Families Coping With Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 37(6), 631–639.
- Rogers, J. M. 2009. Tobacco and pregnancy. *Reproductive Toxicology* 28(2), 152–160.
- Ronda, E., Moen, B. E., Garcia, A. M., Sánchez-Paya, J. & Baste, V. 2010. Pregnancy outcomes in female hairdressers. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 83(8), 945–951.
- Ropponen, A. 2006. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Genetic background, epidemiology and hepatobiliary consequences. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rosa, I. A. de la, Perry, J. & Dalton, L. E. 2005. Strengthening families with first-born children: Exploratory story of the outcomes of a home visiting intervention. *Research on Social Work Practice* 15(5), 323–338.
- Rosendahl, H. 1995. Sikiön kasvun hidastumisen ongelmat. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 111(10), 937.
- Rouhe, H., Halmesmäki, E. & Saisto, T. 2007. Synnytyspelon vuoksi tehdyt keisarileikkaukset HYKS:n alueella vuosina 1999–2005. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 123, 2481–2486.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Gissler, M., Halmesmäki, E. & Saisto, T. 2011. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG* 118(9), 1104–1011.

- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E. & Sais-to, T. 2009. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 116(1), 67–73.
- Rowland, J., Heazell, A., Melvin, C. & Hill, S. 2011. Auscultation of the fetal heart in early pregnancy. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 283(Suppl 1), S9–S11.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. 2009. Clinical Guidance. Postnatal Sexual and Reproductive Health.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). 2011. Reduced Fetal Movements. Green-top Guideline 57. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). 2012. The Prevention of Early-onset Neonatal Group B Streptococcal Disease. Green-top Guideline No. 36.
- Rutiiniksi.fi. Varhainen puuttuminen perhe- ja parisuhdeväkivalttaan äitiys- ja lastenneuvoiloissa. <http://blogs.helsinki.fi/rutiiniksi/>.
- Ryding, E. L., Wijma, B., Wijma, K. & Rydhstrom, H. 1998. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 77, 542–7.
- Ryding, E. L., Wijma, K. & Wijma, B. 1998. Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. *Birth* 25(4), 246–251.
- Ryding, E. L., Wirfelt, E., Wängborg, I. B., Sjögren, B. & Edman, G. 2007. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 86(7), 814–820.
- Ryttyläinen, K. 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 128.
- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita.
- Ryttyläinen-Korhonen, K. 2011. Synnyttäjän hoito ponnistusvaiheessa. Hoitotyön suositus välillään repeäminen ehkäisemiseksi. Helsinki: Suomen Kätilöliitto.
- Rönkä, A., Malinen, K. & Lämsä, T. 2009. Perhe-elämän Paletti. Vanhempana ja puolisona vaihtelevassa arjessa. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Saastad, E., Tveit, J. V. H., Flenady, V., Stray-Pedersen, B., Fretts, R. C., Børdahl, P. E. & Frøen, J. F. 2010. Implementation of uniform information on fetal movement in a Norwegian population reduced delayed reporting of decreased fetal movement and stillbirths in primiparous women – a clinical quality improvement. *BMC Research Notes* 3:2.
- Saastad, E., Winje, B. A., Pedersen, B. S. & Frøen, J. F. 2011. Fetal movement counting improved identification of fetal growth restriction and perinatal outcomes – a multi-centre, randomized, controlled trial. *PLoS ONE* 6(12): e28482. Saatavissa: DOI:10.1371/journal.pone.0028482.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. 1996. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 312, 71–72.
- Saewyc, E. M., Bearinger, L. H., Blum, R. W. & Resnick, M. D. 1999. Sexual intercourse, abuse and pregnancy among adolescent woman: Does sexual orientation make a difference? *Family Planning Perspectives* 31(3), 1271–1231.
- Sainio, S. 2001. Trombosytopenia ja raskaus. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 117(7), 698–702.
- Sainio, S., Klemetti, R., Hemminki, E. & Gissler, M. 2010. Yli 40-vuotiaan naisen raskaus. *Suomen Lääkärilehti* 65(39), 3129–3134.
- Sainio, S. & Kuosmanen, M. 2012. Vastasyntyneen hemolyyttinen tauti ei ole hävinnyt Suomesta. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 128(2), 151–157.
- Sainola-Rodríguez, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen: Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 172.
- Sainz Bueno, J. A., Romano, M. R., Teruel, R. G., Benjumea, A. G., Palacin, A. F., González, C. A. & Manzano, M. C. 2005. Early discharge from obstetrics-pediatrics at the Hospital de Valme, with domiciliary follow-up. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193(3 Pt 1), 714–726.
- Saisto T. & Rouhe H. 2012. Synnytyksen taustatekijät ja hoitotulokset tutkimuksen valossa. *Suomen Lääkärilehti* 67(42), 3007–3012.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E. & Halmesmäki, E. 2001. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG* 108(5), 492–498.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E. & Halmesmäki, E. 2001. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 80(1), 39–45.
- Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K. & Halmesmäki, E. 2006. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 85(11), 1315–1319.
- Saisto, T., Ylikorkala, O. & Halmesmäki, E. 1999. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetrics & Gynecology* 94(5 Pt 1), 679–682.
- Salo E. 2013. Henkilökohtainen tiedonanto 25.04.2013.
- Salonen, A. 2010. Parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period. Evaluation of an internet-based intervention. Tam-

- pereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Acta Universitatis Tamperensis: 1547.
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A.-L., Isoaho, H. & Tarkka, M.-T. 2011. Effectiveness of an internet-based intervention enhancing Finnish parents' parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period. *Midwifery* 27(6), 832–841.
- Salonen, R. 2005. Milloin gynekologin potilas tarvitsee perinnöllisyyslääkäriä? *Suomen Lääkärilehti* 60(20), 2197–2201.
- Sanchez, N. A. 2001. Mothers' perceptions of benefits of perinatal loss support offered at a major university hospital. *Journal of Perinatal Education* 10(2), 23–30.
- Sannisto, T. 2010. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Acta Universitatis Tamperensis: 1029.
- Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali raskaus. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Duodecim, 308–314.
- Sariola, A. & Tikkanen, M. 2011. Normaali Raskaus; Muutokset ihossa. Teoksessa O. Ylikorkala, & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Duodecim, 312.
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F. & Bremberg, S. 2008. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica* 97(2), 153–158.
- Sarkkinen, M. & Juutilainen, K. 2011. Synnytyksen jälkeinen masennus. Teoksessa T. Heiskanen, M. O. Huttunen & J. Tuulari (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 337–353.
- Sarkola, T., Kahila, M., Gissler, M. & Halmesmäki, E. 2007. Risk factor for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatrica* 96(11), 1571–1576.
- Sateenkaariperheet ry. Viitattu 10.5.2014. <http://www.sateenkaariperheet.fi/index.php?item=1>.
- Schalin-Jäntti, C. 2008. Kilpirauhassairaudet ja raskaus. *Suomen Lääkärilehti* 63(35), 2795–2800.
- Schmidt, L., Sobotka, T., Bentzen, J. G. & Nyboe Andersen, A. 2012. Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update* 18(1), 29–43.
- Schmied, V., Myers, K., Wills, J. & Cooke, M. 2002. Preparing expectant couples for new-parent experiences. A comparison of two models of antenatal education. *The Journal of Perinatal Education* 11(3), 20–27.
- Schnarch, D. 2009. *Intimacy & Desider. Awaken the passion in your relationship*. New York: Beaufort Books.
- Schnarch, D. 1997. *Passionate marriage. Keeping love & intimacy alive in committed relationships*. New York: Henry Holt and company.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). 2012. Management of perinatal mood disorders. 2012. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN publication 127. Viitattu 1.4.2013 <http://www.sign.ac.uk>.
- Selinger, C. P., Leong, R. W. & Lal, S. 2012. Pregnancy related issues in inflammatory bowel disease: Evidence base and patients' perspective. *World Journal of Gastroenterology* 18(21), 2600–2608.
- Seljamo, S., Aromaa, M., Koivusilta, L., Rautava, P., Sourander, A., Helenius, H. & Sillanpää, M. 2006. Alcohol use in families: A 15-year prospective follow-up study. *Addiction* 101(7), 984–992.
- Seppä, K., Aalto, M. & Kiianmaa, K. 2012. Alkoholiin suurkuluttajasta riskikäyttäjäksi – muuttuvatko neuvontarajat? *Suomen Lääkärilehti* 67(37), 2543–2546.
- Seshadri, S., Oakeshott, P., Nelson-Piercy, C. & Chappell, L. C. 2012. Prepregnancy care. *BMJ* 344, e3467.
- Sexual Rights: An IPPF declaration 2008. International Planned Parenthood Federation. <http://ippf.org/resource/Sexual-Rights-IPPF-declaration>.
- Shaw, G. M., Schaffer, D., Velie, E. M., Morland, K. & Harris, J. A. 1995. Periconceptional vitamin use, dietary folate, and the occurrence of neural tube defects. *Epidemiology* 6(3), 219–226.
- Shivakumar, G., Brandon, A. R., Snell, P. G., Santiago-Muñoz, P., Johnson, N. L., Trivedi, M. H. & Freeman, M. P. 2011. Antenatal depression: A rationale for studying exercise. *Depress Anxiety* 28(3), 234–42.
- Silk, H., Douglass, A. B., Douglass, J. M & Silk, L. 2008. Oral health during pregnancy. *American Family Physician* 77(8), 1139–1144.
- Silveira, M. J., Copeland, L. A. & Feudtner, C. 2006. Likelihood of homebirth death associated with local rates of home birth: Influence of local area healthcare preferences on site of death. *American Journal of Public Health* 96(7), 1243–1248.
- Simkin, P. 2007. Birth Plans: After 25 Years Women Still Want Be Heard. *Birth* 34(1), 49–51.
- Singh, N. & Perfect, J. R. 2007. Immune reconstitution syndrome and exacerbation of infections after pregnancy. *Clinical Infectious Diseases* 45(9), 1192–1199.
- Sintonen, H. & Pekurinen, M. 2006. *Terveyystaloustiede*. [Uud. laitos] Helsinki: WSOY;
- Sjögren, B. 1997. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 18(4), 266–272.
- Slade, A., Sadler, L., Dedios-Kenn, C., Webb, D., Carrier-Ezepchick, J. & Mayes, L. 2005. *Minding the baby: A reflective parenting programme*. Psychoanalytic Study of the Child 60, 74–100.

- Smaill, F. & Vazquez J. C. 2007. Antibiotics for asymptomatic bacteruria in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2):CD000490.
- Smyth, A., Oliveira, G. H., Lahr, B. D., Bailey, K. R., Norby, S. M. & Garovic, V. D. 2010. A systematic review and meta-analysis of pregnancy outcomes in patients with systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 5(11), 2060–2068.
- Solantaus, T. 2006. *Toimiva perhe & Lapsi. Lapset puheeksi - kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia.* Manuaali ja lokikirja. Stakes: Helsinki.
- Solantaus T. 2010. *Miten huolehdin lapsistani – opas vanhemmille, joita oma alkoholin käyttö askarruttaa.* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.
- Solantaus, T., Leinonen, J. & Punamäki, R.-L. 2004. Children's mental health in times of economic recession: Replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Developmental Psychology* 40(3), 412–429.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) 2012. *Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto.* Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Valvontaohjelma 1:2012. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 1970a. Asetus raskauden keskeyttämisestä 359/1970. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700359>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 1970b. Laki raskauden keskeyttämisestä 24.3.1970/239. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700239>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 1975. Asumistukilaki (408/1975). <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1975/19750408>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940559>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 1997. Laki toimeentulosta (1412/1997). <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1997/19971412>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2002. Työturvallisuuslaki 738/2002. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20020738>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2004a. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus rokotuksista ja tartuntatautien raskaudenaikaisesta seulonasta 421/2004. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040421>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2004b. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 2004: 14. <http://pre20090115.stm.fi/pr1098955086116/passthru.pdf>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2004c. Sairausvakuutuslaki 1224/2004. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041224>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2004d. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 2004:3. <http://pre20090115.stm.fi/pr1076941420387/passthru.pdf>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2006a. Laki hede- ja munatoimituksista 1237/2006. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2006/20061237>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2006b. Valtioneuvoston asetus seulonnoista 1339/2006. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2006/20061339>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2006c. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2007a. Asetus hede- ja munatoimituksista 825/2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070825>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2007b. Lastensuolejulaki 417/2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070417>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2007c. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Julkaisuja 2007: 17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2007d. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007 – 2011. Julkaisuja 17/2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2008a. Isien ja isyyden tukeminen äitiys- ja lastenneuvoissa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2008b. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:24. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM.) 2008c. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2008. Uusi terveydenhuoltolaki – Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008/28. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2009a. Asetus potilasasiakirjoista 298/2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2009b. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja ter-

- veysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2009c. Sikiön poikkeavuuksien seulonta. Seulonta-asetuksen täytäntöönpanoa tukevan asiantuntijaryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2009d. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen 380/2009 perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2009e. Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2009f. Valtioneuvoston asetus seulonnoista annetun valtioneuvoston asetuksen 3 §:n muuttamisesta 280/2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090280>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2010a. Asetus imeväisen ja pikkulapsen ruokintaa koskevasta tiedotusaineistosta. 267/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100267>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2010b. Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta 437/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100437>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2010c. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101088>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2010d. Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 15§. Neuvolapalvelut. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2010e. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2010f. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1486181.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2011a. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2011b. Strategia. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-14357.pdf.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2011c. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM.) 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012–2015. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2012b. Koulutuksella osaamista asiakaskeksisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2012c. Isyysvapaan pidentäminen. http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/toimeentulo_ja_vakuutusasiat/isyysvapaa.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2012d. Lapsiperheiden taloudelliset tuet. http://www.stm.fi/toimeentulo/tuet_ja_etuudet/lapset_ja_vanhemmuus.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2012e. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2012f. Toimeentulotuki. http://www.stm.fi/toimeentulo/tuet_ja_etuudet/toimeentulotuki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2012g. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma 20122016 (FGM). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:8. Helsinki. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21903.pdf.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2013. Perhevaapaata vanhemmille lastenhoitoon. http://www.stm.fi/lapset/palvelut_perheille/perhevapaat.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) & Suomen Kuntaliitto. 2008. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Stegers, E. A., Daddelsen, P. von, Duvékot, J. J. & Pijnborg, R. 2010. Pre-eclampsia. *Lancet* 376(9741), 631–644.
- Stefanovic, V. & Nieminen, A. 2010. Kaikki raskautta suunnittelevat tarvitsevat foolihappolisää. *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 126(4), 337–339.
- Steward-Brown, S. L., & Schrader-McMillan, A. 2011. Parenting for mental health: What does the evidence say we need to do? Report of Workplace 2 of the DataPrev project. *Health Promotion International* 26 (Suppl. 1), i10–28.
- Streuling, I., Beyerlein, A., Rosenfeld, E., Hofmann, H., Schulz, T. & Kries, R. von. 2011. Physical activity and gestational weight gain: A meta-analysis of intervention trials. *BJOG* 118(3), 278–284.

- Stutzman, S. S., Brown, C. A., Hains, S. M., Godwin, M., Smith, G. N., Parlow, J. L. & Kisilevsky, B. S. 2010. The effects of exercise conditioning in normal and overweight pregnant women on blood pressure and heart rate variability. *Biological Research for Nursing* 12(2), 137–148.
- Sukupuolitaudit. 2010. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. www.kaypa-hoito.fi.
- Šumilo, D., Kurinczuk, J. J., Redshaw, M. E. & Gray, R. 2012. Prevalence and impact of disability in women who had recently given birth in the UK. *BMC Pregnancy Childbirth*. 12:31.
- Suni, J., Saksela, K. & Ristola, M. 2010. Ihmisen immuunivirukset. Teoksessa P. Huovinen, K. Hedman, T. Heikkinen, A. Järvinen, S. Meri & M. Vaara (toim.): *Mikrobiologia, Mikrobiologia, immunologia ja infektiosairaudet*, s. 640–668. Helsinki: Duodecim.
- Suomen Kuntaliitto & Kuntatyöntajat. 2011. Osaamista kehittämään! – periaatteita ja menetelmiä osaamisen ylläpitoon ja lisäämiseen. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Suomen Lastenlääkäriyhdistys. Käsiteltävä varoen -esite. 2009. <http://www.suomenlastenlaakariyhdistys.fi/node/4>.
- Suomen Monikkoperheet ry. Viitattu 7.5.2013. <http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/>.
- Suomen nuoret lesket ry. Viitattu 10.5.2013. <http://www.nuoretlesket.fi/yhdistys/>.
- Suomen Terveydenhoitajaliitto. 2008. Terveydenhoitajan ammatillisen osaamisen tunnistaminen. http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/liitteet/TH_am_os_tunnistami_6_10.pdf.
- Surcel H.-M. 2013. Henkilökohtainen tiedonanto. Sähköpostikeskustelu 9.4.2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Svensson, J., Barclay, L. & Cooke, M. 2008. Strategies recommended by expectant and new parents. *Journal of Perinatal* 17(4), 33–42.
- Svensson, J., Barclay, L. & Cooke, M. 2009. Randomized-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery* 25(2), 114–125.
- Säflund, K., Sjögren, B. & Wredling, R. 2004. The role of caregivers after a stillbirth: Views and experiences of parents. *Birth* 31(2), 132–137.
- Söderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G. & Wijma, K. 2009. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG* 116(5), 672–680.
- Taimisto, N. 2011. Ravitsemuskeskustelu äitiysneuvolan ensikäynnillä. Itä-Suomen yliopisto. Lääketieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120064/urn_nbn_fi_uef-20120064.pdf.
- Talge, N. M., Neal, C., Glover, V. & Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network. 2007. Fetal and neonatal experience on child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(3-4), 245–261.
- Tammela, O. 2008. Varhain kotiutuvan vastasyntyneen seuranta. *Suomen Lääkärelehti* 63(7), 633–636.
- Tampereen Päiväperho. www.tampere.fi/perhejasoiaalipalvelut/lastensuojelu/sijaishuolto/perhetuikeskukset/paivaperho.html.
- Taskinen H. 2010. Lisäätymisterveys ja erityisäitiysvapaa. Teoksessa J. Jousimaa, H. Alenius, S. Atula, A. Kattainen, I. Kunnamo, H. Peltari & M. Teikari (toim.): *Lääkärin käsikirja*. Helsinki: Kustannus Duodecim, 1519–1521.
- Taskinen, H., Linbohm, M.-L. & Frilander, H. 2006. Ohjeet vaaran arvioimisesta erityisäitiysvapaaan tarvetta harkitessa. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Teramo, K. 1998. Sikiön makrosomia on yhä äidin diabeteksen suuri ongelma. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 114(21), 2253.
- Teratologinen tietopalvelu. 2013. Viitattu 25.4.2013 <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/teratologinen-tietopalvelu/Sivut/default.aspx>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Alkoholin käytön itsearviointi. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/alkoholiohjelma/aineistot/itsearviointi/10_kysymysta.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Neuvoa antavat. Kysymyssarja raskaana olevan päihteiden käytön selvittämiseksi. http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/kysymyssarja-raskaanaolevan-paihteiden-kayton-selvittamiseksi.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Oppaat sikiön poikkeavuuksien seulonnoista perheille. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketti/seulonnat/sikioseulonnat/oppaat_perheille.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Päihdeongelmien hoitoonohjaus neuvolassa. http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/paihdeongelmien-hoitoonohjaus-neuvolassa.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Rokottajan käsikirja. http://www.thl.fi/fi_FI/web/rokottajankasikirja-fi/bcg-rokotukset.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Seulonnat. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/seulonnat/sikion_poikkeavuuksien_seulonnat.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Toimiva lapsi&perhe. Lapset puheeksi –keskustelu. www.thl.fi/tp.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). *Terveys 2000*. www.terveys2000.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2009a. Imetyksen edistäminen Suomessa toimintaohjelma 2009–2012. THL Raportti 32/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2009b. Neuvolaikäisten lasten suun terveyden edistäminen.

- Opas neuvoloille. Suhat, suun terveydenhuollon kehittämishanke 2009. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/F5810E50-9951-49D0-AAD6-106F482AAFAE/0/>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2010. Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaa-hankeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2009. www.thl.fi/thl-client/pdfs/f8cb23c3-edb6-4fc6-8fdc-c26650a8108d.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2011a. Avo-HILMO Perusterveydenhuollon avohoidonilmoitus 2012. Määrittelyt ja ohjeistus. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/c2fde3cc-a47f-46eb-bc25-eb19a866282d>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2011b. Meille tulee vauva(t). Opas vauvan odotukseen ja hoitoon. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/lait/neurolatyo/perheille/meille_tulee_vauva_opas.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2011c. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet. Tilastoraportti. (päiv. 23.6.2011). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr26_10.pdf.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2011d. Valtion ravitsemusneuvottelukunta ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys. D-vitamiinivalmisteiden käyttösuositukseen muutoksia. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=23892 (8.10.2012).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2011e. Väki-vallasta ei vaieta -esite. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2012a. Anna lapselle mahdollisuus hyvään kasvuun: Ei kaikelle väkivallalle -esite. Suomen-ruotsin ja englanninkieliset esitteet. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/lait/neurolatyo/oppaat_ja_esitteet_perheille.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2012b. Hedelmöityshoitotilastot. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/seliterveys/hedelmöityshoidot.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2012c. Lastensuojelun käsikirja. www.sosiaaliportti.fi/fi-fi/lastensuojelunkäsikirja/.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2012d. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011. Tilastoraportti 20/2012. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301171623>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2012e. Raskaudenkeskeytykset 2011. Tilastoraportti 21/2012. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201301221636>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2012f. Syntymäreisteri, Synnytykset ja vastasyntyneet 2011. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/synnyttajat/index.htm>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2012g. Tartuntataudit Suomessa 2011. Raportti 36. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-658-8>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2013. Infektiotaudit – työvälineitä tartuntatautien torjuntaan. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/b-ryhman-streptokokki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2013. Infektiotaudit – työvälineitä tartuntatautien torjuntaan. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/hepatiitti-b.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2013. Infektiotaudit – työvälineitä tartuntatautien torjuntaan. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/hepatiitti-c.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2013. Infektiotaudit – työvälineitä tartuntatautien torjuntaan. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/hiv.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2013. Infektiotaudit – työvälineitä tartuntatautien torjuntaan. http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/kuppa.
- Thangaratinam, S., Brown, K., Zamora, J., Khan, K. A. & Ewer, A. K. 2012. Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects in asymptomatic newborn babies: A systematic review and meta-analysis. *Lancet* 379(9835) 2459–2464.
- Thiébaud, R., Leproust, S., Chêne, G. & Gilbert, R. 2007. Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: A meta-analysis of individual patients' data. *Lancet* 369(9556), 115–122.
- Thompson, A., Hollis, C. & Dagger, D. R. 2003. Authoritarian parenting attitudes as a risk for conduct problems. Results from a British national cohort study. *European Child and Adolescent Psychiatry* 12(2), 84–91.
- Thompson, R. A. 2008. Early attachment and later developments. Teoksessa J. Cassidy & P. R. Shaver. 2008. *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York and London: Guilford Press, 348–365.
- Tiblad E, Taune Wikman A, Ajne G ym. Targeted routine antenatal anti-D prophylaxis in the prevention of RhD immunisation--outcome of a new antenatal screening and prevention program. *PLoS One*. 2013 Aug 6;8(8):e70984.
- Tienari, P. 2010. Multippelliskleroosi (MS-tauti). *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 126(21), 2525–2527.
- Tieu, J., Middleton, P. & Crowther, C. A. 2010. Preconception care for diabetic women for improving maternal and infant health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12):CD007776. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD007776.pub2.
- Tihtonen, K. 2010. Krooninen verenpainetauti ja raskauden ennuste. *Suomen Lääkärilehti* 65(1-2), 45–50.

- Tihtonen, K. & Uotila, J. 2006. Kohonnut verenpaine raskausaikana. *Suomen Lääkärelehti* 61(12), 1343–1347.
- Tiilikainen, M. 2003. Arjen Islam. Somalinaisten elämää Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Tiilikainen M. (toim.). 2004. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Ihmisoikeusliitto. Helsinki: Ihmisoikeusliitto.
- Tikkanen, M. 2008. Tupakointi ja raskaus. Lääketieteellinen Aikakauskirja *Duodecim* 124(11), 1224–1229.
- Tilastokeskus. 2012. Taulukot tilastoissa: Väestörakenne. http://pxweb2.stat.fi/database/statFin/vrm/vaerak/vaerak_fi.asp.
- Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT). 2012. Perheet. ISSN=1798-3215. Viitattu: 25.2.2013 <http://www.stat.fi/til/perh/index.html>.
- Timonen, S. 2010. Kun laskettu aika on ohi. Lääketieteellinen Aikakauskirja *Duodecim* 126(7), 773–779.
- Trutnovsky, G., Haas, J., Lang, U. & Petrug, E. 2006. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 46(4), 282–287.
- Tsui, A. & Lee, M. A. 2011. Multiple sclerosis and pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology* 23(6), 435–439.
- Tuomaala, S. 2002. Ruumiita mahdollisuuksien rajoilla, kokemuksilla, kertomuksilla ja keskustelua abortista. Tasa-arvoasiain neuvottelukunta. Naistutkimusraportteja 2002:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tuominen, E. 2013. Totaaliyhärit ry, puheenjohtaja. Henkilökohtainen tiedonanto 15.2.2013.
- Tuominen, M., Kaljonen, A., Ahonen, P. & Rautava, P. 2012. Does the organizational model of the maternity health clinic have an influence on women's and their partners' experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland. *BMC Pregnancy Childbirth* 12:96. Saatavissa: DOI:10.1186/1471-2393-12-96.
- Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. 2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi.
- Työ- ja elinkeinoministeriö (TEM). 2013. Perhevapaat. <http://www.tem.fi/index.phtml?s=2386>.
- Työministeriö. 2001. Työsopimuslaki 55/2001. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010055>.
- Työterveyslaitos. 2013. Kunta10-tutkimus. http://www.ttl.fi/fi/tutkimus/hankkeet/kunta10_tutkimus/Sivut/default.aspx.
- Uittomäki, S., Mynttinen, S. & Laimio, A. KÄPY – Lapsikuolemaperheet ry. 2011. Miten tukea lasta, kun läheinen on kuollut? Opas läheisille sekä lasten ja nuorten parissa työskenteleville. www.kapy.fi/uploads/Miten%20tukea%20lasta%20kun%20läheinen%20on%20kuollut.pdf.
- Ulander, V. M. & Tulppala, M. 2004. Keskenmeno. Teoksessa: O. Ylikorkala & A. Kauppila (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Duodecim, s. 392–400.
- Uotila, J. 2006. Raskauden ja synnytyksen hoito sikiön ollessa perätilassa. *Suomen Lääkärelehti*, 61(17), 1857–1861.
- Uotila, J. 2011. Äitiysneuvolatarkastukset ja neuvolassa annettu hoito. Teoksessa J. Jousimaa, H. Alenius, S. Atula, A. Kattainen, I. Kunnamo, H. Pelttari & M. Teikari (toim.) Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Duodecim.
- Uotila, J. & Lyytikäinen, O. 2012. Vastasyntyneen varhaisen B-ryhmän streptokokki-infektion ehkäisy. *Suomen Lääkärelehti* 67(50–52), 3768–3772.
- Urhonen, A. 2011. Vammaisuus ja seksuaalisuus. Kaksi tabua. Teoksessa E. Korhonen & I. Mäkinen (toim.) Ilman esteitä. Vammaisten seksuaalioikeudet ja kehitys. Väestötietosarja 23. Helsinki: Väestöliitto.
- Uusitalo, L., Nyberg, H., Pelkonen, M., Sarlio-Lähteenkorva, S., Hakulinen-Viitanen, T. & Virtanen, S. 2012. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2010. Raportti 8/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Uusitalo, L., Uusitalo, U., Ovaskainen M.-L., Niinistö, S., Kronberg-Kippilä, C., Marjamäki, L., Ahonen, S., Kenward, M. G., Knip, M., Veijola, R. & Virtanen, S. M. 2008. Sociodemographic and lifestyle characteristics are associated with antioxidant intake and the consumption of their dietary sources during pregnancy. *Public Health Nutrition* 11(12), 1379–1388.
- Uusitalo, U., Arkkola, T., Ovaskainen, M.-L., Kronberg-Kippilä, C., Kenward, M. G., Veijola, R., Simell, O., Knip, M. & Virtanen, S. M. 2009. Unhealthy dietary patterns are associated with weight gain during pregnancy among Finnish women. *Public Health Nutrition* 12(12), 2392–2399.
- Vainiomäki, P., Helin-Salmivaara, A., Holmberg-Mattila D., Meriranta P. & Timonen M. 2013. Ohjauksessa osaamista, oivallusta ja onnistumisen iloa – Opas yleislääketieteen erikoistumiseen. Helsinki: Kustannus Duodecim.
- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2010. Synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettiset perusteet. Kannanotto.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Edita Publishing.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Publishing.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuor-

- ten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. 2011. 338/2011. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
- Valtioneuvoston asetus seulonnoista. 2011. 339/2011. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110339>.
- Valtioneuvoston asetus seulonnoista. 2006. 1339/2006. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2006/20061339>.
- Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämismuutoksesta ja erikoissairaanhoidon järjestämismuutoksesta. 2011. 337/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110337>.
- van der Hoorn, M. L. P., Lashley, E. E. L. O., Bianchi, D. W., Claas, F. H., J., Schonkeren, C. M. C. & Scherjon, S. A. 2010. Clinical and immunologic aspects of egg donation pregnancies: A systematic review. *Human Reproduction Update* 16(6), 704–712.
- van Oppenraaij, R. H., Jauniaux, E., Christiansen, O. B., Horcajadas, J. A., Farquharson, R. G., Exalto, N. & ESHRE Special Interest Group for Early Pregnancy (SIGEP). 2009. Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications: A review. *Human Reproduction Update*, 15(4), 409–421.
- Vehviläinen, A. 2005. Konsultointi ja jatkohoito. Teoksessa E. Kumpusalo, K. Ahto, K. Eskola, S. Keinänen-Kiukaanniemi, E. Kosunen, I. Kunnamo & J. Lohi (toim.) *Yleislääketiede*. Helsinki: Kustannus Duodecim, 140–148.
- Verneri-net. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Viitattu 16.4.2013. <http://verneri.net/yleis/tietoa-odottajille/erilainen-raskaus/vammaisen-lapsen-odotus.html>. <http://verneri.net/yleis/>.
- Verstraelen, H., Goetgeluk, S., Derom, C., Vansteelandt, S., Derom, R., Goetghebeur, E. & Temmerman M. 2005. Preterm birth in twins after subfertility treatment: Population based cohort study. *BMJ*, 331(7526):1173.
- Widarsson, M., Engström, G., Rosenblad, A., Kerstis, B., Edlund, B. & Lundberg, P. 2013. Parental stress in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4):839–47.
- Vienne, C. M. de, Creveuil, C. & Dreyfus, M. 2009. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: A cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 147(2), 151–156.
- Viisainen, K. (toim.). 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa: Suositukset 1999. Oppaita/Stakes: 34. Helsinki: Stakes.
- Vikat, B., Kosunen, E. & Rimpelä, M. 2002. Risk of postpartum induced abortion in Finland: A register-based study. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34(2), 84–90.
- Villar, J., Carroli, G., Khan-Neelofur, D., Piaggio, G. & Gülmezoglu, M. 2001/2007. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4. Art. No.: CD000934. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD000934.
- Williams, J. H. & Ross, L. 2007. Consequences of Prenatal Toxin Exposure for Mental Health in Children and Adolescents: A Systematic Review. *European Child & Adolescent Psychiatry* 16(4), 243–253.
- Virtsankarkailu (naiset). 2011. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 11.4.2013 www.kaypahoito.fi.
- Virtsatieinfektiot. 2011. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Nefrologiyhdistyksen, Kliiniset mikrobiologit ry:n, Suomen Infektiolääkärit ry:n, Suomen Kliinisen Kemian Erikoislääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n, Suomen Urologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi.
- Vuola, T. 2003. Mitä seksuaaliterapia on? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 119(3), 261–266.
- Vuori, E. & Gissler, M. 2011. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet. Tilastoraportti 20/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vuori, J. 2001. Äidit, isät ja ammattilaiset: sukupuoli, toisto ja muunnelmat asiantuntijoiden kirjoituksissa. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.
- Väestöliitto 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. 2009. Tarpeita, tietoa, yhdenvertaisuutta. Toimintasuunnitelma. <https://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/317002928f913f87b9878f1130e5cf14/1320148855/application/pdf/310289/Maahanmuuttajien%20seksuaali-%20ja%20lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys%20%2024%2011.pdf>.
- Välilä, H., Seppänen, M. & Hukkanen, V. 2013. Herpes simplex-virusinfektioiden nykykuva ja hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 129, 31–40.
- Vänskä, J. & Kangas, M. 2008. Vastaanottokäyntien määrä ei kerro terveyskeskuksen tehokkuudesta. *Suomen Lääkärehti* 63(6), 550–551.
- Väyrynen, P. 2007. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika: raskauden ajan seuranta. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto, P. Väyrynen & A.-M. Äimälä. (toim.). *Kättilötyö*. Helsinki: Edita Prima.

- Väärasmäki, M., Kaaja, R., Kröger, J., Peränen, N., Soukka, H. & Timonen, S. 2012. Diabeetikon hoito raskauden aikana. Diabetesliiton lääkäri-neuvoston suositus. *Diabetes ja lääkäri* 41(3), 17–36.
- Wang, K., Shun-Shin, M., Gill, P., Perera, R. & Harnden, A. 2012. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1:CD002744. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD002744.pub3.
- Ward, V. B. 2008. Eating disorders in pregnancy. *BMJ* 336(7635), 93–96.
- Wax, J. R., Lucas, F. L., Lamont, M., Pinette, M. G., Cartin, A. & Blackstone, J. 2010. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs. planned hospital births: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 203(3), 243.e1–243.e8.
- Webb, S. S., Plana, M. N., Zamora, J., Ahmad, A., Earley, B., MacArthur, C. & Khan, K. S. 2011. Abdominal palpation to determine fetal position at labor onset: A test accuracy study. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 90(11), 1259–1266.
- Weiner, E. A., Billamay, S., Partridge, J. C. & Martinez, A. M. 2011. Antenatal education for expectant mothers results in sustained improvement in knowledge of newborn care. *Journal of Perinatology* 31(2), 92–97.
- Weng, S. F., Redsell, S. A., Swift, J. A., Yang, M. & Glazebrook, C. P. 2012. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. *Archives of Disease in Childhood* 97(12), 1019–1026.
- Winje, B. A., Saastad, E., Gunnes, N., Tveit, J. V., Stray-Pedersen, B., Flenady, V. & Frøen, J. F. 2011. Analysis of 'count-to-ten' fetal movement charts: A prospective cohort study. *BJOG* 118(10), 1229–1238.
- Wiss, K., Frantsi-Lankia, M., Koskinen, H. & Saaris-to, V. 2012. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011. Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta. Raportti 71/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- World Health Organization (WHO). Department of Reproductive Health and Research. 2010. Combined hormonal contraceptive use during the postpartum period. Lausunto WHO/RHR/10.15. Geneve: WHO.
- World Health Organization (WHO). Department of Reproductive Health and Research. 2009. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Neljäs painos. Geneve: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2007. Fatherhood and health outcomes in Europe. Yhteenvetoraportti. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2004. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneve: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2001. Iron deficiency anaemia: Assessment, prevention and control. WHO/NHD/01.3. Geneve: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2009. Violence prevention: The evidence. Overview. Geneve: WHO.
- Yhden Vanhemman Perheiden Liitto. Viitattu 7.5.2013. <http://www.yvpl.fi/etusivu/>.
- Yhdistyneet kansakunnat (YK). 1989. Lapsen oikeuksien yleissopimus 1989.
- Yhdistyneet kansakunnat (YK). 2006. YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja sopimuksen valinnainen pöytäkirja.
- Ylitalo, P. (toim.) 2011. Roolikartta vanhemmuuden, parisuhteen ja itsenäistymisen tueksi. Varsinais-Suomen lastensuojelukuntayhtymä ja Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Young, G. L. & Jewell, D. 2002. Interventions for leg cramps in pregnancy (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1) CD000121. Saatavissa: DOI: 10.1002/14651858.CD000121.
- Zasloff, E., Schytt, E. & Waldenström, U. 2007. First time mothers' pregnancy and birth experiences varying by age. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 86(11), 1328–1336.
- Zenner, D., Kruijshaar, M. E., Andrews, N. & Abubakar, I. 2012. Risk of tuberculosis in pregnancy: A national, primary care based cohort and self-controlled case series study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 185(7), 779–784.